

SOLÂNIA DURMAN

**ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS CONSTRUINDO A RELAÇÃO DE
AJUDA TERAPÊUTICA EM HOSPITAL GERAL**

CURITIBA

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - CAPES/UFSC/UFPR/SETI - PR**

**ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS CONSTRUINDO A RELAÇÃO DE
AJUDA TERAPÊUTICA EM HOSPITAL GERAL**

SOLÂNIA DURMAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maguida Costa Stefanelli

CURITIBA

2000

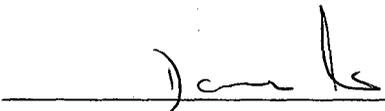
**ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS CONSTRUINDO A RELAÇÃO DE AJUDA
TERAPÊUTICA EM HOSPITAL GERAL**

SOLÂNIA DURMAN

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora, para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 01 de Agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência em Enfermagem.



Dra Denise Elvira Pires e Pires – Coord. do Programa

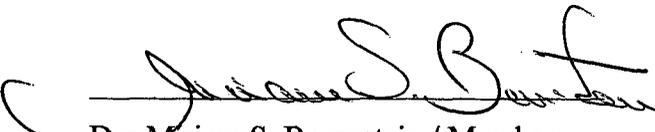
BANCA EXAMINADORA



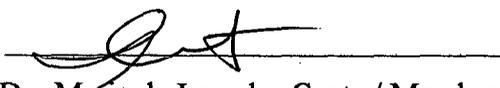
Dra Maguida C. Stefanelli / Presidente



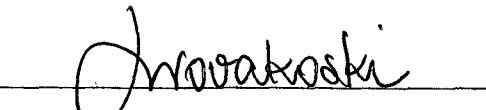
Prof. Wilson Kramer de Paula / Membro



Dra Miriam S. Borenstein / Membro



Dra Maria de Lourdes Centa / Membro



Dra Lourdes E. Ruviaro / Suplente

Dda Fátima Büchele / Membro

Dedico

*Ao meu esposo Marcelo, aos meus filhos
Liz (11) e Thomer (9), que com toda sua
luz e sabedoria, iluminaram esta caminhada
e conseguimos transpor todos os obstáculos
que surgiram durante esta trajetória...*

Amo vocês com paixão!!

Dedicatória de Minha Filha (11 anos)

Força do Amor

*Se existe um obstáculo
não dá para contornar
suba até em cima
e desça devagar.*

*Se um rio de águas violentas
um dia te atrapalhar
mergulhe em suas águas
e com esforço,
do outro lado vai chegar.*

*Se em frente a um abismo
um dia você chegar
pule por cima
e volte a caminhar.*

*Se o destino a um perigo
um dia te levar
enfrente-o com coragem
e não deixe de acreditar.....*

Liz Durman

25 /04 / 2000

AGRADECIMENTOS

À Dra Maguida, minha orientadora, grande parceira, pela compreensão dos meus limites no desenvolvimento desta pesquisa, sem a qual, com certeza, esta dissertação não teria se materializado.

Aos meus pais, que mesmo a distância, sempre presentes com mensagens de fé e esperança, pois sempre me incentivaram e acreditaram nos meus objetivos.

Às amigas do Mestrado: Gerti, Maristela, Suzelaine e Silvania, pelo modo como compreendem o ser humano, respeitando minha unicidade.

Aos colegas do Mestrado, pela participação nos diversos momentos e de diferentes formas na construção deste trabalho.

Aos Professores: Dr Ivo Gelain, pelo seu carisma; Dra Ivete Zagonel, pela palavra certa no momento que a busquei.

À Dra Maria de Lourdes Centa , pela disponibilidade, carinho e apoio logístico nos encontros para orientação.

À Dda Fátima Bucher com sua sabedoria, descrição e simplicidade, deu-me sua grande contribuição ao trabalho, principalmente no resgate de alguns valores.

À Dra Kátia de Carvalho Cunha, professora do Colegiado de Enfermagem da Unioeste, Campus Cascavel, pela viabilização deste Mestrado Interinstitucional, oferecendo-nos esta oportunidade.

Ao Colegiado de Enfermagem da Unioeste, pela liberação parcial das minhas atividades durante estes dois anos.

Aos alunos do Curso de Enfermagem da Unioeste, campus Cascavel, por serem uma fonte de inspiração e de estímulo a uma busca constante.

À Diretoria do Hospital, local do estudo, e à gerente do Serviço de Enfermagem, meu muito obrigado.

Aos enfermeiros, pela participação como sujeitos desta pesquisa e contribuição para o êxito da mesma. Meu carinho todo especial ao empenho de vocês.

Aos docentes e funcionários da Escola da Universidade Federal de Paraná – Curitiba, pelo acolhimento durante os dois anos do curso.

E a todos aqueles que contribuíram nessa caminhada: profissionais de outras áreas, amigos, conhecidos, secretários(as). Se por acaso alguém sentir-se esquecido, meus agradecimentos.

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com cinco enfermeiros assistenciais, em um hospital geral, localizado na região Oeste do Paraná, no período de 14/07 à 03/09/1999. Tendo em vista que a relação de ajuda terapêutica, apesar de preconizada na literatura, não faz parte do dia-a-dia do enfermeiro em hospital geral, o objetivo deste estudo é descrever como enfermeiros assistenciais vivenciam a relação de ajuda terapêutica com o paciente internado em hospital geral, após um programa de educação continuada. Adotou-se como referencial teórico conceitos de comunicação e relação de ajuda terapêuticas. A opção metodológica foi pela modalidade convergente-assistencial. Para obtenção de dados utilizou-se a observação com anotações nas sessões de grupo; a entrevista coletiva e individual; o registro, feito pelos participantes da comunicação, havida entre eles e o paciente. Nas reuniões de grupo para discussão dos conceitos sobre comunicação e relacionamento de ajuda terapêutica utilizamos um jogo educativo sobre o assunto. A análise dos dados evidenciou a adequação dos referenciais teórico e metodológico com o todo da pesquisa. Os participantes foram capazes de aplicar o conhecimento construído na sua prática e avaliaram que este contribuiu para o seu desenvolvimento pessoal e profissional; para a qualidade e humanização da profissão, despertando neles a percepção de que já usavam vários componentes da relação de ajuda terapêutica na prática, mas não de forma consciente. Podemos concluir dizendo que os enfermeiros assistenciais foram capazes de construir conceitos e desenvolverem-se no uso da relação de ajuda terapêutica. Hoje estão utilizando esses conhecimentos na sua prática do dia-a-dia de formas distintas pois, três deles, transferiram-se de emprego.

ABSTRACT

HEALTH CARE NURSES BUILDING THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN THE GENERAL HOSPITAL

Since that the relationship of therapeutic help is part of the literature, but not part of the nurse's daily routine in the hospital, the goal of this study was to describe how nurses experienced that relationship with the patient in hospital, after a continuing education program. The theoretical references used were the communication and the therapeutic help relationship concepts. The methodology used was the care- convergent. To get the data, observation group sessions with notes were made. It was also used the individual and group interviews; and the report made by the involved people in the communication. In the meeting to discuss the communication and the therapeutic help relationship, it was used an educational game about the subject. The analyzes of the data showed the appropriate use of the theoretical and methodological references in the whole research. The participants were able to apply their new knowledge to their practice, and to see that this knowledge contributed for their personal and professional development; as well as for the quality and humanization of their professions. They also realized that they had already used some of the new knowledge in their therapeutic help relationship practice, although they couldn't know about it. In conclusion, we can say that nurses were able to build concepts and to develop the use of therapeutic relationship. Nowadays, they have been using all this knowledge in their daily routine in different ways, because three of them changed their jobs.

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	01
1.1 Questão Norteadora (Questão Guia).....	09
1.2 Objetivo	09
1.3 Pressupostos	10
2 INTRODUZINDO O REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Relação de ajuda terapêutica.....	11
2.2 Comunicação terapêutica	15
2.3 Principais conceitos	20
2.4 O processo grupai	22
3. INTRODUZINDO O MÉTODO	26
3.1 Apresentando as considerações éticas	26
3.2 Descrevendo a opção metodológica	28
3.3 Caracterizando o cenário	30
3.4 Apresentando os participantes	31
3.5 Caminhando com a opção metodológica	32
4. CONSTRUINDO OS CONCEITOS QUE PERMEIAM A RELAÇÃO DE AJUDA TERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	38
5. DESCREVENDO A IMPLEMENTAÇÃO DA RELAÇÃO DE AJUDA TERAPÊUTICA	57

6 AVALIANDO O PROCESSO	62
6.1 Apresentando a avaliação imediata dos participantes	62
6.2 Apresentando a avaliação mediata dos participantes	64
7. REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E OUTROS AUTORES	67
8. APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	89

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A relação de ajuda terapêutica vem sendo preconizada na assistência de enfermagem, porém ela é vista com mais ênfase na enfermagem psiquiátrica, tanto no ensino como na literatura, como uma ação de enfermagem que propicia o desenvolvimento não só do paciente¹ como do profissional enfermeiro.

Meu interesse por esta área iniciou em 1979 como enfermeira docente, da disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, no curso de graduação em enfermagem, inicialmente em Concórdia Santa Catarina (FEAUC) de 1979 à 1984 e de 1992 até o presente momento na Universidade Estadual do Oeste do Paraná em Cascavel, Paraná.

Nos primeiros anos da década de 1980, passei a fazer parte de um grupo de estudo de professores da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, das Escolas de Enfermagem de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo elas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em Florianópolis; da Fundação Educacional de Santa Catarina (FEESC) em Tubarão; da Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense (FEAUC) em Concórdia e da Fundação Educacional de Pelotas (FEPEL) em Pelotas. Este grupo era coordenado pelo enfermeiro Wilson Kramer de Paula, professor do Curso de Enfermagem da UFSC na época aluno do Curso de Mestrado na Área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, da UFSC. Reuníamos uma vez por mês em Florianópolis, para estudar a sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental, com ênfase na relação de ajuda terapêutica, como proposta básica para assistência, no estudo do processo de enfermagem segundo Travelbee (1979) e Horta (1979).

¹ Paciente e doente, serão usados com o mesmo significado neste estudo.

A formação deste grupo de estudo surgiu da necessidade sentida pelos enfermeiros docentes das áreas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental de Santa Catarina, uma vez que na prática desses profissionais, era observada a ausência de conceitos específicos para trabalhar com processo de enfermagem adequado à enfermagem psiquiátrica, no qual, estivessem também definidas as necessidades das áreas psicossocial, psicoespiritual e intelectual. O não detalhamento e exemplificação das manifestações de comportamento decorrentes de sinais e sintomas destas necessidades, caracterizavam na opinião destes profissionais, a impraticabilidade do processo de enfermagem como preconizado por Horta (1979).

A partir daí, o grupo foi delineando, para cada necessidade percebida, um conceito à luz dos referenciais teóricos adotado pelo grupo, ou seja, Travelbee (1979) associada a Horta (1979).

Nestas reuniões, construiu - se um material didático contendo os conceitos das necessidades humanas básicas, para ser utilizado no processo de enfermagem aplicado à enfermagem psiquiátrica. Este material foi retomado por Paula em 1993, ao fazer a releitura das necessidades humanas básicas, aplicadas à enfermagem psiquiátrica.

Sempre tentei valer-me do conhecimento construído nas reuniões e, posteriormente, do apresentado por Paula (1993), na aplicação da relação pessoa-a-pessoa de Travelbee(1979) que tem sustentado minha prática como enfermeira psiquiátrica e, porque não dizer, meu modo de ver a enfermagem em geral. Durante este meu caminhar pela prática, percebi a dificuldade do profissional enfermeiro para se relacionar com o paciente, quer seja em instituições psiquiátricas, hospitais gerais, quer seja em unidades básicas de saúde ou na comunidade.

Da mesma forma com que percebo a dificuldade do profissional enfermeiro para comunicar-se com o paciente, sinto-a também em relação aos acadêmicos de enfermagem, durante as aulas práticas supervisionadas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, nas quais desenvolvo o conteúdo teórico e prático sobre enfermagem psiquiátrica, tendo como fundamento o referencial de Travelbee (1979). Esta dificuldade do acadêmico transforma-se em barreira para a interação adequada com o paciente internado ou quando este procura ajuda em ambulatório, o que é observado também na sua atuação profissional posteriormente.

Inquieta-me esta dificuldade do profissional enfermeiro em abordar o paciente, pois esta atividade é básica para conhecer o ser humano que ele é, com necessidades decorrentes de suas diferentes dimensões, quer seja no plano intrapessoal, interpessoal ou grupal.

Preocupadas em desenvolver a relação de ajuda terapêutica, Travelbee (1979) Stefanelli (1993) entre outras, enfermeiras psiquiátricas, trabalharam com aplicação do conhecimento existente sobre relação pessoa-a-pessoa e sobre comunicação interpessoal para tornar terapêutica esta relação, na tentativa de tornar eficaz sua ação junto a outro ser humano, que necessita de seus cuidados—o paciente.

Concordando com as idéias destas autoras, busquei desenvolver este estudo sobre a relação de ajuda terapêutica em um hospital geral, tendo como suporte a comunicação terapêutica.

Para Travelbee (1979), a profissão de enfermagem é um processo interpessoal no qual o enfermeiro ajuda a pessoa e sua família a prevenir ou enfrentar a experiência da doença e o sofrimento decorrente desta. Esta autora afirma que a pessoa precisa de ajuda para descobrir um sentido na experiência que vivencia, encontrar uma razão para lutar pela sua recuperação e sair desta situação mais amadurecida.

Este processo interpessoal pode ser vivenciado tanto em hospital geral como especializado, em unidades de internação, ambulatorial ou comunitária. Para o desenvolvimento desta relação de ajuda terapêutica é necessário que o enfermeiro adquira competência em comunicação humana e comunicação terapêutica (Stefanelli ,1993).

Falleiros (1996) comprovou, em seu estudo com doentes mentais crônicos, que é possível o desenvolvimento da relação de ajuda terapêutica pelo enfermeiro. Tanto esta autora como Waidman (1998) e Mazza (1998) valeram-se em seus estudos do referencial de Travelbee (1979) e Stefanelli (1993), ao desenvolverem suas dissertações de Mestrado.

Lennart (1999) corroborando estas autoras, diz que o motivo do cuidado é aliviar o sofrimento e introduz dois elementos do cuidado. O toque, como forma de cuidado não- verbal e o ouvir dizendo serem estas habilidades um processo ativo que pode ser desenvolvido durante o ato de cuidar.

O avanço da tecnologia fez com que o enfermeiro se libertasse de tarefas que não estão diretamente ligadas aos cuidados de enfermagem, o que, conseqüentemente, permitiu-lhe dedicar mais tempo para estabelecer e manter com seus clientes a relação de ajuda, essencial à prestação de cuidados. Para isso, o enfermeiro necessita dominar o conhecimento sobre relação de ajuda, independentemente do local de trabalho e a função que exerça (Lazure, 1994).

Como afirma Watzlawic (1981), o homem não consegue viver sem se comunicar. É a comunicação que permite ao indivíduo obter subsídios para o bordado que esquematizou para a sua vida. O enfermeiro valendo-se da comunicação terapêutica, poderá atender o paciente em suas necessidades básicas do aqui e agora, de forma mais humanizada utilizando-a na relação de ajuda para torná-la terapêutica, durante a execução do cuidado.

Há um consenso entre diferentes autores de que a comunicação humana envolve características pessoais, biológicas, culturais, psicológicas, intelectuais e sociais.

Epstein (1977) discorre sobre a necessidade do enfermeiro de adquirir habilidade em comunicar seus pensamentos de forma a ser compreendido por outra pessoa, no caso, o paciente ou um grupo deles.

Esta situação é familiar na prática da enfermagem pois, o enfermeiro trabalha com pessoas de diferentes etnias, pertencentes a diversas classes sociais, culturais, religiosas, enfim com as mais variadas formas de compreensão do que é ser ou estar sadio, ou ser ou estar doente.

O enfermeiro necessita encorajar o paciente a expressar suas emoções, como primeiro passo para identificar suas necessidades. Ele deve valer-se das estratégias de comunicação terapêutica, como por exemplo, verbalizar que é sensível às suas manifestações de comportamento, permanecer em silêncio ou ouvir atentamente qualquer resposta que o cliente possa dar, de forma verbal ou não verbal. O importante é o enfermeiro ouvir sem julgar ou avaliar, sem dar conselhos (Travelbee, 1979; Stefanelli, 1993). A comunicação é parte integrante de todo processo de enfermagem.

Benjamin (1978) em seu livro “ A Entrevista de Ajuda”, define que ajudar é um ato de capacitação, sendo que o entrevistador – o profissional – deve capacitar o entrevistado a conhecer, sentir, saber, decidir e escolher se deve mudar. Seguindo com o pensamento de Benjamin (1978), muitos profissionais em sua prática utilizam a entrevista de ajuda quando trabalham com seus clientes, parecendo entretanto, não se darem conta disto e desta forma deixando de obter informações valiosas para o cuidado do outro e até de considerá-lo neste ato de cuidar.

Para Kyes; Hofling (1985), a relação de ajuda independentemente da situação ou ambiente em que ela está sendo desenvolvida, pode ser um encontro breve ou se estender por um certo período de tempo. Apesar disso, seu impacto é duradouro e pode estimular o crescimento da pessoa que está apresentando tensão psicológica e dor.

Para Falleiros (1996) e Stefanelli (1993), comunicar-se adequadamente é básico na relação humana, proposta como terapêutica. Para estas autoras, a comunicação deve ser clara e precisa, respeitando a cultura e valores da pessoa doente; o contexto onde se desenvolve a comunicação; a linguagem adequada e acessível; formas de expressão; senso de oportunidade; e as próprias pessoas envolvidas no processo. Nela, ainda deve ser considerado suas limitações, possibilidades e outros fatores que podem interferir, facilitando ou dificultando, o processo de comunicação e, portanto, a ação de enfermagem. Para estas mesmas autoras, é pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, respeitando sua visão de mundo, seu modo de pensar, sentir e agir. Assim, o enfermeiro pode identificar o problema por ele sentido, com base no significado que ele atribui aos fatos que ocorrem, e tentar ajudá-la encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde, ou uma razão para lutar por isso.

Na seqüência deste contexto teórico, Mazza (1998) aborda o fator cultural da comunicação. Diz que o ser humano, influencia o mundo e é influenciado por ele que embora único, está continuamente interagindo com os outros e com o mundo. Esta relação já se faz desde o nascer, por meio dos órgãos dos sentidos; ou seja, pelo toque, choro, sorriso, audição e movimentos corporais. Discute ainda a comunicação não verbal como extremamente importante e que se manifesta através dos gestos, das expressões corporais sofrendo influência da cultura a que pertence cada pessoa. Isto reforça a afirmação de Stefanelli (1993) de que a comunicação não pode ser estudada fora do contexto em que ocorre. Por exemplo, em Israel, juntar todos os dedos das mãos e erguê-los, significa esperar e erguer uma das mãos e girá-la, significa o quê está acontecendo? ou, o que é isto?, expressando um sentido de ira. Estes gestos, fora do contexto deste País, não têm o menor sentido ou apresentam significados diferentes.

Cunha (1994) ao discutir a questão cultural da comunicação, declara que a linguagem tem função de reprodução cultural, integração social e socialização da interpretação cultural das necessidades. Para compreendê-la é exigido a participação e não apenas a observação. A racionalidade comunicativa deve propiciar a regulamentação social, com base no princípio da justiça normativa. A linguagem embora sendo considerada como uma característica do mundo social, encontra-se tanto no concreto como no abstrato, sendo ambos fundamentais para sua articulação e integração.

Epstein (1977) também aborda a questão cultural, quando comenta que o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital, enquanto vivencia uma série de sintomas e submete-se às análises médicas e as limitações da rotina hospitalar. Este traz consigo sua inteligência, seus conhecimentos, sentimentos e mitos em relação à doença; vêm com numerosas percepções, desenvolvidas na sua cultura, educação e toda a sua bagagem de vida. Embora a doença seja a sua maior e mais imediata preocupação, a maneira pela qual a expressa decorre de tudo aquilo que o paciente é, como ser humano.

Quando se trata da comunicação, pensa-se logo em integração, participação, ser e estar com outra pessoa ou com um grupo destas, pois a comunicação é algo vital para o ser humano.

Ao olhar para o meu caminhar pela profissão desempenhada em campos brasileiros, de 1979 até aos dias atuais, não posso deixar de mencionar que existe uma lacuna, de 1985 à 1992, que foi preenchida com uma experiência vivida por um período de sete anos, em uma comunidade organizada segundo o sistema socialista (Kibbutz)² em Israel, na região do deserto, Neguev. Durante este período passei por ricas experiências de trabalhar na educação de crianças em creches, com grupo de terceira idade, na área de alimentação para os indivíduos portadores de algum problema, que necessitasse de uma alimentação especial. Quando já dominava o idioma hebraico, trabalhei em um hospital geral e por último, desenvolvi um trabalho com paciente psiquiátrico em um hospital dia.

Nessa experiência vivida no exterior, senti o quanto é importante conhecer a linguagem, os costumes, a cultura de um povo. A questão cultural é extremamente forte e importante para que a pessoa possa sentir-se como parte integrante do grupo. É importante até mesmo saber cantar canções infantis e conhecer as histórias, referentes às festas comemorativas que o país festeja, sem no entanto, perder a nossa própria identidade, conforme o preconizado por Silva (1998).

A comunicação não verbal é outro aspecto importante em qualquer relação de ajuda, uma vez que através desta também são emitidas mensagens e informações.

Irving (1979) discorre sobre a comunicação não verbal, afirmando que o paciente frequentemente presta mais atenção ao que é feito ao que é dito. Diz que o paciente ouve os passos do enfermeiro se aproximando, procura ver qual sua expressão facial, sente seu contato quando ele o muda de decúbito e assim, percebe se ele importa-se realmente com sua pessoa.

Silva (1998) coloca a questão da dificuldade que os enfermeiros têm em relação à comunicação não verbal e a necessidade de implementar ações no ensino da graduação que estimulem o aprendizado da comunicação não verbal como forma de cuidar. Enfatiza, também, a importância da empatia, como elemento fundamental no processo de comunicação.

² Kibbutz é uma palavra hebraica que significa estabelecimento coletivo. São comunidades agrícolas-industriais, uma sociedade dedicada ao auxílio mútuo e a justiça social; um sistema sócio-econômico baseado no princípio da propriedade comunal, igualdade e cooperação na produção, no consumo e na educação (Merom, 1968).

Para que a comunicação enfermeiro-paciente se torne terapêutica, o enfermeiro necessita adquirir competência no assunto e desenvolver a habilidade em lidar com a tensão, tanto com a sua, como com a do outro que se manifesta. No momento em que ela ocorre o enfermeiro precisa encontrar meios de oferecer elementos para o ajuste ao que se impõe como circunstancial ou como imutável além de superar as dificuldades encontradas para experimentar auto realização em algum grau (Stefanelli, 1993). Para tanto, a comunicação empática é de suma importância no processo de comunicação, fazendo-se necessário a maturidade emocional do enfermeiro. Esta maturidade acontece paralelamente ao envolvimento emocional para o qual o enfermeiro tem de voltar sua atenção de modo a não ultrapassar o nível considerado terapêutico. Ainda, para esta autora, empatia e o envolvimento devem estar presentes na relação enfermeiro-paciente, pois ela é inerente a todo relacionamento humano.

No campo interacional, onde as pessoas trocam experiências e enviam mensagens, há erros e acertos nas tentativas de soluções para as diversas situações vividas, pois cada indivíduo possui suas singularidades, fazendo com que não haja regras fixas para tornar a comunicação terapêutica. Na realidade existe apenas direções ou guias que podem nortear as ações expressivas da enfermagem que não podem ser usados de forma estereotipadas e sim personalizadas para cada pessoa e adequada à cada situação e momento estimulando o cliente a tomar suas decisões (Stefanelli, 1993).

O profissional enfermeiro deve ter sempre em mente que estas decisões devem ser efetivadas pelo paciente, após a análise da situação identificada em conjunto com o enfermeiro.

Travelbee (1979) ressalta que o enfermeiro e o paciente desempenham papéis diferentes, um procura ajuda e o outro a oferece, na busca de compreensão e solução dos problemas existentes. Esta troca deveria ser realizada através da cooperação e respeito mútuo, tendo como base um referencial teórico.

A relação enfermeiro-paciente, que Travelbee (1979) denomina de relação pessoa-a-pessoa, constitui uma meta a ser alcançada, por meio de uma série de interações que devem ser planejadas, executadas e avaliadas. É também, uma série de experiências para os participantes, durante as quais ambos têm oportunidade de desenvolver seu potencial e capacidade crescente para o estabelecimento de relações interpessoais e o desenvolvimento como pessoas (Peplau, 1952; Travelbee, 1979 e Stefanelli, 1993).

Reflexões sobre o filme “Formiguinhaz”, que aborda um elemento (a formiga) trabalhando com o grupo (outras formigas), no sentido de criar estratégias alternativas para melhorar a realidade do mesmo, adicionado à literatura sobre a comunicação e relação de ajuda, é que me dão coragem para ousar trabalhar com um grupo de profissionais enfermeiros, em um hospital geral. Abordar o tema relação de ajuda terapêutica no cotidiano do enfermeiro é minha meta, porque acredito que esta é tão importante neste local, quanto em hospital psiquiátrico, no qual a relação de ajuda é enfatizada. Assim, apresento a seguir, a minha questão norteadora.

1.1 Questão Norteadora (Questão Guia)

Como acredito que a prática do enfermeiro, seja no hospital ou na comunidade, deve ser permeada pela comunicação com seus clientes, constituindo-se em relação de ajuda, é que apresento a “questão guia”, como denomina Trentini e Paim (1999). “Como o enfermeiro vivencia a relação de ajuda terapêutica, no seu cotidiano, após um programa de educação continuada sobre o assunto? Tendo como finalidade buscar caminhos que tornem a relação de ajuda terapêutica integrada à prática do enfermeiro, no seu cotidiano, apresento a seguir o objetivo do estudo e os pressupostos.

1.2 Objetivo

Descrever como enfermeiros assistenciais vivenciam a relação de ajuda terapêutica com o paciente internado em hospital geral, após um programa de educação continuada sobre o assunto.

1.3 Pressupostos

Desde o início de minha caminhada na área da Enfermagem, mais especificamente na enfermagem psiquiátrica, sempre chamou-me a atenção o desempenho da figura do enfermeiro. Este constantemente apresentava-se ocupado, queixando-se de ter pouco tempo para a quantidade e qualidade das atividades a serem realizadas, durante sua jornada de trabalho, além de evidenciar problemas na sistematização da assistência prestada ao seu paciente.

Minha vivência ao longo destes vinte anos, adicionada com leituras sobre o assunto e muita reflexão confirmaram algumas de minhas crenças e propiciaram o surgimento de outras que vêm amadurecendo. Neste momento, apresento alguns pressupostos que considero relevantes para esta pesquisa:

- A relação de ajuda terapêutica oferece a ambos, enfermeiro e paciente a possibilidade de ver os fatos como eles ocorrem, com mais clareza, permitindo a atuação com base na realidade.
- Com a relação de ajuda terapêutica há desenvolvimento do enfermeiro através do conhecimento de si próprio, possibilitando auxiliar o paciente a perceber-se como tal.
- Envolvimento, empatia e respeito mútuo, são elementos que unem paciente e enfermeiro, bem como, a arte e a ciência de enfermagem (Stefanelli, 1993).
- A comunicação terapêutica é o suporte da relação de ajuda terapêutica. Com a relação de ajuda o enfermeiro desenvolve-se, conhecendo-se melhor, e ajuda o paciente a desenvolver-se também (Peplau, 1952).

2 INTRODUZINDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Ao iniciar um projeto, sempre somos movidos por alguns pressupostos. O que definimos como valor é de certa forma o que nos impulsiona para frente e dá sentido ao nosso viver.

Este projeto tem características próprias, que expressam minha maneira de ser, pensar e fazer enfermagem. Para operacionalizá-lo, revisei idéias e conceitos que têm fundamentado a minha prática. Estas idéias estão alicerçadas principalmente em Travelbee (1979), enfocando o relacionamento pessoa-a-pessoa; Stefanelli (1993), valorizando a comunicação terapêutica como competência para efetivar este relacionamento, e, Moscovici (1996) utilizada para embasar a abordagem grupal.

2.1 Relação de ajuda terapêutica

A utilização neste estudo da denominação relação de ajuda terapêutica, se refere à relação interpessoal desenvolvida entre um profissional – o enfermeiro – e aquele que precisa de ajuda – o paciente – na qual o enfermeiro valendo-se de seus conhecimentos e habilidades assume a responsabilidade pelo processo de ajuda.

Na relação de ajuda, um dos envolvidos no processo pode até se dispor a ajudar o outro, mesmo que não tenha formação profissional para tal, como afirma Carkhuff (1979).

Para Travelbee (1979), a saúde mental não é somente alguma coisa que a pessoa possui, mas algo que a pessoa é, o que pode ser demonstrado por certas manifestações de comportamento e atitudes. Esta autora descreve três atitudes básicas para o ser humano, como características de sua saúde mental, porém básicas para qualquer processo de ajuda. São elas:

2.1.1 Atitude para amar

A mais importante das atitudes é a capacidade de amar a si mesmo. A capacidade de amar a si, não significa egoísmo, mas respeito e conhecimento do ser humano como pessoa, com confiança na própria capacidade, atitudes e aceitação das próprias limitações.

É preciso ser corajoso para amar a si mesmo, pois é mais fácil analisar as atitudes e limitações de outros do que enfrentar as próprias, com honestidade. Ninguém pode dar ao outro o que não tem; se um indivíduo não ama e respeita a si próprio, como poderá amar e respeitar aos outros? (Travelbee, 1979).

2.1.2 Capacidade para enfrentar a realidade

Requer um sentimento de identidade como ser humano único e diferente, capaz de conduzir seu próprio comportamento. Implica na capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e de enfrentá-los ou de buscar ajuda profissional. O enfrentar a realidade implica em algo mais, ou seja, tomada de decisões para resolver problemas. As decisões devem ser tomadas com plena consciência, com conhecimento ou previsão das conseqüências possíveis, pois o indivíduo deve vivenciar sua decisão sem culpar os outros por ela mas, buscando ajuda quando necessário.

A capacidade para enfrentar a realidade não é uma coisa simples, uma vez que, reconhecer e enfrentar os próprios sentimentos é uma missão difícil.

Enfrentar a realidade, para Travelbee (1979), é compreender que, como seres humanos estamos expostos à alegria, ao amor, à felicidade, à doença, à culpa, à depressão e a todas as emoções conflitivas que estão presentes na humanidade. Mas, é preciso reconhecer que é através do convívio com todas essas emoções, próprias do processo de viver, que crescemos e nos desenvolvemos como seres humanos, conhecendo nossas forças e limitações. A capacidade de enfrentar a realidade inclui o conhecimento do mundo em que se vive e da atitude para orientar-se nele. É algo mais que uma adaptação às tensões ou uma simples acomodação ao meio cultural, é algo mais que ser uma pessoa adaptada.

Estar adaptado a um ambiente hospitalar, não significa que o ser humano seja dotado de grandes virtudes. Ele necessita ser amado e querido espontaneamente. Deve perceber estas atitudes no profissional que o assiste para experimentar bem-estar, mesmo na doença (Travelbee, 1979).

2.1.3 Capacidade para Encontrar Sentido na Vida

Travelbee (1979) considera que uma das formas de avaliar o que significa o propósito e o valor da vida é perguntar-se: se fosse tirado tudo o que você ama e necessita, o que restaria para lhe servir de apoio? Alguns indivíduos interpretam o sentido da vida como resposta à pergunta: por quais coisas está você disposto a morrer? Para a autora, entretanto, a resposta mais apropriada à esta pergunta é: por quê você quer viver? O sentido ou propósito que a pessoa atribui à vida deve sustentá-la em momentos de pressão, sofrimento e solidão. É nesses momentos que o indivíduo descobre a sua filosofia de vida e o suporte, que ela lhe oferece.

Para Travelbee (1979), na relação com o paciente o enfermeiro o auxilia a enfrentar os problemas da realidade atual, a considerar de forma lógica seus problemas, perceber sua participação na experiência, enfrentar de forma realista os problemas que surgem, distinguir possibilidades, tentar novos padrões de comportamento, comunicar-se e integrar-se socialmente com os outros, além de encontrar um significado na doença ou na situação que vivencia .

Travelbee (1979) propõe o desenvolvimento do processo de relação um-a-um em cinco fases, descritas a seguir.

Fase do encontro original. É a fase do conhecimento inicial, das primeiras impressões onde cada um tenta conhecer o outro com suas crenças e valores.

Fase das identidades emergentes .É quando ambos percebem a singularidade de cada um. Nesta fase inicia-se a formação do vínculo a uma relação.

Fase da empatia. Nesta fase, as pessoas ainda não desvelam os seus sentimentos. Travelbee (1979) considera que as experiências semelhantes e o desejo de compreender o outro são duas qualidades que reforçam o processo de empatia, ou seja, a tentativa de se colocar na posição do outro para melhor compreendê-lo, sem no entanto, perder sua própria identidade.

Fase de Envolvimento. Esta fase transcende a empatia e consiste, num desejo, por parte do enfermeiro, em aliviar a causa da doença e do sofrimento do paciente, ocorrendo uma troca de sentimentos e experiências.

Fase de Conclusão. Acontece quando as pessoas são capazes de perceber, partilhar e comunicar vivências, pensamentos, sentimentos e atitudes, estabelecendo uma interação, o que lhes permite aceitar e encontrar um significado para essas experiências. Comparando a descrição destas fases com a representação esquemática , do mesmo processo apresentado por Stefanelli (1993), podemos verificar que as mesmas se complementam pois, ambas, procuram incentivar o paciente a mover-se da dependência para a independência.

Com base no desenvolvimento da interação por meio dessas cinco fases e o uso da comunicação terapêutica, pode-se estabelecer uma relação de ajuda terapêutica. Para tanto, há necessidade de envolvimento emocional e de compromisso com este outro, o que exige do enfermeiro o conhecimento de si próprio conhecer para agir terapêuticamente.

Os pré requisitos básicos para esse envolvimento, incluem o reconhecimento e a aceitação de si mesmo, como ser singular, que tem capacidade para perceber o outro como ser humano único.

O envolvimento emocional requer conhecimento, introspecção e auto - disciplina por parte do enfermeiro; exigindo franqueza e liberdade suficiente para revelar-se como ser humano que é, principalmente para o paciente (Travelbee, 1979).

Um reconhecimento honesto no qual o enfermeiro é ser humano e reage num nível humano é mais aconselhável do que negar seus sentimentos e exteriorizá-los como hostilidade sobre a pessoa do doente, rechaçando-a, ignorando-a, ou castigando-a por seu comportamento. O amadurecimento do profissional enquanto ser é de vital importância.

Sendo assim, é fundamental para o enfermeiro que pretenda estabelecer uma relação de ajuda terapêutica, mostrar-se tal como é, transparente. Ser transparente, não significa expor-se ao outro, porém ser autêntico nas relações, de modo a possibilitar ao outro, seu conhecimento enquanto pessoa que cuida de outra pessoa.

Para Travelbee (1979), a habilidade para manter em suspenso o processo de resolução de problemas, enquanto se buscam melhores formas de ajudar o paciente a enfrentá-los, significa ser acessível e transmitir esta acessibilidade ao paciente.

O papel do enfermeiro consiste em estruturar a interação de tal modo que o paciente possa experimentar esta acessibilidade e a existência de problemas ou sentimentos opostos sem que tenha que buscar a solução imediata dos mesmos.

2.2 Comunicação terapêutica

Para que a relação pessoa-a-pessoa, no caso, a que ocorre entre enfermeiro e paciente, se torne realmente uma relação de ajuda terapêutica, o enfermeiro como profissional necessita desenvolver suas habilidades e competência interpessoal, ou seja, comunicar-se adequadamente (Stefanelli, 1993).

Peplau (1952) e Stefanelli (1993) afirmam que não há fórmulas mágicas para o atendimento ao paciente, assim como as técnicas de comunicação terapêutica não são regras fixas para serem usadas indiscriminadamente. Cada situação é um acontecimento distinto e o enfermeiro tem de usar a comunicação de forma adequada para que cada atendimento não se torne estereotipado. Ele deve ter sempre em mente que o contexto onde o processo de comunicação ocorre, influencia o processo em si e tem de ser considerado na sua análise.

Stefanelli (1985) ao estudar as estratégias de comunicação terapêutica, alerta para o fato de que elas não existem para serem utilizadas isoladamente de forma mecânica ou automatizada. Devem ser integradas a outros componentes inerentes ao processo de comunicação humana, como empatia, envolvimento, confiança, capacidade para amar e ser amado e a participação do cliente na experiência que vivencia, corroborando, desta forma, o pensamento de Travelbee (1979).

O homem, com todas as suas dimensões na qualidade de ser, encontra-se integrado em seu meio social, no qual as relações humanas se fazem presentes e constantes (Stefanelli, 1993). Estas só se concretizam por meio da comunicação que se estabelece entre seres humanos, gerando a necessidade do enfermeiro em adquirir o que Stefanelli (1993) chama de competência interpessoal.

Um ponto importante destas autoras que compõem o referencial teórico é que elas se complementam, em relação a forma de ajudar ao paciente, para que ele possa lidar com a tensão que experiencia em determinados momentos de sua vida, ajudando-o a mover-se da situação de dependência para a de independência e pela interdependência sempre que necessário. Segundo Stefanelli (1993), para chegarmos a estes níveis temos de nos valer de forma consciente do que chamou de “técnicas de comunicação terapêutica”.

Stefanelli (1985, 1993) apresenta uma lista destas estratégias, segundo três grupamentos. As estratégias podem se constituir em parcela de contribuição para a *expressão, clarificação e validação* do que o paciente sente, pensa ou faz.

Expressão. A autora acredita ser a descrição da experiência vivenciada pelo ser que necessita de ajuda, o ponto de partida para o enfermeiro prestar assistência de enfermagem centrada nas necessidades e possibilidades da pessoa. Inclui neste grupamento, técnicas de comunicação que se assemelham as que usamos no nosso dia - a - dia sem, no entanto, estarmos conscientes de que as usamos com finalidade terapêutica.

Todas as técnicas elencadas a seguir são importantes para o sucesso do relacionamento terapêutico, porém *o ouvir reflexivamente e o uso adequado do silêncio*, são técnicas estratégicas neste processo de comunicação terapêutico, que basicamente requerem conhecimento das outras estratégias.

Quando nós enfermeiros, oferecemos a oportunidade ao outro de ser ouvido reflexivamente, despidos de julgamentos por parte do enfermeiro, o paciente sente que é aceito, respeitado, tratado como ser humano, proporcionando – lhe o desenvolvimento de sentido para sua existência e tornando-o participe neste processo (Stefanelli, 1993; Travelbee, 1979).

Usar terapêuticamente o silêncio pode dar a sensação ao enfermeiro de estar perdendo tempo, sem estar fazendo alguma coisa significativa porque o culturalmente adequado na nossa sociedade é o falar. O silêncio pode dar a conotação de impotência face à situação apresentada, porém o silêncio tem valor significativo, pois sua aceitação e compreensão permite ao enfermeiro conhecer melhor a experiência do paciente e, assim, identificar seus sentimentos, problemas e necessidades com mais segurança (Stefanelli, 1993).

Se nos valermos dessas duas estratégias de modo eficiente e consciente, praticamente as outras técnicas vão sendo incorporadas. Estas são identificadas a seguir, segundo os três grupamentos já citados.

Expressão

Usar terapêuticamente o silêncio

Ouvir reflexivamente

Verbalizar aceitação

Verbalizar interesse

Usar frases incompletas

Repetir comentários feitos pelo paciente

Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente

Fazer pergunta

Devolver a pergunta feita

Usar frases descritivas

Manter o paciente no mesmo assunto

Colocar em foco a idéia principal

Verbalizar dúvidas

Dizer não

Estimular expressão de sentimentos subjacentes

Uso terapêutico do humor

Estas técnicas promovem a expressão verbal do paciente e o não - verbal que acompanha o seu uso, devendo também ser considerado.

Clarificação

Stefanelli (1993) aborda quatro estratégias dentro do grupamento clarificação. São elas:

Estimular comparações

Solicitar ao paciente que esclareça termos comuns

Solicitar ao paciente que precise o agente de ação

Descrever os eventos em seqüência lógica

O ponto principal da clarificação é conseguir esclarecer a essência da mensagem. O enfermeiro não deve permitir que o paciente siga expondo seus sentimentos de forma desorganizada, pois assim não lhe dará oportunidade de corrigir sua comunicação (Stefanelli, 1993).

No uso destas técnicas, o enfermeiro vai obtendo maior clareza do conteúdo que é expresso pelo paciente, podendo compreendê-lo melhor em sua singularidade, devendo entretanto validar a sua compreensão. As técnicas para validação da mensagem constituem o terceiro grupamento.

Validação.

Repetição pelo enfermeiro do que o paciente diz.

Repetição pelo próprio paciente, do que foi abordado no processo comunicativo.

Sumarização do que foi dito.

Estas técnicas permitem ao paciente pensar sobre o que foi dito, complementar informações e efetuar as correções necessárias além de experimentar que o outro o está compreendendo, ouvindo-o e portanto considerando-o como pessoa.

Se analisarmos as técnicas, em forma seqüencial, poderemos observar que elas apresentam complexidade crescente e que acompanham a seqüência da relação de ajuda, como descrita por Trabelbee (1979).

As autoras que fundamentam este referencial, Stefanelli (1993) e Trabelbee (1979) ressaltam que a comunicação interpessoal só pode ser compreendida e analisada considerando-se o contexto em que ocorre, pois sem isto, ela se torna-se desqualificada, e sem valor.

Durante a utilização da comunicação terapêutica faz-se necessário a observação e análise de seus componentes básicos como: envolvimento, empatia, sentimento de dependência, independência e interdependência, aceitação, respeito mútuo, sentimento de amar e ser amado e, principalmente, o sentimento de confiança. Este último às vezes se instala de forma rápida, dependendo da necessidade de ajuda do paciente, ou, então, surge como resultado do esforço do profissional em ajudá-lo (Trabelbee, 1979 e Stefanelli, 1993).

O relacionamento um - a - um, é uma experiência que se caracteriza pelo diálogo significativo entre as pessoas, na qual um sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão do outro. Para Trabelbee (1979) isto significa mais que a compreensão intelectual ou meramente o conhecimento de conceitos abstratos. Quando os indivíduos se relacionam ambos são afetados e modificados pela experiência vivida, como afirma Stefanelli (1993), sendo que esta modificação pode ocorrer no momento da relação ou posteriormente a ela.

Esta relação é recíproca, embora se concentre principalmente nas necessidades e problemas do cliente. A comunicação entre ambos torna-se significativa e o enfermeiro é capaz de compartilhar com o cliente o seu conhecimento, para juntos encontrarem solução para as situações que emergem na relação. Tanto o profissional, como o paciente se desenvolvem, enquanto seres humanos, como resultado desta experiência e saem dela mais fortalecidos (Stefanelli 1993; Trabelbee 1979 e Peplau 1952). Podemos considerar esta última autora como mentora das duas primeiras.

Para aliviar o sofrimento do paciente, o enfermeiro tem de associar a arte de cuidar à sua competência em comunicação, ou seja à parte expressiva do cuidado.

Outra característica importante para o enfermeiro, é aceitar o cliente, como ele é. Esta aceitação, porém, é do cliente como ser humano em uma situação especial de sua vida, a qual pode levá-lo a expressar manifestações de comportamento que pode ferir a outra pessoa como ser humano. O enfermeiro deve compreender o comportamento da pessoa doente, por estar vivenciando uma situação de instabilidade e aceitá-la como pessoa, colocando limites às manifestações de comportamento quando necessário de forma adequada e sem julgá-lo (Stefanell, 1993 e Travelbee, 1979).

Estas afirmações não significam que o enfermeiro, ao viver esta experiência, não possa experimentar raiva ou outra emoção em relação ao paciente, pois o profissional é, também, um ser humano porém, conhecendo-se melhor ele pode agir adequadamente em cada situação.

O conhecimento de si mesmo precisa ser desenvolvido e o enfermeiro deverá discutir seus sentimentos com seu supervisor. O paciente não pode ter prejudicado o atendimento de suas necessidades humanas básicas e nem o enfermeiro reagir de forma não profissional ou como robô, pois desta forma estaria negando sua própria razão de ser.

A relação terapêutica requer supervisão de pessoa mais experiente no assunto, não só para assegurar a qualidade do cuidado ao paciente como também o bem-estar do enfermeiro, entretanto, isto não ocorre nem em hospital psiquiátrico e muito menos nos hospitais gerais.

Sintetizando os conceitos fundamentais das autoras citadas na relação de ajuda e comunicação terapêuticas, apresentamos alguns conceitos básicos que nortearam nossa ação neste estudo.

2.3 Principais conceitos

2.3.1 *Enfermagem*

É um processo interpessoal através do qual o profissional enfermeiro ajuda o indivíduo, família, ou comunidade a prevenir ou lidar com a experiência da doença e sofrimento e, se necessário, encontrar significado para esta experiência, resignificando sua vida (Travelbee, 1979).

2.3.2 Ser humano

É um ser único, insubstituível, um ser diferente de outro que já viveu ou que viverá. É um ser pensante, capaz de um raciocínio lógico; é capaz de relacionar-se com outros seres humanos, amar e ser amado, apreciar a singularidade do outro e a própria, dentro de um clima de confiança e respeito mútuo (Travelbee,1972).

2.3.3 Comunicação

É um processo de enviar, receber e compartilhar informações no qual os personagens envolvidos influenciam e são influenciados nesta troca constante, podendo ser compreendido e estudado somente no contexto em que é vivenciado (Stefanelli,1993).

2.3.4 Meio Ambiente

Travelbee (1972 e 1979) e Stefanelli (1993) não conceituam sociedade. Enfatizam o ambiente, mas deixam claro a necessidade do profissional enfermeiro, como pessoa que é, que cuida de outra, que também é uma pessoa considerá-la em suas dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e intelectuais. Ambos encontram-se inseridos num ambiente, numa cultura, rodeado pelo contexto físico e humano, levando-se em consideração as variáveis de tempo e espaço no qual ele interage com as pessoas, influenciando-as e sendo por elas influenciadas. Tanto o profissional quanto o paciente encontram-se, constantemente sob o efeito destas interações, a curto, médio e longo prazo, tanto no ambiente onde ocorrem as interações como nos ambientes onde se encontram posteriormente. Torna-se evidente que o meio ambiente, embora não definido como tal, é considerado pelas autoras.

2.3.5 Saúde / Doença

Os aspectos físicos, psicológicos e espirituais são consideradas dentro do que é julgado um limite normal em nossa sociedade, assim, o indivíduo é julgado saudável ou doente. Doença e sofrimento nem sempre podem ser preveníveis, entretanto é função do enfermeiro assistir a pessoa para que ela possa lidar com o stress da doença e o sofrimento quando ele vivencia esta experiência.

Em geral, os parâmetros de normalidade são clínicos e estatísticos, mas mesmo assim, imbuídos em algum grau da cultura do local onde são utilizados. Portanto o conceito do processo saúde/doença sofre influência da sociedade onde ele é estudado, variando de local para local.

2.3.6 Comunicação terapêutica

Consiste na “ habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado, além de superar os bloqueios que a impedem de experimentar a auto-realização em algum grau” (Stefanelli, 1993).

2.3.7 Relação de ajuda terapêutica

É o resultado de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos, o enfermeiro e o paciente. São momentos únicos , vividos pelos participantes, em decorrência dos quais ,ambos desenvolvem a capacidade crescente de estabelecer relações interpessoais, modificando seu modo de ser, sendo que o enfermeiro assume a responsabilidade pelo processo de ajuda (Travelbee,1979).

2.4 O processo grupal

Desde muito cedo, somos intimados a interagir em grupo, a partir do nosso nascimento, quando passamos à fazer parte do núcleo familiar, independentemente de nossa vontade.

Recentemente assisti o filme “Formiguinhaz” e a reflexão sobre este filme conduziu-me a algumas considerações sobre como as pessoas, nem sempre, estão preparadas para compartilhar um determinado espaço com determinadas pessoas, em um determinado momento (tempo). Em determinados momentos, escutamos e percebemos pessoas insatisfeitas, nos grupos nos quais estão inseridas em uma época específica e, passado algum tempo, encontramos a mesma pessoa, inserida no mesmo grupo, porém satisfeita, motivada e realizada. Por que esta mudança radical?

De fato, as pessoas que compõem um grupo trazem seus valores, sua filosofia e orientação de vida. A interação destas pessoas é que vai permitir o conhecimento mútuo, que servirá para elaboração de um trabalho coletivo, respeitando a individualidade de cada participante (Moscovici, 1996).

Ao promover a satisfação do indivíduo em ser e estar em um determinado lugar, ou grupo, ele necessita dizer a si mesmo que esta situação é interessante para ele e que será beneficiado no seu processo de auto-realização. Muitas vezes, ficamos durante anos achando que não estamos bem com o trabalho que temos, com a casa que moramos ou a cidade onde decidimos morar. Quando aceitamos e incorporamos que este lugar, esta casa, este trabalho e a cidade é o melhor para nossa família, significa que mudamos também nosso modo de pensar e como consequência, nossa atitude.

Partindo da discussão realizada à luz do referencial teórico, é que ousou trabalhar com grupo, apostando que a sua capacitação poderá levar à mudança de atitude, como afirma Moscovici (1996).

Um grupo não é a simples reunião ou amontoado de pessoas, mais sim a reunião de pessoas que se engajam em certas tarefas e com objetivos comuns.

Para Moscovici (1996), no trabalho em grupo estamos sempre comunicando algo, seja por meio de palavras ou outros meios não verbais, tais como o olhar, gestos, postura corporal, posição e distância em relação aos outros. O simples fato de estarmos ao lado de alguém já é o suficiente para se iniciar um processo de mudança na forma de percepção de cada um.

Em grupo, o indivíduo tem grande valor, mas o resultado de suas interações é um produto que pode ser melhor apreciado, apenas quando visto a partir de uma experiência grupal. Crescer, para um grupo de trabalho, é tornar-se mais eficiente, mais criativo no âmbito da tarefa grupal.

Para Moscovici (1996), para acontecer mudança na percepção de cada um, é necessário que a pessoa sofra uma crise interna. Esta autora descreve estas mudanças, por meio de algumas fases, identificando-as como:

Fase do Descongelamento. Nesta fase é fornecido uma série de informações, provocando reavaliação de idéias acompanhada de ansiedade e motivação para examinar o novo.

Fase da Decisão pela Mudança. É uma etapa na qual a pessoa aprende novas maneiras de lidar com determinado problema, incorporando novas atitudes e comportamentos.

Fase de Ajustamento e Integração. Acontece quando a pessoa faz a integração e os ajustamentos necessários entre o conhecimento que havia adquirido em etapas anteriores e o conhecimento ou informação nova.

Fase da Incorporação. Nessa fase, ocorre algo mais profundo na pessoa, pois, é preciso ocorrer uma transformação do conjunto para aflorar algo novo.

Fase de Estabilização ou Congelamento . Surge quando se adquire a estabilidade, após o indivíduo passar por um processo de mudança. Esta estabilidade porém é dinâmica, sempre que surgem novas situações ou problemas, as fases se sucedem.

Para manter o desenvolvimento do grupo, segundo Moscovici (1996) há necessidade de um facilitador que é acima de tudo um educador e é função deste oferecer condições, para que os membros do grupo consigam crescer, através de suas experiências. Isto acontece, quando o facilitador expressa expectativas positivas do que cada um é capaz de aprender com o outro, em um ambiente favorável de grupo, sendo essencial que todos os seus membros estejam comprometidos com a evolução do grupo.

Outro fator relevante nas características do facilitador é o princípio ético de ação e suas prováveis consequências imediatas sobre outras pessoas. Não basta ser competente, é preciso ser ético para produzir qualidade no trabalho com pessoas e grupos (Moscovici, 1996).

Não poderíamos deixar de citar alguns fracassos, que ocorrem na dinâmica vivencial de grupo. Entre eles, segundo Moscovici (1996) toda *mudança provoca resistência*. Em geral as pessoas sentem medo do novo, do desconhecido, do que não lhes é familiar.

Quanto à *motivação*, Moscovici (1996) salienta que para conceituar motivação, algo interno, tem sido usada a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. Salienta ainda que a motivação é constante, infinita e complexa. O homem está *buscando* continuamente, pois se sente satisfeito por um curto período de tempo.

Comparando as três autoras Moscovici, Stefanelli e Travelbee, percebemos que há complementariedade entre elas. Apesar da primeira referir-se ao relacionamento grupal, chama a atenção para a singularidade de cada um dos integrantes do grupo, a importância do conhecimento mútuo, da comunicação verbal e não verbal.

3 INTRODUZINDO O MÉTODO

Partindo do princípio que este estudo é fruto da minha inquietação sentida ao longo do meu trilhar pelos caminhos e atalhos da enfermagem, optei pela pesquisa convergente-assistencial, como apresentada por Trentini e Paim (1999).

Como este método implica em uma relação íntima entre pesquisa e prática da assistência de enfermagem para facilitar a seqüência dos passos preconizados para este tipo de estudo apresentamos inicialmente os aspectos éticos da pesquisa, para facilitar a sua compreensão ao longo do trabalho.

3.1 Apresentando as considerações éticas

O enfermeiro trabalha diariamente com o ser humano. Desta forma se encontra constantemente frente a desafios, pois necessita conciliar eticamente o seu ser profissional com o do ser humano para o qual presta cuidados.

Considero que a questão ética perpassa toda a trajetória do projeto de pesquisa, desde a decisão do tema a ser estudado até à conclusão da pesquisa.

Previamente foram realizados contatos com a diretoria da Instituição, local desta pesquisa, para autorização e efetivação da mesma (Anexo I).

A instituição solicitou um mini currículo da autora desta pesquisa, como exigência da Comissão de Ética da Instituição (Anexo II). De acordo com a Resolução número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) sobre pesquisa envolvendo seres humanos, em seu artigo VII, toda investigação deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os princípios éticos na pesquisa segundo esta resolução, implica no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos- alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Na pesquisa com seres humanos estes deverão sempre terem respeitadas sua dignidade, sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade.

Foram resguardados e observado o que preconiza Gelain (1998), citando a Resolução 1996/96, quanto a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa humana. Este autor comenta ainda o artigo 37 do mesmo capítulo, anteriormente citado, sobre a honestidade da pesquisa. No capítulo V, artigo 54, fala da publicação do trabalho, onde os elementos envolvidos na pesquisa devem ser resguardados em sua identificação, com exceção dos que previamente autorizaram-na, os próprios elementos ou seus responsáveis.

Em Polit e Hungler, apud Trentini e Paim (1999) constam regras gerais para que o pesquisador assegure a proteção de direitos ao ser humano, assim concentrados: manter sigilo e anonimato; preservar os valores morais do pesquisado, assegurar a liberdade de o pesquisado entrar no estudo e dele sair a qualquer momento; obter o consentimento voluntário, sem qualquer artifício de coerção, acompanhar vigilante para que o pesquisado não seja afetado por ameaças ou danos, bem como a devolução dos resultados da pesquisa aos participantes. Em qualquer projeto de pesquisa convergente assistencial esta conduta deve ser respeitada, segundo Trentini e Paim (1999).

Em todas as etapas desta pesquisa foram citadas as falas dos participantes, porém em nenhum momento se percebe nas mesmas a identificação de seus autores.

A sistematização dos dados obtidos na prática assistencial e a intencionalidade de desenvolver a investigação científica em meio à assistência de enfermagem impõem a construção de uma ética que lhes é apropriada e que requer postura do grupo de pesquisa, no andamento das etapas da investigação (Trentini e Paim, 1999).

Foi assegurado toda conduta ética e reforçado que será resguardado o sigilo, o anonimato, o uso dos dados, a participação voluntária, bem como a devolução dos resultados da pesquisa aos participantes e instituição.

3.2 Descrevendo a opção metodológica

Este estudo deriva do trabalho da prática assistencial que realizei junto a um grupo de enfermeiros em um hospital geral situado no Oeste do Paraná, durante a disciplina de Prática Assistencial do Programa de Mestrado Interinstitucional UFSC/ UFPr e Associadas, constituindo estes os participantes e local da pesquisa.

As autoras deste método convergente-assistencial, Trentini e Paim (1999), não apresentam métodos, técnicas e estratégias para obtenção de informações, diferente de outros métodos de pesquisa. Chamam atenção porém, para a dupla intencionalidade deste método: a construção científica e as implicações e associação desta produção com a qualidade de vida dos informantes, por meio da prática assistencial.

Para Trentini e Paim (1999, p. 43), *“a pesquisa convergente assistencial como qualquer outro tipo de pesquisa se propõe fornecer respostas, que se podem caracterizar como novos conhecimentos, soluções de problemas, melhoramentos, mudanças e alterações. Se a pesquisa provê respostas, o óbvio é que antes existam perguntas. Portanto o importante neste processo é a formulação de questões sobre o tema”*.

Este método é apresentado em quatro fases: *concepção, instrumentação, perscrutação e análise*.

Fase de concepção. Esta fase compreende a parte inicial da pesquisa, ou seja: a introdução, a revisão de literatura, questão norteadora, objetivo, referenciais conceitual e teórico, já apresentados.

Fase de instrumentação. A fase de instrumentação, conforme Trentini e Paim (1999) diz respeito a opção metodológica, local, escolha dos participantes, procedimentos de obtenção de informações e seu registro.

Fase de perscrutação. Nesta fase se evidencia como os instrumentos de obtenção de dados foram utilizados, descrevendo suas particularidades.

Fase de análise e interpretação. Segundo as autoras Trentini e Paim (1999) a interpretação dos dados em uma pesquisa convergente-assistencial, deve ser realizada à luz da fundamentação teórica utilizada no estudo, de maneira a proceder à associação desta com os dados analisados, construindo assim, as conclusões da pesquisa.

Trentini e Paim (1999) descrevem as fases de análise e interpretação separadamente, fundamentadas em Morse & Field, havendo porém coincidência nos processos que a compõem. Neste estudo foram considerados os seguintes processos :

apreensão, síntese, teorização e transferência ou recontextualização.

Apreensão. Esta fase iniciou com a coleta e análise dos dados durante toda a pesquisa, com base nas falas, nos registros e anotações de campo e gravações realizadas em fita cassete durante as reuniões do grupo.

Síntese. Durante este processo foram feitas leituras e releituras dos dados para exame das associações e articulações feitas das informações. Com isto chegamos a compreensão global do que ocorreu durante o processo desta pesquisa.

Teorização. Nesta fase desenvolve-se um esquema teórico, a partir da compreensão havida no processo de síntese. Esta fase exige um grande esforço intelectual para formulação de novos conceitos.

Transferência. Este processo ocorre quando outros profissionais ou pesquisadores visualizam nos resultados possibilidades de sua aplicação em suas áreas de atuação ou à áreas distintas, ocorrendo assim a socialização do conhecimento ou como é chamado em pesquisa qualitativa de generalização naturalística.

3.3 Caracterizando o cenário

Escolhi um hospital geral para a realização deste estudo, uma vez que, minha intenção era trabalhar este tema fora dos muros do hospital psiquiátrico, na esperança de estender a assistência à saúde mental como um todo a outros espaços, pois ela não existe isoladamente e sim, faz parte do ser da pessoa, independentemente de onde ela se encontra.

A instituição escolhida tem sessenta e sete leitos, e é localizada em uma cidade na região Oeste do Paraná. Atende clientes particulares, conveniados, uma percentagem de clientes do SUS (Sistema Único de Saúde) com encaminhamentos prévios e indigentes que são trazidos pelo SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência). Admite pessoas com doenças crônicas, agudas, crianças e adultos de ambos os sexos

O local onde aconteceram as vivências de grupo, foi o refeitório desta Instituição, uma vez que este espaço era suficiente para o desenvolvimento deste trabalho; arejado, iluminado, com telefone para localizar os enfermeiros em caso de emergência, embora quase não tenha havido interrupções.

A proposta agrupou enfermeiros representantes da Maternidade, Clínica Médica-Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

Estas unidades nas quais atuavam os enfermeiros possuíam algumas características singulares e outras comuns e são descritas a seguir.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) . É uma UTI geral, possui seis leitos, atendendo inclusive crianças a partir de seis anos de idade. Possui um leito para uso de isolamento em caso de grande queimado e doenças infecto-contagiosas.

As paredes são pintadas na cor bege, possui iluminação adequada, não possuindo janelas e a ventilação se dá somente através de ar condicionado.

O quadro de funcionários de enfermagem é composto por dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem pela manhã, dois auxiliares de enfermagem no período da tarde e dois auxiliares de enfermagem à noite.

Centro Cirúrgico. É um espaço com iluminação adequada; a ventilação é feita através de ar condicionado e as salas são espaçosas.

Possui cinco salas, sendo que uma delas é usada para a realização de parto e outra para recuperação anestésica.

As cirurgias realizadas com maior frequência são cirurgias ortopédicas, neurológicas, vasculares, ginecológicas e obstétricas (cesáreas), urológicas, gástricas, otorrinolaringológicas e plásticas.

A equipe de enfermagem é composta de um enfermeiro, cinco auxiliares de enfermagem pela manhã, três auxiliares à tarde, um auxiliar de enfermagem à noite e um auxiliar de enfermagem na central de material.

Clínica Médico-Cirúrgica. Possui 55 leitos, cada quarto tem uma janela com boa ventilação, as paredes são pintadas com cores claras.

A clínica possui duas suites, duas enfermarias com cinco e seis leitos, os demais quartos constam de dois leitos. Todos os quartos possuem um aparelho de televisão.

A equipe de enfermagem é composta por dois enfermeiros pela manhã, um à tarde e um à noite na supervisão; oito auxiliares de enfermagem pela manhã, cinco à tarde e três à noite.

Maternidade. Possui dois quartos com dois leitos para pré-parto e dois quartos com dois leitos para o pós parto. Estes leitos da maternidade são destinados para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os demais partos realizados nesta instituição, são de pacientes que ficam na ala de internação particular.

Os funcionários que trabalham na maternidade, são os mesmos da Clínica Médico Cirúrgica.

3.4 Apresentando os participantes

O hospital possui em seu quadro de funcionários, oito enfermeiros para atender à demanda de todos os setores do hospital. Dos oito enfermeiros, cinco aceitaram participar da proposta desta pesquisa.

Na pesquisa convergente-assistencial na qual o pesquisador desenvolve investigação e assistência ao mesmo tempo, a amostra do estudo deve ser pequena, para estar de acordo com as possibilidades do pesquisador (Trentini e Paim 1999).

Dos cinco enfermeiros participantes, quatro deles eram do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo três casados e dois solteiros.

Quatro deles têm outro vínculo empregatício, sendo que uma trabalha oito horas nesta mesma instituição. Todos os enfermeiros envolvidos nesse estudo, atuam na assistência direta, sendo que um deles também responde pela chefia de um setor dessa instituição.

Entre os cinco enfermeiros que fizeram parte deste estudo, um é graduado há quinze anos pela Universidade de Maringá; quatro são formados pela Unioeste, num período que vai de um a três anos. Nenhum deles possui curso de especialização. Todos eles participaram da atividade de pesquisa no horário de trabalho perfazendo assim o total de oito encontros, realizados para o desenvolvimento deste estudo.

Cada enfermeiro integrante participou das reuniões de grupo, com o compromisso de ler artigos sobre o assunto, sugeridos pela facilitadora, e comparecer aos encontros subsequentes previamente combinados com o grupo.

3.5 Caminhando com a opção metodológica

As informações foram obtidas por meio de reuniões grupais, observação e entrevistas coletivas ou seja, o facilitador ou pesquisador face-a-face com o grupo de participantes. Foi realizada também a entrevista individual, quando solicitada pelos participantes, por ocasião do que deveria ser a sétima reunião, para supervisão da implementação. Na prática.

Os dois tipos de entrevista são valorizados pela pesquisa convergente-assistencial. As entrevistas coletivas foram feitas seguindo-se, a discussão dos conceitos gerais de relação de ajuda e comunicação terapêuticas. As observações feitas foram registradas em diário de campo sob a forma de notas ou comentários. Os encontros foram gravados em fita cassete.

Em todas as etapas a facilitadora valeu-se da comunicação humana e das estratégias de comunicação terapêutica utilizadas para a instrumentalização sobre o conhecimento necessário para o desenvolvimento da relação de ajuda terapêutica, comunicação e comunicação terapêutica. Cada um dos participantes recebeu uma lista destes conceitos, porém foi-lhes dada liberdade de incluir outros conceitos que julgassem necessários para sua instrumentalização. Todos eles foram discutidos nas sessões grupais.

Para facilitar a discussão sobre o conhecimento de relação de ajuda e comunicação terapêuticas, foi utilizado um jogo educativo, adaptado de Stefanelli (1993); este jogo é composto de cartas contendo mensagens para estimular discussões sobre os temas comunicação humana terapêutica e relação de ajuda terapêutica, como suporte propiciador das discussões sobre o referencial teórico. Foram utilizadas algumas mensagens desse jogo e acrescentadas outras de acordo com o tema deste estudo, incluindo-se conceitos de Travelbee (1979) e Peplau, (1952), porém seguindo as mesmas regras utilizadas por Stefanelli (1993). (Anexo III)

O uso do jogo é uma forma descontraída de aprender, permitindo a discussão dos conceitos oferecidos pelo coordenador com a utilização da experiência prévia e realidade dos participantes.

Os encontros do grupo foram semanais, a partir de uma agenda prévia, durante o período de 14 de Julho à 03 de Setembro de 1999, num total de nove encontros. Estes encontros foram agendados no horário de trabalho dos participantes e cada encontro teve a duração de uma hora e meia a duas horas.

Nos momentos iniciais de cada reunião procurava saber como cada um dos participantes havia passado no período compreendido entre um e outro encontro, em uma conversa informal, à medida que as pessoas iam chegando. Esta era uma maneira de me aproximar mais de cada um e também de conhecê-los melhor.

O processo de coleta de dados aconteceu em quatro passos seqüenciais , descritos a seguir.

O primeiro passo constituiu toda a parte de protocolos que faz-se necessários para a entrada do pesquisador no campo da pesquisa.

A primeira reunião ocorreu dia 14/07/1999, às quinze horas, no refeitório do hospital. Reuniram-se, juntamente com a gerente do Serviço de Enfermagem, a autora desta pesquisa e os cinco enfermeiros que aceitaram participar do estudo.

Neste encontro, foi exposto o tema, a finalidade e os objetivos da pesquisa. Após os esclarecimentos das dúvidas, perguntei se tinham interesse em participar da mesma. Os cinco enfermeiros mostraram-se interessados em participar, sendo que um deles comentou sobre pouca disponibilidade para estudar e perguntou à gerente de enfermagem, quanto ao horário que este estudo seria desenvolvido. A gerente do Serviço de Enfermagem, permitiu que os encontros fossem realizados durante a jornada de trabalho, em dia da semana e horário fixo estipulados para tal. O grupo fez um cronograma de todos os encontros. Outro ponto importante, foi determinar a duração de cada um deles, sendo determinado o tempo entre uma hora e meia à duas horas, no máximo.

Neste dia, foi deixado com os membros do grupo de enfermeiros o termo de consentimento, a fim de que os mesmos pudessem tomar conhecimento do seu conteúdo para posteriormente discutí-lo e assiná-lo. (Anexo IV)

Para assegurar maior confiabilidade na análise das falas, durante os encontros, foi utilizado o gravador, após permissão dos participantes, sendo sua transcrição realizada na íntegra, para a análise dos dados à luz do referencial teórico adotado.

Enquanto facilitadora deste grupo, neste primeiro encontro, encontrava-me bastante apreensiva, uma vez que necessitava transmitir aos integrantes da reunião o que iria ser desenvolvido e importância participação deles na pesquisa.

Esta apreensão logo foi dissipada, pois o grupo em sua totalidade demonstrou interesse na introdução de uma forma diferente de trabalho. Todos aceitaram trabalhar em grupo, tendo sua curiosidade aguçada, para conhecerem “como agir com base em um referencial teórico”, qual referencial e como o mesmo seria adotado para este estudo. Fez-se uma breve apresentação do conteúdo do referencial teórico, de acordo com o tema.

No final deste primeiro encontro já me encontrava mais a vontade para dar continuidade à pesquisa.

No **segundo passo**, após a devolução do “termo de consentimento assinado”, foi iniciada a discussão sobre conceitos básicos sintetizados no referencial teórico. Esta reunião aconteceu dia 21 de Julho de 1999, às quinze horas, nas dependências do refeitório do hospital. Estavam presentes os cinco enfermeiros e a facilitadora.

Informamos aos participantes que para realizar pesquisa necessitaríamos definir objetivos, referencial teórico e metodológico para depois obter os dados e analisá-los.

Neste momento foi esclarecido que esta pesquisa tem como referencial teórico basicamente os conceitos de Stefanelli (1993) sobre comunicação humana e comunicação terapêutica; de Travelbee (1979) no que se refere a relação pessoa-a-pessoa, que no nosso estudo chamamos de relação de ajuda terapêutica; e de Moscovici (1996), quanto aos conceitos de grupo.

Para esta etapa, foram utilizados dois encontros, uma vez que as discussões estavam sendo produtivas e os membros do grupo sentiram necessidade de descrever melhor suas experiências para a construção de algo sobre o assunto a partir das discussões coletivas sobre a realidade vivida e os conceitos teóricos sobre o tema abordado.

Como as reuniões tiveram uma seqüência, com curto espaço de tempo entre uma e outra, cada dia os participantes foram sentindo-se mais à vontade, confiantes e as discussões tornando-se mais produtivas.

O **terceiro passo** foi a introdução do jogo educativo com mensagens sobre comunicação terapêutica e relação de ajuda terapêutica e avaliação imediata do jogo pelos enfermeiros participantes.

Esta foi a quarta reunião do grupo. Aconteceu no dia 06 de Agosto de 1999. Estavam presentes os cinco enfermeiros e a facilitadora do grupo.

Para esta reunião utilizamos a estratégia do jogo educativo (Anexo III) sobre comunicação terapêutica como utilizado por Stefanelli (1991) e relação de ajuda terapêutica para reforço do conhecimento discutido até então.

O **quarto passo**, ponto crucial da pesquisa, foi a implementação da relação de ajuda terapêutica pelos participantes, para a qual utilizaram os conhecimentos que haviam sido discutidos até o momento. Este passo foi central para a consecução do objetivo da pesquisa.

No dia 09 de Agosto de 1999, às quinze horas e trinta minutos aconteceu a quinta reunião. Para a realização do quarto passo, foram necessários cinco reuniões. Primeira para a entrega dos formulários e esclarecimentos sobre sua utilização; segunda para orientação e discussão; terceira para supervisão em grupo; quarta para supervisão individual; quinta para o grupo avaliar como foi participar desta experiência. Foi fetuada ainda a avaliação final após oito meses do término da pesquisa.

Assim, foi distribuído nesta quinta reunião, para cada participante uma cópia do instrumento utilizado para o registro da comunicação havida na relação de ajuda terapêutica (Anexo V), uma cópia contendo uma lista dos elementos da relação de ajuda terapêutica e uma cópia das cartas utilizadas no jogo educativo, para a implementação desses conceitos na prática.

Após ser decidido pelo grupo, foi programado nova reunião no dia 17 de Agosto de 1999, às 15 horas, para a primeira supervisão da implementação já realizada, na qual foram discutidas as dificuldades e o planejamento das próximas interações.

Cada participante apresentou o registro da sua interação realizada, por escrito, no formulário fornecido. A facilitadora fez os esclarecimentos e orientações necessários, sempre levando em consideração a discussão surgida pelo grupo.

Atendendo a necessidade surgida no grupo o que corresponderia a sétima reunião entre pesquisador e enfermeiros, reuniões individuais foram realizadas em dias e horários diferentes, para atender cada participante, segundo suas necessidades de orientação e esclarecimento de dúvidas.

No dia 02 de Setembro de 1999, às quatorze horas, com todos os elementos do grupo, reunimo-nos nas dependências do refeitório do hospital e realizamos a avaliação final desta vivência efetuada em nove reuniões. Os participantes entregaram para o pesquisador todos os formulários utilizados na implementação da relação de ajuda terapêutica na vivência de sua prática.

A descrição destes encontros é apresentada na seqüência deste trabalho. Durante as citações das falas vividas no grupo, foi utilizado o termo facilitadora, como designação para a posição da pesquisadora; as letras A, B, C, D e E para os enfermeiros atores deste estudo e para Pcte de cada enfermeiro A, B, C, D ou E quando for citação de fala de paciente, em interação com os enfermeiros participantes deste estudo.

Enquanto facilitadora do processo escutei, gravei, transcrevi, li e reli cada fala, com a preocupação voltada para a identificação das necessidades sentidas, expressas ou subjacentes de cada participante, valendo-me também do conhecimento sobre comunicação terapêutica e do jogo educativo como meio para o aprendizado da comunicação e da relação de ajuda terapêutica.

Sentimos ainda necessidade de fazer uma avaliação final após um certo tempo, no caso oito meses, para verificar como cada participante do estudo estava utilizando o conhecimento adquirido. Esta avaliação após oito meses foi realizada para verificar se houve sedimentação dos conteúdos discutidos, verificando-se assim se foram apreendidos.

Os resultados da análise são apresentados a seguir de forma descritiva. A análise dos dados foi realizada à luz do referencial teórico, como preconizam Trentini e Paim (1999), de modo a permitir ao leitor compartilhar da experiência desenvolvida.

4. CONSTRUINDO OS CONCEITOS QUE PERMEIAM A RELAÇÃO DE AJUDA TERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Os conceitos apresentados e discutidos são, em geral, os que permeiam as teorias de enfermagem e a relação de ajuda terapêutica. A discussão em grupo sobre os conceitos do cotidiano da enfermagem como ser humano, comunicação, saúde / doença, meio ambiente, enfermagem, relação de ajuda terapêutica, nos levou a construção coletiva do significado de cada um destes, para o grupo.

Ao discutirem o conceito de ser humano, a partir do que foi apresentado e da realidade dos participantes, surgiram várias formas de abordar o assunto, por vezes contraditórias dentro do grupo. Alguns se reportaram à forma como tratam o paciente, “segundo a sua patologia” ou “padronizando o cuidado” e, às vezes, considerando a preocupação que surge para o paciente.

“Tratamos o paciente por patologias, por tabela. O paciente reclama de dor e você tenta comparar com a dor de outro paciente com a mesma patologia, tem que ser igual à dor do outro com o mesmo diagnóstico”. (A)

Mesmo quando trabalham com um número menor de pacientes, tendem a padronizar o cuidado, seguir rotinas.

“Como eu trabalho em um lugar com menos leitos, a UTI, tentamos individualizar o paciente, porém nos cuidados gerais, seguimos a rotina”. (C)

Alguns se referiram a situação específica de paciente em fase terminal, abordando a preocupação do paciente e não o conceito de ser humano.

“Quando lidamos com paciente terminal, por exemplo, um paciente jovem, a preocupação dele é quem vai cuidar de sua família”. (A)

Um dos participantes do grupo explicou que a padronização do cuidado surge porque os profissionais não são tratados individualmente como pessoas e sim, como números, o que dificulta a mudança de sua conduta .

“Tendemos à padronização. Nós tendemos a agir assim porque enquanto enfermeiros não somos tratados de forma individual, insubstituível. Somos considerados números e é difícil você sair dessa realidade e aplicar ao paciente uma realidade ideal”. (B)

Esse mesmo participante, entretanto fez a afirmação a seguir.

“Falamos que o ser humano é insubstituível, que ele tem o seu valor”. (B)

O paciente, segundo a visão de outro participante, foi considerado como ser único, inserido em um meio ambiente.

“...um ser único no mundo...o meio ambiente”.(Após houve um breve silêncio). (C)

Houve também comentários sobre como o paciente gostaria de ser atendido e o quanto não valorizamos isto, apesar de deixar evidente que cada paciente é um ser único.

“Essa pessoa que atendemos, ele pensa, sabe o que é melhor para ele e muitas vezes temos de barrá-lo ...segue...quando lidamos com o paciente, temos que pensar como eu gostaria de ser atendido. Sei que muitas vezes não damos carinho e afeto suficiente ao paciente”. (A)

“Se é um paciente “chato” de lidar, você já fica com um pé atrás, não tem tanto empenho(inconsciente). Se por exemplo for um paciente que fala demais, você começa a cortar e de repente você impõe limites”. (D)

Apresentamos a seguir a síntese do conceito de ser humano, extraída da discussão com o grupo.

“É um ser único, inserido em um meio ambiente, que tem necessidades de aceitação e afeto, é insubstituível e tem o seu valor e como tal deve ser tratado, levando-se em consideração que na relação enfermeiro-paciente, ambos são seres humanos”.

Frente à pergunta da facilitadora : “Será que conseguimos escutar o paciente, aprender com ele na experiência que ambos vivenciamos?”. Na tentativa de dar continuidade à discussão do conceito de ser humano, os participantes iniciaram a discussão sobre outro conceito – comunicação.

Apresentamos a seguir alguns trechos de discussão sobre conceito de comunicação da forma como ele surgiu no grupo.

“É difícil um linha de comunicação, a gente não tem. Quando o paciente tem um raciocínio lógico, nós não deixamos...porque não se tem tempo para escutá-lo .No máximo perguntamos : como o Sr está?. Escuta, escuta e não tem um mecanismo, uma sistematização das atividades, aproveita-se pouco do que escutou”. (B)

O fator “tempo” surgiu em várias oportunidades no decorrer da discussão, às vezes como justificativa pelo não atendimento do paciente e, outras vezes, como críticas ao próprio comportamento, incluindo a indução de respostas associadas à falta de tempo.

“Acho que vamos ansiosos ao paciente, não conseguimos chegar. Vamos ao paciente e fazemos perguntas induzindo às respostas. É tão rápida nossa entrada no quarto e nós cortamos suas falas”. ((C)

“Tudo é muito corrido, porque o enfermeiro pergunta se está tudo bem? Ele às vezes pode mascarar realmente o que ele está sentindo. Se perguntamos como o Sr está se sentindo, já tem outra conotação”. (D)

“O paciente não consegue ter tempo de dizer o que sente e já se foi o enfermeiro”. (B)

Podemos comentar, aqui, que cada pessoa tem seu tempo para codificar e decodificar as mensagens recebidas e enviadas (Stefanelli, 1993; Travelbee, 1979 e Moscovici, 1996). A falta de tempo é uma “muleta” alegada pelo enfermeiro. Apesar de participantes terem feito críticas ao comportamento do enfermeiro, não podemos julgá-lo, pois, sabemos que o conteúdo sobre comunicação nos cursos de graduação estão concentrados em uma ou duas disciplinas. Parece haver também falta de conscientização por parte dos docentes sobre a importância do assunto e falta de motivação para colocar em prática este conteúdo. De forma geral nas disciplinas referentes à enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, quando o ensino destes conteúdos ocorre no curso não é retomado pelos outros docentes com a mesma ênfase. Se ele é ministrado no final do curso não há tempo para o aluno assimilá-lo e integrar aos demais procedimentos de enfermagem (Stefanelli et al 1996).

Chamou-me atenção o comentário de um dos participantes sobre o estereótipo “está tudo bem”, que usamos rotineiramente, induzindo respostas do paciente como afirma Stefanelli, (1993). A fala a seguir corrobora este pensamento.

“Entrei em um quarto e perguntei, tudo bem? O paciente respondeu, tudo bem. Quando voltei no mesmo quarto o paciente estava chorando”. (A)

Outros participantes comentaram sobre a comunicação não verbal e a dificuldade encontrada para decifrá-la mas, que com a experiência ela se torna mais fácil.

“Dar valor a qualquer coisa que o paciente coloca. Até mesmo a comunicação com os olhos, porque às vezes pegamos pacientes que não conseguem falar. Tentamos decifrar, com o passar do tempo isso vai se tornando fácil (C)

A seguinte seqüência de comentários mostra o quanto estamos despreparados para atender ao paciente como ser único para o qual a comunicação é vital. As pessoas de renda mais baixa parecem ter maior conformismo com sua situação vivenciada, quando necessitam de atendimento à saúde. O mínimo que eles recebem parece não ser direito seu; isso é reproduzido no comportamento dos enfermeiros que preferem trabalhar com o paciente do SUS, porque a estes não é dada oportunidade de ter acompanhante e conseqüentemente o enfermeiro não tem que dar explicações de seus atos ou informações à família dele. Tem-se aqui um paradoxo, pois ao surgir o tema “família”, um dos participantes referiu-se aos visitantes e o tempo destinado à visita relacionando-o à humanização da assistência.

“Uma coisa interessante em relação ao tempo em que vivemos, os funcionários preferem trabalhar com os pacientes do SUS...Não estão preparados para trabalhar com a família. O paciente do SUS não tem acompanhante, não precisa estar dando explicações”. (A)

“Tentamos distanciar cada vez mais a família do paciente. Olha em relação as visitas, quinze minutos. O que se pode fazer neste tempo? Nem para atender a necessidade de carinho. O tempo curto não é humanizado”. (D)

“Já me aconteceu de eu entrar em um quarto e me deparar com uma terceira pessoa e ela colocar tudo sobre o paciente, não deixando o paciente falar. Este acompanhante muitas vezes pode mascarar realmente o que o paciente está sentindo. Esta informação fica muito distanciada”. (C)

Ao retomarem a discussão sobre comunicação, no encontro seguinte do grupo, teceram considerações sobre seus elementos, necessidade e sensibilidade por parte do enfermeiro em relação ao paciente e fatores que interferem no processo comunicacional da equipe de saúde.

“Para haver comunicação, é preciso ter receptor e o emissor, fazendo acontecer a comunicação”. (E)

“Há necessidade do profissional ser sensível para estar percebendo esta comunicação”. (D)

“Também muitas vezes os enfermeiros necessitam estar atentos à conversas dos profissionais da equipe, para coletar dados, pois a comunicação entre profissionais da equipe nem sempre é tão aberta”. (A)

“O local em que estamos, pode ter muitos aparelhos por, exemplo, e tudo isso influência na comunicação. Por exemplo, numa parada cardíaca, se você tem uma equipe atrapalhada, com todo mundo falando ao mesmo tempo, tudo irá dificultar na assistência. Todos que estão envolvidos nesse tempo, personagens, seres humanos, até os aparelhos fazem parte deste cenário”. (C)

Na última fala, embora de forma simplificada, já se percebe alguma associação dos elementos técnicos e expressivos do cuidar / assistir em enfermagem, a importância do contexto onde ocorre a comunicação para que esta possa ser compreendida e analisada foi lembrada pelos participantes. Segundo Stefanelli (1993), ela só pode ser estudada vinculada ao contexto onde se desenvolveu o processo comunicacional, considerando as variáveis de tempo, pessoas, acontecimento, idade, patologias ou seja as singularidades de cada um. Alguns participantes valorizaram o contexto em que ocorrem a comunicação e a propriedade na comunicação enfermeiro-paciente.

“Relacionando com aquela situação, do que aconteceu. A comunicação dá-se na forma, no tempo de que aquilo ocorreu. A não ser que você foi atrás de alguma coisa que ficou pendente, daquele momento”. (C)

“É sobre a patologia dele, não vamos falar da perna, quando o problema dele é a barriga”. (B)

“Para falar de um contexto, ela necessita ter uma história. Muitas vezes tem uma história anterior. Por exemplo, eu recebo um paciente com ICC, eu quero saber a história, ele diz: ai eu passei no consultório, senti falta de ar, etc, ...então por isso que agora este paciente está em minha frente, existiu um contexto”. (C)

“Para mim tenho que colher a história para conhecer melhor o paciente”. (E)

“Tudo é um contexto, a situação econômica dele, onde ele vive, dependendo o quê e quero trabalhar”. (B)

“Teve um caso de um paciente, a mãe dele falava tudo por ele e não dava oportunidade dele falar (origem germânica), até que eu perguntei: ele não fala?”. (B)

“Os idosos contam como foi sua vida, sua situação econômica, sobre os filhos e que agora ele está numa casa sozinho, quebrado (arruinado), ...bem assim. Quem vai me cuidar? Como vou ficar? E dizer que fiz tudo pelos filhos...”. (D)

Comentaram também sobre a importância da comunicação em enfermagem através de diversas situações, em suas formas escrita e verbal.

“Acho que a comunicação, é de suma importância, a escrita de suma necessidade de anotar no prontuário, como documento de defesa da enfermagem”. (D)

“Na enfermagem é importante ter informação, por exemplo a medicação, dentro de muito pouco tempo virá a dose preparada e a enfermagem irá administrar. Deverá ter muita informação para termos prova”. ((C)

Aqui, o participante se referiu ao fato do medicamento vir pronto da farmácia para ser administrado e caso haja algum erro, a quem atribuir a responsabilidade? Como pudemos perceber, a comunicação em enfermagem assume conotações não só de informação sobre o paciente, mas também da equipe e se reveste do aspecto médico-legal da comunicação escrita para proteção dos direitos do enfermeiro.

Neste momento, fez-se necessário incluir neste espaço a discussão do conceito Enfermagem, uma vez que os participantes, durante esta discussão, não conseguiram separar a Enfermagem da Comunicação, sendo que para eles a comunicação é a mola propulsora da Enfermagem, como afirma Stefanelli (1993).

“Relacionamento entre as pessoas, ai é a chave de tudo. Comunicação emissor–receptor” (D)

Um dos participantes expressou sua insatisfação em relação a como o enfermeiro é considerado na equipe. De modo geral, ele não é considerado, como um ser único com suas crenças e valores, responsabilidades sociais e econômicas.

“É colocado muito como deve ser com o paciente e se esquecem os agentes da comunicação – o enfermeiro. Ele não é único? Não tem família? Não tem de sustentar uma família com essa meleca? Dá motivação para a gente trabalhar?”. (B)

Um outro participante assinala a importância da crença, da fé que cada profissional da enfermagem possui e o grupo foi unânime em expressar que quando interagimos com nossos pacientes, é impossível não transmitirmos o que acreditamos e sentimos.

“Eu por exemplo sou muito religiosa e normalmente coloco minha fé para que o paciente possa encontrar um significado na doença para poder crescer com esta experiência”. (B)

“É impossível, pois agimos de acordo com a fé, mesmo não acreditando em Deus, mas sempre cremos em alguma coisa”. (C)

Um dos participantes começou aqui a interligar a comunicação com os objetivos da relação de ajuda terapêutica de Travelbee, (1979).

“Precisa encontrar meios dele adaptar-se, para encontrar significado para a doença (como falamos no encontro anterior)”. (B)

Cabe ressaltar que quando o grupo utilizou o jogo de cartas, apareceu na discussão o fato de o profissional enfermeiro saber ouvir. Consideraram que para o paciente é de suma importância ser ouvido, pois sua forma de ser, é única e a atenção do enfermeiro é essencial para que ele possa sentir-se ajudado, apoiado num ambiente que lhe é estranho.

“A importância de ouvir o que o paciente quer dizer. Por exemplo, um paciente me contou que pintava e ficou feliz de ter- me contado isto (entrar no ritmo dele).(D)

“ Tive uma discussão com meu pai e ele me deu um tapa na cara, fiquei com raiva, decidi me matar, fiquei pensando muito. Ai minha mãe pediu para buscar uma vassoura de ervas no fundo do quintal, lá encontrei dentro de pneus velhos um revólver. Então peguei e fui para o meu quarto, deitei em minha cama e pensei se realmente queria morrer, minha vontade era realmente me matar, não sabia direito onde colocar o revólver, coloquei a mão quando senti o coração bater disparei, cai no chão, mas não perdi o sentido, com o barulho minha mãe entrou desesperada no quarto logo chamou a vizinha, me levou para o hospital, estava com muita dor, sangrava muito. Meu pai briga muito comigo”. (Pcte de E)

Saber fazer uso do silêncio, é uma das técnicas de comunicação preconizada por Travelbee (1979) e Stefanelli (1993) e os participantes do grupo também discutiram este conceito e salientaram a necessidade de usar o silêncio, ao interagirem com os pacientes, sabendo o enfermeiro fazer uso deste, mas também respeitando o silêncio do paciente.

Parecem não haver entendido o significado desta técnica, pois ela se refere ao uso do silêncio pelo enfermeiro quando o paciente permanece em silêncio.

“Minha carta fala do silêncio, eu vejo assim, saber usar o silêncio, conversar com o paciente, tirar a ansiedade. Se o paciente pergunta se vai morrer, não responder nem que sim nem que não, mas tentar mostrar uma resposta que não vai prejudicá-lo. Os pacientes que têm tumor, comentam sobre o tempo de sobrevivida que eles têm; aí entra a necessidade de ajudá-lo sem levá-lo a pensar que morrerá em seguida. Então o silêncio nesse caso vai ajudá-lo”. (E)

Na discussão da comunicação grupal, valemo-nos do que Stefanelli (1993) e Moscovici (1996) sugerem, que os enfermeiros deveriam fazer uso desta dimensão da comunicação. Em relação ao uso desta técnica, a discussão foi além, do esperado. Extrapolou o uso que se faz, em geral, de “grupos” nos quais se trabalha alguns temas coletivamente.

“A questão do grupo, ajuda muito o paciente, ouvindo outros que já passaram por aquela experiência. Se você consegue reunir pacientes com a mesma patologia, para que possam estar discutindo o que já aconteceu e está acontecendo com eles, existe assim uma troca de experiências”. (D)

“Por exemplo a sala do pré-operatório, como de repente um paciente colocando para o outro que cirurgia que ele vai fazer, ele já fez e foi bem rápido, o outro dá uma acalmada”. (D)

Foi comentado sobre o fato de os enfermeiros fazerem pouco uso da técnica de grupo. Neste momento surgiram exemplos do grupo de alcoolistas, grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, entre outros e sobre como nestes encontros grupais emerge o respeito pela pessoa de cada um.

“Minha experiência em um hospital que estagiei enquanto acadêmica, havia uma sala de TV, onde os pacientes se reuniam para assistir TV, mas também trocavam experiências sobre suas patologias”. (C)

“Vejo o trabalho de grupo como uma socialização, para depois vir a recuperação da individualidade de cada um. Ele passa a ser o Sr João que fez a cirurgia do joelho”. (B)

É de consenso dos participantes deste grupo de enfermeiros a importância do uso da habilidade da comunicação interpessoal e grupal, porém evidenciaram a dificuldade que este profissional tem em utilizar trabalho o de grupo.

A incoerência entre a comunicação verbal e não verbal, que caracteriza a dupla mensagem também foi abordada. Esta, segundo Stefanelli (1993), é uma forma patológica de comunicação. Assim o enfermeiro em sua prática, deve estar atento para esta questão, pois seria uma forma não terapêutica de cuidar que gera desconfiança em relação à pessoa do enfermeiro.

“Quando vamos fazer um curativo fétido e o paciente pergunta, está muito fedido? E você com aquela cara de nojo, diz não, não está. Ai entra a questão que o paciente vê que você não está sendo sincero”. (B)

A confiança mútua, também foi lembrada. Às vezes, o paciente conta alguma coisa para o enfermeiro e pede que seja mantido em segredo. Em conversa com os familiares deste paciente, o enfermeiro aborda o assunto que o outro lhe confiara. Para o paciente o enfermeiro deixa de ser sincero, honesto, pessoa de confiança. O sentimento de confiança é fundamental para um relacionamento de ajuda terapêutico. A perda da confiança também acontece quando o enfermeiro faz promessas que não cumpre ou não pode fazê-lo.

“Se você não consegue fazer com que o paciente confie em você, vai tudo por água à baixo”.

(D)

“Nunca aconteceu com vocês, de o paciente chamar o enfermeiro e pedir alguma coisa. O enfermeiro responder, só um pouquinho Sr, eu já volto. E até hoje o enfermeiro está por voltar naquele quarto”. (C)

“Quando vou executar uma técnica que normalmente causa dor e o paciente pergunta, se vai doer? A importância de você ser sincero e responder com honestidade. A necessidade de expressar aquilo que é. Eu me coloco no lugar do paciente e digo aquilo que se eu fosse o paciente, queria ouvir com sinceridade” (C)

Sintetizando o grupo, a comunicação adequada entre enfermeiro e paciente é a troca de informações entre emissor e receptor, dentro de um contexto que engloba o processo saúde – doença, aspectos físicos, aspecto de tempo e espaço, pessoas (paciente, família e pessoal técnico), procedimentos técnicos e expressivos, éticos sentimentos de empatia, confiança e o encontro do significado da doença.

Na discussão do conceito saúde / doença, apareceu um forte elemento, que é o meio ambiente, o hospital, como ambiente do tratamento e local onde se encontram o paciente e o enfermeiro. Percebe-se nitidamente a influência dos padrões culturais direcionando o comportamento dos pacientes, a conduta dos profissionais e o desrespeito às crenças do paciente.

“Muitas vezes lidamos com o paciente que não aceita o diagnóstico ou prefere procurar um curandeiro ou líder religioso, para confirmar seu diagnóstico”. (A)

“É difícil para nós enfermeiros muitas vezes, lidar com a situação de que o paciente não quer tomar os medicamentos, acreditando que a medicina alternativa seria melhor”. (C)

“Neste momento tenho que convencê-lo a acreditar, pela própria situação de estar num hospital”. (E)

Travelbee (1979) e Stefanelli (1993), autoras que fundamentam este estudo, enfatizam o ambiente em que o enfermeiro e paciente estão inseridos, levando em consideração as variáveis de tempo e espaço no qual ele interage com as pessoas, influenciando- as e sendo influenciadas. As falas a seguir refletem o descaso com a saúde do profissional enfermeiro.

“Às vezes o funcionário trabalha, estando com a mesma patologia do paciente, cuidamos do paciente e esquecemos da gente”. (B)

“Muitas vezes o funcionário vem trabalhar se arrastando, sem condições de estar no trabalho, e diz: eu preciso trabalhar”. (D)

Sentimos que há queixa significativa por parte do enfermeiro, em relação ao estado de saúde do profissional, o ambiente em que trabalha e as considerações que são feitas em relação ao seu estado. Nesta fala que transcrevo a seguir, o participante refere-se ao profissional médico, quando o funcionário apresenta algum problema de saúde no decorrer de sua jornada de trabalho.

“O profissional que trabalha no hospital, tem problemas com o profissional médico, pois ele não vê a gente, quando doente, como um paciente. Ele é inseguro conosco, com o paciente ele é seguro”. (E)

Um participante iniciou a discussão trazendo a questão da cultura indígena, pois já tiveram este tipo de paciente internado e não foram levados em consideração seus costumes, sendo o mesmo assistido dentro da padronização da assistência.

“Gostaria de dar o exemplo da cultura indígena, com eles internado, deveríamos ser diferentes, mas a gente padroniza tudo”. (B)

Comentaram também a questão da rigidez das rotinas hospitalares, principalmente em relação a questão de horários de algumas atividades .

“Sobre o banho, será que o índio quer tomar banho? E o horário? As sete horas da manhã? E o idoso?”. ((C)

Entrou também em pauta a questão da alimentação, as dietas especiais associadas ao comunicar-se com o paciente usando terminologia científica ou “jargões da profissão”.

“Chegamos e dizemos ao paciente esta é a dieta do Sr. Será que ele sabe o que é dieta? E se ele não come aquela comida?”. (D)

Discutiu-se também a assistência de enfermagem prestada a um paciente andarilho. Questionaram como fica a sua peculiaridade? Os participantes discutiram um exemplo de paciente que esteve internado há pouco tempo nesta instituição.

“O andarilho no hospital ele está no céu. Eu tive uma experiência com um andarilho e quando ele teve alta, eu disse, o Sr pode ir embora. Então ele perguntou-me: tenho que vestir esta roupa suja? Dava a impressão que ele não tinha onde tomar banho”. (D)

Em seguida, um participante afirmou que acredita que eles levam em consideração a questão cultural e onde mora o indivíduo por ocasião da alta hospitalar, e ressaltou a importância destes fatores para orientação no momento que ele deixa o hospital.

“Eu acho que nós levamos em consideração onde ele vive para orientarmos para a alta. Sabemos de onde ele vem e vai”. (E)

“Passamos há pouco tempo, por um exemplo com um andarilho, nós tivemos uma experiência que ele aqui fazia a barba, tomava banho e ele saiu daqui lindão, nós tentamos passar para ele procurar um lugar, encaminhamos para um abrigo. Acho que nós não o deixamos sair como entrou. Faz parte do nosso contexto da enfermagem”. (C)

Neste momento houve um pequeno tumulto, pois muitos discordaram da última idéia expressa pela participante, sendo que chegou-se a um consenso de que o grupo havia identificado que no seu dia-a-dia leva em consideração os aspectos culturais e sócio-econômicos do paciente para as orientações necessárias, de forma geral, havendo algumas exceções.

Para resumir o conceito meio ambiente discutido pelo grupo, foi considerado meio o mesmo ambiente que circunda o paciente inserido, durante seu tratamento, na cultura hospitalar que, também, envolve o enfermeiro. Em algum momento este, também, pode estar doente e necessitar de tratamento e ser considerado como ser humano. Não esquecendo que ambos, enfermeiro e paciente, trazem suas bagagens culturais, que devem ser respeitadas no seu convívio.

Quando abordamos a comunicação terapêutica, já havíamos discutido o conceito de comunicação e alguns elementos inerentes a primeira, já haviam emergidos durante a primeira discussão.

Surgiu neste momento a “habilidade” do enfermeiro em saber utilizar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o paciente.

“Nem sempre quando vamos conversar com o paciente, sabemos o que vamos dizer...muitas vezes o assunto vem na hora, de acordo com a situação...”. (E)

Na seqüência das falas, desta discussão, aparece a necessidade de se estimular os enfermeiros para desenvolver a habilidade, em comunicação terapêutica.

“A comunicação terapêutica pode ser aprendida. A gente se depara com cada situação”. (E)

Outro aspecto que surgiu dentro da comunicação terapêutica, foi o dia-a-dia do enfermeiro. Muitas vezes temos habilidades em cuidar de uma pessoa hoje que há tempos atrás, tivemos dificuldades, dado à falta de esclarecimentos sobre o assunto e idéias pré- concebidas.

“Há mais ou menos dez anos atrás, deparei-me com um paciente portador do vírus HIV. Ele era um paciente consciente do seu caso, era rebelde e provocava acidentes com a equipe de enfermagem; isto me deixou muito revoltada, pois pouco se sabia sobre a doença e eu não admitia, isto me marcou muito. Ao vivenciar aquela situação eu também aprendi. Hoje ao lidar com este tipo de paciente, já é diferente, continuo aprendendo. Porém tocamos no paciente, sabemos da necessidade de usar luvas para puncionar uma veia. Você vai aprendendo à cada situação”. (C)

Para que a comunicação seja adequada, o profissional enfermeiro, necessita adquirir habilidade em comunicar-se terapêuticamente com seus clientes, podendo esta ser desenvolvida através do processo ensino-aprendizado, com base na experiência do dia-a-dia do profissional. Sendo a relação de ajuda terapêutica o objeto de estudo desta pesquisa, o mesmo adquire relevância especial. Chamou-me a atenção o fato de que a princípio, para os participantes, toda relação de ajuda seria terapêutica. Foi necessário que o facilitador fizesse uma breve explanação da diferença entre relação de ajuda e relação de ajuda terapêutica, segundo os autores adotados para este estudo.

“Toda relação de ajuda é terapêutica”. (B)

“O interessante é o fato da relação de ajuda terapêutica, ser um momento único”. (C)

“É aquele vivido naquele momento, passou aquele momento, passou, não volta”. (D)

Foi discutido também se o enfermeiro estaria preparado para o desenvolvimento da relação de ajuda terapêutica, acrescentado-se pelos participantes, a dificuldade do profissional que termina o curso de enfermagem, tendo uma bagagem teórica considerável, porém, sem a prática do dia-a-dia de um hospital. Tem-se a impressão que os pacientes têm as mesmas necessidades e que o agir do enfermeiro é “escoltado” pelas rotinas. Talvez isto ocorra porque estas rotinas lhe propiciam uma certa sensação de segurança.

“Você sai da escola, sem ter a bagagem de quem trabalha dentro de um hospital. Cada paciente é diferente, você aprende com cada paciente. Nenhum paciente é igual ao outro”. (D)

Nesta discussão também apareceu a questão de crescimento através da experiência vivida.

“Mas a gente cresce sim, ou cresce por bem ou pela experiência”. (B)

“Claro, cada experiência é nova, na equipe é assim: ou dá tudo certo ou dá errado e você é obrigado a melhorar”. (B)

Em se tratando de uma relação de ajuda terapêutica, o grupo discutiu a necessidade do profissional enfermeiro ser verdadeiro, transmitir segurança ao paciente, para que o mesmo sintasse apoiado e seguro nesta relação, muito embora às vezes, isto tenha sido verbalizado de forma diferente.

“Para nós sermos verdadeiros, transparentes, nem sempre dizemos as coisas que são verdades, o paciente não gosta, devemos colocar de forma suave”. (E)

“Para o paciente que nunca entrou em um hospital, tudo para ele é novo. O paciente coloca muito sobre a ansiedade gerada em relação ao tempo. O médico fala em relação a cirurgia, é coisa de duas horas. Mas não conta com o tempo de anestesia. O paciente e familiares não são informados sobre tudo o que pode acontecer”. (D)

Resumindo, para este grupo, a relação de ajuda terapêutica é um momento único, em que através do vivido, ambos, enfermeiro e paciente crescem. Neste relacionamento é imprescindível que o profissional enfermeiro ofereça segurança ao paciente no ato de assisti-lo, lembrando-se de que cada momento vivido é único e não se repete.

Estes conceitos, agora construídos pelo grupo, haviam sido abordados pela facilitadora na quarta reunião grupal. Outros conceitos foram emergindo, propiciando a sua discussão. Entre esses: empatia, envolvimento emocional, importância do saber ouvir, de conhecer a comunicação grupal e a desconfirmação. Considero que um dos objetivos do uso do jogo foi atingido neste momento, ou seja, as frases contidas nas cartas provocaram o emergir de outros conceitos.

O termo empatia emergiu na dinâmica do jogo educativo, quando discutíamos a comunicação terapêutica. Na comunicação terapêutica a empatia e o envolvimento emocional, são aspectos importantes pois é quando o profissional realmente mostra que considera o outro como ser humano único e o outro é capaz de perceber que é aceito como tal.

“O relacionamento e a comunicação é uma via de mão dupla. Quando a gente fala em empatia com o paciente, a gente também fala em empatia com o enfermeiro. Se você fala que o paciente é chato, por exemplo, não houve empatia”. (B)

“Tendo empatia, penso que você vai se abrir de uma maneira clara, sincera e consegue conversar melhor com esta pessoa”. (D)

Apareceu nas discussões a questão da passagem de plantão e a empatia. O profissional enfermeiro escuta na passagem de plantão, determinados comportamentos de um paciente, que o pessoal de enfermagem em geral não tolera como por exemplo, sair do leito no período noturno à todo momento, para fumar; pedir ajuda muitas vezes, durante aquele turno, entre outros. Foi colocado por alguns participantes, que quando o enfermeiro vai atender este paciente, já vai *“meio armado”* e com idéias pré-concebidas. Eles questionaram se a empatia e o envolvimento emocional neste caso, fluem como nas outras situações e comentaram como acontece no seu dia-a-dia.

No final, concluíram que a empatia e o envolvimento emocional são extremamente importantes em um relacionamento enfermeiro-paciente, tornando assim a relação transparente, porém deixam claro que necessita ser mútuo, tanto por parte do paciente como do enfermeiro. O enfermeiro deve prestar o cuidado com uma visão holística, não esquecendo que para este relacionamento ter sucesso, deverá ser permeado pelo envolvimento emocional, empatia e confiança mútua.

5. DESCREVENDO A IMPLEMENTAÇÃO DA RELAÇÃO DE AJUDA TERAPÊUTICA

Após o período destinado ao processo ensino-aprendizado, sobre a relação de ajuda terapêutica e seus componentes que consistiram na discussão e construção em grupo, dos conceitos principais sobre comunicação humana terapêutica e relação de ajuda terapêutica, passamos à implementação da relação na prática.

Os participantes após receberem e discutirem o conteúdo do modelo para registro das interações entre eles e seus pacientes, começaram a desenvolver a relação de ajuda com os pacientes sob seu cuidado. A descrição do modelo é apresentado neste capítulo para facilitar a compreensão do leitor.

O modelo para registro da interação enfermeiro e paciente (Anexo V) contém elementos que nos permitem identificar os acontecimentos na seqüência e contexto em que ocorreram: data, local, sentimentos vivenciados pelo paciente e enfermeiro, no momento em que se precedeu à interação em si. Esses últimos dados nos forneceram elementos sobre a possível influência dos mesmos na interação.

A seguir, há um espaço destinado ao registro de toda comunicação, ocorrida sob a forma de diálogo, inclusive da comunicação não verbal. Contém ainda, uma coluna para o participante descrever os componentes da relação de ajuda terapêutica vivenciados e sentimentos em relação ao processo desenvolvido que julgasse necessário para a análise e avaliação de cada interação, para poder programar a interação seguinte.

Na seqüência são apresentados trechos e comentários da comunicação entre os participantes e os pacientes, sobre o processo de relação de ajuda terapêutica, bem como os dados gerais de cada interação.

Os participantes, de forma geral, pareceram ter percebido que a relação de ajuda terapêutica é um processo evolutivo e que os sentimentos dos envolvidos, pacientes e enfermeiros, têm importância no decorrer das interações que compõem este processo e que este sofre influência do ambiente.

Todos dataram as entrevistas, alguns descreveram ou mencionaram o cenário onde elas ocorreram e também os sentimentos percebidos na pessoa do paciente, no momento imediatamente anterior à entrevista, e os seus próprios.

A maioria das interações ocorreu no quarto do paciente e no Centro Cirúrgico, estando este sentado ou deitado.

Uma das interações registradas foi efetivada com um paciente com síndrome de abstinência alcoólica, apresentando alucinações e idéias delirantes de fundo persecutório. Apesar de não conseguir manter um diálogo coerente com o paciente que se refugiava no banheiro, após alguns minutos o enfermeiro conseguiu que o paciente aceitasse ficar no leito. Percebe-se que foi usada a indução e não foi dado tempo para o paciente decodificar a pergunta e emitir a resposta. Tem-se de considerar aqui, a ansiedade do enfermeiro ao vivenciar esta situação.

“ Sr J. o que você faz aí? Eu não vejo nada. Você deve estar muito nervoso e isto faz com que você imagine as coisas. J. vamos raciocinar comigo. Para alguém subir no telhado ou chegar à janela, teriam que entrar no hospital. E se tivessem entrado era só vir aqui no quarto. Por que subiriam no telhado? Quanto a esse barulho que você está ouvindo e diz ser as pessoas comentando sobre você, são os pedreiros que estão reformando o hospital. Você está delirando, pode ser a falta de alguma coisa, você bebe muito?”. (Pcte de B)

Em uma outra interação, o enfermeiro conseguiu elaborar e sintetizar o que foi discutido durante a interação, descrevendo que no início a paciente se encontrava ansiosa e com medo. A paciente seria submetida a uma cirurgia e apresentava medo em relação ao ato cirúrgico e o tempo que esta demoraria. Estava preocupada com a amamentação do bebê de três meses que havia ficado em casa, e também com o trabalho do marido, que por estar com ela, necessita faltar ao trabalho. Ela não queria ficar sozinha pois tinha medo do que estava vivenciando.

“Tenho muito medo da cirurgia e da recuperação, quanto tempo vai demorar? Tenho um bebê em casa de três meses e tenho que amamentá-lo, quem vai cuidar dele? Meu marido está perdendo o dia de trabalho; também tenho medo de quando eu voltar da cirurgia não me sentir bem e estar sozinha no quarto”. (Pcte de A)

O enfermeiro informou que prestaria assistência necessária e que no caso de sentir-se sozinha poderia chamar alguém através da campainha.

Na leitura do registro desta interação percebi, na forma como o enfermeiro descreve e nas falas que ele registra, as principais queixas da paciente além da maneira como ele atendeu as necessidades humanas básicas afetadas. Em face da queixa, valorizou a comunicação na relação de ajuda estabelecida: orientou sobre como realizar o esgotamento da mama da paciente para enviar o leite ao bebê que encontrava-se em casa e quanto ao fato do marido estar faltando no trabalho, foi esclarecido à paciente, que ele poderia solicitar um atestado médico para justificar sua ausência no trabalho.

Os elementos identificados nesta relação de ajuda terapêutica, foram: ouvir reflexivamente, perceber a necessidade de informação da paciente, utilização do toque ao segurar a mão da paciente durante a interação, ser sensível a seus sentimentos, empatia, e envolvimento.

Na avaliação dos resultados, o enfermeiro relatou, que após a interação, a paciente mostrou-se menos ansiosa e confessou sentir-se mais segura.

Uma outra interação foi efetivada com uma gestante em trabalho de parto. Ele relatou que a paciente gostaria de ter parto normal, mas que temia a dor que poderia sentir. Sentia-se ansiosa pelo nascimento do bebê e tinha medo que algo aconteça de errado com ele.

“Tenho muita dor , não sei se terei forças para ajudar o bebê nascer. Será que será perfeito? Será que meu marido já chegou? Vai demorar muito para nascer? Por favor segure na minha mão, e não sai de perto de mim até que o bebê nasça”. (Pcte de D)

Percebi que o enfermeiro foi sensível aos sentimentos da paciente, ouvindo atentamente, segurando sua mão e orientando-a quanto as fases do trabalho de parto, explicando-lhe sobre a equipe médica e de enfermagem, sobre o que o hospital dispõe para o atendimento, sobre o berçário e o atendimento ao recém-nascido, permanecendo ao lado da paciente.

O enfermeiro relatou que na avaliação desta interação, durante o trabalho de parto a paciente permaneceu ansiosa, mas que após o parto apresentou-se confiante e segura quanto as orientações recebidas.

Uma outra situação vivida foi relatada por outro paciente ao enfermeiro:

“Meu pai briga muito comigo. Tenho que trabalhar, sinto muito medo dele. Não fale para ele, que estou lhe falando tudo isso, estou arrependida e jamais farei novamente, irei estudar bastante e seguir o tratamento que vocês me disserem”. (Pcte. de E)

O enfermeiro referiu que primeiramente ouviu em silêncio a paciente e depois fez alguns comentários sobre como procurar ajuda e utilizar os recursos da comunidade, como a unidade sanitária do seu bairro, no qual a enfermeira ou a psicóloga poderia dar continuidade ao tratamento e orientações. O enfermeiro a lembrou ainda, da igreja que frequenta, os “carismáticos”, como recurso da comunidade que poderia ser utilizado.

Segundo as anotações, durante a interação seguinte, a paciente já estava bem mais orientada no tempo e espaço, analisando seu comportamento, denotando menos ansiedade, apesar de estar com drenagem de tórax e da gravidade do seu problema. Teve alta em três dias e saiu deambulando.

Em outra relação de ajuda, o paciente se encontrava em um quadro de depressão e sua acompanhante, a esposa, é quem descreve a situação que ambos, ela e o paciente, estavam vivenciando.

“Sinto-me estressada, pois há oito meses que meu esposo adoeceu, sendo que tenho de fazer tudo por ele, sendo que o mesmo já se entregou à doença, não quer ajudar-se, faz oito meses que ele está doente e já estou cansada”. (Pcte de A)

O paciente permaneceu em silêncio durante o tempo que o enfermeiro interagiu com sua esposa. Observei nas anotações do enfermeiro que primeiramente ele ouviu a esposa e, após, estimulou o paciente a sair do leito, deambular, ir tomar sol. Comentou a necessidade da esposa fazer rodízio com alguém da família, para que também pudesse cuidar de si e sobre a necessidade do paciente de torna-se mais independente, ou seja, experimentar ficar sozinho e utilizar-se da campainha para chamar alguém da equipe de enfermagem. Percebeu-se que no final do diálogo, a acompanhante estava tranqüila e se sentindo mais aliviada com o estado do paciente. De acordo com os escritos, o enfermeiro revela que no terceiro dia de internação, o paciente estava expressando-se mais verbalmente e agindo de modo independente.

6 AVALIANDO O PROCESSO

6.1 Apresentando a avaliação imediata dos participantes

A avaliação imediata, por escrito, foi realizada após o término das discussões dos conceitos e implementação destes na sua prática.

Os participantes expressaram seus sentimentos em poder utilizar um referencial teórico, sentindo-se privilegiados pela oportunidade oferecida.

A dificuldade dos participantes em associar o conteúdo com a sua aplicação na prática ficou evidente. A maioria verbalizou esta dificuldade, até mesmo em como registrar o que haviam conversado com o paciente.

Relataram que o trabalho contribuiu para o seu desenvolvimento profissional tornando-os conscientes da importância da relação de ajuda terapêutica.

“Pois percebemos que no nosso dia-a-dia de trabalho, realizamos a relação de ajuda terapêutica, somente sem seguir uma normatização científica e com este trabalho pudemos crescer profissionalmente ”. (B)

“No transcorrer das discussões, percebi o quanto nós enfermeiros fazemos a relação de ajuda terapêutica e não percebemos que a estamos fazendo, deixando de perceber e relatar o quanto o paciente evolui quando é ouvido e atendido em suas necessidades”. (A)

Uma das facilidades que alguns participantes expressaram, foi a disponibilidade de tempo que tiveram para o aprendizado deste processo pois, um dos grandes problemas nas discussões foi o tempo que o enfermeiro normalmente tem para exercer suas funções. Este trabalho foi desenvolvido dentro do horário de trabalho dos participantes e desta forma não houve desgaste gerando satisfação com seu crescimento profissional.

“No período em que participei deste trabalho, tive a oportunidade enquanto enfermeira, em um setor com trinta pacientes, que eu não iria conseguir devido ao tempo sentar e ouvir a todos, mas que devo estar atenta para as necessidades destes pacientes e dar prioridade aos pacientes que demonstrar necessitar de mais orientações e ajuda”. (A)

“Vejo que este trabalho foi de suma importância, porque sinto que hoje estamos muito longe do verdadeiro relacionamento enfermeiro-paciente. Justificamos em todo o momento da falta de tempo e do por quê. Mas creio na mudança deste comportamento com mais técnica e acima de tudo mais humanismo. Só depende de cada um começar”. (C)

Em uma das falas da avaliação imediata, uma participante coloca que no princípio das discussões, achou que tudo o que estava sendo abordado, estava muito distante da prática do dia-a-dia, tornando este trabalho um tanto quanto utópico. Porém no transcorrer das discussões, o mesmo participante foi percebendo que a proposta era viável no seu cotidiano.

“Cheguei a conclusão de que está próximo o dia em que o enfermeiro poderá dar ajuda muito grande na maioria dos problemas que aqui apresentados. Nas entrevistas que realizei, ficou muito claro que enquanto enfermeiros temos grande influência no direcionamento de vários casos e temos condições de fazer isso, foi muito produtivo apesar de pouco tempo”. (E)

6.2 Apresentando a avaliação mediata dos participantes

Esta avaliação foi realizada oito meses após a implementação dos conceitos na prática pelos participantes deste estudo.

Ao saber que somente dois dos cinco enfermeiros continuavam trabalhando na instituição em que realizei este estudo, experimentei um contato mais direto com nossa realidade, isto porque a mudança de local de trabalho, por parte dos enfermeiros, foi motivada pela busca de realização financeira e oportunidade de novas experiências.

Uma das participantes assumiu, há seis meses, a chefia do serviço de enfermagem de uma outra instituição hospitalar, outra foi para uma maternidade particular e o terceiro foi para outra instituição hospitalar, onde assumiu uma unidade de tratamento de pacientes portadores de câncer.

Os depoimentos dos participantes tiveram diversas facetas que merecem ser discutidas. Um deles foi enfático em repetir o que já havia colocado no desenrolar deste estudo: o problema do tempo e o número de profissionais enfermeiros em relação ao número de pacientes que estão sob seus cuidados:

“A prática profissional no meu contexto, impede a completa consideração e uso do conhecimento. O que uso é o que assimilei durante este trabalho, por uma série de motivos, como por exemplo, a quantidade de atividade que o enfermeiro assume, levando-o ao escasso tempo que tem para o paciente. Hoje sentimos que os hospitais têm um maior número de enfermeiros, porém ainda somos muito pouco para podermos prestar uma assistência de qualidade ao cliente”. (B)

Outro participante afirmou que é consciente de que é inviável trabalhar com todos os pacientes, da unidade em que desenvolve suas atividades como profissional, porém, depois de ter participado das discussões dos conceitos, passou a sistematizar a assistência que presta aos seus pacientes. Faz triagem da clientela que assiste e a partir desta triagem investe nos pacientes que acredita estarem mais carentes de sua ajuda.

“Na realidade, todos que chegam ao hospital, têm uma certa ansiedade né, chegam com certo receio, ambiente diferente, por mais simples que seja seu diagnóstico, mesmo com uma diarreia, só que você não consegue abranger a todos, porque você está aqui somente seis horas, está sozinha para resolver todas as questões burocráticas e trabalhar com os funcionários. Então eu escolho para trabalhar com alguns pacientes, somente aqueles que eu sei que vou poder acompanhar. Porque se interna hoje e amanhã vai embora, eu não consigo acompanhar. Aqueles que eu percebo que tem câncer, tem uma patologia que vai passar por um processo cirúrgico, aí esses eu acompanho mais de perto”. (A)

Este mesmo participante, enfocou outro aspecto para avaliação, que merece ser destacado, ou seja, como lidar com os familiares dos pacientes. Esta situação deixou de ser um problema para o grupo de enfermagem, que é coordenado por esta participante. Com a implementação dos conceitos de comunicação e relação de ajuda terapêutica, os funcionários deixaram de temê-los e passaram a entrar nos quartos e conversar com eles. Este fato mostra a integração de conceitos na assistência ao paciente.

“Hoje estou com uma equipe de trabalho excelente, estamos conseguindo fazer todo o trabalho de rotina e ao mesmo tempo, estamos conseguindo respeitar a individualidade do paciente e da família e estamos conseguindo respeitar a família, porque agora estamos vendo que ela faz parte da terapia do paciente e ela é necessária”. (A)

Apareceu em todas as falas dos participantes, o uso do jogo educativo como um instrumento que facilitou a concentração, raciocínio e capacidade de argumentação do trabalho do grupo a partir da realidade vivida por eles.

“Quanto ao jogo educativo, achei ótima técnica, uma vez que a gente conseguia se identificar e logo associava com algo já vivido, com nossa prática, dinamizou bastante a aprendizagem”. (D)

Emergiu na avaliação mediata como foi trabalhar em grupo, discutindo a assistência que é prestada no dia-a-dia, ao paciente.

“Bem interessante em relação ao próprio grupo, a gente conseguiu pegar o fio da meada e caminhar. Foram reuniões às vezes tumultuadas, pois um chegava e outro era chamado, esperávamos um pelo outro, mas conseguimos trabalhar o tema respeitando-nos uns aos outros”. (D)

7. REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO E OUTROS AUTORES

Tentando traçar uma teia, entre os conceitos teóricos e o referencial teórico, tanto sobre comunicação humana, comunicação terapêutica como sobre a relação de ajuda terapêutica, podemos dizer que os mesmos estão intimamente entrelaçados e que um fundamenta o outro.

Após discutirem os conceitos de ser humano, enfermagem, processo saúde / doença, meio ambiente, comunicação terapêutica, os enfermeiros construíram estes conceitos segundo a realidade vivida por eles.

Na síntese da construção de cada conceito podemos observar que os mesmos guardam relação direta com o referencial teórico adotado para este estudo.

Ao conceituarem ser humano percebeu-se que os enfermeiros o conceituam como ser único, insubstituível, de valor, com necessidades básicas a serem atendidas, destacando a de aceitação e afeto. Estas definições refletem o conceito de Travelbee (1979) adotado para este estudo, no qual afirma que o ser humano que atendemos é um ser único, individual, insubstituível, diferente de todos os outros que já passaram por nós, que apesar de encontrar-se doente, continua existindo como um ser pensante e que se comunica. Com relação à comunicação, segundo Stefanelli (1993), esta só pode ser compreendida no contexto em que a situação foi vivenciada.

Stefanelli (1993) considera que o ser humano, ao descrever o paciente como tal, reflete também aspectos da relação de ajuda terapêutica, pois isto está implícito no relacionamento entre duas pessoas no qual uma assume a responsabilidade de ajudar a outra pessoa.

Em contrapartida surgiram comentários e discussões que nos remeteram a outros aspectos gratificantes na relação de ajuda como empatia, envolvimento emocional, aceitação e afeto. Estes aspectos são sempre enfocados pelas autoras do referencial deste estudo (Stefanelli, 1993 ; Travelbee, 1979 e Moscovici, 1996), valorizando a empatia e o envolvimento emocional como elementos que permitem ao enfermeiro ser facilitador da relação de ajuda terapêutica, assumindo a responsabilidade de ajudar o outro.

Para Travelbee (1979), na relação com o paciente, o enfermeiro o ajuda a enfrentar os problemas, a perceber sua participação na experiência, a enfrentar de forma realista os problemas que surgem, a distinguir possibilidades, a tentar novos padrões de comportamento, a comunicar-se e integrar-se socialmente com outros e a encontrar um significado na doença, na situação que vivencia.

A discussão sobre o processo saúde/doença, ficou um pouco limitada, evidenciando a necessidade de se abordar mais este assunto na formação profissional. Os enfermeiros enfocaram o meio ambiente nesta etapa, o que de certa forma mostra a integração de conceitos e que saúde/ doença são aspectos que têm muita relação com o meio.

Travelbee (1979) e Stefanelli (1993) deixam claro que o enfermeiro como pessoa que é, cuida do paciente, que também é uma pessoa, com suas dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e intelectuais e se encontram inseridas neste ambiente, numa cultura, em um determinado tempo. No estudo os participantes mencionaram algumas destas dimensões, abordando-as ora do ponto de vista do paciente ora em relação a eles como profissionais e seres humanos que são.

Percebe-se também que os enfermeiros parecem não visualizar a utilização dos conceitos sobre comunicação humana e terapêutica de forma integrada às ações técnicas da assistência de enfermagem, como preconiza Stefanelli (1993).

Para Stefanelli (1993) a comunicação somente poderá ser compreendida no contexto em que a situação foi vivenciada.

Outra questão que os participantes trouxeram, em suas falas, foi o da dupla mensagem, que o enfermeiro comunica através da comunicação não verbal, de forma não coerente com a verbal. Eles comentaram, por exemplo, em relação à pergunta que o paciente faz se “vai doer?” quando o assistimos em procedimentos que normalmente provocam algum desconforto ou dor e nem sempre o enfermeiro é sincero nas suas respostas. Outro exemplo, foi o citado durante a troca de curativo fétido, em que exteriorizamos através da comunicação verbal o contrário do que demonstramos ao paciente através da comunicação não verbal, durante o momento em que o assistimos.

A comunicação escrita foi mencionada valorizando-se a sua importância quanto ao aspecto legal e à importância desta comunicação para a identificação das necessidades do paciente.

Os aspectos de tempo e espaço, encontro de significado na experiência também foram comentados e debatidos.

Os enfermeiros, deste estudo, alegaram falta de tempo e conhecimento suficiente para escutar o paciente. Mencionaram ainda a falta de sistematização das atividades e que nem sempre é clara e aberta, necessitando que os enfermeiros estejam sempre atentos as entrelinhas das mensagens emitidas procurando validá-las.

Os participantes foram capazes de reconhecer suas falhas e fizeram críticas ao seu comportamento, reconhecendo o uso da comunicação não terapêutica como “indução de respostas” e “não saber ouvir” “não lhe dar tempo para codificar a mensagem recebida, elaborar a resposta e emití-la como preconiza Stefanelli” (1993).

Um dos participantes colocou que ouvimos e não sistematizamos a assistência. Stefanelli (1993) discute que só ouvir não basta, e que temos que verificar se a compreensão da mensagem está correta. Utilizando as técnicas de comunicação de clarificação e validação, podemos ajudar o paciente a se expressar e verificamos se compreenderemos a mensagem emitida pelo paciente e se ele nos compreendeu, podendo assim agir com base nos fatos que se apresentam para o paciente.

Stefanelli (1993) tem o saber ouvir e o uso do silêncio, como elementos essenciais em um relação de ajuda considerada como terapêutica. Stefanelli e Travelbee acreditam que o ouvir associado ao valor do silêncio, dá possibilidades ao enfermeiro conhecer a experiência do paciente e, assim, detectar com mais segurança seus sentimentos e suas necessidades.

Para o paciente e sua família a situação de experimentar o sofrimento, é o momento em que a equipe de enfermagem necessita entender as possíveis manifestações e propiciar condições dos mesmos adaptarem-se a tais mudanças, encontrando assim um novo significado.

Travelbee (1979) fala da necessidade do indivíduo descobrir um propósito ou sentido na vida. Os seres humanos necessitam uma direção e um propósito para seguir seu caminho ou seja, necessitam crer em alguma coisa, usando esta crença como bússola para viver. O enfermeiro em sua prática, não consegue desvincular-se de suas crenças, influenciando e sendo influenciado por aquelas crenças daqueles à quem assiste. Entretanto, tem a responsabilidade de ajudar o outro a encontrar um sentido na experiência que vivencia.

Fez parte das discussões a proporção paciente-pessoal de trabalho, fazendo com que o atendimento ao paciente seja padronizado, em função das rotinas existentes, chegando a afirmarem que “tratam o paciente por tabela, por patologia”, mesmo quando o número de pacientes não é tão grande, parecendo então que o processo de comunicação só tem uma via.

Isto talvez possa ser explicado pela formação do enfermeiro. Trabalhos como de Sadala, e Stefanelli, (1996) apontam a deficiência no ensino de comunicação e relacionamento terapêutico nas escolas de enfermagem

Segundo Moscovici (1996) a mudança em cada um, frente a algo novo, ocorre através de fases. Estas fases foram identificadas nas dinâmicas do trabalho de grupo deste estudo.

Primeiramente a fase do descongelamento, ocorreu no momento em que foi apresentado a proposta deste estudo com seu objetivo, referencial teórico, metodologia, enfim com algo novo para o grupo e foi aceita.

Como é natural em todo ser humano, os participantes rapidamente reavaliaram como estavam vivendo o que foi proposto e em seguida, passaram pela fase de ansiedade uma vez que acreditaram que seriam avaliados quanto ao seu desempenho. A seguir entraram na fase de experimentar algo novo, aceitando o desafio e participando deste trabalho em grupo.

No segundo momento, surge a fase da decisão pela mudança. Nesta fase, iniciada com as discussões dos conceitos, alguns participantes tiveram dificuldade de expôr aos colegas de trabalho sua forma distinta de ser e fazer enfermagem. Em contrapartida, deram-se conta de quais ações pensavam ser não terapêuticas e também pensaram sobre como estariam contribuindo para o bem-estar do paciente.

Percebi, nesta fase, que a maioria dos participantes estava vivendo a primeira oportunidade de discutir sua prática em relação a um determinado assunto, usando um referencial teórico. Nesse sentido, senti um grande aproveitamento por parte dos participantes.

O terceiro momento que Moscovici (1996) se refere como sendo a fase de ajustamento e integração ocorreu quando o grupo começou realmente a sentir-se à vontade em relação, uns com os outros e com o facilitador que também fazia parte do grupo.

Na fase de incorporação, os participantes tiveram oportunidade de colocar em prática o conteúdo discutido. Foi o momento da implementação da relação de ajuda terapêutica, no qual os participantes vivenciaram suas facilidades e dificuldades na implementação dos conceitos discutidos, agora em sua prática. Cada participante realizou cinco interações interpessoal, aplicando os conceitos de comunicação terapêutica e de relação de ajuda terapêutica. O que na teoria foi aceito com facilidade pelos enfermeiros, tornou-se dificuldade na prática, ou seja como anotar no formulário sob forma de diálogo. Esta dificuldade consistia na transcrição literal do que o paciente e o enfermeiro expressaram no momento da interação.

As falas foram transcritas de forma um tanto aleatória e truncada, dificultando a análise das mesmas.

Para a fase de estabilização ou congelamento, Moscovici (1996) considera que a pessoa adquire a estabilidade, depois que passou por algum processo de mudança.

Após ter vivenciado com este grupo a discussão dos princípios teóricos que norteiam este estudo, de ter utilizado o jogo educativo, estimulando a discussão dos principais conceitos, partimos para a implementação dos mesmos na prática destes enfermeiros que participaram do estudo.

Os participantes assumiram o compromisso com o estudo, interagindo entre eles e aplicando o conceito construído na sua prática. Podemos dizer que houve incorporação do conhecimento discutido e construído pelo grupo pois, em algumas reuniões os participantes utilizaram as estratégias de comunicação terapêutica entre eles tornando, a relação de ajuda terapêutica uma constante no grupo. Para exemplificar, o uso terapêutico do silêncio foi uma estratégia terapêutica que se fez presente oportunizando a cada participante sentir-se aceito como pessoa, mesmo quando permanecia em silêncio, organizando suas idéias.

Ao término foi realizada uma avaliação imediata do trabalho. Oito meses após, procedeu-se a avaliação mediata para identificar as dificuldades e as facilidades na utilização destes conceitos na prática de cada um dos participantes.

Nesta ocasião ficou evidente, quando após oito meses, durante a avaliação mediata com cada um participante que estes estavam utilizando o aprendido, porém de forma distinta. Os enfermeiros continuam fazendo uso deste referencial de forma e em situações específicas, adequando-os as suas realidades do momento.

A intenção era analisar as interações à luz do preconizado por Travelbee (1979) sobre as fases do processo de comunicação. Isto porém não foi possível dada as características da realidade em hospital geral, no qual a permanência do paciente nas unidades em que o trabalho foi desenvolvido é de poucos dias ou, em decorrência da rotatividade de turnos e unidades de trabalho do enfermeiro, o que, não permite o vivenciar de todas as fases como preconizado pela autora.

A experiência frustrante de não encontrar os enfermeiros atuando em suas unidades de origem foi compensada pela gratificação ao ouvir alguns deles que estão utilizando o aprendido na prática em outras situações, que nos permite supor que mudanças ocorreram.

Refletindo sobre os resultados à luz do referencial de outros pesquisadores, visando a complementariedade entre diferentes autores fizemos uma análise dos resultados face ao apresentado na literatura.

Gelbcke (1992), em uma pesquisa sobre o “processo saúde/doença”, mostra que os funcionários de enfermagem frequentemente apontam: o serviço como estressante, a carga horária elevada, os salários baixos, pouca valorização, repercutindo todos estes fatores no bem ou mal estar dos funcionários.

Os enfermeiros deste estudo alegaram “*falta de tempo e conhecimento insuficiente*” para escutarem o paciente. Mencionaram ainda falta de sistematização das atividades e a atenção centrada nos cumprimentos de tarefas, informando que “*aproveita-se pouco do que se escuta*”, além do fato de não ser considerado como pessoa.

Outro aspecto que merece destaque é o uso de perguntas que induzem respostas: “tudo bem?”. A pessoa responde: É tudo bem... Muitas vezes este questionamento é realizado pelo enfermeiro em pé e olhando para o relógio. Esta afirmação vem de encontro ao relatado por um dos enfermeiros, quando se refere que “cortamos a fala do paciente, pois estamos sempre com pressa, não conseguimos ouvir tudo que o paciente tem para dizer-nos” (Silva, 1998).

Um dos participantes comentou que:

“É difícil sair da própria realidade e aplicar ao paciente uma realidade ideal, se o enfermeiro não é valorizado, como valorizar o paciente”. (A)

Estes comentários geraram muita discussão entre os membros do grupo e trouxeram a baila crenças, mitos e valores da profissão.

Para que o enfermeiro visualize a pessoa como um todo, necessita respeitar as crenças e os valores do paciente e o significado que os fatos tem para a vida daquele indivíduo, conforme afirma Carkhuff (1979).

Um ser que é ocasionalmente acometido de episódio de dor ou sofrimento poderá ter uma história de vida permeada de experiências que variam, entre outros aspectos, no modo de ver e enfrentar os acontecimentos, no que estão implicados fatores dos mais diversos como hábitos culturais, religiosos entre outros (Rodrigues, 1997).

O profissional enfermeiro trabalha com pessoas de diferentes etnias pertencentes as classes sociais, culturais e religiosas, enfim com as mais variadas formas de visão de compreender que é ser ou estar sadio ou ser ou estar doente (Epstein, 1977). Relaciona-se também com outros profissionais da área de saúde e a dualidade existente na formação do médico e do enfermeiro merece ser retomada principalmente no que diz respeito às anotações médicas e de enfermagem. À enfermagem se ensina a ler as prescrições médicas, normalmente ilegíveis, sendo despendido tempo para decifrá-las. Porém ao médico não se recomenda escutar a enfermagem, e muito menos a ler os seus escritos. É como se as distâncias devessem ser preservadas, não se misturando práticas de uns e de outros, o que reforça a autoridade médica no processo terapêutico.

Aparece nos relatos dos enfermeiros o problema na comunicação com a equipe, que nem sempre é clara e aberta, necessitando os membros da equipe estar sempre atentos às entrelinhas das mensagens emitidas.

Sundeen et al (1994) afirmam que os indivíduos têm maneiras diferentes de responder a estímulos e que a comunicação tem seu tempo.

Para Byrne e Heiman (1997) lidar com as respostas emocionais dos pacientes às suas doenças e a experiência de hospitalização é um aspecto único e crucial no papel do enfermeiro, pois traz benefício ao paciente de ter enfermeiros que irão conversar com eles e ouvir suas ansiedades como elas são ditas.

Em relação ao tipo de paciente nos referimos às vezes ao “paciente bonzinho”, isto é aquele paciente que não incomoda, não faz muitas perguntas e obedece as ordens da enfermagem. No depoimento de um dos participantes, verificamos que os auxiliares de enfermagem, preferem trabalhar com o paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), do que com o paciente particular. O paciente do SUS aceita passivamente os cuidados prestados pela enfermagem e não tem acompanhante.

Waldow (1995) diz que os membros da equipe de saúde consideram como o melhor paciente aquele que não fala, não reclama, não atrapalha o cumprimento da prescrição.

No modelo de ajuda, segundo Carkhuff (1979), a empatia é citada como um dos elementos fundamentais da relação de ajuda. Diz que a empatia é ver o mundo através dos olhos da outra pessoa.

Nas falas dos participantes, um deles referiu sentir alívio da ansiedade quando usou o silêncio de forma adequada. Para Wandel (1990), a relação enfermeiro-paciente bem sucedida é descrita como relação empática, que auxilia no alívio do estresse do paciente.

Para Archbold (1990) cada ser humano vê o mundo, de acordo com sua bagagem cultural, sua experiência educacional, crenças e sistemas de valores além da sua experiência pessoal. Portanto, a empatia é um processo que desenvolvemos a medida que amadurecemos. A empatia estimula tanto a pessoa que ajuda, como a que está sendo ajudada a realizar a plenitude do que seu potencial humano. O enfermeiro em sua prática, vê o resultado do cuidado como um retorno do poder vital do paciente.

Há momentos na vida profissional do enfermeiro que se torna difícil transmitir o sentimento empático.

Davies (1995) diz que pode ser difícil para o enfermeiro não transmitir mensagens negativas aos seus pacientes como por exemplo, não transmitir sentimento de repulsa face ao aspecto e ao cheiro de uma colostomia recente. Neste caso, o profissional deverá realmente dizer que sua lesão apresenta “odor fétido”, por isso fará uso de uma máscara, ao invés de usar comunicação não verbal incoerente com a verbal.

Miranda e Miranda (1999) deixam claro, que em uma relação de ajuda, ocorre o encontro entre dois sistemas de valores quase sempre diferentes, o do ajudado e do ajudador. Com isso, o enfermeiro deverá aprender a ouvir o relato do paciente sem julgá-lo de acordo com seus princípios.

Em uma relação de ajuda terapêutica enfatizamos o saber ouvir, uma característica importante do enfermeiro. Esta, porém, não é inata ao profissional, sendo uma habilidade, um processo ativo, que pode ser desenvolvido. O silêncio entretanto, parece ser um problema para os enfermeiros, pois tendemos a agir orientadamente e a primeira resposta a qualquer problema é fazer alguma coisa, não se dando conta se aquilo é o melhor para o paciente naquele momento (Lennart, 1999).

A proporção paciente / pessoal de trabalho, faz também com que o atendimento ao paciente seja padronizado em função das rotinas existentes, chegando a afirmarem que “tratam o paciente por patologia”, por “tabela”, mesmo quando o número de pacientes não é tão grande, parecendo então que o processo de comunicação só tem uma via.

Tavares (1999) diz que o cuidado é um dos aspectos mais dinâmicos da prática de enfermagem e seu caracter mutável e inovador, proporciona grande liberdade de criação, diferente das técnicas de enfermagem que são padronizadas e sistematizadas. Para ela, a eficácia do cuidado reside na inovação, na especificidade, na despadronização e na capacidade de improvisação da criatividade.

Silva (1996) coloca a questão da dificuldade que os enfermeiros têm em relação à comunicação não verbal e a necessidade de implementar ações no ensino da graduação que estimulem o aprendizado da comunicação não verbal como forma de cuidar. Enfatiza também, a importância da empatia, como elemento fundamental no processo de comunicação.

Os enfermeiros dão-se conta da necessidade de se capacitarem melhor sobre comunicação terapêutica, fazendo-se necessário uma capacitação sobre o assunto em programas de educação continuada.

Na realidade, a relação de ajuda terapêutica ou as técnicas de comunicação terapêutica não existem para serem utilizadas apenas de forma estereotipada mas sim, para serem associadas ao fazer e pensar da enfermagem, não importando o local, a ação, quem seja o cliente e o agente da ação. Existe para humanizar as relações interpessoais e portanto a qualidade de vida tanto de quem usa ,como de quem recebe.

Quem as usa de forma consciente tem oportunidade de oferecer, dar amor de alguma forma. Quando o outro verbaliza o reconhecimento pela atenção humanizada que recebeu, o primeiro experimenta a realização profissional. O que mostra que o uso adequado deste conhecimento promove crescimento das pessoas envolvidas no processo de assistência minimizando o efeito das dificuldades vivenciadas.

Tavares et al (1998) dizem que a comunicação interpessoal ocorre a todo momento no desempenho do profissional enfermeiro, podendo ser esta terapêutica ou não terapêutica. Consideram que é terapêutica quando ajuda e promove, dando oportunidade ao paciente de crescer, amadurecer, equilibrar-se, enfim, ser atendido nas suas necessidades, podendo também ser não terapêutico ao paciente, dependendo do desempenho do profissional.

Como se pode perceber, o uso do conhecimento científico, quando ele ocorre num clima de respeito mútuo e aceitação do outro como pessoa, faz com que os participantes sintam-se livres para acrescentar sua experiência, crenças, valores e seu repertório às discussões sobre os conceitos expostos (Bordenave e Pereira 1998).

Carvalho et al (1998) em trabalho com pacientes que foram submetidos ao Transplante de Medula Óssea (TMO), falam das fases de decisões terapêuticas que normalmente vêm carregadas de sentimentos, inquietações, fantasias, valores e expectativas para tais pacientes.

Para o paciente, este é um momento em que a equipe de enfermagem necessita entender essas manifestações e propiciar condições de os pacientes adaptarem-se a tais mudanças, ajudando a pessoa a encontrar significado para a experiência.

Face a análise dos resultados à luz do referencial adotado e de outros autores estudiosos do assunto, fica evidente que a relação de ajuda terapêutica, embasada pelo conhecimento sobre comunicação humana, é algo que tem de ser incorporado pelo enfermeiro nas ações do seu cotidiano.

8. APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um processo de construção, devemos partir de um fator importante que deve ser focado, que é o contexto no qual o ser humano está inserido quando participa desta construção. Neste estudo o contexto foi uma instituição hospitalar de internação de curta permanência.

Cada participante trouxe sua contribuição merecendo destaque quanto a riqueza nas discussões havidas, pois cada enfermeiro atua em unidades distintas. Esta situação motivou-me à leitura de publicações nessas áreas para melhor poder entender o grupo como um todo.

Quando comecei a pensar na dissertação, tinha planejado trabalhar com a assistência de enfermagem em saúde mental, por meio de uma reflexão coletiva, não restrita porém à instituição psiquiátrica. A ousadia de realizar esta pesquisa em um espaço “não psiquiátrico”, deu-se pelo fato da literatura atual da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e os profissionais desta área, preconizarem a necessidade de expandir o conhecimento desta especialidade para outros espaços de tratamento, haja vista o que também propõe o movimento da Reforma Psiquiátrica pois, a saúde mental está presente em todas as situações que envolve o ser humano

Quando expus o objetivo desta pesquisa, os participantes do grupo foram unânimes em considerar a importância da comunicação na prática do enfermeiro. Deixaram claro que o enfermeiro no seu dia a dia, exerce diversas atividades durante sua jornada de trabalho, tem pouco tempo para conversar e ouvir seus pacientes e o grupo com quem trabalha, demonstrando desta forma que não percebiam a integração dos componentes da parte expressiva, estética e técnica da enfermagem.

Percorremos um caminho de discussões em grupo sobre alguns conceitos, tentando assim compreender a prática de cada participante e implementar uma proposta de relação de ajuda terapêutica, na assistência de enfermagem, no hospital cenário deste estudo, a partir da realidade vivida pelos componentes do grupo.

Chamou minha atenção o quanto é difícil o ser humano revelar como acontece o seu dia-a-dia profissional. Como foi um trabalho em grupo, fica difícil mostrar as dificuldades e até as facilidades, pois, nesta ação, em geral surge a competição que é inerente ao ser humano. Apesar desta passagem ter sido difícil, logo os participantes deram-se conta que tinham muitas dificuldades em comum e que não necessitavam temer o fato de expressar seus sentimentos, idéias e descrever suas experiências.

Da construção conjunta do conhecimento, neste estudo, pudemos evidenciar o quanto a prática é sustentada pela teoria e o quanto esta gera subsídios, para novos conhecimentos ou perspectivas para uma prática já existente.

Freire (1995) fala da conscientização, como aprofundamento da tomada de consciência. Através das discussões em grupo embasadas na literatura, acredito ter proporcionado à cada integrante do grupo, oportunidade de refletir sua prática. Não pretendi com esta consideração, afirmar que uma discussão em grupo, poderá gerar em todos a mesma reflexão; pois cada indivíduo tem seu tempo, carrega sua bagagem de vivências e sua conscientização vai depender desses fatores. Percebi que para cada participante deste grupo as discussões trouxeram algum benefício; cada um em seu momento distinto.

Após ter vivenciado com este grupo a discussão dos princípios teóricos que norteiam este estudo, de ter aplicado um jogo educativo, estimulando a discussão dos conceitos discutidos, partimos para a implementação dos mesmos na prática dos enfermeiros que participaram do estudo. Ao término, foi realizada uma avaliação mediata ouvindo os enfermeiros que participaram deste estudo para conhecer como estavam utilizando os conceitos na prática. Nesta ocasião ficou evidente, quando após oito meses durante a avaliação mediata, senti como cada um estava utilizando o aprendido, de forma e situações distintas.

Na avaliação mediata entretanto, constatei que dos cinco enfermeiros envolvidos na pesquisa, somente dois deles continuavam na mesma instituição, sendo que os outros trabalhavam atualmente em outros locais, com outras funções e em outras especialidades. Alguns deles afirmaram ser impossível pôr em prática a relação de ajuda terapêutica tendo um enfermeiro por turno para resolver todos os problemas da unidade em que trabalha e quando não na função de supervisor de todo o hospital.

Um dos participantes entretanto relatou estar usando todos os conceitos, uma vez que trabalha em uma unidade de somente quinze pacientes com diagnóstico de câncer, tendo preparado a equipe de enfermagem para realmente estar ouvindo o máximo possível seus pacientes, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem e humanizando-a. Vemos que na avaliação mediata houve afirmações paradoxais entre os participantes do estudo.

Durante muito tempo, existiu a crença na enfermagem de que a habilidade para comunicar era uma qualidade inata que todos possuímos e de forma geral, não era considerada na assistência ao paciente. Conseqüentemente gastava-se relativamente pouco tempo na formação do profissional com o tema comunicação terapêutica.

O trabalho de grupo, bastante usado por várias áreas profissionais por ser um método apropriado para construção de conhecimento, útil para estudar mudança de modelo de assistência, mudança nas estruturas sociais, na produção de dados de pesquisa, entre outras finalidades. Foi considerado válido, pelos participantes para a construção deste trabalho.

Apesar dos tropeços nesta trajetória conseguimos ver, que é possível o enfermeiro experimentar empatia, envolvimento emocional, confiança na relação com o outro, portanto, com suas singularidades, tornando possível estabelecer um vínculo com o paciente. Este, dado a sua vulnerabilidade, pelas condições em que se encontram, em geral procura alguém em quem confiar, que lhe possa lhe oferecer apoio, o que só se torna possível quando o enfermeiro experimenta os sentimentos descritos e vale-se da comunicação terapêutica para interagir com o paciente como uma pessoa, tornando assim, sua relação um momento de ajuda terapêutica por mais fugaz que seja a relação.

Para finalizar as considerações gostaria de apresentar alguns comentários quanto ao ensino, pesquisa e assistência.

O ensino de comunicação verbal e não verbal em todas as suas facetas, comunicação terapêutica e relação de ajuda terapêutica tendo em vista, o vivenciado no estudo, deveria permear todo o ensino de graduação e fazer parte de programas de educação continuada, para permitir ao enfermeiro o uso adequado destes elementos, de forma consciente.

Observando-se que o uso do jogo educativo motivou e enriqueceu as discussões com o grupo, seria oportuno que os docentes de enfermagem e responsáveis pela educação continuada considerassem esta estratégia bem como desenvolvessem novas estratégias de ensino destes conhecimentos.

Os discursos dos participantes levaram-nos a concluir, que enfermeiros da instituição, campo desta pesquisa, reconheceram a importância da comunicação terapêutica na assistência prestada ao paciente. Apontam falhas no relacionamento interpessoal e que necessitam ouvir seus pacientes, ter mais leituras sobre o assunto e planejar suas ações, levando em consideração o cuidado holístico.

Para a pesquisa podemos considerar que alguns aspectos merecem a atenção dos estudiosos do assunto. Entre estes podemos citar, além da própria relação de ajuda terapêutica, a comunicação escrita não só na área da enfermagem mas, ampliando-a para a área da saúde; a comunicação verbal e não verbal, como suporte da assistência de enfermagem e sua humanização, estendendo a empatia e envolvimento emocional na relação pessoa-a-pessoa não só com o paciente como também no relacionamento com as pessoas da equipe de saúde Estes elementos são essenciais para a compreensão e respeito dos outros com suas crenças, valores e outras peculiaridades.

Para atingir o objetivo desta pesquisa foi percorrido uma longa caminhada, sendo esta repleta de esperança e incertezas, pois necessitamos da colaboração de várias pessoas, que muitas vezes não conhecem o autor da proposta do trabalho. Passamos por momentos de dificuldades e facilidades, mas que permitiram a construção deste estudo. Não restam dúvidas de que o investimento nas discussões em grupo, à luz de um referencial teórico, se constitui em experiência rica para os participantes deste estudo. A tomada de consciência pelos enfermeiros da importância do conhecimento sobre comunicação humana, comunicação e relação de ajuda terapêuticas e do uso consciente deste saber foi o ponto de destaque deste estudo. Assim posso finalizar esta pesquisa dizendo que realizar este trabalho foi uma experiência muito gratificante pois os participantes deste estudo foram capazes de construir a relação de ajuda terapêutica na realidade do seu cotidiano. Gostaria de ressaltar meu compromisso com a continuidade de estudos sobre o tema, nas áreas de ensino, assistência e pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANTES, Evalda C. O ensino do relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. Rev. Bras. Enfer., São Paulo : v. 26, n. 6, p.438-436, 1973.
- BENJAMIN, Alfred A entrevista de ajuda. São Paulo : Martins Fontes,1978.
- BORDENAVE, Juan .D.; PEREIRA, Adair M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 19.ed São Paulo: Vozes,1998.
- BRASIL, Centro Nacional de Epidemiologia. Parecer nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. In: Informe Epidemiológico do SUS- Suplemento 3, p. 278-291. Brasília: Fundação Nacional de Saúde,1996.
- BYRNE, G.; HEIMAN, R. Understanding nurses' communication with patients in accident & emergency Departments using a symbolic interactionist perspective. Journal of dvanced nursing, n.26, p.93-100, 1997.
- CARKHUFF, Robert O relacionamento de ajuda para pais, professores, psicólogos. Belo Horizonte: CEDEPE,1979.
- CARVALHO, Emília C. de et al As necessidades interpessoais de pacientes percebidas e registradas pela equipe de enfermagem. In: Relatos de Pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Relatos de pesquisas Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p.11-16.

CUNHA, Kátia de C. O contexto e o processo motivacional vivenciado por enfermeiras. São Paulo, 1994. Tese (doutorado em enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

DAVIES, Patrick Comunicação não verbal com doentes. Nursing, ed. Bras., n.87, p.158-173. São Paulo: 1995.

EPSTEIN, Charlotte Introdução efetiva na enfermagem. São Paulo: Ed. da USP/EPU, 1977.

FALLEIROS, Maria N. Relacionamento interpessoal terapêutico com o doente mental crônico. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, Expansão Polo I, Convênio Repensul.

FORMIGUINHAZ. Éric/ Damell. EEUU: Brad Lewis, Dreean/ Works/ Pictures1998. 1 casset VHS cinematogr.(82 min): son., legenda, color.

FREIRE, Paulo A educação na cidade. São Paulo: Cortez , 1995

GELAIN, Ivo Deontologia e enfermagem. 3.ed. São Paulo: EPU,1998.

GELBCKE, Francine L Processo saúde / doença: à procura da essência. Texto & Contexto Enf., Florianópolis: 1(2), 4-19, jul./ dez. 1992.

HORTA, Wanda de Aguiar Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

IRVING, Susan Enfermagem psiquiátrica básica. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

KYES, Joan; HOFLING, Charles Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1985.

LENNART, F. Modes of relating in caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. Journal of Advanced Nursing, Sweden: v.30, n.5, p.1167- 1176, 1999. Disponível na Internet:< lenart.fredriksson@fou.ig.se> (11 de February 1999)

LAZURE, Hélène Viver a relação de ajuda- abordagem teórica e prática de um critério de Competência da Enfermeira. Lisboa : Lusodidacta, 1994.

MAZZA, Verônica de A. A Comunicação não- verbal como forma de cuidado. Curitiba, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná. REPENSUL pólo I.

MEROM, Peter Kibbutz Profiles. Israel: Hakibbutz Hameuchad, 1968.

MIRANDA, Clara F.; MIRANDA, Márcio L Construindo a relação de ajuda. 11.ed. Belo Horizonte : Crescer, 1999.

MOSCOVICI, Fela Desenvolvimento interpessoal. 5. ed. Rio de Janeiro :José Olympio, 1996.

PAULA, Wilson K. de Releitura das necessidades humanas básicas Florianópolis: 1993. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. (digitado)

PEPLAU, Hildegard E. Interpessoal relations in nursing. New York: Putnam's Sons, 1952

RODRIGUES, Maria Socorro P. A complexidade da inter-ação enfermeira-paciente. Rev. Cogitare Enferm. Curitiba: v.2, p. 50-52, 1997.

SADALA, Maria L.; STEFANELLI, Maguida C. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira paciente. Rev .Latino AM. V.4 , n. E., p.139-152,1996.

STEFANELLI, Maguida C. Ensino de técnicas de comunicação. São Paulo, 1985. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

_____. O Uso do Jogo Educativo no Ensino de Enfermagem. Rev. Esc. Enfer. USP, v. 25, n.3, p.347-61, 1991.

_____. Comunicação com paciente-teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

_____. et al. Ensino de saúde mental no curso de graduação. Rev. Paulista de Enfermagem, v.15, n.1/3, jan/dez., 1996.

_____. et al. Integração dos Conceitos de Saúde Mental nos Cursos de Graduação em Enfermagem. Rev. Paul. Enf., v.15, n.1/3, p.51-65, 1996.

SILVA, Isília A.; STEFANELLI, Maguida C. Estimulando a reflexão sobre planejamento familiar- método de educação para a saúde. Rev. Paul. Enf., v.13, n.1/3, p.355- 364, 1994.

STEFANELLI, Maguida C.; CADETE, M ; ARANHA, M .I. Proposta de ação educativa na prevenção da AIDS- jogo educativo. Texto & Contexto Enf., Florianópolis, n3, v.7 p 158 - 173, 1998.

SILVA, Maria J. A importância da comunicação nos processos de qualidade. Nursing. n.1, ano 01, p.20-26, 1998.

TAVARES, Cláudia M. de M. A poética do cuidar na Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro- escola de Enfermagem Anna Nery.

TAVARES, José L. et al Integração enfermeiro – paciente deprimido. Rev. Esc. Enf. USP., v.32, p.101-8, Ago., 1998.

TRAVELBEE, Joyce Interpersonal aspects of nursing. Davis: Company, 1972.

_____. Intervención en Enfermería Psiquiátrica. 2.ed. Columbia: Carvajal, 1979.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lúcia Pesquisa em enfermagem- uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis : ed. da UFSC, 1999.

WATZLAWIC, Paul et al. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cultrix, 1981.

WIDMAN, Maria .A. P.; STEFANELLI, Maguida C. ; JOUCLAS, Vanda. O caminhar com a teoria de Joice Travelbee na prática de enfermagem psiquiátrica - desvelando uma experiência. *Cogitare Enferm.* v.3, n.1, p.7-12, 1998.

WALDOW, Vera, R. Maneiras de cuidar Maneiras de ensinar . Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel.: (048) 231.948SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

Curitiba, 10 de Junho de 1999

Solicito à V.Sa. autorização para que a mestranda Solânia Durman, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Interinstitucional da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, possa realizar seu trabalho da disciplina Prática Assistencial e a coleta de dados para realização da sua dissertação de mestrado intitulada “Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral”.

Os profissionais que participarão dessa investigação serão cinco enfermeiros, que atuam nessa instituição, prestando cuidado direto ao paciente internado e que aceitem participar da pesquisa, após tomarem conhecimento dos preceitos éticos que orientarão esse trabalho.

Consideramos, que a referida pesquisa pode contribuir para a qualidade da assistência de enfermagem à clientela assistida nesse hospital.

Sem mais, coloco-me a disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente

Dra. Maguida Costa Stefanelli

Orientadora

Dra Aparecida Leny Diccico e Souza
Diretora Geral do Hospital São Lucas

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

Brasília, 24 de maio de 1999.

Ilustríssima Senhora
Dra. Aparecida Leny Di Cicco Souza
Diretora do Hospital São Lucas de Cascavel Ltda
Rua Engenheiro Rebouças, 2219
85802-590 – Cascavel - PR

Senhora Diretora,

Informamos a Vossa Senhoria que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, aprovou o registro do Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição.

Cumprimentando-o pelo interesse na organização do Comitê, solicitamos o empenho de Vossa Senhoria para incorporação dos requisitos da Resolução 196/96 e complementares (Res. 240/97 e 251/97). Contamos com o seu apoio e imprescindível parceria para implementação no país, de uma cultura ética democrática, na defesa da comunidade científica, do cidadão e da sociedade.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Willian Saad Hossne'.

Willian Saad Hossne
Coordenador da
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

ANEXO III

O Jogo educativo

Objetivo – Estimular a reflexão e discussão em grupo, das mensagens emitidas nas cartas do jogo sobre o processo de comunicação terapêutica e relação de ajuda terapêutica, no relacionamento enfermeiro- paciente.

Material –Um jogo de cinco cartas, contendo mensagens sobre relação de ajuda terapêutica e dez cartas sobre comunicação terapêutica.

Duração – Uma hora à uma hora e meia .

Participantes - Enfermeiros

Facilitadora – Um profissional que tenha domínio sobre o conteúdo das cartas

Local- Ambiente confortável, com o mínimo de ruído possível e que garanta a privacidade dos envolvidos.

Regras do Jogo (Adaptadas de Stefanelli,1993)

1- A facilitadora do grupo distribuí uma carta aleatoriamente a cada participante.

Assegura que no mínimo dez mensagens sejam discutidas pelo grupo. As outras cartas devem permanecer na mesa . Cada participante terá o direito de trocar uma de suas cartas, apenas uma vez, por outra daquelas que ficaram sobre a mesa.

2- A facilitadora pede para cada participante comentar o conteúdo de sua carta, trazendo exemplos do dia-a-dia de sua prática relacionados ao conteúdo da mensagem contida na carta.

3-A seguir, há a discussão em grupo para a escolha da mensagem considerada pelo grupo, como a mais significativa para a Comunicação terapêutica e Relação de ajuda terapêutica, sempre levando em consideração a realidade vivida pelos participantes.

4- Após todos os participantes realizarem seus comentários, a facilitadora anuncia encerrada a primeira rodada e repete a distribuição de cartas para dar continuidade ao jogo.

As cartas utilizadas na primeira rodada, são desprezadas. Ao término da segunda rodada, a facilitadora pede para construírem o conceito de comunicação terapêutica e de relação de ajuda terapêutica que emergiram nas discussões do grupo.

5- Terminado o jogo, a facilitadora do grupo providenciar para que os participantes façam a avaliação imediata (por escrito) da estratégia utilizada.

Para elaboração do jogo, elencamos frases afirmativas e corretas que foram impressas em cartas, como um baralho. Enfocamos o assunto em pauta, com base no referencial teórico apresentado. A seguir apresento as cartas do jogo educativo com as mensagens.

Jogo Educativo Relação de Ajuda Terapêutica Enfermeiro-paciente

As cartas com as mensagens

No desenvolvimento do relacionamento com o paciente, ambos, ele e o enfermeiro, se conhecem e se desenvolvem.

(PEPLAU,1952.Trad. Solânia Durman,1999).

1

O enfermeiro utiliza a relação pessoa-a-pessoa como forma de compreender as necessidades humanas do paciente.

(TRAVELBEE,1979.Trad Solânia Durman, 1999)

2

O relacionamento envolvendo empatia e envolvimento, permite ao enfermeiro ser facilitador da relação de ajuda terapêutica.

(TRAVELBEE,1979.Trad Solânia Durman,1999).

3

Numa relação de ajuda terapêutica é imprescindível o sentimento de confiança.

(TRAVELBEE,1979.Trad Solânia Durman,1999).

4

Sem envolvimento entre enfermeiro e o paciente, não se estabelece um processo terapêutico.

(TRAVELBEE, 1979. Trad Solânia Durman, 1999)

5

Comunicação significa enviar e receber mensagens mediante símbolos, palavras (faladas ou escritas) sinais gestos ou outros meios não verbais.

(STEFANELLI, 1993).

6

A relação enfermeiro- paciente- é terapêutica quando o enfermeiro usa sua competência inter-pessoal e desenvolve-se na habilidade em ajudar a pessoa a lidar com a tensão que experencia.

(STEFANELLI, 1993).

7

A comunicação estabelecida com o paciente ajuda-o a sair da situação "doença" mais amadurecido, fortalecido, porque cada experiência de vida constitui uma situação de aprendizagem.

(STEFANELLI, 1993)

8

Saber ouvir é uma arma poderosa no processo de comunicação enfermeiro-paciente.

(STEFANELLI,1993).

9

Saber usar o silêncio é uma forma terapêutica de interagir com o paciente.

(STEFANELLI,1993).

10

A comunicação enfermeiro-paciente ajuda o paciente a se mover da dependência para a interdependência e independência, aceitando suas limitações.

(STEFANELLI,1993).

11

O homem, com todas suas dimensões na qualidade de ser, encontra-se integrado em um meio social, no qual as relações humanas se fazem presentes e constantes.

(STEFANELLI,1993).

12

O sucesso ou o fracasso das interações humanas dependem de como a comunicação se efetiva.

(STEFANELLI,1993)

13

Combinar vários meios de comunicação é um meio para facilitar o diálogo entre as pessoas.

(STEFANELLI,1993).

14

A comunicação grupal tem de ser usada pelos enfermeiros.

(STEFANELLI,1993)

15

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu.....
concordo em participar do estudo realizado pela mestrandia Solânia Durman, sobre a “Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral”, sabendo que a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo, posso desistir do mesmo e estando certo(A) de que o sigilo e o anonimato serão mantidos ou observados durante o estudo e o seu uso. Sei que os benefícios serão subjetivos e pessoais em decorrência da minha participação neste trabalho, e estou consciente de que não obterei benefícios e nem terei ônus financeiros advindos do mesmo.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta do trabalho, os passos a serem desenvolvidos e as dúvidas esclarecidas.

Concordo em participar do estudo	Sim	Não
	()	()

Concordo com o uso do gravador , desde que mantido sigilo e anonimato do conteúdo das fitas que serão transcritos pela autora.

Sim	Não
()	()

Cascavel.....de.....1999.

ANEXO V

AMBIENTE / SENTIMENTOS DE AMBOS PERCEBIDOS ANTES DE INICIAR A RELAÇÃO		
Nº	DATA	
COMUNICAÇÃO DO PACIENTE	COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO	OBSERVAÇÕES
		ELEMENTOS DE RELAÇÃO DE AJUDA TERAPÊUTICA PERCEBIDOS

Adaptado de Arantes (1969)

**Tente, de alguma maneira,
fazer alguém feliz.
Aperte a mão, dê um abraço,
um passo em sua direção.
Aproxime-se, sem cerimônia.
Dê um pouco do calor
de seu coração.
Assente-se bem perto
e deixe-se ficar,
muito tempo, ou pouco tempo.
Deixe o sorriso acontecer.
E não se espante
se a pessoa mais feliz
for você.**

Anônimo

(MIRANDA E MIRANDA, 1999, p.70)