

MARILUCI ALVES MAFTUM

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA VIVENCIADA POR ALUNOS DO
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**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 – UFSC/UFPR**

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA VIVENCIADA POR ALUNOS DO
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

MARILUCI ALVES MAFTUM

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.

Dr^a MAGUIDA COSTA STEFANELLI

CURITIBA

2000

ii


**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA VIVENCIADA POR ALUNOS DO
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

MARILUCI ALVES MAFTUM

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


Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 10 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Mestrado em Assistência de Enfermagem.

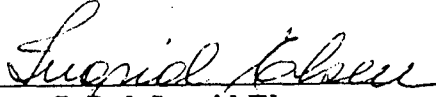


Prof.ª Dr.ª Denise Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA



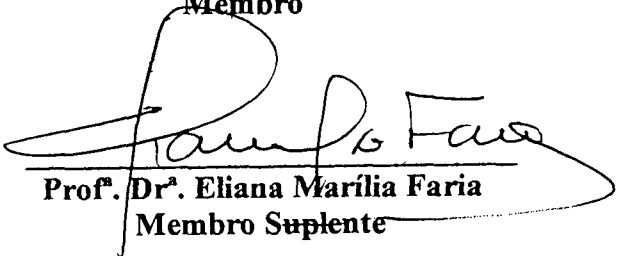
Prof.ª Dr.ª Maguida Costa Stefanelli
Presidente Orientadora



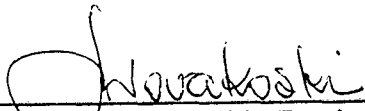
Prof.ª Dr.ª Ingrid Elsen
Membro



Prof.ª Dr.ª Maria de Lourdes Centa
Membro



Prof.ª Dr.ª Eliana Marília Faria
Membro Suplente



Prof.ª Dr.ª Lourdes Emília Ruviaro Novakoski
Membro Suplente

O mundo da comunicação é misterioso, empolgante e multifacetário. Processo tão natural como respirar, beber água ou caminhar, a comunicação é a força que dinamiza a vida das pessoas e das sociedades: a comunicação excita, ensina, vende, distrai, entusiasma, dá status, constrói mitos, destrói reputações, orienta, desorienta, faz rir, faz chorar, inspira, narcotiza, reduz a solidão [...]

Juan E. Díaz Bordenave

Dedico aos meus quatro cúmplices mais íntimos: **Bira**, que aceitou caminhar comigo nesta existência; **Guto, Nina e Xandre**, que aceitaram vir ao mundo através do aconchego do meu ventre e comigo crescer, enchendo meus dias de intenso movimento e de alegria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Pai, o Uno, o Todo, que na sua bondade infinita me concedeu a oportunidade dessa existência.

Aos meus pais, que me aceitaram como filha e me deram os primeiros ensinamentos que me guiam até hoje.

À Prof^a. Dr^a. Maguida Costa Stefanelli, pela sua capacidade fenomenal de, na simplicidade e descontração, levar-me a produzir muito mais do que eu acreditava ser capaz. Pela seriedade e franqueza que revelou neste processo de construção conjunta. A sua calma, segurança e confiança baixavam minha ansiedade, que quase sempre chegava perto do teto. Com seu apoio e compreensão, tranquilizava-me; aí, então, eu conseguia produzir. Obrigada por ter estado ao meu lado.

À Prof^a. Dr^a. Lilia Bueno de Magalhães, que plantou a primeira semente, despertando-me para a possibilidade de iniciar esta trajetória.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por mais esta oportunidade para meu crescimento.

Aos alunos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da UFPR, que prontamente se dispuseram a colaborar na realização deste trabalho. Minha gratidão e carinho pois, sem vocês, essa vivência não seria possível.

Aos colegas do mestrado, que me possibilitaram compartilhar não só os momentos de estudo, mas momentos verdadeiros de interação entre seres humanos, dos quais saí mais fortalecida.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Centa, pela prontidão e disponibilidade com que coordenou o mestrado na UFPR e que me acolheu.

À Prof^ª. Maria Leda Vieira, por me ensinar a entender e respeitar o paciente psiquiátrico e levá-lo à condição de ser humano; meu semelhante.

A todos os professores do mestrado, que em cada disciplina ministrada, adicionaram mais um elemento para a construção desse trabalho.

Aos colegas da Escola Técnica da UFPR, pelo apoio que me deram no percurso dessa jornada.

Ao hospital campo de estágio, que vem sendo espaço de aprendizado docente e discente, tendo nos acolhido já há alguns anos e que neste, em especial, compartilhou de mais essa etapa da minha vida.

A todos que, de uma maneira ou de outra, tornaram esse sonho realidade e que em cada participação foram muito importantes.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A você, Verônica Mazza, agradeço de maneira muito especial, porque viveu comigo cada idéia, cada fase desse trabalho, da maneira como se vive com uma amiga, com uma irmã, com uma cúmplice. Dedico a você e a todos os envolvidos nesse estudo esta mensagem, porque acredito na existência e na ajuda dos anjos e que eles podem se materializar na forma de pessoa humana.

ENCONTRO

*Há muito, mas muito tempo,
Tempos que já se foram
Andava eu a esmo
Como uma borboleta sem rumo
De cá pra lá, de lá pra cá.
De repente, foi como num passe de mágica
Na minha frente postava-se
Uma figura que brilhava, brilhava...
Tal era a luz que irradiava
Que me deixou perplexo
Pensei: o que será?
Será um anjo?
Como poderia? Anjos não existem!
Foi quando ouvi:
Vem! Vem e me acompanha
Eu te mostrarei um lugar
E não mais precisará vagar de canto para canto.
Temi.
Como ia acompanhar alguém que jamais havia visto?
Mas, tal era o encanto que me acercava
Pois dele pareciam irradiar bolhas coloridas e flutuantes
De variadas cores, as quais, quando se rompiam
Exalavam o perfume mais belo que já pude sentir...
Não resisti.
Levantei minhas mãos, que foram ao encontro das suas
E ele me conduziu flutuando, como que voando,
A um lugar realmente muito encantador
Onde pude então
Ter o encontro comigo mesma.*

Mariluci Alves Maftum

RESUMO

Trata-se de um trabalho de pesquisa prática apresentado de forma descritiva, realizado no período de março a setembro de 1999. Teve como objetivo descrever como o aluno do Curso Técnico em Enfermagem utilizou os conhecimentos de comunicação humana e comunicação terapêutica na relação interpessoal com o paciente psiquiátrico institucionalizado durante o desenvolvimento do estágio curricular da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Participaram desse estudo dez alunos. Teve como base Stefanelli, Bordenave e Travelbee. O método utilizado para coleta de dados foi o diário. O processo compreendeu dois momentos singulares: no primeiro, em sala de aula, os alunos foram instrumentalizados com os conteúdos de comunicação humana e comunicação terapêutica; no segundo momento, em campo de estágio, em quatro unidades de internação de um hospital psiquiátrico da cidade de Curitiba, os alunos desenvolveram o relacionamento interpessoal com o paciente, tendo registrado em um diário a interação entre eles. A análise permitiu evidenciar o uso das estratégias de comunicação terapêutica segundo o grupamento **expressão, clarificação e validação**, apresentado no referencial teórico. Alguns modos de comunicação considerados não-terapêuticos também foram apreendidos nos relatos dos alunos. Possibilitou ainda identificar o uso, pelo aluno, da comunicação não-verbal para se aproximar do paciente, assim como a observação de manifestações de comportamento do paciente. Na análise dos relatos dos alunos foi possível observar que o processo de comunicação terapêutica entre eles e o paciente ocorreu em três estágios diferentes, que denominei **aproximação, efetivação e ação**. Os dados evidenciados levaram-me a visualizar que o ensino de conteúdos sistematizados de comunicação humana e comunicação terapêutica ajuda o aluno a desenvolver a competência interpessoal na relação com o paciente psiquiátrico, facilitando a abordagem e a manutenção do diálogo, tornando a sua comunicação terapêutica, pelo seu uso consciente.

ABSTRACT

THE THERAPEUTIC COMMUNICATION EXPERIENCED BY STUDENTS OF A NURSING TECHNICAL COURSE

It is a study developing empirical research, presented in a descriptive way, held from March to September/1999. It objectified to describe how students of a Nursing Technical Course used their knowledge on human and therapeutic communication in the interpersonal relationship with hospitalized psychiatric patients. The study was carried out during their curricular training in Mental Health and Psychiatric Nursing. Ten (10) students participated in this study. It is based on Stefanelli's, Bordenave's, and Travelbee's concepts. The approach used in data collection was the "daily report". The process entailed two unique steps: first, the students were provided with contents of human and therapeutic communication in class; in the second step, the students carried out interpersonal relationship with patients in their training settings: four in-patient units of a psychiatric hospital in the city of Curitiba. The students kept daily report cards to record their interaction with the patients. It enabled to evidence the use of therapeutic communication strategies, according to Stefanelli's grouping: **expression, clarification and validation**. Although some communicative ways are considered non-therapeutic, they were also apprehended by the students' accounts. It was also possible to identify the use of non-verbal communication by the students in order to approach the patients as well as the observation of the patients' behaviors. Through the analysis of their written accounts, it was possible to conclude that the process of therapeutic communication between them and the patients occurred in three different steps, named **approach, accomplishment and action**. The evidenced data have allowed me to believe that teaching systematic contents of human and therapeutic communication helps students develop interpersonal competence in the relationship with psychiatric patients, facilitating approach and dialogue continuity. Thus, communication becomes therapeutic by means of its conscious use.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| RESUMO | ix |
| ABSTRACT | x |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 6 |
| 3 REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO | 19 |
| 3.1 CONCEITUAL..... | 19 |
| 3.2 TEÓRICO..... | 23 |
| 3.3 PRESSUPOSTOS..... | 28 |
| 4 MÉTODO | 29 |
| 4.1 ASPECTOS ÉTICOS..... | 31 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO..... | 32 |
| 4.3 PARTICIPANTES..... | 36 |
| 4.4 COLETA DE DADOS..... | 36 |
| 4.5 DESCRIÇÃO DO PROCESSO..... | 37 |
| 4.5.1. Primeiro Momento: O Processo Educativo na busca dos dados..... | 38 |
| 4.5.2 Segundo Momento: A Prática..... | 47 |
| 5 ANÁLISE DOS DADOS | 50 |
| 5.1 IDENTIFICANDO AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA UTILIZADAS..... | 51 |
| 5.2 PERCEBENDO A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL..... | 56 |
| 5.3 INTERAGINDO COM O PACIENTE APESAR DA COMUNICAÇÃO NÃO- TERAPÊUTICA..... | 58 |
| 5.4 RELATANDO A VIVÊNCIA DO ALUNO COM A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA..... | 60 |
| 6 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA | 63 |
| 7 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO ENSINO-PRENDIZAGEM UTILIZADO | 71 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 76 |
| ANEXOS | 79 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| 1 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ALUNO E PACIENTE..... | 70 |
| 2 REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM..... | 75 |

1 INTRODUÇÃO

Um relacionamento efetivo entre aluno e paciente, aluno e colegas de grupo, aluno e professor e aluno e equipe de saúde da instituição, tem sido algo buscado e desejado na trajetória do ensino das disciplinas de enfermagem. Mas a quem cabe o ensino dos conteúdos que darão embasamento para a realização do relacionamento interpessoal do aluno, futuro profissional de enfermagem? Não raro o corpo docente se vê envolvido em discussões a respeito da importância de tal assunto, da necessidade de abordá-lo profundamente nos cursos de enfermagem, uma vez que os profissionais desta área, ao interagirem com o ser humano, seu objeto de trabalho, recebem as mais variadas respostas possíveis, como acontece nas profissões onde a relação entre seres humanos é básica para o seu caminhar.

Mas é exatamente isto que evidencia a relevância do estudo desse tema. Apesar disso ouvimos, com muita frequência, alguns docentes argumentarem que não cabe ou não é possível abordar conteúdos de comunicação terapêutica em suas disciplinas, entendendo que estes deveriam ser ministrados na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica ou na de Psicologia. Ainda que os primeiros estudos sobre comunicação como um processo tenham iniciado com enfermeiras psiquiátricas, como Peplau e Travelbee (Stefanelli, 1993), estes argumentos parecem infundados, pois não há como destinar um lugar ou um tempo específico para um assunto que faz parte da essência do ser humano e que é a mola mestra da enfermagem.

Enquanto presencio e participo de discussões sobre qual docente, em que disciplina ou em que momento os conteúdos de embasamento para o desenvolvimento do relacionamento interpessoal e grupal àquele que presta a assistência devem ser ministrados, emergem em mim pensamentos que refletem preocupação; as marcas de minha caminhada profissional provocam inquietação: o ensino de tais conteúdos pode não estar acontecendo ou, pelo menos, não de forma consistente. Nesse momento de *insight* ou despertar, faço uma retrospectiva e pondero a respeito da forma como tenho trabalhado

esse assunto, uma vez que na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, cuja responsabilidade de ministrar, no curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná cabe a mim, não se pode nem de longe sugerir sua exclusão, o que seria o mesmo que tirar a “alma” e a razão de ser da disciplina.

Como docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, esse tema tem-me tocado de maneira especial; observo que o ensino de conteúdos de comunicação humana e comunicação terapêutica nos cursos de Enfermagem tem-se caracterizado pela ênfase em conteúdos de interesses específico de outros profissionais da área da saúde. Segundo afirma Stefanelli (1993), poucos estudos têm sido realizados e pouco se tem publicado sobre a comunicação terapêutica e os aspectos que a envolvem. Além disso, o maior número de estudos de comunicação que tenho encontrado para o preparo das aulas estão restritos à entrevista do paciente para anamnese e diagnóstico.

Karshmer (1982) enfatiza que apesar das grades curriculares dos cursos de enfermagem contemplarem o ensino do relacionamento terapêutico, na prática observa-se que o aluno tem medo de interagir com o paciente portador de transtornos psiquiátricos; a autora infere que isso pode dever-se à idéia pré-concebida de que a menor falha será prejudicial a ambos. Ressalta, também, que a literatura existente normalmente traz tão-somente receitas de abordagens imprecisas nas quais os alunos aprendem apenas o uso de frases estereotipadas como tentativas de oferecer conforto ao paciente sem, contudo, obter o êxito almejado, pois é na simplicidade das ações comunicativas desprovidas da preocupação exacerbada em fazer uso de uma linguagem rebuscada que se dá a efetiva comunicação entre duas pessoas. As idéias de Roberts (1990) vão ao encontro às desta autora, quando afirma que é através das sutilezas da habilidade da comunicação que o processo interpessoal do cuidado é realizado. Como declara Stefanelli (1993), é o uso consciente do conhecimento sobre comunicação que a torna terapêutica.

Nessa linha de pensamento, pondero que uma nova abordagem dos conteúdos de comunicação, na vertente da comunicação terapêutica, possa ajudar a esclarecer aos alunos suas dúvidas e reduzir suas inseguranças, que surgem na discussão teórica sobre o assunto e se acentuam no período que antecede o início do estágio. Fica claramente explicitado nas suas indagações o temor que envolve a maioria deles ao tomarem conhecimento que terão

de desenvolver o estágio de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, por não saberem como abordar o paciente e manter um diálogo com ele ou, simplesmente, o que fazer.

Os alunos indagam: *Que outras atividades, além de conversarmos com os pacientes, nós vamos desempenhar? Como vou me manter ao lado de um paciente e conversar com ele se mal o conheço? Se nós tivéssemos que realizar curativos, administrar medicamentos, dar banho no leito, teríamos um pretexto para começarmos um diálogo. Será que eu vou agüentar ficar lá dentro tanto tempo? Como vou saber o que dizer a eles, sem piorar o seu estado? Não sei o que posso ou não dizer. Como vou saber se o que o paciente diz é verdade? E se for delírio ou mentira? Se o paciente disser que está “vendo coisas”, tenho que concordar com ele? Se eu não concordar com o que o paciente diz, ele não vai ficar irritado comigo?*

Ao longo do tempo, em nossa sociedade, foi construída uma imagem do doente mental¹ cheia de mitos e preconceitos. Estes são transmitidos às crianças no ambiente familiar e por reportagens na imprensa escrita e televisiva, nas quais o doente mental aparece como o protagonista mau-caráter, perigoso, amedrontador, com aspecto geral deteriorado, não dizendo coisa com coisa. Esta opinião geral é compartilhada também pelos alunos; estes, quando indagados sobre que visão têm do doente mental, confirmam terem medo ao se imaginarem num contato direto com o paciente psiquiátrico.

Cabe, nesse ínterim, elucidar que todas as atividades previstas para o Técnico em Enfermagem constantes da Lei do Exercício Profissional (Brasil, 1986) e as por mim consideradas importantes para a formação profissional, como higiene, alimentação, lazer, administração de medicamentos, acompanhamento de alta, transferência e admissão de paciente, são valorizadas na disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Porém minha orientação normalmente se dá no sentido de, na realização de tais ações, aprimorar as relações interpessoais do aluno, ajudando-o a desenvolver sua autonomia e a desmistificar os conceitos clássicos de doença e doente mental, construídos ao longo do

¹ Apesar da ênfase dada atualmente pela CID-10 à importância da utilização do termo portador de transtorno ou distúrbio mental, nesse trabalho os termos “doente mental” e “paciente psiquiátrico” serão acrescidos àqueles e utilizados alternadamente.

tempo. Além disso, os alunos passam a conhecer mais um campo em que poderão atuar posteriormente como profissionais de enfermagem.

Acredito que uma sistematização no ensino da comunicação terapêutica nos cursos de enfermagem poderá, de alguma forma, contribuir com subsídios para elucidação de questionamentos de colegas docentes, que afirmam, por exemplo:

A maioria dos alunos não conseguem ir muito além da realização de técnicas curativas de enfermagem. Tire a bandeja com o material de execução de alguma técnica das mãos dos alunos e eles não saberão o que fazer com e para o paciente. Por mais que sejam orientados, os alunos não conseguem colher dados em uma entrevista para se pensar na elaboração de um plano de ação sem que tenham um roteiro à mão.

Nos últimos anos, a ênfase da assistência de enfermagem tem sido considerar o paciente de forma integral, ou seja, atender as dimensões física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual dele. Stefanelli (1993) aponta que o profissional de enfermagem tem de adquirir competência no uso de técnicas de comunicação terapêutica, em busca de formação de atitudes que permitam a aquisição de conhecimentos das questões inerentes a uma assistência de enfermagem humanizada, tanto ao paciente psiquiátrico como àqueles que sofrem em função de doenças consideradas orgânicas. Para que isso se realize, o profissional deve saber utilizar a comunicação terapêutica para estabelecer o relacionamento com o paciente de forma efetiva, com o objetivo de oferecer-lhe apoio, conforto, informação, e despertar seu sentimento de confiança e de auto-estima, bem como propiciar o desenvolvimento de modos de comunicação que lhe permitam convívio social. Isto é possível quando o aluno é capaz de experimentar sentimento empático, envolvimento, confiança e respeito mútuo em relação à pessoa doente.

Confirmando as dúvidas descritas pelos alunos, e muitas vezes nossas como profissionais, em relação ao que fazer para o paciente, Silva (1999), em uma palestra sobre a saúde do ponto de vista das relações interpessoais, vai um pouco além. Ela afirma que “quando nós da enfermagem saímos de situações de apenas registrar o físico, podemos ficar inseguros e não saber o que fazer, porque temos dificuldade para registrar as emoções, os sentimentos de ódio, raiva, medo, culpa, insegurança, inerentes ao ser

humano, os do paciente e os nossos”². Como profissionais de saúde, temos muita dificuldade em lidar com estes sentimentos que são próprios da pessoa humana e, portanto, do paciente e do profissional.

Mediante as citações e reflexões feitas, propus-me a realizar esse trabalho de pesquisa prática denominada por Tentini e Paim (1999) uma modalidade convergente-assistencial, com alunos do curso Técnico em Enfermagem, durante o período de estágio supervisionado da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, utilizando como referencial teórico os conceitos de comunicação humana e comunicação terapêutica como apresentados por Stefanelli (1993), além dos recursos habituais que tenho utilizado. Embora conhecendo um pouco sobre comunicação e permeando toda a disciplina com este conhecimento, não conseguia sentir-me segura quanto ao aprendizado dos alunos para o estabelecimento de um relacionamento efetivo com o paciente. A obra de Stefanelli destina-se à enfermagem de um modo geral, apesar de seus estudos e sua prática profissional serem voltados à área da enfermagem psiquiátrica.

Na busca de aporte que embase esse repensar da minha prática, formulei a questão guia desse trabalho: **“Como os alunos de enfermagem, do nível técnico, na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, vivenciam e utilizam os conhecimentos da comunicação humana e da comunicação terapêutica na relação com o paciente psiquiátrico institucionalizado?”**

Da mesma maneira formulei o objetivo deste estudo **“Descrever como os alunos de enfermagem vivenciam a utilização dos conhecimentos de comunicação humana e comunicação terapêutica na relação interpessoal como o paciente psiquiátrico institucionalizado durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica”**.

² Palestra proferida por Maria Júlia Paes da Silva durante o Encontro Preparatório para o III Seminário Nacional em Saúde do Adulto, promovido pelo Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto/GEMSA. Departamento de Enfermagem/ UFPR. Curitiba, 12 de agosto de 1999.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O cuidar é muito mais abrangente e enquadra-se numa abordagem antropológica, na medida em que, através do cuidado de enfermagem, percebemos dois universos humanos, dois mundos socioculturais em interação em duas pessoas, portadoras desses universos, que comunicam conteúdos, que agem e interagem.

Piedade Lalanda

Para uma melhor compreensão do processo de comunicação humana apresento, neste capítulo, algumas idéias de estudiosos deste assunto, os quais colaboram no entendimento da pertinência desse trabalho.

Para Stefanelli (1993), a comunicação é entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. Segundo Gir et al. (1993), a comunicação se constitui num processo básico da vida humana; é considerada a mais complexa e elevada conquista do ser humano sendo, num sentido geral, usualmente empregada para designar a relação entre pessoas.

Para Bordenave (1982), a comunicação é algo peculiar ao ser humano, apresentando infinitas possibilidades, gratuitas e abertas e a condição de usufruir destas no ato de nos comunicarmos uns com os outros pode ser facilitada pela compreensão do processo de comunicação. O autor faz referência a uma lista dos atos de comunicação que uma pessoa pode realizar, desde quando se levanta pela manhã até a hora de deitar-se, ao fim do dia, concluindo que seu número é inacreditável. A comunicação está presente mesmo em nossas ações mais corriqueiras. Ela não existe por si mesma, não é auto-suficiente e não pode ser separada da vida, do ser humano, da sociedade, pois confunde-se com a própria vida. O homem e a comunicação são uma unicidade. Não existe comunicação humana sem a pessoa, sem a sociedade. Assim como a respiração, a sua real importância só se faz percebida quando, por algum motivo, perdemos a capacidade de nos

comunicarmos. O autor nos fala de pessoas que foram impedidas de se comunicar e enlouqueceram ou ficaram perto da loucura. Como Stefanelli (1993), ele afirma que a comunicação é uma necessidade básica do ser humano, como ser social que é, não lhe facultando o direito de optar por se comunicar ou não.

O ser humano se comunica com o meio desde sua concepção. Muito cedo, na vida intra-uterina, ele já fornece indícios de estar recebendo estímulos maternos e ambientais, dando sinal de sua existência mesmo antes dos resultados diagnósticos assentirem a sua presença. Essas formas de comunicação são muito claras quando as gestantes afirmam ter plena certeza da gravidez antes desta ser confirmada por exames clínicos e laboratoriais. Como o aprendizado da comunicação verbal falada só se define a partir de uma determinada fase de seu desenvolvimento, a comunicação primitiva com o mundo que o cerca é exclusivamente não-verbal, mas repleta de mensagens: olhares, toques, movimentos corporais lentos e calmos quando acariciado ou ao ouvir a voz da mãe, e movimentos abruptos quando se sente ameaçado ou agredido, quer física ou emocionalmente (Davis, 1979).

Segundo Bordenave (1994; 1998), além de promover o processo de interação humana, talvez a função mais básica da comunicação seja a de ser o elemento formador da personalidade. Sem ela, o ser humano não pode existir como tal. Estudos sobre o desenvolvimento da personalidade enfatizam a importância de estímulos da linguagem específicos para cada etapa de desenvolvimento da inteligência. Se não forem proporcionados à criança estímulos verbais por e com outras pessoas, o desenvolvimento tanto da linguagem quanto da inteligência não se processarão normalmente.

Para Mead, filósofo norte-americano citado por Bordenave (1998, p. 30), é por meio da comunicação inerente à experiência social que a mente e a personalidade se desenvolvem. Para ele “por meio da linguagem, o indivíduo torna-se um objeto para si mesmo, no mesmo sentido em que os outros são objetos para ele, e, desta maneira, suas experiências sociais não são só privadas e psíquicas”. Bordenave (1998) conclui que a comunicação tem também a função de identidade, pois o ser humano existe na comunicação e por meio da comunicação e, por intermédio do uso de símbolos significativos, apropria-se das atitudes de outros assim como eles, da mesma maneira, apropriam-se das atitudes do primeiro.

Ao tentar definir comunicação, Bordenave (1982; 1998) afirma que melhor é refletir sobre suas finalidades. Para ele, a comunicação serve para que as pessoas se relacionem entre si, transformem-se mutuamente e a realidade que as rodeia. Sem a comunicação cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. A comunicação não é somente o reflexo do tipo de relações sociais. É um fenômeno ainda mais básico e mais universal de influência recíproca entre seres interdependentes, que se influenciam mutuamente e, juntos, modificam a realidade onde estão inseridos.

Morales et al. (1990) acrescentam que a comunicação tem um aspecto importante na redução da ansiedade das pessoas e enfatizam essa importância para o paciente no estabelecimento da relação interpessoal dos profissionais com o mesmo na prática cotidiana da enfermagem.

A pessoa interage com o meio ambiente emitindo e recebendo simultaneamente mensagens por todos os seus canais disponíveis: visão, tato, olfato, audição. Atentemos, porém, para o fato de que nem tudo que alguém tem no seu repertório é expresso para o outro, como nem tudo que a ela é expresso é recebido de forma decodificada. Nem sempre esse partilhar ocorre da maneira desejada, ou seja, nem toda mensagem é percebida exatamente da maneira como se pretende que seja, pois todos os signos emitidos devem ser decodificados e interpretados para que haja compreensão, além do significado de cada palavra ou gesto, da mensagem como um todo (Bordenave, 1982; 1998; Gaiarsa, 1984).

Peplau (1952) enfatiza que as relações interpessoais enfermeira-paciente tornam-se frutíferas à medida que ambos evoluem para aprendizagem mútua durante a interação, rumo ao amadurecimento. Da mesma maneira, Travelbee (1979) afirma que durante o desenvolvimento do relacionamento com o paciente, ambos, paciente e enfermeiro, conhecem-se e se desenvolvem. Segundo Rúdio (1999) sabemos, por diversas razões, que ajudar o outro é também uma forma eficaz de ajudarmos a nós mesmos. A pessoa a quem auxiliamos, independentemente de quem quer que seja, sempre traz consigo alguma mensagem, geralmente “oculta”, para também nos ajudar, pois a força da comunicação efetiva só se faz de modo bilateral. O mais importante num encontro é sabermos captar a mensagem que o outro nos envia, decodificá-la e usá-la em benefício de nosso crescimento. Thighe (1996) afirma que é impossível uma total compreensão do significado do que a outra pessoa expressa; no entanto, podemos nos aproximar muito da realidade

comunicada, explorando os significados juntamente com a pessoa, ação a que Stefanelli (1993) denomina validação da mensagem.

Para Mazza (1998), é no processo de interação entre seres humanos que a enfermagem se desenvolve; em momentos específicos e, por que não dizer, em situações que permeiam o dia-a-dia da relação interpessoal dos profissionais de enfermagem com o paciente, nas quais estão presentes a dor, o conflito ou a crise. Para ela, esse encontro deve ser autêntico, para que ambos possam apreender o que está sendo experienciado no ato, e o que dele poderá emergir. A autora enfatiza que em cada interação essas situações são influenciadas pelo passado e estão influenciando o presente e o futuro, tanto do profissional como do paciente; são as experiências anteriores e as que estão se desencadeando no exato momento que culminarão no comportamento do paciente.

Para Silva (1990), a comunicação que se estabelece entre as pessoas decorre, em grande parte, da percepção que um tem do outro. Para que a interpretação seja processada é necessário que a mensagem esteja situada num contexto, considerando que a flexibilidade mental do receptor, o seu nível de tensão ou ansiedade, o seu repertório, a sua segurança ou autoconfiança interferem na aceitação, rejeição ou entendimento da mensagem (Bordenave, 1982; Stefanelli, 1993). Silva (1990, p. 114) complementa essas idéias ao afirmar que a maneira como uma pessoa percebe o meio ambiente é altamente determinante de seu comportamento, isto é, “o homem, vê, ouve, cheira e sente o meio ambiente”. Para a autora, é através da percepção que podemos entender o nosso próprio mundo e o mundo do paciente, e é ela que nos localiza no mundo e nos permite a conscientização de tudo que nos cerca. Desta maneira, é importante na prática da enfermagem buscar compreender que o modo como o paciente percebe as coisas acontecendo ao ser redor influenciará a sua conduta mais do que a realidade em si.

Situações como as assinaladas acima são vivenciadas com freqüência na rotina do trabalho da enfermagem, principalmente na área da enfermagem psiquiátrica. É evidente que, ao nos comunicarmos, temos a intenção de sermos compreendidos. Os resultados da assimilação de mensagens na dinâmica mental humana são claramente explicitados em determinados acontecimentos, por exemplo, quando alguém percebe a mensagem recebida como um insulto e agride o interlocutor. Em outros casos a transformação ocorrida é puramente interna e foge ao alcance da percepção do receptor.

Stefanelli (1993) afirma que a comunicação não pode ser analisada fora do contexto em que acontece, por se tratar de um processo dinâmico no qual estão envolvidos os elementos interlocutores, quais sejam emissor e receptor, mensagens, meio ambiente e contexto; comenta que os papéis dos interlocutores se alternam à medida que ambos se comunicam e são afetados em suas diversas dimensões, ao que a autora denomina campo interacional. Ela afirma, ainda, que a comunicação permeia toda a vida humana e, seres humanos que são os profissionais de enfermagem, todas as ações realizadas por estes. A enfermeira, portanto, além de ter consciência deste fato, tem de conhecer como esse processo ocorre e todos os elementos nele envolvidos e saber como utilizá-los de forma consciente na sua prática para que o paciente — outro ser humano — a perceba como um elemento de ajuda.

Para Lalanda (1995), a arte de comunicar tem de ser aprendida, analisada, adaptada e, sobretudo, treinada; Para a autora, os profissionais de enfermagem têm de recorrer a essa “arte” na sua prática cotidiana, não mais como um instrumento terapêutico, mas como uma atitude terapêutica que promova a independência e a cooperação do paciente, contribuindo para sua alta ou reintegração familiar e social.

O partilhar idéias, o torná-las comuns, ou seja, comunicar-se, pode ser realizado por meio das formas verbal e não-verbal e, nesse processo, há inúmeros elementos envolvidos, interagindo e continuamente se influenciando. A comunicação verbal é aquela que se dá por meio da linguagem escrita e falada, ou seja, envolve os sons e as palavras utilizadas na comunicação. Faz uso da linguagem, que sofre constantemente influência da cultura de cada pessoa (Stefanelli, 1993). Num país de vasta extensão territorial e ampla miscigenação como o Brasil, a influência da cultura na linguagem torna-se perceptível na rotina da assistência nos serviços de saúde, especialmente nas capitais. A cultura tem influência decisiva não só na comunicação verbal como na não-verbal.

As manifestações de comportamento não expressas por palavras são denominadas, por Stefanelli (1993), comunicação não-verbal. Silva (1996) afirma que nunca acontece uma comunicação verbal sozinha: a mensagem é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal. Diz ainda que as relações humanas emergem sobre o solo firme da comunicação não-verbal e se encontra além das palavras. Segundo esta

autora, podemos entender a comunicação não-verbal como tudo aquilo que pode ter um significado para o emissor ou receptor, com exceção das palavras.

Stefanelli (1993) coloca que, apesar da comunicação não-verbal se manifestar continuamente, nós nem sempre estamos conscientes de que ela ocorre e como acontece. Para ela, quando a comunicação não-verbal confirma a mensagem verbal emitida, pode-se afirmar que há coerência entre ambas, o que denota a efetividade na comunicação; a ausência de coerência entre elas denota que algo mais precisa ser explorado. Stefanelli (1993) e Silva (1996) afirmam que há situações em que a comunicação não-verbal contradiz o que foi dito verbalmente; não raro, concordamos com as palavras, porém nossas expressões faciais demonstram desacordo sem que percebamos. Estes desencontros constituem a comunicação com dupla mensagem; quem a percebe, fica em situação de desconforto, porque uma mensagem confirmada contraria ou suprime a outra. Como profissionais de enfermagem, Stefanelli (1993) diz que devemos estar atentos à percepção correta da comunicação não-verbal e, porque ela não tem o mesmo significado para diferentes pessoas e situações, exige validação verbal da compreensão dos sinais não-verbais percebidos.

Silva (1996) enfatiza que uma das funções básicas da comunicação não-verbal nas relações interpessoais é a de complementar a comunicação verbal, ou seja, reforçar ou completar a mensagem verbal. Há momentos em que a comunicação não-verbal é toda a comunicação, não sendo utilizada nenhuma linguagem verbal para emitir e/ou receber uma mensagem. Ela diz ainda que, para alguns estudiosos, a principal função da comunicação não-verbal é demonstrar sentimentos humanos. Esses apontamentos resumem de forma bem clara e explícita a importância de atentarmos para o desenvolvimento da habilidade do uso desta forma de comunicação a fim de tornarmos mais efetiva nossa prática de enfermagem. Stefanelli (1993) afirma que, para a pessoa aprender a comunicar-se adequadamente, precisa ser capaz de perceber o significado da mensagem em toda a sua plenitude – verbal e não-verbal – afinal esta pode confirmar ou negar aquela.

Segundo Stefanelli (1993), os elementos envolvidos no processo comunicação são: **emissor ou remetente**, a fonte da emissão da mensagem, é quem a codifica, a produz e envia para o outro; **receptor ou destinatário**, aquele que recebe a mensagem e a decodifica, sendo que para se considerar que o processo de comunicação ocorreu, necessita

haver uma resposta; **mensagem**, tudo aquilo que é transmitido, de forma verbal ou não-verbal, produzido pelo emissor, devendo ter um significado comum para ele e para o receptor. É preciso ter claro que os papéis do emissor e receptor se alternam continuamente, pois no processo de comunicação há um fluxo contínuo e circular de energia. Outro elemento, o **contexto**, é o local onde se dá a comunicação, com certas variáveis relacionadas às pessoas que se encontram envolvidas no processo. Para a autora, a comunicação nunca se repete do mesmo jeito, pois ambos os interlocutores, a cada contato humano, emergem com uma carga a mais de vivência acrescida a seu repertório, não importando o quanto gratificante lhes pareceu naquele momento.

Para Mazza (1998), não importa se é o primeiro de uma série de encontros ou o último, se inspira esperança, alento, felicidade ou está carregado de sofrimento e lamento; cada um traz consigo todo o significado do momento em que ocorre. Dessa forma, o significado torna-se mais importante do que propriamente o fato. A autora enfatiza, ainda, que um encontro é sempre uma troca em que as pessoas envolvidas dão e recebem algo. As situações que acontecem num encontro de seres humanos também acontecem em uma situação de enfermagem, de forma autêntica, específica e intencional, com um significado único para cada um dos participantes, no desejo de alcançar um objetivo compartilhado, pois as pessoas da equipe de enfermagem são seres humanos em ação. Para que a comunicação seja efetiva deve haver uma intencionalidade, com os membros envolvidos olhando para o foco comum desejado, ou seja, ambos tendo como objetivo se comunicar.

Com o aprendizado e uso consciente da comunicação, será facilitado o alcance dos objetivos da assistência de enfermagem (Stefanelli, 1993). Conforme afirmam Bonadio et al. (1997), uma vez que a comunicação é o elemento chave para atuação do profissional da área da saúde, o estabelecimento dela gera condição para compreender o paciente na sua integralidade, a maneira como ele vê, sente, percebe e age no mundo, ou seja, a sua cosmovisão ou visão de mundo. O entendimento e aceitação dessas concepções permitem à enfermagem identificar os problemas que envolvem o paciente, pautada no significado atribuído por ele aos fatos que o circundam; tendo essa compreensão, o profissional pode delinear meios para ajudá-lo a manter ou recuperar sua saúde.

Silva (1996) e Stefanelli (1993) enfatizam ser preciso que o profissional de saúde tenha clareza de que a relação com o paciente é profissional e se ele incorporar ao seu jeito

de ser a comunicação terapêutica, conseguirá ser mais natural, descontraído, aproveitando sua criatividade para usar as técnicas de comunicação existentes ou visualizar novas, que passem a fazer parte do seu estilo de vida sem, contudo, tornar a sua utilização estereotipada, correndo o risco de perder a riqueza do encontro entre pessoas.

Segundo Stefanelli (1993, p. 25), para que o profissional de enfermagem desenvolva “competência interpessoal”, ele necessita adquirir uma base teórica sobre comunicação humana e comunicação terapêutica, para que possa implementá-la à sua prática profissional. A autora ressalta que os profissionais de enfermagem necessitam estar conscientes da importância de reavaliar constantemente sua prática para vislumbrar novas maneiras de tornar sua comunicação com o paciente a mais terapêutica possível, para não permitir que o momento de interação com o paciente constitua um mero emitir de palavras desprovidas de sentido verdadeiro mas, sim, de estar compartilhando mensagens significativas em seu cotidiano do cuidar.

Trentini e Paim (1999) afirmam que a prática de enfermagem necessita ser renovada, para avançar além do simples “fazer” automático, tornando-se imprescindível o “aprender a fazer”, reflexo da necessidade de “pensar o fazer”.

Para Lalanda (1995), refletir sobre a nossa prática no sentido de termos clareza do que fazemos e como fazemos, acaba por ser um ato de saúde mental e saúde social, pois é a consciência daquilo que fazemos que nos leva à condição de transformarmos o nosso jeito de ser e os padrões rotinizados do nosso comportamento.

Stefanelli (1993) apresenta em seu livro o agrupamento das técnicas de comunicação terapêutica, e atualmente as chama ora de técnicas ora de estratégias ou guias de comunicação terapêutica, sempre deixando evidente que não são um fim em si mesmas, mas guias ou pistas para serem usadas na relação com o outro, de forma singular e peculiar, com linguagem compreensível para cada pessoa. A autora lembra, ainda, que a enfermagem deve desenvolver competência em se comunicar de forma efetiva, tendo claro que cada momento de comunicação é único e que jamais se repete da mesma forma, principalmente quando consideramos os aspectos tempo e espaço. Os profissionais de enfermagem devem, portanto, fazer uso da comunicação terapêutica seja como profissional ou pessoa, em todas as suas atividades e ações de forma consciente e fazer deste uso um estilo de vida, como preconiza Ruesch citado por Stefanelli (1993). Para Sadala (1996), o

reconhecimento por parte dos profissionais de enfermagem da importância do uso da comunicação terapêutica e o seu uso consciente vislumbrando culminar até em um estilo de vida, direciona-os a usá-la em cada situação de relacionamento com o paciente, tornando terapêuticos estes encontros sempre que possível. Por outro lado, estas afirmações não contrariam a necessidade de que em uma determinada situação se tenha o objetivo de obter dados mais detalhados para a elaboração do plano terapêutico e outros, ou de que necessitemos de um ambiente livre de barulhos ou interrupções, resguardando a privacidade e o respeito do paciente. Ainda que o mundo de hoje seja um mundo de ruídos, estes cuidados devem ser tomados pelos profissionais de saúde. Stefanelli (1993) afirma que ambientes com ruídos interferem na qualidade da comunicação, porém esta afirmação não deve ser motivo para restringir ou deixar de usar a comunicação terapêutica pois quando nós, profissionais de enfermagem, adotamo-la como parte do nosso jeito de ser, ela estará presente em todas as nossas ações cotidianas.

Há que se considerar, como diz Stefanelli (1993), que não se pode garantir que apenas fazendo o uso das estratégias de comunicação terapêutica, a comunicação entre as pessoas da equipe de enfermagem e paciente será terapêutica, pois há muitos elementos que interferem na sua efetividade. Devemos, entretanto, percebê-las como elementos que ajudam e possibilitam o relacionamento terapêutico. A autora explica que as técnicas não devem ser memorizadas e utilizadas mecanicamente, e sim como linhas gerais de ação. Isso é o que também salienta Travelbee (1979), quando afirma que as técnicas de comunicação são meios para se obter um fim ou alcançar um objetivo, não constituindo, entretanto, um fim em si mesmas, como também não são fórmulas mágicas e nem sempre suscitam a resposta ou comportamento desejado. Daí a importância da flexibilidade e competência no seu uso.

Ferraz (1995) afirma que, ao usar as estratégias de comunicação terapêutica, a enfermeira precisa, em cada ação, levar em conta a necessidade de se ter conhecimentos e criatividade, partindo daí para a singularidade de cada ato.

O agrupamento das estratégias de comunicação terapêutica apresentado por Stefanelli (1993), segundo ela mesma, tem somente finalidade didática, para melhor compreensão dos conteúdos pois, sendo a comunicação um processo dinâmico e circular,

numa única interação podemos utilizar, às vezes imperceptivelmente, de forma simultânea e imbricada, várias estratégias.

Stefanelli (1993) aponta fatores denominados barreiras ou ruídos na comunicação, os quais podem ter diferentes causas, ocasionadas inclusive pelo próprio profissional ou pelo paciente.

O profissional que presta assistência, conhecendo a si mesmo e a forma como pensa, sente, age e reage diante dos fatos, tem mais facilidade para conhecer o outro e compreendê-lo em suas diversas maneiras de reagir a um mesmo estímulo. Para que seja estabelecido um processo de comunicação satisfatório no relacionamento interpessoal com o paciente, as necessidades deste têm de ser sobrepostas às do profissional no momento em que este se dispõe a ajudar aquele, considerando, no entanto, que o profissional também é um ser humano (Stefanelli, 1993).

Para maior esclarecimento, discorreremos um pouco mais sobre este assunto, tentando elucidar os fatores que podem levar à rupturas na seqüência e falhas na interpretação da mensagem, tais como **ruídos**, **barreiras** e **modos não-terapêuticos**. Apesar dos **ruídos** não terem relação direta com o processo de comunicação, são elementos presentes durante o mesmo e podem ser prejudiciais ao envio e à compreensão da mensagem. Podemos citar aqueles provenientes de outras pessoas, como gritos, objetos caindo, portas abertas ou fechadas bruscamente, como os advindos de desconforto físico ou psicológico do paciente, como gemido ou choro.

Como **barreiras**, Stefanelli (1993) cita elementos que podem impedir o estabelecimento da comunicação entre as pessoas. Apresenta-nos as possíveis limitações do emissor ou receptor relacionadas a qualquer dos elementos do aparelho fonador, à capacidade de escrutínio, à memória e à tomada de decisões. Essas limitações podem relacionar-se principalmente à deficiência orgânica da memória, da atenção ou do raciocínio. Também nos apresenta a *imposição do esquema de valores*. Cada ser humano traz consigo crenças e valores que devem ser respeitadas. Contudo, quando estes são discrepantes entre os interlocutores, podem constituir barreira na comunicação. O respeito mútuo requer a não imposição dos valores de um sobre os do outro, ou seja, o profissional tem direito a ter seu esquema de valores, mas não pode impô-lo ao paciente, tendo de respeitar a cultura deste último.

A falta de capacidade de concentração da atenção é outra barreira apresentada pela autora. Representa a dificuldade que algumas pessoas possuem, em grau mais ou menos intenso que outras, em centrar sua atenção, desviando-a a qualquer ruído que se apresente. Fatores como tensão ambiental, tensão subjetiva e linguajar desconhecido podem contribuir para este comportamento.

Destacamos ainda a *pressuposição da compreensão* da mensagem. Esta ocorre quando acreditamos que houve compreensão do que falamos, embora alguma palavra ou frase não tenha sido compreendida pelo receptor, decorrendo daí a barreira, pois a compreensão foi bloqueada. A validação da comunicação é um recurso que pode tornar explícita a ocorrência desta barreira. Há ainda a *ausência de linguagem comum* entre pessoas procedentes de países com costumes e língua diferentes; por último, citamos a *influência de mecanismos inconscientes*, que levam tanto o emissor como o receptor a evidenciarem comportamentos cujos motivos não conseguem explicar no plano consciente.

Complementando o processo de comunicação humana, destacamos ainda os modos não-terapêuticos de comunicação que, apesar de prejudicar a efetividade do relacionamento interpessoal, estão presentes com maior ou menor intensidade, conforme o preparo do profissional. São eles: *não saber ouvir o paciente de modo reflexivo; usar linguagem inacessível; usar argumentos nem sempre válidos (falsa tranquilização); dar conselho* ou dizer ao paciente o que ele deve fazer, impedindo-o de tomar decisões; *julgar o comportamento* do paciente e emitir opinião própria, tirando dele o direito de tomar decisões; *manter-se na defensiva*, reagindo como se estivesse sendo agredido; *induzir o paciente a respostas; pôr o paciente à prova; mudar de assunto inadequadamente* ou intercalar subitamente, na conversação do paciente, um assunto diferente do que está em foco e, finalmente, usar *comunicação unidirecional*, na qual só um fala.

Assim, a enfermagem, por interagir diretamente com o paciente, necessita estar atenta a todos estes acontecimentos e primar pelo uso adequado das técnicas de comunicação terapêutica de modo a facilitar o relacionamento interpessoal com o paciente, pois se há uma intenção por parte da enfermagem de estabelecer uma comunicação efetiva, torna-se necessário, também, estabelecer um vínculo de confiança, experimentar empatia e envolvimento com o outro (Silva, 1996; Stefanelli, 1993). Não podemos esquecer que nesses momentos muitas vezes o paciente pode estar revelando fatos íntimos de sua vida,

precisando fazer um esforço para vencer os sentimentos de medo, vergonha, desconforto; portanto, como afirma Silva (1996), o comportamento do profissional com quem ele interage contribuirá de forma crucial para o sucesso do estabelecimento do vínculo terapêutico. Travelbee (1979) diz que a enfermeira deve estabelecer uma relação de empatia com o doente, com a finalidade de proporcionar atenção de enfermagem; embora ela não possa sentir como o paciente, utiliza suas próprias experiências de medo e dor e as já compartilhadas com outras pessoas para “imaginar-se” no lugar dele.

Para Stefanelli (1993), um comportamento empático é aquele em que a enfermagem tem a percepção do mundo do paciente. É chamado também de comunicação empática, e pode ser transmitida ao paciente de forma verbal ou não-verbal. A sua ocorrência se dá quando o profissional consegue demonstrar ao paciente que compreende a maneira como ele vivencia seu mundo. Concluindo, afirma que a empatia é um componente de valor extremo para a enfermagem no estabelecimento de uma relação terapêutica, uma vez que o objetivo dela é ajudá-lo. A capacidade de empatia está intimamente ligada à capacidade de envolvimento emocional, confiança e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento entre pessoas.

Ruesch, citado por Stefanelli (1993), diz que a comunicação com efeito terapêutico deve ser estendida para todas as pessoas envolvidas em processos educacionais, de aconselhamento em geral e mesmo nos relacionamentos de amizade, e que embora não percebam, muitas pessoas usam a comunicação de modo terapêutico. Para Ruesch, o profissional da área da saúde, no entanto, tem o dever e a responsabilidade de se esforçar para tornar terapêutica a sua comunicação com o paciente e investir na preparação para isto. A necessidade deste preparo deve refletir-se em mudanças nos currículos dos cursos de enfermagem.

Rúdio (1999, p. 20) enfatiza que o profissional de saúde deve empenhar-se neste aprendizado, com a convicção de que se trata de um processo dinâmico, no qual o aperfeiçoamento se conquista pelo esforço e pela dedicação e a compreensão de que só pode ajudar o outro aquele que se encontra também em busca do seu aprimoramento. “Ninguém pode dar o que não tem”, assim como “ninguém já nasce perito em dialogar”, pois trata-se de uma habilidade que, através do aprendizado, está disponível a qualquer um que a deseje adquirir. Quando isto ocorre, o relacionamento com o paciente será bem

sucedido, fruto da habilidade de quem aprendeu a se relacionar, porque o bom relacionamento se aprende, sendo, antes de tudo, um processo no qual o profissional pode tornar-se hábil através do esforço de seu aprendizado.

Coimbra (1985) corrobora esses apontamentos ao dizer que, quando aplicamos concretamente um conhecimento, surge a oportunidade de superar a dissociação existente entre ele e a realidade que se apresenta.

A revisão de literatura permitiu-me delinear melhor minha opção pelo referencial teórico que norteará este estudo, evidenciado sob a forma de conceitos básicos e conceito central.

3 REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO

Nesse capítulo abordarei os conceitos que permearão e que darão sustentação a esse estudo. Início pelos conceitos de natureza conceituais, fazendo em seguida uma abordagem do referencial teórico, que é o fio condutor dessa pesquisa e, por último, dos pressupostos que foram construídos a partir deste referencial e adotados no desenvolvimento do trabalho.

3.1 Conceitual

Os conceitos básicos que dão sustentação a esse trabalho são os de: **Ser Humano, Ambiente, Saúde e Doença, Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica, Comunicação Humana, Comunicação Terapêutica, Comunicação Não-verbal, Comunicação Não-Terapêutica, Educação e Pedagogia da Problematização**, tendo como base os constructos elaborados a partir dos trabalhos desenvolvidos por Stefanelli (1993), Bordenave (1986) e Travelbee (1979).

Antes de descrever o conceito central: comunicação terapêutica de Stefanelli (1993), abordarei os demais conceitos em que esse trabalho está alicerçado.

A opção pela utilização das idéias de Stefanelli (1993) deve-se ao fato de sua obra vir preencher o vazio de referencial bibliográfico desse teor que se destine à categoria de enfermagem no Brasil. A autora é professora de Enfermagem Psiquiátrica e Comunicação em Enfermagem, em nível de Graduação e Pós-Graduação e tem-se dedicado continuamente, nas últimas décadas, ao estudo dessa área do saber. Suas concepções trazem como pano de fundo os constructos de Sullivan, Ruesch, Peplau, Frankl, Travelbee e alguns pressupostos do interacionismo simbólico. Cabe enfatizar que apesar da autora ter se dedicado à área da Enfermagem Psiquiátrica, os conteúdos de

comunicação terapêutica por ela desenvolvidos não se destinam exclusivamente a esta área, mas a quaisquer outras da Enfermagem, uma vez que para ela o paciente tem de ser visto na sua integralidade e como um ser que não existe sem se comunicar.

As teorias de Enfermagem normalmente abordam a comunicação de modo geral; enfatizam sua importância mas não operacionalizam o uso da comunicação terapêutica. Já Stefanelli (1993) a sistematiza com um enfoque para a enfermagem, muito embora amplie sua utilização aos demais profissionais de saúde. Afirma que todos que trabalham com seres humanos devem possuir conhecimento sobre comunicação humana e comunicação terapêutica.

⇒ **Ser Humano** é entendido como um ser digno, capaz de encontrar soluções para seus problemas, de ser útil a seus semelhantes e de contribuir com o meio em que vive da mesma maneira como é capaz de aceitar a contribuição de que necessita para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, aprendendo a mover-se da dependência para independência e interdependência saudável. Também é considerado na sua integralidade, interagindo com o meio, envolvendo suas dimensões físicas, psíquicas, culturais, espirituais, sociais e intelectuais, que estão constantemente imbricadas dentro de um campo interacional e sob a influência deste (Stefanelli, 1993).

⇒ **Ambiente** é o contexto onde se dá todo o processo de interação do ser humano. Nele estão envolvidas as dimensões das relações sociais, culturais, psicológicas e biológicas, entre outras inerentes ao existir do ser humano; este por sua vez influencia o meio ao mesmo tempo que é por ele influenciado, num processo constante e dinâmico (Stefanelli, 1993).

⇒ **Saúde e Doença** é o processo de vida experienciado pelo ser humano quando tem seu bem-estar afetado, necessitando encontrar mecanismos para enfrentar a situação vivenciada para manutenção do equilíbrio entre os dois pólos (Stefanelli, 1993).

Segundo Stefanelli (1993), a pessoa passa durante este processo por um aprendizado que lhe confere conhecimentos mais amplos, ajudando-o a encontrar um sentido não só na experiência atual, como afirma Travelbee (1979), mas também para sua vida. É isso que lhe dá forças para lutar.

⇒ **Enfermagem** é o processo comunicativo de cuidar com compreensão do mundo do outro, com vistas a oferecer àquele que recebe o cuidado uma assistência individualizada, respeitando suas crenças, valores e cultura, limitações e potenciais. Essa assistência deve acontecer de maneira que lhe permita encontrar um suporte para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e prevenção da doença, de forma que o paciente possa mover-se da dependência para a independência e interdependência saudável, saindo da situação de doença vivenciada mais fortalecido (Stefanelli, 1993).

⇒ **Enfermagem Psiquiátrica** é um processo interpessoal mediante o qual a enfermagem atua ajudando uma pessoa, família ou comunidade a promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se for necessário, contribui descobrindo um sentido para estas experiências (Travelbee, 1979).

Para Travelbee (1979), a Enfermagem Psiquiátrica constitui um processo interpessoal, já que sempre se ocupa de pessoas, seja no âmbito individual, familiar ou grupal, sendo também um processo terapêutico. A autora explicita que uma das funções da enfermagem psiquiátrica é promover a saúde do indivíduo e de sua família, ajudando-os a lidar com as tensões impostas pela doença, assim como colaborar no desenvolvimento de percepções de possibilidades que possam ser inseridas em atividades que colaborem na sua recuperação.

⇒ **Comunicação Humana** é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas de forma verbal e não-verbal, sendo que estas mensagens e a forma como sua troca acontece influem no comportamento das

peças envolvidas no processo, tanto no momento em que ele está ocorrendo como posteriormente, levando-as a rever suas crenças, comportamentos, valores (Stefanelli, 1993).

Para Stefanelli (1993), a comunicação não acontece num vazio, e tal como o processo vital, é um processo dinâmico e sempre envolve uma ou mais pessoas e o ambiente onde ocorre. Só pode, assim, ser estudada em seu contexto, pois este pode ter influência na relação que ocorre entre o pessoal de enfermagem e o paciente. No ambiente ou contexto são incluídas pessoas que interagem, tempo e espaço vivido, local, mobiliário, iluminação, aeração, temperatura, ruídos entre outros. À medida que a comunicação é estabelecida, os papéis de emissor e receptor vão se alternando continuamente, ou seja, num processo de comunicação ambos desempenham duplo papel; e é essa circularidade que assegura seu dinamismo.

⇒ **Comunicação Não-verbal** é a comunicação que se dá por intermédio de todas as formas de manifestação de comportamento, excetuando-se a expressa pelas palavras (Stefanelli, 1993).

⇒ **Comunicação Não-terapêutica** são os modos de comunicação que adotamos no dia-a-dia, tanto social quanto profissionalmente, que dificultam ou impedem o estabelecimento de uma comunicação terapêutica (Stefanelli, 1993).

⇒ **Educação** é o processo pelo qual o educador atua como facilitador da aprendizagem e de mudanças comportamentais, de forma a levar o aluno a aumentar sua capacidade para atuar como agente participante da transformação social (Bordenave, 1986).

Bordenave (1986), em sua obra cujo enfoque é a preparação da pessoa para o trabalho, preocupa-se com a formação ampla de um indivíduo criativo, com iniciativa, consciente da realidade em que está inserido, e capaz de ser um agente transformador da mesma. Enfatiza o tempo todo o aprendizado pela descoberta e, portanto, o crescimento global da pessoa. Discorda de métodos que não levam à reflexão, com simples

transferência de conhecimento. No entanto, não sendo radical, considera que deve haver flexibilidade na escolha da modalidade do ensino-aprendizagem em função dos objetivos que se tem por meta.

⇒ **Pedagogia da Problematização** é aquela que mobiliza os participantes a se envolverem num processo de aprendizado a partir de sua realidade vivida, desenvolvendo um espírito crítico para perceber ou reconhecer os problemas que de fato são relevantes (Bordenave, 1986).

A Pedagogia da Problematização segundo Bordenave (1986) tem como premissa que, em um mundo que se encontra em francas e rápidas mudanças, há que se tentar levar o aluno a aumentar a sua capacidade de participação e de ser um agente de transformação social, detectando problemas reais e buscando soluções originais e criativas. Se por um lado é esse o comportamento que o mundo do trabalho atual espera de todos os profissionais, o que dizer então dos que atuam na área da saúde, como o profissional de enfermagem, que tem como seu principal objeto de trabalho o ser humano que interage constantemente com o meio e que, ao interagir, sofre constantes variações nas respostas em função das experiências já vividas? Como afirma Stefanelli (1993), o profissional necessita desenvolver habilidades para apreender o significado dessas interações e estabelecer seu plano de assistência sem, contudo, utilizar receita, regra única ou um manual de ações necessitando, em grande parte do seu trabalho diário, ser crítico, criativo e simples, respeitando as peculiaridades de cada paciente.

3.2 Teórico

Esse trabalho tem como eixo norteador o conhecimento sobre comunicação terapêutica produzido por Stefanelli (1993), o que acredito já ter ficado explícito na revisão de literatura apresentada. A seguir, apresento os pontos-chaves do referencial para esse estudo.

⇒ **Comunicação Terapêutica** é a habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação, estabelecendo uma relação efetiva e consciente com o paciente, de modo a ajudá-lo a enfrentar tensão temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização (Stefanelli, 1993).

Para Stefanelli (1993), comunicação terapêutica é a utilização da competência interpessoal, permitindo atender às necessidades do paciente em todas as suas dimensões, levando em consideração a sua cultura, o ambiente e o seu “ser”.

As técnicas de comunicação terapêutica, segundo Stefanelli (1993), são classificadas didaticamente em três grupos: **expressão**, **clarificação** e **validação**.

As estratégias que compõem o primeiro grupo (**expressão**) são aquelas que têm o objetivo de ajudar o outro a demonstrar ou exteriorizar idéias e sentimentos, assim como descrever fatos experienciados.

- **Usar terapeuticamente o silêncio.** É o uso do silêncio para intervir terapeuticamente e interromper o silêncio do paciente com intervalos de tempo de forma a estimulá-lo a expressar-se. A tolerância ao silêncio é diferente de pessoa para pessoa, mas pode ser adquirida.
- **Ouvir reflexivamente.** Ouvir é comunicação e o seu propósito, além de compreender o outro é também ser compreendido. O ponto chave do atendimento efetivo ao paciente é saber ouvir reflexivamente. Diz respeito a ouvir atentamente e tentar entender o significado que a mensagem possui para o paciente, sem emitir julgamento sobre o que ele diz. Ouvir é um processo ativo, pois requer muita energia e esforço de concentração de atenção para que a mensagem expressa pelo paciente seja realmente entendida e valorizada.
- **Verbalizar aceitação.** Ajuda o paciente a sentir-se livre para falar e aceito como pessoa.
- **Verbalizar interesse.** É uma das formas mais simples de mostrar respeito pelo outro como pessoa. É demonstrar percepção do paciente, do que ele faz, chamá-lo pelo nome, entre outras.

- **Usar frases incompletas.** Consiste em repetir a informação dada ou parte desta com inflexão de voz que denote um convite ao paciente a continuar a falar (frases reticentes).
- **Repetir comentários feitos pelo paciente.** Tem a finalidade de fazer com que o paciente perceba que estamos atentos ao que ele expressa e se sinta estimulado a continuar falando sobre o assunto que interrompera. Equivale a um eco para que o paciente ouça o que diz e pense a respeito.
- **Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente.** Ajuda o paciente a dar continuidade ao assunto ou relato de experiência que interrompeu de repente.
- **Fazer pergunta.** Permite estimular o paciente a dar continuidade ao assunto e esclarecer suas idéias.
- **Fazer pergunta relativa aos dados comunicados.** Perguntas podem ser utilizadas com a finalidade de levar o paciente a melhorar sua comunicação verbal e a avaliar suas reais condições no momento.
- **Devolver a pergunta feita.** Transmite ao paciente a idéia de que o ponto de vista dele é o mais importante e o encoraja a explorar e aceitar suas próprias idéias e sentimentos.
- **Usar frases descritivas.** São úteis para explicar ao paciente rotinas do serviço, procedimentos de enfermagem, fatos ocorridos, fornecer orientações. Não se trata de dar conselhos.
- **Manter o paciente no mesmo assunto.** Associando outras técnicas, como perguntas, frases em aberto, repetição de comentários, o profissional de enfermagem deve esforçar-se por manter o paciente em um diálogo coerente, quando este têm dificuldade de concentrar-se em um único assunto.
- **Permitir ao paciente que escolha o assunto.** Ajuda a estimular o paciente a participar como elemento ativo na interação, desenvolvendo o senso de responsabilidade dele em relação a seu plano terapêutico.

- **Colocar em foco a idéia principal.** Tem a finalidade de auxiliar o paciente a manter o fluxo da comunicação dirigido para um objetivo. Permite aprofundar assuntos de real interesse para ele, assim como descrever suas experiências.
- **Verbalizar dúvidas.** Tem a finalidade de ajudar o paciente a perceber que sua descrição da experiência não está correta e a tentar reorganizar seus pensamentos e sentimentos. Oferece oportunidade para o paciente fazer a correção da informação dada sem contudo ser posto à prova.
- **Dizer não.** O “não” dito com propriedade ajuda o paciente a aceitar as rotinas do local onde se encontra e a conhecer os limites dentro dos quais é livre para agir, sendo tão valioso para o seu desenvolvimento e maturidade quanto o “sim”.
- **Estimular a expressão de sentimentos subjacentes.** Consiste em ajudar o paciente a expressar os sentimentos perturbadores não expressos anteriormente, ou seja, tornar explícito o conteúdo das frases ditas por ele.
- **Uso terapêutico do humor.** Pode ser associado a quaisquer técnicas descritas anteriormente. Este recurso pode ajudar a aliviar medo, ansiedade, raiva, estresse.

O segundo grupo – **clarificação** – contém as técnicas que têm por objetivo ajudar o profissional a tornar claro, entender o que o paciente quer expressar, ou seja, tornar mais explícita a mensagem emitida pelo paciente.

- **Estimular comparações.** Ajuda o paciente a perceber semelhanças e diferenças entre as experiências por ele vivenciadas.
- **Solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns.** Torna-se necessário quando o paciente usa termos que são comuns no seu linguajar, porém desconhecidos para o profissional de enfermagem, que dão margem a diferentes interpretações ou, ainda, quando usa termos estranhos como consequência de sua doença. A solicitação de esclarecimento ajuda o paciente a reformular seus pensamentos, esclarecer dúvidas e sentir-se respeitado.

- **Solicitar que precise o agente da ação.** É empregado quando o paciente usa termos genéricos e indefinidos. Um dos objetivos é levar o paciente a desenvolver o sentido de identidade própria e a falar por ele e não pelos outros e dos outros, em detrimento de falar de si.
- **Descrever eventos em seqüência lógica.** Permite ao paciente corrigir falhas nas informações dadas anteriormente, que muitas vezes sofreram distorções de tempo e espaço causadas pela ansiedade da internação ou doença, isolamento e outros fatores.

No terceiro grupo – **validação** – são introduzidas as técnicas que permitem verificar a existência de significação comum da mensagem expressa, ou seja, permitem ao profissional constatar que a mensagem expressa pelo paciente foi corretamente entendida.

- **Repetir a mensagem do paciente.** Permite ao profissional validar, por meio da observação e discussão, se sua compreensão da mensagem recebida tem a mesma significação para o paciente naquele momento.
- **Pedir ao paciente para repetir o que foi dito.** Oportuniza a ele reconsiderar o conteúdo da mensagem e fazer correções, se necessário.
- **Sumarizar o que foi dito na interação.** Ao ouvir a síntese do que foi tratado em cada período, o paciente tem a oportunidade de concentrar sua atenção nos principais tópicos, sendo esta técnica útil ainda para validar toda a interação e também fazer correções da informação, se necessário.

Para Stefanelli (1993), o que torna a comunicação humana terapêutica é o uso consciente que se faz deste conhecimento na relação com o outro.

No meu trabalho diário com alunos cuidando de pacientes doentes mentais, em geral crônicos, percebo muitas vezes um cuidar ou assistir despersonalizado, desumano. Para mim, por mais crônico que seja considerado o paciente ele é, antes de tudo, um ser humano que merece uma assistência digna e humanizada. Imbuída desta crença, apresento a seguir os pressupostos adotados para esse estudo, os quais foram construídos a partir do

trabalho de Stefanelli (1993) porque coadunam com meu modo de ser pessoal e profissional.

3.3 Pressupostos

⇒ *O ser humano não pode existir sem se comunicar e enquanto atribui significado às coisas ou o altera em função da comunicação que estabelece com seus semelhantes, alcança seus objetivos vitais.*

⇒ *É por meio da comunicação vivenciada pelos membros da equipe de enfermagem e paciente, ao interagirem, que se torna possível ao profissional de enfermagem estabelecer as metas e os objetivos pretendidos pelo paciente, pelo profissional ou por ambos, para levar aquele a sentir-se na condição de ser humano.*

⇒ *A comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal, dependendo da situação.*

⇒ *O ser humano interage com o meio compartilhando seu potencial como contribuinte e como receptor com vistas a obter promoção, manutenção e recuperação da sua saúde física e mental e de seus semelhantes.*

⇒ *As técnicas de comunicação terapêutica são instrumentos que ajudam e possibilitam a relação adequada com o outro como pessoa.*

⇒ *O aluno do curso Técnico em Enfermagem tem potencial para desenvolver a competência interpessoal por meio do aprendizado e uso adequado da comunicação terapêutica.*

4 MÉTODO

Essa é uma pesquisa prática apresentada de forma descritiva. Tomando por base os pressupostos adotados a partir dos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e doença, enfermagem, enfermagem psiquiátrica, comunicação humana, comunicação terapêutica, comunicação não-verbal, comunicação não-terapêutica, educação e pedagogia da problematização, construí a trajetória desse trabalho para implementá-la na minha prática profissional como docente.

Trentini e Paim (1999) afirmam que a pesquisa prática, denominada por elas pesquisa de campo convergente-assistencial para a enfermagem, é aquela que mantém durante todo o seu curso uma estreita relação com a situação social, que tem a aspiração de solucionar problemas, promover mudanças e inovações no campo da prática social; este tipo de pesquisa visa à melhora do contexto social pesquisado. A pesquisa convergente-assistencial articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os resultados são direcionados para a prática e os pesquisadores formulam os temas de pesquisa a partir das necessidades sentidas e vivenciadas no contexto da prática profissional. As autoras afirmam que esse tipo de pesquisa propõe reflexão da prática assistencial a partir de fenômenos experienciados no contexto dela, o que a caracteriza como trabalho de investigação.

Para Trentini e Paim (1999, p. 39), o profissional de enfermagem encontra na pesquisa convergente-assistencial um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer, ou seja, articula a teoria e a prática. Elas afirmam que, uma vez que a pesquisa convergente-assistencial une o pensar e o fazer e, dessa forma, conduz ao “saber fazer”, constitui um método apropriado para pesquisar a prática de enfermagem. Esta modalidade de pesquisa sempre envolve a participação ativa dos sujeitos no espaço da pesquisa, imprimindo uma conotação democrática ao processo. As autoras afirmam: *“a forma de construir um projeto para uma pesquisa convergente-assistencial segue os padrões gerais de investigação científica, que*

apresentam o projeto como descrição detalhada de uma idéia, incluindo as fases de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação”.

Na primeira fase – **concepção** – incluem-se tema, questão guia ou questão de pesquisa, argumentação ou justificativa, objetivos, revisão de literatura e marco teórico ou conceitual. Num “ir e vir” em reflexões sobre a experiência prática a respeito do tema escolhido e seu propósito, fazendo a junção de todos os elementos desta fase de maneira a formar um “todo”, dá-se o problema de pesquisa (Trentini e Paim, 1999). Na segunda fase – **instrumentação** – acontecem as decisões metodológicas, que incluem: escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, das técnicas para a obtenção dos dados e análise das informações. Na terceira fase – **perscrutação** – deve-se ponderar sobre quais estratégias propiciarão obtenção da informações necessárias, as quais em sua dinâmica garantirão o movimento do processo. Elas normalmente emergem da criatividade dos pesquisadores, incluindo o respeito e a compatibilidade de recursos. A quarta fase é a **análise**, que no caso de pesquisa qualitativa consta do processo de apreensão, diz respeito à organização das informações, a qual pode se dar de diversas formas. No caso da pesquisa convergente-assistencial, Trentini e Paim (1999) acrescentam notas de cuidado (ações de cuidado/assistência desenvolvidas durante o processo de pesquisa, as quais envolvem pesquisador e informante) e notas do diário (relato do que sucede diariamente em relação à pesquisa, como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações; enfim, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador. Na última fase, **interpretação**, no caso da pesquisa convergente-assistencial, incluem-se três processos: síntese, teorização e transferência. A síntese é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações. Se o pesquisador chegar a desenvolver material ilustrativo para sua compreensão, certamente terá conseguido sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho. A teorização consiste em elevar as informações obtidas a alto nível de abstração. A transferência de resultados consiste em dar significação a determinados achados, contextualizando-os em situações similares e socializando resultados singulares.

Além dos fatores acima descritos e dos aspectos éticos, Trentini e Paim (1999, p. 110) incluem o **rigor** metodológico como fator imprescindível a ser considerado, assegurando fidelidade aos princípios da pesquisa que está sendo realizada. Este está intimamente relacionado à produção de conhecimento científico. No caso da pesquisa convergente-assistencial, que mantém uma estreita relação com a prática assistencial de

enfermagem, por natureza social, valoriza a intersubjetividade, pois enfatiza a participação dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa, assim como a condição do pesquisador como sujeito. Aliados a esses fatores, consideram ainda o componente estético, traduzido na enfermagem pela concepção de que cada experiência estética envolve criação e apreciação de uma expressão singular, única, subjetiva, imaginadas em realidades equivalentes. Por ser expressão, a estética é essencialmente subjetiva; assim, “não existe uma única realidade, mas uma única realidade para cada experiência subjetiva”. A pesquisa convergente-assistencial também é sustentada na premissa de que a realidade é múltipla e pode ser construída.

Para a apresentação da trajetória metodológica desse estudo, iniciei pela apresentação do método; na seqüência, apresento os aspectos éticos, a descrição do local onde aconteceu a coleta de dados analisados nesse estudo, a descrição dos participantes, agentes ativos da minha prática profissional. Posteriormente, sigo apresentando a coleta dos dados, os procedimentos que se constituíram na trajetória propriamente dita e a apresentação dos resultados atingidos. Nessas etapas e nas descritas anteriormente, desde a introdução do trabalho, acredito transparecerem os fatores a serem considerados para a veracidade do rigor da pesquisa apresentados segundo Trentini e Paim (1999).

4.1 Aspectos Éticos

Foi facultada aos alunos a participação no trabalho de pesquisa prática, após fornecer-lhes as informações a respeito de toda trajetória e objetivos do estudo. Sentindo-se devidamente esclarecidos sobre os ganhos subjetivos e não financeiros e a não imputação de quaisquer ônus, inclusive de avaliação no tocante à notas e ao processo de avaliação oriundos de sua participação, cada aluno recebeu e assinou livremente o termo de compromisso (ANEXO I), conforme a Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

Achei por bem solicitar à Direção do Hospital a permissão para a descrição dos dados de identificação da instituição campo de estágio, a qual prontamente assinou o termo

de consentimento (ANEXO II), de acordo com a resolução 196/96 (Brasil, 1996) para que pudesse identificar o local do estudo no seu relato.

Pelo fato desse trabalho ter-se desenvolvido durante uma disciplina, e o primeiro momento da pesquisa ter ocorrido nas dependências da escola envolvendo alunos, solicitei à diretora, por intermédio do termo de consentimento (ANEXO III), baseada na Resolução 196/96 (Brasil, 1996), permissão para fazer menção ao nome da escola.

Cabe ressaltar que os alunos também foram avisados de que os registros sobre comunicação feitos por eles no diário individual das interações com os pacientes (ANEXO IV) fariam parte do objeto de estudo, juntamente com os relatos das interações acontecidas durante o estágio, nos momentos de esclarecimento de dúvidas entre professor e aluno, sendo-lhes garantido o anonimato.

Nesse trabalho apresento a descrição do local onde os alunos realizaram o estágio e, conseqüentemente, estabeleceram as relações interpessoais e grupais, aluno e paciente, que foram transcritas no ANEXO IV e por mim utilizadas na forma de coleta de dados para análise.

4.2 Local do Estudo

Trentini e Paim (1999), citando Spradley, afirmam que qualquer local pode consistir num espaço de pesquisa social, desde que existam pessoas engajadas em atividades. Para elas, local de estudo pode ser definido como o lugar onde acontecem relações sociais ligadas ao propósito do estudo. Assim, a pesquisa convergente-assistencial, por si só, representa um espaço social, uma vez que há a presença de pessoas envolvidas em atividades de saúde, como a equipe de profissionais, paciente, família, professores, alunos e outros.

Estes argumentos foram os que sustentaram a minha opção por desenvolver esse estudo no local onde há seis anos realizo o estágio da disciplina de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Trata-se do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, localizado na Cidade de Curitiba. O hospital apresenta 260 leitos destinados a pacientes conveniados com o Sistema Único de Saúde-SUS, particulares e outros convênios. Atende a pessoas da faixa etária de 18 anos ou mais e de ambos os sexos. Os leitos são distribuídos em sete unidades de internação, duas femininas do sistema SUS e uma particular, uma unidade masculina do sistema SUS e uma particular, uma unidade mista particular para tratamento de pacientes com dependência química e uma unidade mista particular para tratamento de pacientes geriátricos. Conta com enfermarias de 02 a 08 leitos.

A filosofia do hospital tem uma proposta de tratamento humanizado, valorizando o potencial de cada paciente para ajudar no seu próprio tratamento, recuperação e retorno à vida social. Já há alguns anos vêm sendo implementados serviços com o intuito de fornecer uma assistência integral ao doente mental. Atualmente, o hospital conta com atendimento ambulatorial, Hospital Dia (HD) e Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS), de forma que o paciente permaneça o menor tempo possível internado, dando continuidade ao tratamento enquanto vai, de acordo com a sua condição, retornando gradativamente às atividades do cotidiano.

A modalidade de Hospital Dia consiste na permanência do paciente na instituição apenas durante o dia, com retorno ao seu lar à noite. Assim, o paciente participa de todo o processo de tratamento, pois riscos de agressão, suicídio, confusão mental, que possivelmente estavam presentes no início do tratamento, nesta fase encontram-se diminuídos, ou seja, ele se encontra fora da fase aguda do transtorno permitindo-lhe praticar um certo grau de decisão e autonomia.

Na modalidade de Núcleo de Assistência Psicossocial, a permanência do paciente pode se dar num período de quatro a oito horas. Nesta fase o paciente já poderá estar reassumindo o seu trabalho, estudo ou outras ocupações, enquanto participa diariamente de um plano terapêutico. Tanto o HD quanto o NAPS oferecem cuidados intermediários entre o atendimento em ambulatório e a internação hospitalar. Ambos funcionam normalmente de segunda a sexta-feira.

Aos pacientes oriundos de outra cidade, que não dispõem de alternativas de acomodação e não têm alguém que possa acompanhá-los na transição do internamento para

a continuidade do tratamento em Hospital Dia ou NAPS, resta-lhes apenas a condição de internamento até a alta e retorno ao seu local de origem.

Além dos serviços já citados, são oportunizadas aos pacientes outras propostas que compõem o tratamento, tais como: atividades de artesanato, coral, passeio ao bosque, participação em palestras de assuntos espirituais e qualidade de vida proferidas por voluntários, baile externo com participação dos pacientes de outras unidades, jogos esportivos como futebol e vôlei.

Para o desenvolvimento dos trabalhos, o hospital conta, em cada unidade de internação, com equipes interdisciplinares compostas de profissionais médicos psiquiatras e clínico geral, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e professor de educação física.

O hospital é constituído por unidades com no máximo sessenta pacientes, as quais possuem organização própria, porém seguindo algumas normas e rotinas que são gerais para o hospital. Dentre estas, destacamos o critério para a internação, que é a exigência de um acompanhante familiar, amigo ou outro durante todo o processo de tratamento do paciente. Este critério possibilita que o paciente não permaneça no hospital sem informações e contato com os que lhe são mais próximos.

A dinâmica de tratamento do hospital inclui a saída dos pacientes em licença nos finais de semana junto a seus familiares, tão logo haja remissão dos sintomas agudos. Normalmente isto acontece entre a segunda e terceira semana de internação. Esta licença dá ao paciente e família a possibilidade de um ensaio ao retorno das atividades cotidianas e convívio social, uma prévia avaliação do desempenho no tratamento, um grau de autonomia em decisões, entre outros aspectos. Inclui também o atendimento familiar individual e em grupo, nos quais podem ser discutidos aspectos da doença, tratamento, medo, angústia e insegurança, que envolvem tanto o paciente como a família e afeta a convivência entre ambos.

Durante o atendimento familiar individual, a família tem a oportunidade de entrar nas dependências da unidade de internação, conhecer o ambiente onde o paciente está internado e tomar conhecimento da qualidade da assistência que o mesmo está recebendo. Além de contatos com parentes, ainda são previstos mais dois períodos semanais para

visitas, que serão autorizadas ao serviço social e à recepção do hospital pelo paciente e família, dando a ele a condição de decidir por quem deseja ser visitado.

Em cada comparecimento do familiar ao hospital, é solicitado-lhe que traga roupas limpas, algum alimento que o paciente deseje consumir (além dos fornecidos pelo hospital), assim como levar as roupas sujas do paciente para serem lavadas. Permitir ao paciente que use suas próprias roupas e outros pertences ajuda-o a conservar sua identidade.

Aos pacientes que moram em outras cidades, para quem as visitas são mais espaçadas, existe em cada unidade uma área com tanques e varais para que lavem suas roupas, quando já se encontram em condições de assim fazê-lo; caso contrário, todo atendimento é prestado pelo hospital, inclusive roupas são fornecidas ao que necessitam.

Esta constitui uma breve descrição de alguns pontos da dinâmica de tratamento da instituição campo de estágio e local desse estudo. Normalmente utilizo as unidades de internação que o hospital disponibiliza conforme a presença de outras instituições de ensino. Para esse trabalho, utilizei quatro unidades de internação, sendo duas para pacientes do sexo feminino e uma para o sexo masculino, as quais comportam em média 55 pacientes, e uma mista, para pacientes geriátricos, com vinte leitos.

Aos alunos de enfermagem, quando em estágio, é permitida a participação ativa em todas as atividades junto aos pacientes, incluindo ainda a participação nos grupos terapêuticos, assembléias internas das unidades, reuniões de equipe, treinamento nas técnicas empregadas no manejo e contenção da agressividade, como o grupo de oito e contenção no leito, bem como reunião de estudo do Centro de Estudos do Hospital. O campo é aberto para estágios de outras áreas profissionais.

A descrição dos dados acima foi autorizada mediante o termo de consentimento (ANEXO II), de acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

4.3 Participantes

Segundo Trentini e Paim (1999), a pesquisa convergente-assistencial valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. Nesse caso, a amostra constitui-se dos sujeitos envolvidos no problema, que poderão contribuir com dados que abranjam ao máximo as dimensões do problema em estudo. Assim, os participantes são parte integrante do estudo e sua participação, ativa.

Alicerçada nestas premissas, para o desenvolvimento desse trabalho convidei os alunos matriculados no último período do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná para participarem do estudo. O convite foi apresentado durante uma das aulas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, quando os alunos receberam orientações relativas à trajetória do trabalho e esclarecimentos acerca do caráter voluntário de sua participação, sendo possível a desistência caso julgassem necessária em qualquer momento, sem que isso lhes causasse quaisquer danos ao desenvolvimento e avaliação do estágio. Foi devidamente esclarecido que a participação ou não na pesquisa não tinha vínculo com a avaliação do aluno.

Do total de alunos matriculados, dez participaram desse estudo, após assinarem o termo de consentimento (ANEXO I), de acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

4.4 Coleta de Dados

Segundo Trentini e Paim (1999), na pesquisa prática as informações podem ser registradas de várias formas, incluindo o diário do pesquisador, em que registramos as nossas observações e percepções sobre outras pessoas ou contextos sociais, ou seja, todas as informações que obtemos na utilização de procedimentos profissionais. Para Cruz Neto (1996) o diário do pesquisador se constitui um instrumento cujo uso sistemático se estende desde o início de contato com o campo até a fase final da investigação.

Para a coleta de dados desse trabalho, optei pelo uso do diário, no qual fiz minhas notas de observação de campo: teóricas e metodológicas, entre outras. Furneci também aos alunos um diário (ANEXO IV), para que eles registrassem uma ou mais interações efetivadas com o paciente a cada dia. Tal instrumento apresenta duas colunas, sendo a primeira para registrar a comunicação do paciente e a segunda a do aluno, em forma de diálogo e na seqüência em que ocorreu.

Fez parte dos dados a avaliação final do estágio, quando solicitei ao grupo de alunos a avaliação da utilização da comunicação terapêutica.

4.5 Descrição do Processo

Esse trabalho foi desenvolvido com os alunos no período de março a setembro de 1999. A trajetória teve dois momentos singulares; o primeiro, em sala de aula, quando foram ministrados os conteúdos teóricos o qual denominei: “o processo educativo na busca dos dados” e, o segundo, na sua aplicação prática em campo de estágio.

Para ministrar os conteúdos de comunicação e comunicação terapêutica segundo o Marco Referencial desse trabalho, nos valem da Pedagogia da Problematização segundo Bordenave (1986), conceito já descrito em referencial.

Os alunos desenvolveram o estágio após terem sido orientados e participarem da discussão dos conteúdos relativos à comunicação humana e comunicação terapêutica, fundamentados no referencial já apresentado, num total de dez horas-aula. Os conteúdos de comunicação têm sido desenvolvidos no ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, porém não de forma sistematizada ou utilizando um referencial já validado para a Enfermagem.

O segundo momento da pesquisa aconteceu no período de estágio, quando os alunos fizeram registros das interações ocorridas entre aluno e paciente nos diários (ANEXO IV). Naquele momento de aplicação prática os alunos ficaram livres para interagir com os pacientes que desejassem; para o registro, porém, foram orientados que não escolhessem interações com pacientes portadores de transtornos mentais que

dificultassem o curso da comunicação. Essas orientações decorreram do fato de ser o tempo disponível para o desenvolvimento de estágio insuficiente para um trabalho com aqueles pacientes que, em geral, levam mais tempo para experimentar a remissão dos sintomas e manter relação interpessoal com pessoa sem experiência.

Os alunos desenvolveram uso da comunicação terapêutica com pacientes do sexo masculino e feminino; o sexo, entretanto, não foi considerado fator de estudo, não tendo sido percebida influência deste fator nas interações registradas.

A relação interpessoal desenvolvida ocorreu após vários estímulos para despertar o aluno para a importância da comunicação terapêutica no seu dia-a-dia como futuro profissional. Esses momentos serão descritos a seguir.

4.5.1 Primeiro Momento: O Processo Educativo na Busca dos Dados

O primeiro momento da trajetória desse trabalho, o teórico-prático o qual se constituiu num processo educativo sustentado na pedagogia da problematização foi dividido em cinco etapas. Este momento segundo Trentini e Paim (1999) se caracteriza em viabilização de estratégias que conduzam a obtenção de informações, após a eleição do método escolhido. Para as autoras, a dinâmica do processo será movida por tais estratégias, as quais nascem da criatividade do pesquisador.

Os conteúdos foram ministrados num total de dez horas-aula. Em cada etapa utilizei uma estratégia e para melhor compreensão da seqüência do primeiro momento, senti necessidade de relatar a síntese das discussões dos alunos emergidas durante o processo pedagógico.

A seguir, passo a descrever as estratégias utilizadas como estímulo para fazer aflorar as situações de vida como suporte às discussões sobre o tema, as quais contribuíram para estimular a criatividade dos alunos e ajudaram na problematização dos assuntos que emergiram.

A apresentação da primeira à quinta etapa será seguida das sínteses construídas pelos membros dos grupos a respeito de cada uma delas, pois as estratégias descritas foram

utilizadas para despertar o aluno para a importância do aprendizado sobre comunicação humana e, principalmente, comunicação terapêutica, ou seja, do desenvolvimento da sua competência interpessoal e utilização deste conhecimento, incorporando e utilizando-o de forma consciente.

Primeira etapa

Iniciei expondo aos alunos os conteúdos e os objetivos do trabalho. Esta etapa teve por objetivo levar os alunos a problematizarem o conceito e as formas de comunicação, estimulando-os a correlacionarem seu conhecimento empírico à base teórica sobre esses assuntos. Na seqüência, solicitei que livremente se dividissem em dois subgrupos, denominados A e B, para facilitar e estimular a discussão entre eles. Estando os subgrupos formados, distribuí material didático, folhas de papel tigre, pincéis atômicos coloridos e fita adesiva. Solicitei que cada grupo discutisse e elaborasse um material escrito depois de chegarem a um consenso a respeito dos temas: ***O que vocês entendem por comunicação? Quais as formas de comunicação que vocês conhecem? Destaquem as mais utilizadas pela enfermagem e exemplifiquem em que momento elas são utilizadas por vocês na assistência ao paciente.***

Para a realização dessa primeira etapa, os alunos deveriam buscar subsídios em sua vivência diária, assim como nas situações já experienciadas em estágios anteriores de outras disciplinas. Em seguida, solicitei a cada subgrupo que fizesse a apresentação do que havia construído; as discordâncias deveriam ser discutidas e da discussão advir um consenso entre o grande grupo.

Sínteses elaboradas nos subgrupos

Subgrupo "A"

- **Comunicação:** é o ato de se comunicar, através de gestos, palavras, expressões, olhares. Ligação entre pessoas.

- **Formas de comunicação:** verbal, visual e corporal.
- **As mais utilizadas na enfermagem:** passagem de plantão (escrita e verbal), observação de sinais e sintomas do paciente (visual), banho de leito (corporal).

Subgrupo “B”

- **Comunicação:** é o ato de expressar pensamentos e sentimentos através da fala, escrita, gestos. Saber ouvir e ser ouvido. É necessário que haja mais de uma pessoa envolvida.
- **Formas de comunicação:** verbal, visual, tátil, auditiva.
- **As mais utilizadas na enfermagem:** segundo os alunos desse grupo, todas são utilizadas simultaneamente; o primeiro contato se dá através do cumprimento, quando ambos, paciente e pessoal de enfermagem, apresentam-se (verbal), observam-se (visual), realizam-se as técnicas e expressam sentimentos (tátil), um ouve o outro – escuta ativa (auditiva).

Com a apresentação de cada grupo, tendo o docente como facilitador da discussão, chegou-se ao seguinte agrupamento em relação ao conceito de comunicação e formas de comunicação.

A **comunicação** é entendida como uma forma de comunicar-se que envolve mais de uma pessoa; mensagens são expressas através da fala, escrita, gestos e expressões físicas. A comunicação promove ligação entre pessoas e permite que um conheça o outro.

As **formas de comunicação** citadas por eles foram a verbal, a visual, a corporal, a tátil e a auditiva. Afirmaram que todas são muito usadas, dependendo somente da situação. A comunicação nas situações de assistência de enfermagem ocorre por meio da observação dos sinais e sintomas, do prontuário, da prescrição de enfermagem, o banho de leito, a passagem do plantão, com a equipe de

enfermagem, com outros profissionais da equipe, com a instituição, com outras instituições, com a família.

Percebendo os alunos bastante estimulados a discutir sobre o assunto, passei a apresentar os conceitos de **comunicação humana, formas de comunicação** e suas respectivas funções, **elementos da comunicação** e como eles atuam neste processo dinâmico, com base no conceito central do referencial de Stefanelli (1993). Para cada item, à medida que eu lhes apresentava a fundamentação teórica, procedia a comparação e elucidação das dúvidas relativas à atividade executada. Passamos para a etapa posterior, após considerar os assuntos suficientemente discutidos e esclarecidas as dúvidas.

Segunda etapa

Para o desenvolvimento dessa etapa, solicitei aos subgrupos já formados, A e B, que criassem a dramatização de uma interação, utilizando os conhecimentos discutidos na etapa anterior, situações vivenciadas na prática de disciplinas anteriores ou alguma situação de vida em que estiveram envolvidos. As apresentações de ambos os subgrupos foram filmadas, com o que concordaram desde o início do trabalho. Após as representações, forneci aos alunos uma lista de técnicas de comunicação terapêutica e uma de comunicação não-terapêutica. Solicitei que lessem o material fornecido e, em seguida, enquanto a filmagem era assistida pelos subgrupos, pedi que identificassem as estratégias de comunicação utilizadas, tanto terapêuticas quanto as formas não-terapêuticas, bem como as não abordadas na dramatização de seu subgrupo e na dos colegas. Passei, então, à apresentação dos apontamentos de cada subgrupo.

Houve discordâncias em alguns pontos, principalmente na primeira dramatização, cujo assunto era **uma paciente em estado grave, inconsciente, que recebera a visita de algumas pessoas, amigos e parentes. Estas pessoas conversavam entre si, o tempo todo em voz alta, ora lamentando o estado da paciente, ora introduzindo assuntos diversos a respeito do dia-a-dia delas.**

Na dramatização, os alunos identificaram alguns comportamentos dos visitantes, que teciam comentários inadequados ao mesmo tempo que mudavam de assunto, trazendo para a conversa situações tipo “mexericos de comadre”, como comunicação não-terapêutica. No momento de discussão sobre tais comportamentos, ficou evidente que os alunos não tinham claro sobre a quem caberia a responsabilidade do uso da comunicação terapêutica. O profissional de enfermagem, protagonista de uma dramatização, esclarecia os visitantes sobre a importância do silêncio e respeito pelo paciente, apesar de seu estado de inconsciência. Também informava aos visitantes que a paciente os estava ouvindo, pois a audição é o último dos sentidos humanos que se perde.

Mesmo havendo essa diferença de conduta em uma das representações, alguns alunos atribuíram a mesma responsabilidade pela qualidade da comunicação aos visitantes e à equipe de saúde em mais de uma dramatização.

Concordando com Stefanelli (1993) quando afirma não ser a comunicação terapêutica restrita aos profissionais da saúde, e que uma ação terapêutica, segundo Silva (1996), é aquela que traz benefício ao paciente tanto quando vinda de um profissional quanto de qualquer outra pessoa, esclareci aos alunos que, na qualidade de prestadores de assistência à saúde temos o dever e a responsabilidade de desenvolver habilidades que nos permitam fazer da comunicação uma ação terapêutica. Todos podem e deveriam usar ou aprender a usar a forma de comunicação adequada, porém, a responsabilidade de torná-la terapêutica é do profissional (Stefanelli, 1993).

Procuramos nessa etapa, de uma maneira lúdica, criar um espaço que propiciasse ao alunos a oportunidade de aprender a criticar e ser criticado, levando-os a melhorar o seu senso de observação e crítica, contribuindo na lapidação de suas atitudes na relação com o outro. Os objetivos foram discutir os conteúdos de **Comunicação Terapêutica**, explicitando as categorias **Expressão, Clarificação e Validação**, como consta do referencial e de **Comunicação Não-terapêutica**. Antes, porém, pedi aos alunos que dissessem de forma livre o que entendiam por expressão, clarificação e validação.

Nesse momento, rerepresentei o conceito de comunicação, estabelecendo a diferença entre esta e a comunicação terapêutica enfatizando que, segundo Stefanelli (1993), cabe ao profissional de enfermagem a responsabilidade pelo aprimoramento e uso de meios que

tornem a sua comunicação com o paciente o mais terapêutica possível, de modo a auxiliá-lo a sair do momento de doença mais fortalecido.

Terceira etapa

Nesta fase, o conteúdo discutido foi a **comunicação não-verbal**. Para tanto, assistimos o desenho animado **O Velho Moinho**, de *Walt Disney (1937)*, com duração de aproximadamente dez minutos, no qual o autor apresenta várias cenas mímicas. Ao término do desenho, solicitei aos alunos que apontassem aquelas quando os personagens demonstravam tristeza, raiva ou medo, revendo-as sempre que surgiam dúvidas. Solicitei que dissessem como perceberam e que citassem outras formas de comunicação não-verbal explicitadas nas cenas do desenho.

Para subsidiar esta discussão, passei a ministrar o conteúdo de comunicação não-verbal e alguns pressupostos de Stefanelli (1993), enfatizando principalmente um deles: “*a comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal, dependendo da situação*”. Lembrei aos alunos que na área da Enfermagem Psiquiátrica a comunicação não-verbal é usada com muita intensidade, assim como a verbal.

Os apontamentos que haviam sido feitos pelos alunos foram reforçados, uma vez que eles apontaram coerentemente com bastante facilidade diversas cenas do desenho animado em que ocorrera a comunicação não-verbal.

Quarta etapa

Para que o aluno desenvolvesse seu auto-conhecimento, que é um dos principais elementos para seu aprendizado e para a compreensão de como acontece a sua comunicação com o outro, utilizei o jogo Tangram, pois considero que o seu uso pode

reforçar a importância da comunicação na relação interpessoal, levar os participantes a fazerem introspecção para o desenvolvimento do auto-conhecimento e levá-los a entender como se dá, para cada um, o processo de comunicação com o outro, bem como identificar barreiras e ruídos que podem surgir e interferir no curso da comunicação. Com esse recurso objetivei tornar este momento de discussão mais atraente e propiciar uma maior participação através de instrumentos pedagógicos lúdicos.

A utilização do Tangram propicia, ainda, o emprego das várias estratégias de comunicação, inclusive as do grupo de validação e clarificação como descritas por Stefanelli (1993).

Este jogo de origem chinesa, criado há mais de mil anos, é composto por sete peças geométricas: um quadrado, dois triângulos menores, um triângulo médio, dois triângulos maiores e um paralelogramo, com as quais é possível criar inúmeras figuras e modalidades de jogos. O Tangram já foi utilizado por Maftum & Mazza (1998) em oficinas de prevenção ao uso de drogas e de doenças sexualmente transmissíveis, ainda que o foco tenha sido a comunicação entre pais e filhos adolescentes. O resultado obtido evidenciou sua adequação para a proposta desse trabalho, como poderá ser constatado na descrição a seguir.

O jogo de Tangram

Os alunos associaram-se em duplas, e cada uma delas recebeu um jogo de Tangram. Os alunos manusearam as peças para familiarizarem-se com as formas geométricas. O primeiro pedido foi que construíssem um quadrado utilizando todas as peças do jogo. Foi notória a expectativa que se criou em torno daquela atividade. À medida que cada dupla ia concluindo a tarefa, prontamente os alunos se levantavam e iam dar dicas às outras duplas, o que ajudou a estabelecer um clima de muita euforia e favoreceu o relacionamento interpessoal e grupal entre eles.

Para iniciar o jogo, convidei um voluntário para ir à frente da classe. Tive grande surpresa pois, mal terminara de proferir a frase, ao contrário das experiências anteriores,

vários alunos se prontificaram. Ao aluno voluntário foi dado escolher uma das várias cartelas dispostas tal como um baralho. Cada uma apresentava o desenho de uma figura possível de se formar com as peças geométricas do Tangram. Tendo o aluno escolhido a cartela, sua tarefa seria conduzir as duplas à montagem da figura da cartela escolhida. O aluno que estava no comando da atividade não poderia verbalizar a palavra “**não**”; mas utilizar quaisquer outros recursos que considerasse úteis para repassar instruções que ajudassem os colegas a executar a tarefa.

Se antes de concluir a tarefa, durante o repasse das informações o aluno que estivesse no comando pronunciasse três vezes a palavra “**não**”, ele cederia o comando para outro colega voluntário, que então passaria a ser o dirigente do processo. Essa ação foi repetida várias vezes quando a maioria dos alunos puderam experienciar a atividade de comando.

Na seqüência, passei a discutir com os alunos os objetivos da técnica já explicitados anteriormente; a partir da discussão foram colhidos depoimentos individuais.

Algumas falas que emergiram durante o jogo

Vou pegar a carta mais fácil, para eu não errar logo; Ah! Esta eu não vou errar;

O grupo fazia uma bateria de perguntas para quem estava na frente, e isso me deixava confuso;

Eu ficava muito ansiosa, queria ver o resultado logo, não tinha paciência de esperar quem estava na frente fazer as orientações, eu queria já adivinhar o que ele ia dizer;

É engraçado esse jogo, mas é difícil;

Eu falei “não”? Falei? Ih! Eu nem percebi;

Ah! Desisto! Não vou conseguir explicar isso não;

Dá um nervoso de não poder falar “não”;

Os colegas preferem dificultar pra quem está na frente, para ver ele se dar mal e pegar o seu lugar, mas esquecem que vão fazer o mesmo com eles;

Ah! Falta coleguismo, ninguém pensa em facilitar a vida dos colegas;

Nossa! Como a gente está acostumado a dizer “não”! A gente fala e nem percebe;

Fiquei muito ansiosa e com receio de aceitar, pois não conhecia todo o jogo.

Essa experiência confirmou que o jogo foi útil para que os alunos se conscientizassem de seus pontos fortes e fracos na comunicação com o outro. Igualmente demonstrou que o jogo utilizado com uma intencionalidade pedagógica, com o domínio de seu uso e com objetivos previamente estabelecidos leva a resultados eficientes no ensino-aprendizado (Maftum & Mazza, 1998), pois ocorre de forma descontraída, além de promover relação interpessoal e grupal entre os envolvidos.

Ao contrário das experiências anteriores, com o Tangram os alunos circularam entre os colegas, fizeram mímicas, desenharam no quadro de giz.

O jogo propiciou, ainda, uma discussão sobre **Barreiras na Comunicação**. Os alunos relataram que o fato de desconhecerem todas as regras do jogo gerou insegurança e medo do desconhecido. Aproveitei estes apontamentos para relacioná-los com a experiência de estágio dos alunos em ambiente desconhecido no hospital psiquiátrico, assim como eles e o ambiente são desconhecidos para o paciente. Saber que tais fatores são fontes geradoras de ansiedade torna o profissional de enfermagem consciente da necessidade de direcionar suas ações e conduta de forma mais adequada.

Outro aspecto que considerei importante foi o fato de perceber o quanto a atividade lúdica do jogo promoveu a descontração dos alunos e contribuiu melhorando a observação do processo de comunicação de cada um, tanto por meio de autocrítica como pela aceitação da crítica de colegas. Ainda nessa etapa, apresentei os **Elementos da Comunicação**, segundo o referencial de Stefanelli (1993).

Quinta etapa

Para a sedimentação dos conteúdos já discutidos, procedi nesta etapa a utilização do jogo educativo “Comunicação Enfermeira e Paciente” (ANEXO V) elaborado e validado por Stefanelli (1993). Para o uso do jogo foram seguidas as regras propostas pela autora. O jogo é constituído de trinta e cinco cartas contendo mensagens sobre comunicação humana, terapêutica, relação interpessoal, formas, planos, modos de comunicação entre outras sobre o assunto. Distribuí cinco cartas para cada subgrupo, A e B e solicitei que lessem e defendessem a idéia que havia em cada carta; caso o aluno desejasse, poderia trocar a sua carta por uma das que estavam sobre a mesa. Num clima de muita animação, todos leram, fizeram a defesa das mensagens e solicitaram uma segunda rodada, que logo foi realizada.

Para finalizar essa etapa, lancei mão de uma lista de estratégias de comunicação terapêutica e comunicação não-terapêutica intercaladas, seguindo o mesmo referencial; nela, os alunos deveriam identificar as estratégias de comunicação terapêutica e comunicação não-terapêutica nas respectivas colunas. Também foi entregue a cada aluno uma lista dos grupamentos de comunicação terapêutica e suas estratégias, como reforço, para ser consultado sempre que surgissem dúvidas durante o estágio.

Embora esse jogo tenha sido elaborado para o ensino de estudantes de enfermagem de graduação, o mesmo foi aplicado para os alunos do curso Técnico em Enfermagem pois, como afirma Stefanelli (1993), todos os profissionais que lidam com seres humanos devem adquirir conhecimento sobre comunicação terapêutica e sua utilização na prática.

4.5.2 Segundo Momento: A Prática

O segundo momento do trabalho se deu durante o desenvolvimento do estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

No primeiro dia de estágio foi apresentado aos alunos o diário, para o registro das interações (ANEXO IV) e feitas as orientações pertinentes ao seu uso. No decorrer do estágio, foi fornecido a cada aluno diariamente o respectivo diário, em que eles fizeram os registros de aspectos da comunicação que ocorria entre eles e paciente.

Para o desenvolvimento do estágio no Hospital Psiquiátrico campo de estágio, distribuí os alunos em duplas e trios em quatro das sete unidades de internação existentes, três das quais comportam em média sessenta pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde-SUS e uma mista, geriátrica, com 20 leitos para pacientes particulares e conveniados.

Tenho por praxe não fornecer prontuários aos alunos nos primeiros dias de estágio, por acreditar que a posse de informações prévias sobre o paciente pode interferir na qualidade da relação interpessoal inicial entre o aluno e ele. Travelbee (1979) discorre sobre os aspectos envolvidos na não escolha de um paciente para interação, afirmando que quando o aluno torna-se previamente ciente das informações sobre a história do paciente através do prontuário ou outra fonte, pode predispor-se ou ser induzido a interpretar certas manifestações de comportamento do paciente como confirmação das informações contidas nos prontuários, que nem sempre retratam a realidade do paciente.

Normalmente, há a impossibilidade de o aluno interagir somente com o paciente escolhido, em função da solicitação dos outros; ocorre, ainda, que a não atenção à demanda de alguns pacientes em estado que requer mais cuidados gera situações constrangedoras. Não fixamos, portanto, o número de interações que seriam efetuadas pelos alunos a cada dia de estágio. Para o registro, o aluno escolheu livremente o paciente e a ação de enfermagem, transcrevendo a comunicação entre eles no diário (ANEXO IV) durante o desempenho da ação. Desta forma, o aluno teve liberdade de escolher sobre a interação que desejava transcrever ou registrar, relatar e discutir junto aos colegas e professores ao final de cada turno de estágio.

Como habitualmente faço, destinei ao final de cada turno, igualmente a anos anteriores, um tempo de aproximadamente quarenta minutos para discussão entre o grupo de alunos e o docente para esclarecimento de dúvidas e compartilhar das vivências diárias. O processo desenvolvido pelos alunos teve minha supervisão direta. Para me sentir mais segura quanto ao uso do instrumento de registro da comunicação pelos alunos, submeti-me

ao mesmo processo, após a leitura dos conteúdos que ministrei, mesmo antes de utilizá-lo com os alunos.

Optei por realizar a trajetória desse estudo no campo de estágio rotineiro, pautada na afirmação de Stefanelli (1993) de que a comunicação só pode ser avaliada no contexto em que a mesma se dá e que cada ser humano tem intrinsecamente potencial para se comunicar, uma vez que a comunicação é a essência do ser humano e sem essa condição o homem não existe. Parti desta premissa para iniciar esse estudo com alunos utilizando o conteúdo específico sobre comunicação terapêutica.

A análise das informações registradas nos diários é apresentada de forma descritiva, buscando identificar como se deu o processo de comunicação terapêutica no relacionamento interpessoal dos alunos com o paciente no período de estágio, procurando perceber como a comunicação terapêutica permeou a relação, bem como a presença da comunicação não-terapêutica e da não-verbal e de outros elementos identificados, após a inserção dos conteúdos de comunicação terapêutica na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica de forma sistematizada e com base no referencial teórico de Stefanelli (1993).

5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados encontrados estão apresentados sob a forma de categorias descritivas à luz do referencial teórico desse trabalho seguindo os passos propostos por Trentini e Paim (1999). Estes dados foram extraídos dos registros diários dos alunos da comunicação entre eles e o paciente (ANEXO IV), do diário do pesquisador e da avaliação final de estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a constatação do uso das técnicas de comunicação terapêutica pelo aluno, considere as intervenções verbais descritas que permitissem identificá-las, segundo os grupamentos de Stefanelli (1993): **expressão**, **clarificação** e **validação**. Em quase todas as unidades de comunicação registradas, intervenção verbal e não-verbal, foi possível identificar uma ou mais estratégias de comunicação terapêutica.

A análise das informações contidas no ANEXO IV permitiu identificar que as técnicas de comunicação terapêutica foram utilizadas pelos alunos, o que corrobora os resultados apresentados por Stefanelli (1985) na sua tese de Doutorado. Este achado apóia também a afirmação da autora de que a comunicação terapêutica pode ser aprendida.

Conforme o marco referencial desse trabalho, o número de técnicas que compõem o grupamento **expressão** é maior em relação aos outros dois grupamentos, **clarificação** e **validação**. Observei um maior emprego das técnicas do grupo expressão, o que, segundo Stefanelli (1993), deve-se a o fato de no início da relação interpessoal, paciente e aluno não se conhecerem, sendo necessário estabelecer entre si um clima de confiança. Para que isto aconteça, ambos precisam se conhecer e se valem mais dessas técnicas, de domínio mais fácil pelo aluno, pois a maioria delas já faz parte do nosso repertório de interação social. Aqui, no entanto, são usadas de modo consciente. Nessa fase de análise, o uso em maior número das estratégias do grupo **expressão** observadas no primeiro estágio do processo de comunicação terapêutica, que denominei **aproximação**, é claramente evidenciado, como poderá ser constatado a seguir.

Para as pessoas com pouca experiência, como no caso de alunos cuja situação requer inclusive vencer as próprias inseguranças, essas técnicas facilitam a expressão verbal; de certa forma dão mais segurança, por não implicar tomada de decisão ou fornecimento de diretrizes para a resolução de questões levantadas pelo paciente durante a conversação, facilitando as abordagens iniciais.

As estratégias *permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse, repetir comentários feitos pelo paciente, repetir as últimas palavras ditas pelo paciente, introduzir problema relacionado, colocar em foco a idéia principal, dizer não*, foram as mais identificadas, o que poderia significar a assimilação do conteúdo ensinado. As técnicas *fazer pergunta e pergunta relativa aos dados comunicados* foram menos observadas, o que poderia indicar que esses alunos tenham aprendido a usar a pergunta com mais propósito ou a se valerem de outras técnicas dos diferentes grupamentos, corroborando a afirmação anterior .

Ilustrarei estes comentários a seguir, com recortes dos exemplos extraídos dos registros de diário (ANEXO IV).

5.1 Identificando as Estratégias de Comunicação Terapêutica Utilizadas

Estratégias do Grupo de Expressão

No exemplo a seguir, podemos observar o uso da estratégia *usar frases descritivas*. Esta técnica é bastante utilizada pelo pessoal de enfermagem, pois está presente em quase todas as ações destes, desde a admissão do paciente, quando ele é orientado sobre as rotinas da unidade, conhece a enfermaria, o leito que ocupará durante a internação e é apresentado aos demais pacientes. Enfim, esta estratégia visa explicar, orientar, elucidar e informar sobre diversos assuntos de interesse do paciente. Para facilitar a apresentação da comunicação, usei a letra **A** para representar aluno; **P** para paciente e **C** para a comunicação não-verbal e descrição pelos alunos de fatos ocorridos durante a interação.

C – A paciente se aproximou dizendo que eu iria ficar muito tempo com elas, pois agora eu estava internada de novo. Pedi que explicasse o que ela estava dizendo, aí ficou claro que ela estava me confundindo com uma paciente que havia estado internada naquela unidade há duas semanas atrás. Apresentei-me e esclareci a minha função e disse-lhe que provavelmente eu lembrava a pessoa a quem ela se referia, mas que não se tratava da mesma pessoa.

No exemplo seguinte, podemos observar o uso da estratégia *dizer “não”* *terapeuticamente*. Esta técnica é necessária quando pretendemos deixar claro para o paciente que o que ele pensa ou vê é fruto da sua doença e não o que realmente está acontecendo; também a utilizamos quando precisamos dizer-lhe que o que ele deseja não será possível naquele momento e ainda é útil para estabelecer limites para os pacientes que deles necessitam, assim como para manter a ordem dos acordos ou rotinas do tratamento, porém respeitando o paciente como pessoa.

Nos relatos dos alunos, alguns disseram ser uma estratégia às vezes difícil de usar, devido ao medo de frustrar o paciente e este se tornar agressivo. Apesar destas colocações, a incidência dessa técnica foi evidente.

Para Stefanelli (1993), dizer “não” com propriedade é tão valioso quanto dizer “sim”; porém, dependendo da situação, o “não” deverá ser dito com tato, mas com firmeza e segurança. Evitar dizer “não” quando necessário, concordando com tudo o que o paciente diz e solicita, pode levar o profissional de enfermagem a perder a confiança do paciente, prejudicando o relacionamento entre ambos.

P – ...tem um monte de gente lá fora com máquinas filmadoras. O que vamos fazer agora?

A – Tenha calma, Senhora; não estou vendo ninguém lá fora.

P – Você está me chamando de mentirosa?

A – Não, não estou chamando-a de mentirosa nem estou duvidando do que me diz, estou apenas lhe dizendo que eu não estou vendo estas pessoas a quem a Senhora se refere.

P – Mas eu tenho certeza que eles estão lá.

A – Vamos conversar um pouco mais sobre isso?

Observamos a seguir, o uso da estratégia *repetir as últimas palavras ou comentários feitos pelo paciente*. Segundo Stefanelli (1993), enquanto a enfermeira repete a informação dada ou parte desta com inflexão de voz adequada, ela praticamente faz um convite para que o paciente continue a falar. A essa técnica em geral é associado o uso de frases incompletas que são úteis para que o paciente não desvie o curso do pensamento e não perca o foco principal da comunicação. A utilização dessa técnica permite também o uso de outras que auxiliem na efetividade da comunicação, tais como manter o foco na idéia principal, repetir comentários feitos pelo paciente estimulação de sentimentos subjacentes.

No exemplo fica bem evidente que, através das intervenções da aluna, a paciente mantém um fluxo de fala coerente e elaborado e, aos poucos, vai fornecendo mais dados dos conteúdos de seus pensamentos e sentimentos.

P – ...quando sair daqui vou mudar minha vida.

A – Mudar sua vida?

P – É! Vou trabalhar em um só emprego, irei morar novamente com meus pais...

Na seqüência, a estratégia utilizada foi *permitir ao paciente que escolha o assunto da conversa*. Stefanelli (1993) afirma que quando permitimos que o paciente escolha o assunto da conversa, ao mesmo tempo oferecemos a oportunidade de ele desenvolver seu senso de responsabilidade em relação ao seu tratamento, o que também o ajuda a sentir-se como um elemento ativo na interação.

P – Quem quer conversar comigo?.

A – Se quiser podemos conversar.

P – E sobre o que vamos conversar?

A – Gostaria que o Senhor escolhesse sobre o que deseja conversar.

Estratégias do Grupo de Clarificação

A aluna fez uso da estratégia *solicitar ao paciente que esclareça a quem ele se refere*. Segundo Stefanelli (1993), o uso de termos indefinidos como “nós”, “todo mundo”, “as pessoas”, “a gente”, dificulta a compreensão exata daquilo que é expresso na comunicação. Pedir que o paciente deixe claro a quem ou a que ele se refere sem generalizar permite uma maior compreensão dos fatos narrados e ajuda-o a falar por ele mesmo e por mais ninguém. Isto colabora no desenvolvimento do sentido de sua identidade. Quando a aluna solicitou à paciente que falasse quem são as pessoas a quem ela se refere como “um monte de gente”, a paciente passou a listá-los um a um.

P – ...fiz aniversário ontem e veio um monte de gente me visitar.

A – Quem veio te visitar?.

P – Minha mãe, meu marido, minhas duas irmãs.

No exemplo a seguir, pude observar a utilização da estratégia *solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns*. A identificação da utilização desta técnica nos relatos escritos dos alunos não ocorreu somente quando o paciente verbalizou palavras desconhecidas, mas também quando o aluno solicitava que o paciente explicitasse os motivos que o levavam a pensar de tal forma, como se sentia em relação a determinada situação, o que ele queria dizer quando falava em tal assunto, que ele esclarecesse quando e de que forma aconteceram os fatos narrados.

Stefanelli (1993) afirma que o esclarecimento, por parte do paciente, de mensagens incompreendidas pela enfermeira, além de ser indispensável para a real percepção das necessidades do paciente, auxilia-o a reformular seus pensamentos e esclarecer dúvidas que possam estar persistindo no relacionamento. A elucidação dos fatos deve ser procurada pelo profissional de enfermagem a cada passo do relacionamento.

P – ...odeio vocês.

A – *Porque diz isso?*

P – *Porque vocês são uns cara de soja.*

A – *O que você quer dizer com cara de soja?*

P – *É gente que pica.*

A – *Não sei se entendi bem, o que você quer dizer: gente que pica?*

P – *É, você. Está muito magra, você é doente, você tem AIDS, vocês todas têm AIDS.*

A – *Calma, podemos conversar sobre isto se você desejar.*

Estratégias do Grupo de Validação

Com o uso da técnica *repetir a mensagem emitida pelo paciente* a aluna pode clarificar a mensagem que o mesmo havia expressado, como também ter a clareza de que havia compreendido a mensagem do paciente de forma correta.

Para Stefanelli (1993), esta técnica permite validar se a enfermeira compreendeu o conteúdo expresso pelo paciente e se a mensagem tem o mesmo significado para ambos. Peplau e Cohen, citadas por Stefanelli (1993), afirmam que a validação pode ser conseguida através da observação e discussão dos fatos expressos. No exemplo, ao mesmo tempo que a aluna repete a mensagem expressa pela paciente, esclarece-a quanto ao nome real da pessoa, apontando-lhe a realidade dos fatos, utilizando a associação de técnicas para ajudar a paciente a clarear seus pensamentos.

P - *Estagiária, venha conhecer minha filha.*

A – *A Senhora está dizendo que sua filha está aqui na unidade?*

P - *Sim, está lá no quarto do final do corredor.*

C – *Ao chegar no quarto encontrei uma paciente se vestindo.*

A – *Senhora “V”, deixe-me ver se entendi, a senhora está me dizendo que esta paciente é sua filha?*

P – *Sim, ela é minha filha, o nome dela é “M”.*

A – *Mas, Senhora “V”, o nome que está escrito no crachá dela é “B”.*

5.2 Percebendo a Comunicação Não-verbal

Discuti com os alunos na fase de instrumentalização os conteúdos relativos às formas não-verbais de comunicação sem explicitar que eles deveriam relatar o seu uso. Mas na análise dos relatos do ANEXO IV, identifiquei situações nas quais ficou evidente o uso da comunicação não-verbal, antes e durante as interações. Em alguns diários encontrei a descrição de manifestações de comportamentos do paciente, mesmo sem o aluno estar conversando ou ter conversado com o mesmo. Nestes, pude constatar três grupamentos com finalidades distintas do uso da comunicação não-verbal; aquele em que o aluno percebe o paciente, aquele em que o aluno é percebido pelo paciente e um terceiro no qual o paciente faz uso da comunicação não-verbal para manter seu espaço preservado, ou seja, para manter um limite entre ele e o aluno ou outras pessoas.

A seguir, transcrevo algumas ilustrações do uso da comunicação não-verbal, deixando claro que o aluno utilizou o processo comunicativo como um todo para interagir com o paciente.

O Aluno Percebe o Paciente através da Comunicação Não-verbal

A paciente, levada pelo ritmo da música, começou a dançar...

Me chamou a atenção o jeito de andar, de se balançar quando ela está sentada...

Cumprimentei a paciente e perguntei como se chamava. Ela me mostrou o seu crachá e perguntou o meu nome. Então eu mostrei o meu crachá.

O paciente "M" estava ansioso e impaciente, pois notei que seu corpo tremia tanto.

...percebi que "O" tinha um olhar triste e perdido.

Informei a paciente "N", que quase não falava, que iria fazer sua higiene oral. Ela me respondeu com o movimento de abrir a boca.

Me chamou a atenção do quanto as pacientes gostam que as toquem e de tocar. Principalmente entre as próprias pacientes. Andam de braços dados, penteiam o cabelo uma da outra...

O Aluno é Percebido pelo Paciente através da Comunicação Não-verbal

A paciente "Z" chegou, olhou-me e deu um sorriso. Retribuí com um sorriso.

Neste momento eu só ouvia e segurava a sua mão; então a paciente me deu um beijo como se me agradecesse por este tempo de conversa, em que eu só a escutava.

Depois de um longo tempo em que a paciente me observava, perguntei-lhe se queria me dizer algo. Ela me respondeu que eu estava em pé da maneira errada, que se continuasse assim eu iria ficar com a coluna torta. Respondi-lhe que estava com razão e perguntei como deveria ficar. Ela se levantou e enquanto ia me explicando verbalmente, simultaneamente fazia as demonstrações por gestos.

O Paciente Preservando seu Espaço através da Comunicação Não-verbal

Percebo que a paciente "S" fica tão perturbada quando a paciente "T" chega perto dela. O medo que ela expressa é tanto, que às vezes chega a chorar.

O paciente "A" é de difícil acesso, ele não se mistura com os outros, fica observando tudo a distância, mas não perde nada.

No início do estágio alguns pacientes chegavam perto espontaneamente e até conversavam. Outros ficavam olhando com expressão de desconfiança e/ou medo.

Me senti muito bem porque depois de sete dias de tentativa de relacionamento, consegui tirar um sorriso de "A".

Observei a sensibilidade de alguns alunos em apreender as sutilezas da comunicação não-verbal expressa pelo paciente, mesmo em pequenos detalhes, durante o relacionamento entre eles, mas que fizeram parte das expressões dos seus sentimentos e pensamentos. Segundo Silva (1996), uma das funções primordiais da comunicação não-verbal é a expressão de sentimentos.

Em alguns relatos escritos foi possível observar que a comunicação não-verbal foi toda a comunicação entre aluno e paciente; isto confirma o pressuposto de Stefanelli (1993) de que a comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal em determinadas situações. Pude constatar o uso da comunicação não-verbal para complementar a verbal, além de alguns sons de paralinguagem que, segundo Stefanelli (1993) e Silva (1996), constituem também comunicação não-verbal.

Acredito que o despertar do aluno para a importância da comunicação com o paciente realmente ocorreu, e o motivou a se interessar, perceber e registrar a comunicação não-verbal.

5.3 Interagindo com o Paciente, Apesar da Comunicação Não-terapêutica

Identifiquei nos relatos diários dos alunos no ANEXO IV não só o uso da comunicação terapêutica, mas também, em menor escala, de modos não-terapêuticos de comunicação. O fato de os alunos terem sido instrumentalizados com os conteúdos de comunicação humana e comunicação terapêutica antes do início do estágio, os quais deram suporte teórico ao desenvolvimento do relacionamento interpessoal durante a prática acadêmica, contribuiu para os resultados obtidos. Segundo Stefanelli (1993), a habilidade de se comunicar de forma terapêutica pode ser aprendida e o profissional de enfermagem deve preocupar-se em desenvolver a competência interpessoal no uso da comunicação terapêutica. Observamos esta preocupação dos alunos durante o estágio, porém acreditamos que somente com o treino e aprimoramento contínuo os modos de

comunicação não-terapêutica deixarão de ser frequentes nas relações interpessoais dos profissionais de saúde.

Transcrevo alguns recortes extraídos dos diários dos alunos para ilustrar como a comunicação não-terapêutica ocorreu na prática. Embora seu uso não tenha inviabilizado, na maioria das vezes, o diálogo entre o aluno e o paciente, ficou evidente que aquele aluno em determinados momentos não conseguiu aproveitar as diversas situações para explorar as idéias e os sentimentos do paciente, bem como as necessidades expressas por ele de forma a conduzi-lo a uma reflexão mais profunda, a encontrar um sentido para aquela experiência e, na medida do possível, ajudá-lo a perceber um modo de sair da situação que vivenciava o que, segundo Travelbee (1979), é uma das funções da enfermagem psiquiátrica.

Por que você está chorando. Você está com dor? – indução

Oi! Você está triste? – indução

Está bom, só quero ver se você vai cumprir a promessa. – não-terapêutico

...claro que não, se fosse assim eu também estaria internada. – julgamento

...mas não se preocupe, eles devem estar bem... – falsa tranquilização

...se ele bebia, então não bebe mais, você está confusa... – não-terapêutico

Quando você estiver mal, peça a Deus para te ajudar. Este Deus dar-te-á paz e equilíbrio. – conselho

Com é seu nome? É a primeira vez que fica internada? O que aconteceu para ser internada? Quem te trouxe para cá? Quantos anos você tem? Você se lembra como ficou na primeira internação? Você é casada? Quantos filhos tem? Quantos anos eles têm? – bateria de perguntas

Pudemos observar na seqüência descrita acima o uso de modos de comunicação não-terapêutica, tal como *indução de resposta*; segundo Stefanelli (1993), perguntas que suscitem como resposta “sim” ou “não” levam facilmente o paciente a concordar com o que o profissional está sugerindo. *Pôr o paciente à prova, duvidar da mensagem do paciente, usar falsa tranquilização, fazer julgamento do paciente, dar conselho, fazer bateria de perguntas, mudar bruscamente de assunto*, fazem parte do elenco de comunicação não-terapêutica apresentado por Stefanelli (1993). Estas duas últimas associadas deixam o paciente atônito, sem saber o que responder. Não lhe é dado tempo para decodificar a mensagem recebida, elaborar e codificar a resposta. Estes modos podem provocar ansiedade e regressão no estado do paciente. À vezes não temos um nome para dar ao modo não-terapêutico utilizado pois, como afirma Stefanelli (1993), o estudo sobre comunicação terapêutica não está acabado. Temos de continuar a perseguir o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, para constante crescimento pessoal e profissional.

5.4 Relatando a Vivência do Aluno com a Comunicação Terapêutica

No período de desenvolvimento do estágio dos alunos pude observar falas que afirmavam como estavam utilizando os conhecimentos adquiridos de comunicação terapêutica com os pacientes nas unidades de internação e quanto estes conhecimentos contribuíam na relação com o paciente. Essas afirmações foram percebidas nos seus encontros informais antes e após cada turno de estágio, assim como nos períodos destinados a esclarecimentos de dúvidas e compartilhar das experiências vivenciadas, momentos destinados ao aprofundamento de conhecimentos a respeito de tal tema. Para complementar tais percepções solicitei, na avaliação do final do estágio, que cada aluno relatasse a aplicação deste conteúdo na prática, com a pergunta: *Como você percebeu o uso da comunicação terapêutica no estabelecimento da sua relação com o paciente?* Dos relatos dos alunos, pude apreender três grupos de respostas, quais sejam: o uso da comunicação terapêutica facilita o estabelecimento da relação interpessoal com o paciente,

dando maior segurança e tranquilidade na abordagem e manutenção do diálogo, e representa um elemento de instrumentalização do aluno para um “cuidar” mais amplo; a comunicação usada de forma consciente leva a resultados frutíferos na relação com o outro; finalmente a comunicação terapêutica foi incorporada na vivência cotidiana dos alunos.

Transcrevo, na seqüência, alguns recortes da avaliação dos alunos sobre a utilização da comunicação terapêutica durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

***A Comunicação Terapêutica como Facilitadora do Crescimento
Profissional e Pessoal***

Foi ótimo, pois ajudou muito neste estágio, ajudou a nos comunicarmos melhor com os pacientes, a responder perguntas, conseguir sair de algumas situações complicadas; também percebi que tudo o que falamos e fazemos interfere no tratamento dos pacientes.

Antes de ter aprendido, já utilizava, porém sem a facilidade que tenho agora... me senti mais segura, sabia como proceder em momentos mais embaraçosos, portanto foi um facilitador da comunicação, da relação com o paciente.

Percebi que ficou mais fácil a comunicação com o paciente; consegui ter conversas mais úteis que caminharam para o objetivo que é ajudar o paciente para voltar a um estado melhor possível.

Um auxiliar, forneceu segurança.

Ficou mais fácil a comunicação com o paciente. Às vezes é melhor ficar em silêncio ou devolver a pergunta do que acabar falando uma coisa que não tem nada a ver com a situação presente.

Foi mais fácil a abordagem dos pacientes. Como responder aos questionamentos deles, conseguir ouvi-los, demonstrar interesse e como dizer “não” nas horas certas.

Acho que com o conteúdo nós fomos mais preparados para o estágio.

Foi mais fácil conduzir a conversa com o paciente.

No início não sabia o que falar, depois me recordei das técnicas de comunicação, procurei dar uma sequência melhor no diálogo, e isso ajudou na relação com o paciente.

A Comunicação Terapêutica Usada de Forma Consciente

...ajudou a não terminar um diálogo com o paciente por falta de assunto.

Aprendi que é melhor, às vezes, o silêncio, do que falar coisas erradas e que não devemos colocar palavras na boca do pacientes.

Que apenas um diálogo pode ajudar no tratamento dos paciente.

Por já ter o conteúdo, eu percebi que o estava usando, enquanto que antes eu até os utilizava mas não tinha consciência do que era.

Aprendi que ouvir com interesse e reflexivamente também é terapêutico. Assim como o “não” também é terapêutico.

Se não tivéssemos o conteúdo também fariamos o estágio, mas sem a consciência de que determinadas situações são terapêuticas e necessárias.

A Comunicação Terapêutica como Estilo de Vida

O conteúdo vai servir para toda a minha vida, inclusive familiar.

6 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Este capítulo sintetiza a maneira como percebi o processo de comunicação terapêutica entre os alunos e pacientes. Na tentativa de compreender a que construção havia chegado com o desenvolvimento do ensino-aprendizagem, desde sua idéia inicial até a fase da análise dos dados, e com o intuito dos alunos eles e os pacientes, retornei aos seus diários. Em primeiro lugar, ordenei cronologicamente os registros de cada aluno. Fiz repetidas leituras tentando apreender o ponto culminante de todo o percurso até que em um dado momento, veio-me a percepção de que a maneira como a comunicação se estabelecera no relacionamento interpessoal deles com os pacientes durante o período de estágio havia se diferenciado de um aluno para outro, assim como para o mesmo aluno em dias diferentes. Já percebera pelos depoimentos que os alunos sentiram-se seguros e que o conhecimento adquirido os ajudara na abordagem do paciente. Sentia, entretanto, faltar algo que sintetizasse melhor o processo vivenciado. Insistia na tentativa de compreender como ocorrera a relação interpessoal de cada aluno com o uso da comunicação terapêutica. Determinada a compreender e encontrar algo completasse tal lacuna, foram-se delineando para mim três estágios interdependentes, em graus de complexidade distintos, os quais denominei **aproximação**, **efetivação** e **ação**, que em conjunto configuraram o processo de comunicação terapêutica entre aluno e paciente. Na seqüência passo a descrever como visualizo cada estágio.

APROXIMAÇÃO

O primeiro estágio – **aproximação** – é aquele no qual o aluno, o paciente ou ambos, após uma observação inicial, esboçam uma primeira reação na tentativa de aproximar-se um do outro, muitas vezes através da comunicação não-verbal. Nesse estágio

ambos sondam as possibilidades de interação, olham-se, analisam-se, apresentam-se e dão início ou não a uma comunicação verbal. Durante a aproximação, estão presentes os sentimentos de medo de agressão e de rejeição, ansiedade pelo desconhecimento e medo de se expor, que podem estar presentes tanto no aluno como no paciente. Como descrevo a seguir, pude observar nos escritos dos alunos que a primeira tentativa de aproximação partiu tanto do aluno como do paciente. Começa já nesta etapa o estabelecimento do vínculo terapêutico, quando o paciente percebe no aluno alguém em quem pode confiar e que pode oferecer-lhe ajuda.

Transcrevo, a seguir, em forma de agrupamento, alguns recortes dos diálogos registrados pelos alunos, identificando as três etapas do processo de comunicação terapêutica entre aluno e paciente por mim delineadas nesse estudo.

P – Quem quer conversar comigo?

A – Você quer conversar comigo?

C – Pediu-me que a acompanhasse no seu banho...

C – Observei que a paciente cantava músicas evangélicas, me aproximei e perguntei se ela conhecia algum salmo.

P – Conheço sim. Qual você prefere?

C – A paciente se aproximou, olhou-me e deu um sorriso. Respondi com um sorriso, então ela começou a falar...

C – Fui convidado pela paciente a sentar-me ao seu lado.

A – Bom dia! Com está a senhora hoje?

P – Você vai conversar comigo?

A – Se você quiser, podemos conversar.

C – Uma paciente se aproximou e me perguntou se alguém da família viria visitá-la.

P – *Venha conhecer minha filha.*

A – *Sua filha está aqui?*

P – *Sim, mas ela não gosta de mim...*

A – *Bom dia! Percebo que a Senhora está com um aspecto melhor hoje.*

C – *Uma paciente abordou-me dizendo:*

P – *Foi injustiça me trazerem para cá. As pessoas não podem pensar alto?*

P – *Sabe, estagiária, eu estou grávida.*

A – *Você está grávida?*

P – *É! Estou...*

P – *Não sei o que está acontecendo comigo.*

A – *Como assim?*

P – *Odeio vocês!*

A – *Gostaria de falar sobre o assunto?*

P – *Posso conversar com você?*

A – *Claro! Onde você quer conversar e sobre o que deseja falar?*

Acredito que o fato de o aluno ter permanecido juntamente com a equipe de profissionais, em torno de quatro horas diárias com os pacientes de uma mesma unidade de internação durante todo o desenvolvimento do seu estágio, sendo que cada unidade tem em média sessenta pacientes, que considerado um número grande pode ter contribuído para a diversidade das formas de abordagem apresentadas. Percebo que o tempo de permanência do aluno dentro das unidades de internação teve relação direta com o estabelecimento do processo da comunicação interpessoal com o paciente, pois ambos, paciente e aluno, tiveram mais tempo para fazer a sondagem das possibilidades de relacionamento, já que ambos sabiam que teriam outras oportunidades nos dias seguintes para decidirem-se quanto ao comunicar-se ou não. Uma vez que é necessário tempo para que haja construção

do vínculo de confiança, isso favoreceu a tomada de decisão tanto do aluno quanto do paciente.

O estágio de aproximação se faz num crescendo, até que as dúvidas e inseguranças sejam dissipadas e o diálogo entre o aluno e o paciente possa acontecer de forma tranqüila. Quanto ao aluno, o que difere, nesse momento, é que ele tem responsabilidade do uso consciente da comunicação para tornar a relação terapêutica.

Outro aspecto que deve ser considerado é o fato da relação interpessoal acontecer de forma livre dentro da unidade, favorecendo muitas interrupções e intercalações de assuntos por outros pacientes que se aproximavam, direcionando vez ou outra para um relacionamento grupal. Mas mesmo assim, o uso da comunicação terapêutica teve seu fim último demonstrado, ou seja, associado às demais ações de enfermagem.

Considero que a instrumentalização dos alunos para desenvolver a comunicação terapêutica antes de irem ao campo de estágio contribuiu para que eles ultrapassassem a fase de aproximação, embora alguns relatos demonstraram terem ultrapassados somente após várias tentativas de aproximação em dias subsequentes.

EFETIVAÇÃO

O segundo estágio – **efetivação** – caracterizei como sendo aquele momento no qual pude identificar um diálogo estabelecido, ou seja, um processo comunicativo, tendo ultrapassado o uso de frases habituais de apresentação, das perguntas e respostas que comumente introduzem os interlocutores num diálogo. Nesta etapa já é possível observar o estabelecimento de algum vínculo terapêutico; nela firma-se a confiança do paciente na pessoa com quem ele está interagindo, o envolvimento entre ambos é maior. Há também, nesse estágio, uma maior estimulação da expressão dos sentimentos do paciente pelo aluno, da percepção na busca de conhecer as necessidades do paciente. Podemos dizer que quando a **efetivação** é estabelecida ocorre a abertura dos multicanais de comunicação do paciente, quando ele pode estar revelando fatos íntimos e dolorosos da sua vida na busca de ajuda. Então o aluno tem a oportunidade de ultrapassar este estágio, tornando-se um

agente ativo uma vez que pode oferecer ajuda ao paciente. Se assim acontecer, ele terá atingido o último estágio do processo, denominado ação. Na seqüência, alguns exemplo de efetivação.

C – A paciente respondeu a minha pergunta com um sorriso e começou a falar que havia “estado na faixa...” Perguntei-lhe como era “estar na faixa”. Ela me disse que...

C – A paciente respondeu a minha pergunta e começou a contar sobre sua vida. Perguntei se tinha filhos, ela disse que sim e então começou a falar sobre cada um. Fez pausa, falei suas últimas palavras: ...e seus filhos estavam... Ela retornou ao assunto e continuou falando sobre seu relacionamento com os filhos.

C – Assim que respondi meu nome, a paciente começou a contar sobre suas “crises”.

C – A convite da paciente, sentei ao seu lado e ela logo pegou em minha mão. Me disse:

P – Você é bonita.

A – Ah! Você me acha bonita?

P – Sim, você cuida de nós...

A – Qual o motivo da sua internação?

P – Tive uma crise e minha mãe me trouxe para cá.

A – Como foi essa crise?

P – Eu não parava de chorar e brigava com minha mãe.

A – O que você sabe sobre sua doença?

P – Tenho depressão e masoquismo.

A – O que você quer dizer ser masoquista?

P – Quando me olho no espelho, me sinto feia, tenho raiva de mim e começo a me machucar...

A – Não tenho cigarro. Você não sabe que este é um hospital livre de cigarros?

P – Claro que não é, eu tenho um maço e fumo no banheiro.

A – Porque me pede um cigarro, se diz que já tem?

P – *Vamos fumar lá no pátio comigo?*

A – *Não posso ir com você, pois aqui não é permitido fumar.*

P – *Ah! Só te falaram isso porque você é estagiária (sai falando pelo corredor afora).*

AÇÃO

O terceiro estágio – **ação** – caracterizou-se por ser o momento em que o aluno pode oferecer alguma ajuda ao paciente, além da já oferecida com a escuta e o uso de outras técnicas de comunicação terapêutica. Nesta fase o aluno tem oportunidade de levar o paciente, através da comunicação terapêutica, a tomar decisões, refletir sobre suas atividades e sua vida, estabelecer comparações, obter esclarecimento.

C – *Depois de falar sobre seus problemas, começou a chorar. Deixei que chorasse; segurando em sua mão, ela se acalmou. Me agradeceu e apontou outra paciente que estava sozinha, dizendo-me para ir conversar com ela, pois já havia se acalmado.*

C – *...ao final da história ela me agradeceu e disse que só precisava desabafar com alguém...*

C – *Após um longo tempo tentando dialogar com o paciente na tentativa de ajudá-lo a se acalmar um pouco, pois estava muito irritado com sua condição de internação e convivência com sua família, convidei-o a ir tomar sol comigo no pátio. Ele sorriu-me, levantou-se e me acompanhou. Em alguns instantes pude observar que conversava mais tranquilamente. Pedi licença para sair e ele continuou por mais tempo sentado, observando a movimentação de outros pacientes.*

P – *....não quero ir de licença de final de semana, prefiro ir direto de alta. Tenho receio de não querer voltar por me acostumar a ficar em casa num final de semana e depois não conseguir voltar.*

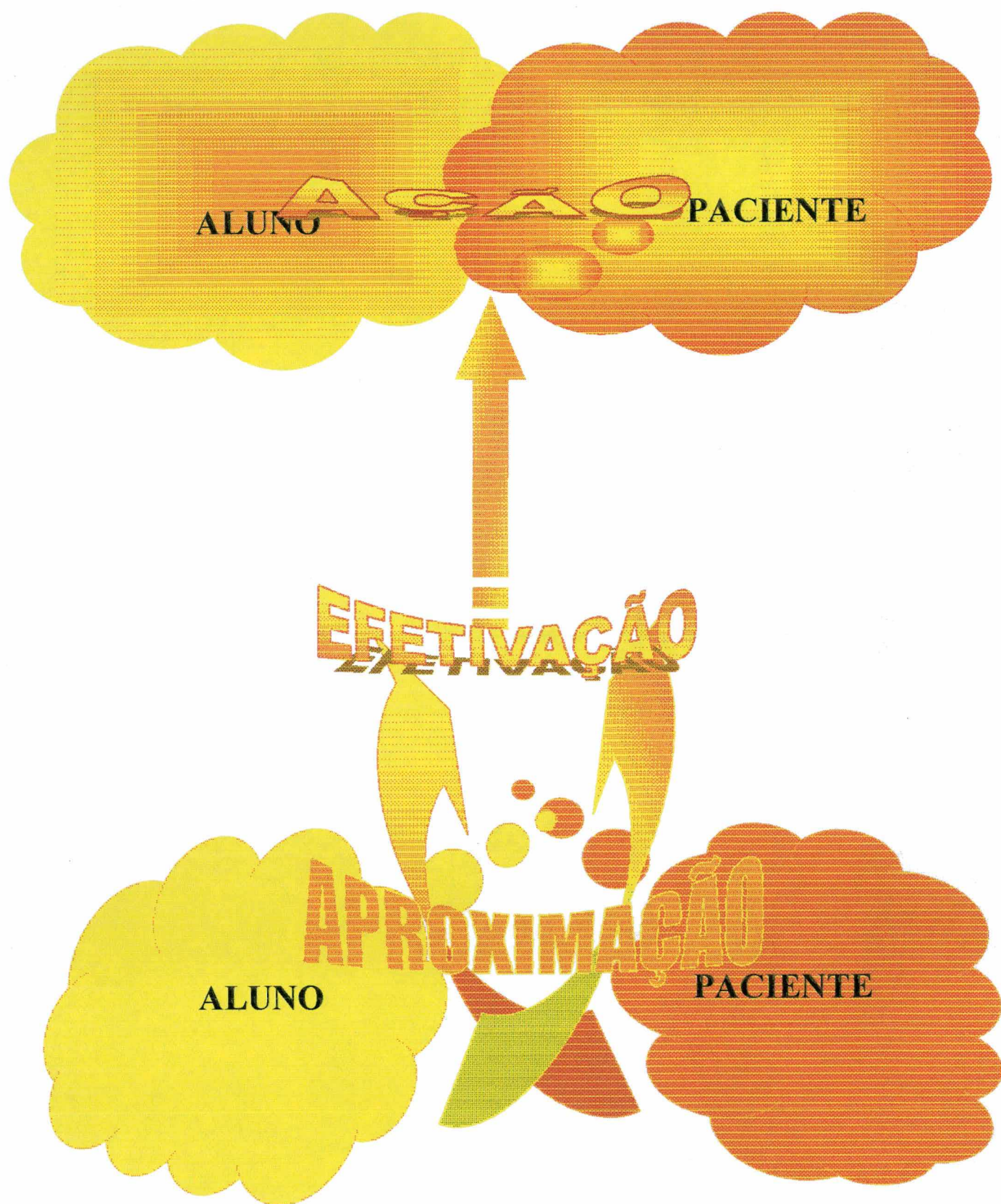
A – *Expliquei-lhe o que significava a licença de final de semana. Pedi que refletisse sobre o assunto. Ele me agradeceu e disse que iria tentar, pois assim estaria podendo avaliar aos poucos se já estava em*

condições de retornar gradativamente ao convívio social fora do hospital.

Um vez que os alunos identificaram e dataram os diários, pude proceder uma análise cronológica dos dados, sendo possível perceber que alguns conseguiram iniciar uma abordagem ao paciente e se manter na interação desde o primeiro dia de estágio, mantendo um mesmo ritmo ou padrão de comunicação. Alguns alunos se valeram mais de frases de uso social; apesar de fazerem perguntas e obterem respostas, não conseguiram atingir o estágio **efetivação**. Houve alunos que tiveram seus registros dos primeiros dias pouco efetivos; porém, com o decorrer do estágio, pude perceber uma evolução na qualidade das informações escritas. Foi possível perceber, ainda, que o registro de alguns alunos foram menos esclarecedores e informativos em relação às colocações feitas por eles no horário de reunião no final do turno do estágio, demonstrando sua dificuldade para registrar de forma escrita seus pensamentos ou ações desenvolvidas.

De uma maneira geral, observei que o uso da comunicação terapêutica pelos alunos às vezes aconteceu com a vivência dos três estágios em um único encontro ou dando continuidade a outros encontros. No entanto, para que haja uma comunicação terapêutica, que segundo Stefanelli (1993) é aquela que oferece alguma ajuda ao paciente, considero fundamental em primeiro lugar uma predisposição do profissional de enfermagem para vivenciar essa experiência, somada a instrumentalização com conteúdos que facilitarão sua compreensão e desenvolvimento da competência para esta ação. Apresento seguir a figura 1, que representa como visualizo o desenvolvimento dos três estágios da comunicação terapêutica entre aluno e paciente nesse estudo.

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ALUNO E PACIENTE.



7 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM UTILIZADO

O estar-com-o-outro é muito relevante porque é ocasião propícia para as pessoas me valorizarem. Esta valorização se faz especialmente pela acolhida. Quando o outro me acolhe, mostrando que minha presença lhe agrada e que o torna feliz, gera em mim o sentimento de que eu sou um valor, um bem, que vale a pena eu ser eu mesmo.

Franz Victor Rüdio

Esse trabalho corrobora a proposta de Stefanelli (1993) para o processo de ensino-aprendizagem dos conteúdos de comunicação humana e terapêutica. As estratégias de comunicação terapêutica sistematizadas pela autora facilitam tanto a compreensão dos alunos como também a sua aplicação prática na relação com o paciente. Também reafirma o pressuposto da autora de que o aluno tem potencial para desenvolver a competência interpessoal por meio do aprendizado da comunicação terapêutica.

Em nossa realidade de assistência à saúde o técnico e o auxiliar de enfermagem são os que mais tempo permanecem junto aos pacientes. Por isso, eles devem aprender a valer-se da comunicação terapêutica para que suas ações representem uma assistência humanizada. Embora ele não vá realizar o relacionamento terapêutico como processo, o que requer maior embasamento com outros conteúdos, poderá realizar relacionamento interpessoal com o uso da comunicação terapêutica efetuando uma relação de ajuda. Unem-se a estas as idéias de Mazza (1998), quando afirma que a comunicação transcende o relacionamento em si e se transforma numa forma de cuidar.

Para Travelbee (1979), a Enfermagem Psiquiátrica é um processo interpessoal, já que sempre se ocupa de pessoas, seja em âmbito individual, familiar ou grupal, como também é um processo terapêutico. Ela explicita que uma das funções da enfermagem psiquiátrica é promover a saúde do indivíduo e de sua família, ajudando-os a lidar com as tensões impostas pela doença, assim como facilitar o desenvolvimento de percepções de

possibilidades que possam ajudar na sua recuperação. Waidman (1998), valendo-se de Travelbee (1979), sustenta estas premissas e diz ainda que tudo isso é possível por serem as pessoas da equipe de enfermagem as que mais tempo permanecem em contato com o paciente, desde o oferecimento dos primeiros atendimentos na unidade de internação ou, às vezes, até mesmo na recepção, no momento em que o paciente é admitido, até seu retorno à sociedade. Travelbee (1979) afirma que a comunicação deve estar presente na relação pessoa a pessoa, para que o profissional de enfermagem possa planejar a assistência de que o paciente necessita. Assim, ela representa a base de todas as ações de enfermagem.

Considero importantes também as afirmações que os alunos fizeram sobre como perceberam o uso da comunicação humana e terapêutica. Alguns afirmaram que esse assunto ajuda-os na convivência diária social, pois já se perceberam fazendo o seu uso espontaneamente. Isto é corroborado por Ruesch, citado por Stefanelli (1993), que afirma ser possível fazer do aprendizado da comunicação terapêutica um estilo vida. Para a concretização do que Ruesch vislumbra, acredito que tais conteúdos deverão fazer parte dos currículos de enfermagem, permeando as diversas disciplinas ou etapas do curso.

A experiência vivenciada nesse caminhar mostrou-me a aplicabilidade e a adequação do marco conceitual que, além de gerar segurança, estabeleceu um caminho a percorrer para o alcance dos objetivos traçados, mostrando a necessidade de busca permanente de referenciais teóricos como estes que possam sustentar o corpo de conhecimento da enfermagem. Esse trabalho representa o início de mudanças que serão ampliadas no cotidiano da minha prática. Trentini e Paim (1999) afirmam que se valer da pesquisa convergente-assistencial dá aos profissionais de enfermagem a possibilidade de aprender a “pensar o seu fazer” e que assim serão impulsionados a realizar inovações e reconstruções na sua prática, pois esse método permite um transitar entre a teoria e a prática, não concebendo dicotomia entre elas pressupondo que uma depende da outra. Mazza (1998, p. 67) diz que é imprescindível um re-pensar diário da prática, que significa perceber e demarcar a existência do que ela chama “espaços livres a serem preenchidos”. Freire (1995) corrobora estes apontamentos quando diz que o profissional tem o dever de “reviver” e de “renascer” a cada momento de sua prática e que, em se falando do docente, estes atos são fundamentais para que os conteúdos que ensina sejam algo vivo e não noções petrificadas. Esses comentários remetem-nos à necessidade de refletirmos sobre o modo como vimos desenvolvendo nossa prática, para que possamos nos mobilizar no

sentido de avançar, ousar e vencer as barreiras da mesmice que muitas vezes assola o nosso viver, permanecendo anos após anos repetindo ações rotineiras sem nos darmos conta de novos métodos que permitam introduzir-nos no campo da análise e da crítica.

Esse tema abre um vasto caminho a ser percorrido nos cursos de enfermagem pois, enquanto me encontrava na fase de análise das informações que foram discutidas nesse estudo, paralelamente estava revivendo o ensino-aprendizagem com novos grupos de alunos, já não mais como agentes de um trabalho acadêmico mas essencialmente como agentes que são da rotina de minha prática como docente. Recordo-me quando, já na fase dos últimos ajustes desse trabalho e, ao mesmo tempo, mais um grupo de alunos terminava o estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; na avaliação final, indaguei-os sobre como perceberam a utilização dos conteúdos de comunicação humana e terapêutica na aplicação prática. As respostas espontaneamente confirmaram os dados já mencionados no capítulo de análise dos dados. Disseram que os conteúdos ajudaram muito no diálogo com os pacientes, pois fez com que se sentissem mais seguros para abordar alguém desconhecido e, principalmente, doente mental.

Apontaram também que deveria ser dada mais ênfase a tais conteúdos e um tempo maior para facilitar a sua compreensão e assimilação.

Pude observar também que o meu aprendizado se deu a partir das minhas crenças, valores e experiências anteriores, muitas delas afloradas das trocas de idéias com docentes e colegas do mestrado durante o período de estudo. De minhas inquietações à busca de novos conhecimentos, tive os docentes e orientador como estimuladores e facilitadores de cada etapa de construção num fazer e refazer, através de ensaios e erros, até culminar neste ponto que com certeza não representa um fim, mas uma etapa dinâmica que deverá ser avaliada e reavaliada para mudanças e reconstruções, como preconizam tanto o método de pesquisa convergente-assistencial de Trentini e Paim (1999) como os princípios da pedagogia da problematização segundo Bordenave (1986).

Chego neste ponto reconhecendo que a aprendizagem ocorreu simultaneamente em duas instâncias: na primeira, em mim, docente que ensinando o aluno a aprender, aprendia a fazer. Na segunda, no aluno, objeto da minha prática, que por sua vez tem no paciente a sua fonte de aprendizado e, posteriormente, o seu objeto de trabalho. Os reflexos do aprendizado do docente e do aluno que conseqüentemente repercutiram no paciente

aconteceram pelo fato de juntos, professor e aluno, a rigor, compartilharem um único objetivo, que é a qualidade da assistência, que reflete diretamente no ser humano, no cidadão e na sociedade. A seguir ilustro esta síntese com a figura 2, que representa a maneira como percebi, nesse estudo, o processo ensino-aprendizagem no qual acredito e que norteará minhas ações como docente, visualizando-o em uma dinâmica de circularidade e reciprocidade.

Vislumbro ter alcançado os objetivos propostos nesse estudo; no entanto, compartilhar essa nova forma de pensar o ensino de enfermagem tendo a comunicação como base e dar a esse tema um caráter cotidiano nas ações dos profissionais de enfermagem, seja na docência ou na assistência, é um sonho a ser realizado, pois as pesquisas sobre ele ainda são bastante escassas, assim como o empenho em discutir sobre a importância dele e sua forma de utilização na prática da enfermagem pelos profissionais. Pela importância que tem a comunicação na qualidade da assistência que os profissionais de saúde prestam ao paciente, entendendo que ela é a base de todo o processo de relação interpessoal, considero que esse tema deva ocupar mais espaço nos currículos dos cursos de enfermagem, objetivando, desde as primeiras disciplinas no início do curso, o preparo do aluno para interagir com o paciente. É necessário também que esse assunto seja objeto de discussão e aprimoramento nos encontros dos profissionais de enfermagem, abrindo caminho para novas pesquisas e colaborando, assim, para uma prática cada vez mais profícua, tornando os encontros entre seres humanos mais efetivos e levando ambos a evoluírem e saírem mais fortalecidos ao compartilhar suas idéias.

Essa experiência de ensino da comunicação terapêutica a alunos do curso técnico em enfermagem reforçou o pressuposto deste estudo: *o aluno do curso técnico em enfermagem tem potencial para desenvolver a competência interpessoal por meio do aprendizado e uso adequado da comunicação terapêutica*. Os resultados descritos confirmaram essa crença e, assim, ousou sugerir que seja dada mais ênfase ao ensino desse tema para todas as categorias profissionais de enfermagem, pois na nossa realidade são os que mais tempo permanecem junto ao paciente.

Finalizo esta etapa e não consigo pensar em conclusões, somente em reflexões momentâneas, pois, como dinâmico é o nosso viver, assim também o é nosso aprendizado.

FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período em que estive envolvida na construção desse trabalho, desde o surgimento das primeiras idéias que me motivaram a percorrer essa trajetória, sempre busquei repensar a prática, aspirando inová-la e reconstruí-la. Disto advém que a maior contribuição para o aprendizado dos alunos foi poder percebê-los conscientes da importância do uso da comunicação terapêutica no relacionamento com o paciente, bem como para seu crescimento pessoal. Houve alunos que relataram a importância do conteúdo para sua vida pessoal e familiar. Outros informaram sobre a segurança que o uso da comunicação terapêutica lhes ofereceu na prática.

Quanto à minha prática, já inseri os conteúdos de comunicação humana e comunicação terapêutica do referencial teórico de Stefanelli (1993) como parte integrante da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, que atualmente ministro no Curso Técnico em Enfermagem da ET/UFPR. Percebo que a partir de agora minha forma de pensar o relacionamento interpessoal não mais acontece sem que eu esteja atenta, observando de que maneira a minha comunicação está se processando durante e após o encontro com pessoas. Pensar na qualidade da comunicação já se tornou parte do meu existir.

Em um momento, encontrei-me mergulhada numa autêntica comunicação intrapessoal, num encontro comigo mesma, revolvendo pensamentos sobre aonde chegara ou que ganhos obtivera tendo percorrido mais esta etapa da minha vida terrena. Tal etapa é peculiar a todo processo de evolução. Sentia-me fortemente impulsionada para uma busca de aprendizado, sem mesmo entender a forma como este processo estava acontecendo. Havia em mim a certeza de que mais esta vivência tinha que acontecer e que dela meu "eu" emergiria mais enriquecido. Nesta certeza encontrei forças que me nutriram contra o desânimo que por vezes me rondava; e, porque havia esta certeza, o desânimo não tomou conta de mim, levando-me a desistir antes de chegar ao final dessa etapa.

Durante muito tempo tudo esteve nebuloso, a minha percepção era turva, mas a motivação interior previa que, com paciência, na hora exata, a clareza que eu esperava viria. Assim acabei fazendo um balanço da minha prática docente, de como estava ministrando a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi quando percebi que me encontrava com lápis na mão delineando um novo plano. Percebi, então, com uma nitidez sem par: as transformações que eu estava realizando eram frutos da trajetória do mestrado, somada ao trabalho de pesquisa, pois meus horizontes haviam sido ampliados. Constatei que não somente acrescentara um bloco de conteúdos à disciplina, como pensava que aconteceria quando iniciara esse estudo, mas que isto fora apenas o início de uma remodelação de toda a disciplina, tanto na sua estrutura como na forma de trabalhar os conteúdos junto aos alunos. A partir daí também já adotara a realização de uma comunicação efetiva como caminho a ser percorrido e como estilo de vida.

Ocorreu-me com clareza que eu fora a maior ganhadora em todo esse processo, embora seja inegável que ele também tenha repercutido na formação dos alunos e, numa seqüência natural, na assistência que os pacientes por eles assistidos receberam. Senti-me forte, vencedora e possuidora de um imenso saldo positivo, pois constatei que havia subido mais um degrau na escada da minha vida, não sendo mais a mesma de quando iniciara o curso. Os conteúdos de comunicação terapêutica, ministrados de forma sistematizada, incrementam a prática de enfermagem no que diz respeito não só ao relacionamento interpessoal entre aluno e paciente, dando-lhe cor e tornando-a humanizada, mas também entre alunos e seus colegas e alunos e profissionais de campo.

Minhas percepções foram confirmadas pelas afirmações dos alunos nos momentos destinados à discussão, assim como nas avaliações que a equipe do hospital campo de estágio proferia durante as duas reuniões semanais de equipe de cada unidade, sobre como eles viam de forma positiva a espontaneidade com que os alunos interagem com os pacientes e o quanto isso colaborava na manutenção de um clima mais tranqüilo, mantendo o paciente em relacionamento interpessoal ou grupal, dando a eles o sentimento de estarem sendo aceitos e valorizados como pessoa.

Também pude confirmar minhas percepções durante o tempo em que permaneci junto ao aluno que estava em comunicação com o paciente; fazendo uso das técnicas de comunicação terapêutica com segurança, provocava bem-estar no paciente. Alguns alunos

comentaram livremente que sem o conhecimento das estratégias de comunicação terapêutica não conseguiriam ou seria muito difícil iniciar ou manter-se em um diálogo com o paciente.

Como mencionei anteriormente, submeti-me ao mesmo processo de registro que os alunos, pois embora tenha realizado várias leituras com o objetivo de me instrumentalizar para a ministração dos conteúdos de comunicação humana e comunicação terapêutica, eu não havia praticado tais estratégias. Fiquei surpresa ao perceber que em determinados momentos da interação terapêutica, vinha-me à mente a estratégia que estava utilizando, o que me fez crer que já há muito atento para um comportamento dialógico, quer na relação terapêutica com o doente mental, quer na relação entre docente e aluno. No tocante à relação professor aluno, esta é mais prolongada, pois tem início no começo da disciplina e perdura até o fim do estágio, às vezes se estendendo no período pós-curso, já como uma relação entre profissionais. Isto é confirmado quando não raro sou procurada por egressos do curso de Técnico em Enfermagem, os quais contribuem com informações de como os conhecimentos adquiridos através da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica repercutem em sua prática profissional, permitindo que eu obtenha um *feedback* e reavalie minha prática.

Como Stefanelli (1993) e Silva (1996), acredito que o uso de uma comunicação adequada não se deve restringir aos profissionais de saúde ou, ainda, à prestação de assistência ao paciente, mas envolver todo o processo de vida do ser humano, tornando-a natural e espontânea, fazendo dela um estilo de vida e desenvolvendo a consciência do quanto o ato de nos comunicarmos conosco e com o outro tem implicações na qualidade de vida que temos e poderemos vir a ter.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Mariluci Alves Maftum, aluna do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC e Universidade Federal do Paraná/UFPR, venho solicitar a Vossa Senhoria autorização para realizar trabalho relativo a dissertação do mestrado **Prática Assistencial de Enfermagem sobre A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do Curso Técnico em Enfermagem**, com a participação de alunos do curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná durante o desenvolvimento teórico-prático da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, no período de março a setembro de 1999.

Edilomar Leonart
Diretora da Escola

Caso haja interesse que o nome da escola conste do trabalho, favor assinar a autorização abaixo.

Autorizo a mestrande Mariluci Alves Maftum a registrar o nome da Instituição de Ensino "Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná" em seu trabalho de pesquisa para fins didáticos e de publicação.

Curitiba, 10 de maio de 1999.

Edilomar Leonart
Diretora da Escola

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,

concordo em participar do trabalho que será desenvolvido pela mestranda Mariluci Alves Maftum, aluna do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e Universidade Federal do Paraná – UFPR, sobre **A Comunicação Terapêutica vivenciada por alunos do Curso Técnico em Enfermagem**. À minha participação acontecerá durante o desenvolvimento teórico-prático da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e, sendo a mesma voluntária, estou ciente de que a qualquer momento pelo motivo que julgar justo, poderei interrompê-la se assim o desejar, sem sofrer prejuízo no desenvolvimento da disciplina, estando ciente ainda, de que este fato não interferirá na minha aprovação.

Os registros por mim realizados no “diário” (anexo IV) somente serão utilizados pela autora do trabalho na análise dos resultados mediante minha autorização, desde que seja mantido o sigilo e anonimato. Estou ciente de que os benefícios decorrentes de minha participação não serão financeiros, mas pessoais, e que não sofrerei nenhum prejuízo ou ônus advindo do mesmo.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Concordo em participar do estudo. | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 2. Concordo com a utilização dos conteúdos dos registros e relatos, desde que seja mantido sigilo e anonimato. | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 3. Concordo em participar do trabalho, desde que assegurado o retorno do pesquisador para apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos. | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

Assino este termo de consentimento, após ter discutido a proposta de trabalho, os passos que serão desenvolvidos e tendo minhas dúvidas esclarecidas.

Curitiba, _____ de _____ de 1999.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Mariluci Alves Maftum, como aluna do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC e Universidade Federal do Paraná/UFPR, estou realizando trabalho sobre **A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do Curso Técnico em Enfermagem**. Venho solicitar a Vossa Senhoria autorização para descrever o local onde foi realizado o trabalho relativo à disciplina do mestrado Prática Assistencial de Enfermagem, com os alunos do curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da UFPR durante o estágio supervisionado da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica durante os meses de julho a setembro de 1999.

Informo que será feita a descrição do local e da proposta de assistência ao doente mental prestada por este hospital, e que tais informações farão parte da minha dissertação do mestrado.

Maderly Sech
Diretora do Hospital

Caso haja interesse que o nome do hospital conste do trabalho, favor assinar a autorização abaixo.

Autorizo a mestrande Mariluci Alves Maftum a registrar o nome da Instituição "Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro" em seu trabalho de pesquisa para fins didáticos e de publicação.

Curitiba, 23 de junho de 1999.

Maderly Sech
Diretora do HEPBR

ANEXO 5 – O JOGO

O JOGO “COMUNICAÇÃO ENFERMEIRA-PACIENTE E SUAS REGRAS *

Destinatários – Alunas de enfermagem estudando os processos de comunicação e comunicação terapêutica no relacionamento com o paciente.

Objetivo – Estimular a reflexão e discussão, em grupo, das mensagens emitidas nas cartas do jogo sobre os processos de comunicação e comunicação terapêutica no relacionamento enfermeira-paciente.

Material – Um jogo de 35 cartas contendo mensagens sobre processos de comunicação e de comunicação terapêutica no relacionamento enfermeira-paciente.

Duração – Uma hora e meia a duas horas.

Número de participantes – 4 a 7 alunos por grupo, sendo um deles escolhido como coordenador do grupo. Se os participantes não se conhecerem, iniciar pela apresentação dos mesmos.

Espaço necessário – Salas onde cada grupo possa jogar sem sofrer interferência de ruídos dos outros grupos.

Regras do jogo – 1) De acordo com o número de jogadores, as cartas são distribuídas equitativamente, ao acaso, e de modo a assegurar que no mínimo 28 cartas sejam analisadas pelo grupo. As outras sete cartas deverão permanecer na mesa. É permitido a cada jogador trocar, pelo menos uma das cartas recebidas, por uma das que ficaram sobre a mesa.

2) Na primeira rodada do jogo, cada aluno escolhe uma mensagem.

3) Após cada aluno escolher a mensagem, ela a lê para o grupo, expõe o que pensa sobre a mesma e fundamenta sua explicação, informa sobre sua importância e dá os esclarecimentos que julgar necessários. A rodada termina quando todas do grupo expuseram suas idéias a respeito de cada carta escolhida.

4) A seguir há a discussão em grupo para a escolha da mensagem ou afirmação, considerada, pelo grupo, como a mais significativa para a comunicação enfermeira-paciente. A carta escolhida fica no centro da mesa e as outras são descartadas.

5) A operação é repetida, a partir do item 2, até que se esgotem 28 mensagens, no mínimo.

6) Se o grupo esgotar as 28 mensagens antes de completar uma hora e meia, cada participante pode pegar uma das cartas restantes que ficaram sobre a mesa e jogar mais uma rodada.

7) Terminado o jogo, o coordenador do grupo providenciará para que as mensagens escolhidas sejam registradas em uma folha de papel.

8) Quando o professor acompanha, durante todo o tempo, o jogo dos diversos grupos, ele pode dar o mesmo por encerrado ao término do item 7, uma vez que ao passar pelos grupos, orienta sobre possíveis dificuldades e dúvidas surgidas do início ao fim do jogo.

9) Se os estudantes optarem por uma reunião de todos os grupos em uma sala de aula, esta pode ser feita. São apresentadas, então, as mensagens prevalentes em cada grupo, havendo liberdade para rediscuti-las. Quando o professor julgar necessária essa reunião geral, ele também, poderá propô-la.

Apresento a seguir algumas cartas do jogo.

* STEFANELLI, M. C. Instrumentos para Ensino da Comunicação terapêutica. In: _____. São Paulo, Robe, 1993.

1




A COMUNICAÇÃO
NÃO VERBAL
É TÃO OU MAIS
IMPORTANTE
QUE A VERBAL
DEPENDENDO DA
SITUAÇÃO

3



AMBOS, PACIENTE
E ENFERMEIRA
SOBREM
INFLUÊNCIA DA
COMUNICAÇÃO
HAVIDA EM CURTO,
MÉDIO E LONGO
PRAZO

5



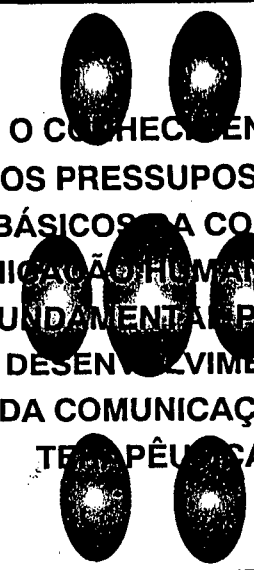
O LINGUAGEM
COMUNICATIVA É
UNICA E NÃO SE
REPLICA

7



OS NÍVEIS
INTRAPESSOAL E
GRUPAL SOFREM
INFLUÊNCIA DA
INTRAPESSOAL

9



O CONHECIMENTO
DOS PRESSUPOSTOS
BÁSICOS DA COMU-
NICAÇÃO HUMANA É
FUNDAMENTAL PARA
O DESENVOLVIMENTO
DA COMUNICAÇÃO
TERAPÊUTICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.; STEFANELLI, M. C.; NERO, M. C. C. D. A comunicação terapêutica no cuidado pré-natal. **Revista Paulista Enfermagem**, v.16, n. 1/3, p. 5-11, 1997.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação?** São Paulo : Brasiliense, 1982.

_____. **O que é participação?** 8. ed. São Paulo : Brasiliense, 1994.

_____. **Além dos meios e mensagens - introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência.** 8. ed. Petrópolis : Vozes, 1998.

_____; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 18. ed. Petrópolis : Vozes, 1986.

BRASIL, Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

COIMBRA, J. Á. A. **O outro lado do meio ambiente.** São Paulo : CETESB, 1985.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

DAVIS, F. **Comunicação não-verbal**. São Paulo : Summus, 1979.

FERRAZ, A. F. et al. Comunicação terapêutica na prática profissional e social do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.16, n. 1.e 2, p. 21-29, jan./dez. 1995.

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

GAIARSA, J. A. **O espelho mágico: um fenômeno social chamado corpo e alma**. 8. ed. São Paulo : Summus, 1984.

GIR, E. ; MORIYA, T. O. M.; COLETE, J. A. D. Teoria da informação: uma alternativa metodológica para o estudo da interação verbal enfermeiro-paciente aidético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 14, n. 2: p.102-107, jul. 1993.

KARSHMER, J. F. Rules of the thumb: hints for the psychiatric nursing students. **J. of Psychosocial Nursing Mental Health Service**, v.20, n.3, p. 25-3, 1982.

LALANDA, P. A interação enfermeiro-doente: uma abordagem biantropológica. **Nursing**. Edição portuguesa. n. 88, ano 8, p. 28-32, maio, 1995.

MAZZA, V. M. A. **A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática**. Curitiba, 1998. 70p Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. **O jogo como recurso didático-pedagógico no ensino da comunicação**. Curitiba, 1998. (digitado).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 1996.

MORALES, E. et al. Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. **Cancer Nursing**. New York, v. 19, n. 6 : 464-469, 1994.

O VELHO MOINHO. Walt Disney. EUA: Home Vídeo, 1937, 10 min., colorido; 35mm.

PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. New York, G.P. Putnam's, 1952.

ROBERTS, J. E. Uncovering hidden caring. **Nursing outlook**, n. 2, v. 38, p. 67- 69, Mar./Apr. 1990.

RÚDIO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. 3. ed. Petrópolis : Vozes, 1999.

SADALA, M.L.A.; STEFANELLI, M.C.; Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira-paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.4. n. especial. 139-151, abril, 1996.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo : Gente, 1996.

_____. A enfermagem frente à necessidade de percepção do paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 114-119, set./dez., 1990.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente – teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

_____. **Ensino e técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente**. São Paulo, 1985. 163 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TANGRAM. São Paulo : S'ocio Indústria e Comércio de Brinquedos Ltda. 1991. 7 peças geométricas de madeira.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombia: Carvajal, 1979.

TIGHE, J. Está-me a ouvir? *Nursing*. n. 106, p. 27-29, ano 9, dez., 1996.

TRENTINI, M. ; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1999.

WAIDMAN, M. A. P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. Curitiba, 1998. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.