

Associação Brasileira de
Av. L-2 Norte - 600 - Módulo "B"
70.830 - BRASÍLIA-DF - BRASIL

C 686220
R 1402625
04/06/01
R# 8,75

ISABEL AMÉLIA COSTA MENDES

IMPLANTAR

Assoc. Bras. de Enfermagem

Recebido em _____

INTERAÇÃO VERBAL EM SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM
HOSPITALAR: ENFOQUE HUMANÍSTICO

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Interunidades Escola de Enfermagem de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

TESE
610.730699
10/19/12
1986

Ribeirão Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ 6
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Associação Brasileira de Enfermagem
Av. L-2 - Edifício "A" - 1º andar
70.030 - BRASÍLIA - DF - BRASIL

Orientador: Professora Doutora Emília Luígia Saporiti Angerami

Associação de Enfermeiros do Brasil
Av. L-2 nº 10 - Jd. São Paulo - Ribeirão Preto
70.800 - BRASIL

Esta pesquisa está vinculada à linha de Comunicação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

A tese ora apresentada está inserida num programa de pesquisas subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

... e feliz, iluminando-se, iluminava.
Esta é uma verdade.
Toda alma que se eleva, eleva o mundo.

E. Leseur

A vocês, *Luana* e *Saulo*, que com
sua felicidade e alegria ilumina-
nam e elevam o meu mundo, dedi-
co este trabalho.

"Se nós não somos, eu não sou"

(frase de Camus e espírito de Gabriel Marcel)

Esta tese não foi apenas uma tarefa. Foi um encontro de pessoas que comigo se comprometeram. Saio dela renovada, com alma nova, com novo estímulo, outro entusiasmo, sempre mais convencida de que a profissão não é um serviço, mas um compromisso.

A quantos para isso colaboraram, o meu agradecimento sincero.

A perspectiva do presente estudo originou-se de trabalhos realizados em colaboração com a Profa. Dra. Emília Luígia Saporiti Angerami, por quem temos carinho, respeito, admiração e a quem registramos nosso profundo reconhecimento pela orientação segura, pelo incentivo e por avivar nossa auto-confiança.

Nossa inexperiência na utilização do instrumento de Bales foi atenuada pela firme assessoria do Prof. Dr. Antônio Ribeiro de Almeida, que nos acolheu em seu departamento com cordialidade, oferecendo sugestões valiosas e estímulo.

Por ocasião de sua criteriosa colaboração à análise estatística, tivemos no Prof. Dr. Armando Mário Infante um exemplo de compromisso e responsabilidade.

Nossa maior gratidão pela presença constante e amigável da Profa. Maria Auxiliadora Trevizan que esteve à frente da coordenação dos meios para a realização desta pesquisa.

De modo especial, somos gratas aos sujeitos de interação aqui incluídos: pacientes, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem e aos observadores por sua laboriosa e atenta atuação.

Aos juízes manifestamos nosso reconhecimento pelo esforço, pelas horas dedicadas ao estudo das categorias de Eales, pelo árduo trabalho durante o treinamento e classificação das interações, e enfim pela responsabilidade assumida. A vocês, Elucir Gir, Hujico Enoki e Maria Suelly Nogueira, colegas de Departamento, o nosso muito obrigada.

As leituras recomendadas pelo Padre Francisco de Assis Correia, bem como suas pertinentes sugestões, trouxeram-nos esclarecimento e segurança.

Ao Prof. Dr. Salim Simão pelo estímulo e contatos propiciados visando uma assessoria estatística.

Elucidando dúvidas e fornecendo-nos comentários relevantes, o Prof. Dr. Alvinio Moser muito contribuiu para a ampliação de nossos horizontes.

À Profa. Maria Suelly Nogueira e à Profa. Maura Santeso Takakura pelo estímulo, apoio e compreensão.

À Maria Helena Abbud Silva pela dedicação ao trabalho de coleta dos dados.

Às docentes de Fundamentos de Enfermagem que nos substituíram em determinadas atividades, para que fosse possível o desenvolvimento desta pesquisa.

À Profa. Maria Lúcia Zanetti pelo zelo na elaboração das referências bibliográficas.

À Coordenadora do Programa de Enfermagem Doutorado Interunidades - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Profa. Dra. Nilza Teresa Rotter Pelá, o nosso reconhecimento pelo dinamismo que empreendeu a luta no sentido de agilizar o referido programa ao nível desta Unidade.

À minha mãe, o meu particular agradecimento, pela força e ensinamentos transmitidos no cotidiano.

S U M Á R I O

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO PRIMEIRO	
- PESSOA, PAPEL E STATUS: um problema clássico na vida profissional.	08
1.1 Pessoa: conceituação	10
1.2 Conceitos e definições de Papel e Status	18
CAPÍTULO SEGUNDO	
- INTERAÇÃO VERBAL ENTRE O GRUPO DA ENFERMEIRA E PACIENTES	24
2.1 Comunicação: abordagens teóricas.	25
2.2 A interação enfermeiro-paciente	37
2.3 Objetivos	45
2.4 Metodologia	46
2.4.1 População e amostra	46
2.4.2 Critérios de seleção de pacientes	47
2.4.3 Coleta de dados	47
2.4.4 Procedimento	48
2.4.5 Treinamento de observadores	50
2.4.6 Construção dos protocolos.	52
2.4.7 Treinamento dos juizes	53
2.4.8 Classificação da interação verbal	55
2.5 Estrutura teórica do paradigma categorial de Bales: instrumento da pesquisa.	56
2.6 Descrição, Análise e Discussão dos resultados.	62

CAPÍTULO TERCEIRO

- A CORREÇÃO HUMANÍSTICA: UMA PROPOSTA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.	99
3.1 Enfermagem: profissão como compromisso	107
3.2 Gabriel Marcel e a relação eu-tu	111
3.3 A enfermagem e uma forma de realização na relação eu-tu: a relação de ajuda.	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.	129
RESUMO.	133
SUMMARY	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	139
APÊNDICE A.	156
APÊNDICE B.	167
APÊNDICE C.	169

I N T R O D U Ç Ã O

Na longa prática de ensino de enfermagem sempre nos chamou a atenção a excessiva profissionalização da comunicação enfermeira-paciente. As próprias saudações, os pedidos de informação sobre o estado de saúde e as recomendações e sugestões técnicas são sempre expressadas numa forma pré-estabelecida, rotineira, técnico-profissional, sem mudanças. Por outro lado, tentamos em nosso trabalho diário mostrar aos alunos a necessidade de levar em conta outros aspectos do paciente e da profissão. Isto é, se o enfermeiro é uma pessoa, a sua interação verbal não pode ser pré-estabelecida de uma maneira automática, vestindo uniforme à linguagem da profissão. Sem cair nos perigos da transferência, é preciso que a interação verbal da enfermeira com o paciente fuja de um conteúdo que se limita ao cumprimento do seu papel instrumental, dentro de um processo que viabiliza unicamente o desempenho deste papel. Este é o ponto de partida deste trabalho.

Dito de outra forma, na atuação da enfermeira, do auxiliar e do atendente de enfermagem não se percebe, ou não se explicita, a presença de suas pessoas, mas só de seu papel. Esta situação determina uma identidade de atos comunicativos que, por sua vez, delinea uma relação profissional mecanizada e despersonalizada.

Dado o claro predomínio do papel sobre a pessoa do profissional, o conteúdo e a forma dos atos comunicativos caracterizam-se como artificiais e mecanizados uma vez que os pacientes têm sido vistos pelo pessoal de enfermagem como seu objeto de trabalho.

Apresenta-se-nos, então, uma circunstância que se con

trapõe a nossa conceituação de enfermagem e aos valores profissionais que temos há anos tentado transmitir aos nossos alunos, a quem temos insistentemente enfatizado o valor da pessoa do paciente e conseqüentemente a sua visualização e cuidado como um ser total.

Tomamos as conceituações de enfermagem que enfocam a experiência do paciente numa visão holística; tais conceitos de terminam a relação enfermeiro-paciente não apenas como um componente essencial da assistência de enfermagem, mas também como um tratamento em si.

Diante do problema apresentado, cabe-nos sugerir aos enfermeiros que examinem a maneira como eles estão encarando os seres humanos sob seu cuidado: como objetos a serem manipulados e tratados, ou como pessoas a serem cuidadas e compreendidas. E que a partir deste exame e de uma reflexão, tomem uma posição com relação à prática de sua profissão e à coordenação da assistência de enfermagem. De nossa parte, optamos pela segunda alternativa com base na argumentação que passaremos a apresentar.

Genericamente, para que uma relação profissional seja eficaz bastam os conhecimentos e habilidades técnicas próprias da profissão. Seria o relacionamento puramente profissional, dominado pela eficácia. Mas no caso de uma profissão da saúde, em que entram em relação a pessoa doente e os que a ajudam, o relacionamento muda de teor. Isto é, não se pode ficar no plano puramente técnico-profissional, pois o paciente não é apenas um ser acometido por uma doença. É uma pessoa, um eu; um eu com desejos, aspirações e vontade de viver e que se sente deslocado num hospital.

Em outros termos, o hospital não é o "habitat" do eu-doente, mas sim do eu enquanto está doente. O isolamento necessário, conseqüente à doença, é uma violência a qualquer pessoa

internada. Portanto, não é apenas a doença que agride, mas a própria circunstância e tudo quanto o cerca que agridem o paciente. Segundo Ortega y Gasset¹⁰³ "eu sou eu e minha circunstância". Acontece muitas vezes que os enfermeiros esquecem o eu e privilegiam a circunstância. Ora, a circunstância é a situação, o espaço e o tempo, e os significados por eles veiculados que envolvem o paciente. É a união inseparável do eu com tudo quanto o cerca que ele vê com olhos, senão novos, pelos menos diferentes, de vez que ele está numa posição forçada, que não dependeu de sua escolha. Certamente quando alguém está obrigado a ficar num leito, por melhores que sejam o conforto e o carinho profissional com que é tratado, é neste momento que o homem como pessoa sente o que significa a liberdade, exatamente por não poder usufruir dela, ou sentir limitado o seu uso.

Surge assim o hospital como um novo mundo para o paciente. Este mundo novo torna-se mais patente à medida em que percebe que está perdendo, ou está afastado, ou isolado do seu mundo cotidiano. Mundo significa um espaço semântico atravessado de significações que partem do eu para o circundante, e do que o envolve ou rodia até ele. Há, portanto, uma mútua imbricação: o hospital, o leito, a aparelhagem, as outras pessoas doentes, os médicos que ele vê raramente, o atendente, o auxiliar de enfermagem e a enfermeira determinam ou constituem o mundo, no sentido de construção ou de reconstrução da realidade - o mundo do paciente; por sua vez, o doente também cruza todos os seus significados e conhecimentos, aspirações e expectativas, reconhecimento e descobertas, receptividade e preconceitos com todo o conjunto acima referido.

Mundo não é o mesmo que cosmos descrito pela ciência, depósito de objetos, de pessoas, de relacionamentos em terceira pessoa. Ser tratado em terceira pessoa, quando não como objeto, é quando muito promover o espaço e o tempo de localiza

zação dos indivíduos a um habitat. Transformar o cosmos ou o lugar vivido, ou a circunstância, em mundo é promover o paciente à segunda pessoa, tratando-o como tu. Por outro lado, esta promoção consiste também em portar-se não mais como um técnico, um mercenário, um assalariado solícito, mas como alguém que também é o eu e é capaz de compreensão, de carinho e atenção através de uma interação.

Este posicionamento nos leva a uma revisão dos conceitos de pessoa, papel e status que nos fornecerão as bases teórico-filosóficas para defendermos o ponto de vista de que o paciente deve ser visto como pessoa e, como tal, deve receber uma assistência de enfermagem personalizada. Estas bases são apresentadas no capítulo primeiro.

A interação verbal do grupo da enfermagem com pacientes foi o indicador por nós selecionado para este estudo, tendo em vista que uma análise desta interação poderá traduzir o enfoque da assistência. Em outros termos, se os profissionais têm no paciente um objeto de seu trabalho mantêm com ele uma relação calcada no desempenho de papéis - o papel do paciente e o papel do enfermeiro; por outro lado, se o paciente é visto e tratado como pessoa a relação entre eles é caracterizada como pessoal com o propósito de tomar efetiva uma assistência personalizada.

Entre os estudiosos de comunicação interpessoal há uma convergência de pontos de vista para o fato de que do encontro de duas pessoas emerge uma reação que, sendo positiva, provoca uma afinidade que estimula a comunicação. Esta afinidade é conhecida como relacionamento interpessoal. Existem dimensões de relacionamento que influenciam o clima e o fluxo de comunicação entre as pessoas numa interação; esta influência determina a natureza e o grau de mudança experimentado pelas pessoas no encontro.

Por estar mediata ou imediatamente interessada em pesoas, a enfermagem é comumente definida como um processo inter pessoal. Numa única interação há um fluxo e refluxo de influências no momento em que a enfermeira e o paciente se observam e comunicam entre si pensamentos, sentimentos e atitudes. Os objetivos da enfermeira nesta interação geralmente residem em conhecer o paciente, identificar e satisfazer as necessidades de dele e assim alcançar o propósito da enfermagem: assistir o indivíduo, família ou comunidade na prevenção da doença e cooperar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar significado nestas experiências. Desta forma, a comunicação é um meio através do qual se pode alcançar as metas do processo interativo para alcançar o propósito da enfermagem.

O capítulo segundo apresenta um estudo de campo sobre a interação verbal do grupo da enfermagem com pacientes num hospital-escola, que foi levado a efeito em busca de uma detecção dos padrões de interação verbal dos integrantes do grupo estudado. Tendo sempre em perspectiva que estes padrões de interação podem indicar qual é o enfoque da assistência, selecionamos um instrumento comprovadamente útil na diferenciação do comportamento verbal e que possibilita a classificação das interações em categorias que podem ser centradas em tarefas ou centradas em relacionamentos. Trata-se do Paradigma Categorical de Bales.

Os resultados encontrados no estudo de campo e as conclusões alcançadas determinaram a nossa meta de chegada: a apresentação de duas propostas para a solução do problema. A primeira, de ordem filosófica, compreende uma correção humanística para a perspectiva funcionalista que marca a assistência de enfermagem do hospital onde o estudo foi realizado. Entendemos que uma perspectiva humanística poderá corrigir as distorções

provocadas pelo caráter funcionalista da assistência prestada ao paciente. As bases para esta proposta têm origem no humanismo existencialista de Gabriel Marcel. A segunda, de ordem prática, compreende uma correção operacional para a forma de prestar a assistência de enfermagem. Esta correção poderá ser feita através de uma modalidade de assistência com as características do *primary nursing**. Através dela poder-se-á alcançar melhores níveis de interação entre o pessoal de enfermagem e os pacientes e em consequência, uma assistência de mais alto nível. Acreditamos que só através de uma sistematização cuja divisão de trabalho se fundamente na pessoa e não apenas na tarefa poderia viabilizar a correção humanística proposta. A nossa meta de chegada está inserida no capítulo terceiro.

* Modalidade de assistência de enfermagem utilizada na enfermagem americana, cujas características são encontradas na pág.125.

CAPÍTULO PRIMEIRO

PESSOA, PAPEL E STATUS. Um problema clássico na vida profissional

1.1 Pessoa: conceituação

1.2 Conceitos e definições de
Papel e Status

Três dimensões do ser, enquanto profissional, devem manter-se em integração em sua personalidade para que ele se realice profissionalmente e enquanto pessoa. Estas dimensões são a pessoa, o papel e o status.

Se as representarmos em três circunferências sobrepostas, a mais central seria a dimensão da pessoa, a intermediária a do papel e a externa a do status.

Ocorre que o homem, principalmente em nosso século, tem demonstrado dificuldade para equilibrar estas três dimensões no exercício de sua profissão, dadas a pressões dos sistemas em que ele está inserido. Não obstante esta dificuldade, reconhece-se como ideal e desejável que o profissional consiga uma integração constante destas três dimensões, que ele consiga mantê-las em intercâmbio, para que possa impedir que sua dimensão pessoa seja suplantada por sua dimensão papel sob pressão do sistema, com sua estrutura e toda sua complexidade. É sabido que para o sistema pouco importam as necessidades humanas do profissional. As necessidades consideradas são fundamentalmente as do sistema, uma vez que, no seu contexto, o profissional não existe enquanto pessoa, mas como um objeto da produção que determina a posição de cada um.

No entanto, o que importa no exercício profissional é o homem, ou seja, a pessoa do profissional. É ele que poderá ou não imprimir uma marca humanizante ou desumanizante no desempenho de suas atividades. Estando vinculado a uma área em que o centro das atenções é a pessoa doente, como no caso do enfermeiro, mais realce ainda deve ser dado à necessidade da integração

daquelas três dimensões, para que ele tenha condições de tratar o paciente como pessoa; aí a relação será caracterizada como uma relação pessoa-a-pessoa. Na ausência desta integração, a sua relação com o doente será uma relação enfermeiro-paciente.

A valorização do homem como pessoa é uma premissa básica para a humanização no contexto da enfermagem, onde deve haver valorização tanto da pessoa do enfermeiro* como da pessoa do doente. Sendo valorizado como pessoa, o enfermeiro reconhecerá a importância do seu desempenho não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização. Terá condições de ver no doente uma pessoa, e através desta ótica nortear sua conduta profissional.

Passamos a explorar os conceitos de pessoa, papel e status neste capítulo, não só pelo fato de que a dificuldade no seu equilíbrio constitui um problema na vida do profissional, mas também porque eles permeiam toda comunicação e, por conseguinte, são fundamentais para a descrição e análise deste fenômeno.

1.1 Pessoa: conceituação

Pessoa é um termo que não existia entre os gregos.

Segundo Mounier⁹⁸ o termo usado na cultura helênica seria *prosopon*, que significa "aquele que se opõe" ou se afirma perante os outros. O indivíduo é considerado membro da *polis*, possuidor de razão e de vontade, como se nota nos diálogos

* Utilizamos a designação enfermeiro por economia, nela incluindo todo o grupo da enfermagem.

de Platão e na filosofia Aristotélica, em especial na *Ética a Nicômaco*², em que era visto como substância dotada de inteligência e dirigida para o bem. A finalidade do homem, como animal racional, era atingir a perfeição de sua essência. Essência, existência e substância definiam o homem.

Com os romanos introduz-se a palavra *persona*. Esta indicava as vestimentas características, de modo especial a máscara, que identificavam os personagens ou atores do teatro romano. De certa forma o papel de uma peça era consubstanciado, definido e caracterizado por esta máscara *persona*. Para esclarecer, alguém que usasse determinada máscara já tinha definida a sua atuação naquele espetáculo teatral.

Foi no século VIII que Boécio¹⁸ definiu a pessoa como "*substância completa, de natureza racional, responsável por seus atos*". Esta definição lapidar consubstancia ao mesmo tempo a cultura cristã que vê no homem um ser digno por si (cujo valor lhe é intrínseco), a filosofia escolástica pela importância dada à substancialidade e racionalidade, e enfim a sabedoria romana, jurídica, pela identificação da pessoa e responsabilidade.

Não cabe aqui uma explanação maior dos conceitos jurídicos e filosóficos atinentes à pessoa, pois nos levaria a considerações por demais longas; contudo, queremos salientar que permanecem como pano de fundo na nossa análise, desde que esta análise não está desligada nem da nossa cultura, nem de nossa formação de brasileiros.

Para Gabriel Marcel⁸⁹ o homem não pode ser reduzido a objeto, como algo adiante de nós que poderíamos analisar ou examinar. Essa impossibilidade de redução do homem ao objeto indica seu ser em excesso, sua transcendência sobre os outros entes. Por essa razão é que ele critica a técnica enquanto es

ta reduz o homem a um conjunto de funções, como se fosse uma máquina. "No mundo de hoje pode-se dizer que um ser perde tanto mais a consciência de sua realidade íntima e profunda, quanto mais depende de todos os mecanismos cujo funcionamento lhe assegura uma vida material tolerável. Estaria tentado a dizer que seu centro de gravidade e sua base de equilíbrio se tornam exteriores a ele, que ele se coloca cada vez mais nas coisas, nos aparelhos dos quais depende para existir. Não seria demais dizer que mais o homem em geral chega ao domínio da natureza, mais o homem em particular é feito escravo desta mesma conquista" 89.

Em outros termos, ao invés de utilizar a técnica para se engrandecer, para melhor conduzir sua existência para o caminho do seu ser, o homem a emprega para manipular o outro, para conduzi-lo como uma peça anônima numa imensa engrenagem que serve a alguns para explorar a outros. Como muito bem lembra Parain-Vial¹⁰⁵, neste tópico as críticas de Gabriel Marcel coincidem com as de Marx quando este examina a alienação humana e a exploração do trabalho. O esvaziamento do homem pelas manipulações técnicas, desde as técnicas que envolvem aparelhos até as técnicas de caráter psicológico, é denominado de "técnicas de aviltamento" de "violação das massas", que vai até a lavagem cerebral. A técnica, além do mais, encerra o perigo de suscitar um sentimento de idolatria que se seguiria à admiração e euforia conseqüentes aos êxitos que conseguem obter em todos os campos.

As considerações do pensador existencialista e cristão, que já antecipam as críticas ao estruturalismo, procuram mostrar o desnudamento que a civilização atual fez do homem, despojando-o de sua identidade.

Daí nascem as considerações de Marcel pondo o homem como mistério. E mistério, para ele, é qualquer coisa na qual a pessoa se encontra engajada, ou com a qual a pessoa se encon

tra inteiramente comprometida e "não apenas comprometida parcialmente por algum aspecto determinado e especializado de mim mesmo mas, ao contrário, engajado inteiramente enquanto eu realizo uma unidade que, por outro lado, por definição não pode jamais apreender-se a si mesma e pode ser somente objeto de criação e de fé"⁸⁹.

O homem-problema seria um conjunto de dados que estaria inteiramente diante de nós e que, portanto, podemos equacioná-lo adequadamente para a solução do mesmo. No mistério, porém, abole-se a diferença entre o em mim e o diante de mim.

Ao tratar da condição humana, Marcel diz: "vamos diretamente à colocação a nu da condição humana e de suas implicações. Mas a característica desta condição humana consiste em que não é assimilável a uma estrutura objetiva e pré-existente que se poderia descobrir nela. A condição humana, quaisquer que sejam os fundamentos sobre os quais ela repousa, aparece como dependente, de qualquer maneira, daquilo que ela é, do modo mesmo segundo o qual ela se compreende. É aquilo que em nossos dias Heidegger me parece ter reconhecido com uma admirável nitidez... o homem depende numa larga medida da idéia que ele faz de si mesmo e esta idéia não poder ser degradada sem ser ao mesmo tempo degradante"⁸⁹.

Eis a importância da reflexão sobre o reconhecimento do homem por si mesmo como raiz de sua própria identidade. É a indicação de vida interior do homem, de sua consciência como base de seu ser e de sua existência. Ora, a consciência traz consigo a necessidade de liberdade. E a liberdade na característica expressão de Gabriel Marcel faz com que o homem tenha a dupla possibilidade de transformar o ser em ter e de converter ou de transmutar o ter em ser.

As análises do pensador francês a esse respeito são

clássicas, e objeto de seu livro *Être et Avoir*⁸⁶. Ser e ter não se justapõem: se o homem se definir pelo ter renunciará ao seu ser, da mesma forma que ao se definir como ser deixará de se assimilar ao ter ou às suas posses. O homem tanto pode se degradar transformando-se em ter, como pode se sublimar passando do ter ao ser, e esses movimentos jamais são acabados - produzem-se continuamente.

No meio das forças que o puxam para o ter e dos impulsos que o levam para o ser, o homem procura constituir-se como pessoa, como sujeito, como um eu. E então ele *"se torna simultaneamente escravo de seu eu (isto é, da imagem que ele faz de si mesmo) e da imagem que ele gostaria de dar aos outros. Ao mesmo tempo que está preocupado consigo mesmo pode ser hipnotizado pelos outros"*¹⁰⁵.

Poderá então haver excessos de busca na direção centrípeta, egocêntrica ou narcisista, e na orientação centrífuga, na projeção da própria imagem, que podem deturpar os papéis que alguém precisa exercer.

Finalmente, Gabriel Marcel define o homem como amor, pois é no amor que se toma conhecimento de que a noção *"limite de uma pessoa"* não possui significado. Uma pessoa é mais do que sabemos dela.

Contudo, para melhor explicar o que é a pessoa humana vamos defini-la em três outras características, levando em consideração as contribuições da filosofia existencialista, e de Gabriel Marcel em particular. Portanto, as características definitórias de homem podem ser classificadas* como assinala-se a seguir: a) encarnação; b) temporalidade e historicidade e c) intersubjetividade.

a) **Encarnação:** Todo homem é um ser corporal, localizado espaço-temporalmente. Vale dizer que isto refuta todas as

* Dedução das obras: Fenomenologia da Percepção (Merleau-Ponty); Ser e Nada (Sartre); Les Hommes contre l'Humain (G. Marcel), segundo o faz Luijpen, W. - Introdução à fenomenologia existencial, EPU/EDUSP, São Paulo, 1973.

tentativas de considerar o homem como ser abstrato puramente racional, ou como um anjo. O homem não é um corpo e uma alma, como o queriam Platão e Descartes, por exemplo, nem tampouco apenas um corpo, como os materialistas pretendem, desde de La Mettrie até os materialistas do nosso tempo, passando por Pavlov e Skinner. O homem é, antes de tudo, *anthropos*, a saber: corpo e alma, no sentido que "eu sou o meu corpo" como "eu sou *minha alma*", se nós quisermos usar o termo alma. Se não o desejarmos, diremos que somos irremediavelmente uma unidade. Nesta unidade há uma imanência, uma impenetrabilidade: existe, portanto, um núcleo intransponível no interior do homem; e até onde o outro jamais poderá aceder.

Porém, não significa isto que o eu é um ser isolado. O eu é um ser em primeira pessoa que está essencialmente ligado ao seu mundo, a sua circunstância como já o assinalamos. A encarnação é a designação desta inserção do homem no mundo. Indica de modo especial o corpo enquanto meu corpo, pois é por ele que eu sinto minha presença no mundo, e é por ele que me torno presente aos outros. Todas essas dimensões são consideradas por Marcel, de modo especial quando ele trata a encarnação como situação. Também fala ele especificamente de que não é possível estabelecer a divisão do homem, distinguindo nele vários princípios.

b) **Temporalidade e Historicidade:** Se o homem é corpo, está submetido ao tempo e à história. Ao tempo, na medida em que suas ações não poderão jamais ser repetidas. Não há ensaio para a existência humana. Toda ação é definitiva, pois quando a recomeçamos fazemos outra ação. Kundera⁷⁴ salienta este fato, da irrepetibilidade da existência individual e do mito do eterno retorno. Mostra isso a verdade do aforisma clássico: "*Fugit irreparabile tempus*". Ou, como dizia Sartre¹²¹, "*nós*

só perdoamos realmente os mortos, pois eles não podem tornar a nos magoar". Ora, a fugacidade do tempo não anula a sua permanência. O passado não deixou de existir, mas é o que foi. O presente é fruto do passado e grávido do futuro, e é isto que torna a existência humana histórica. Ser histórico significa não estar apenas submetido à corrosão temporal, mas ter a possibilidade de decidir da própria existência pela escolha livre. Pode-se dizer que o homem como liberdade é um dom que ele faz a si mesmo, de si mesmo pelas suas escolhas. Somos o que decidimos, até certo ponto. A historicidade nasce no momento em que tomamos consciência deste fato, pois a partir deste momento seremos sujeitos da nossa história, com todas as consequências de responsabilidades e de liberdade.

No dizer de Idígoras⁶⁵, *"a propriedade humana que torna o homem irrepitível e pessoa está, antes de mais nada, na sua liberdade. Ao contrário dos objetos ou animais, o ser humano possui uma consciência e uma liberdade que, de certa forma, o tornam centro do cosmos e sujeito de responsabilidades. A liberdade faz do indivíduo um ser diferente de todos os outros, dono do seu destino e com uma missão insubstituível"*.

Apesar de o homem, como indivíduo, poder ser tomado como um dos inúmeros exemplares da espécie humana, ele nunca pode ser considerado como um número, uma peça da totalidade. Sublinhando as palavras de Idígoras⁶⁵, diríamos que o elemento que mais caracteriza o ser humano, isto é, que o faz pessoa, está em que ele "é sempre um fim em si, que vive para si e possui um destino próprio e intransferível". Daí a unicidade e irrepitibilidade da pessoa, da incapacidade de ela ser suprida por outra. Desta forma, *"a pessoa é como que uma maravilhosa conexão entre o universal e o particular"*⁶⁵.

Ou, dito de outro modo, entende-se que a idéia de pes

soa é diversa da idéia de indivíduo. Por homem-indivíduo, entende-se o homem dentro de sua espécie, porém com suas peculiaridades: peso, forma, cor, etc.. Por homem-pessoa, entende-se tratar-se daquilo que lhe é singular, inconfundível, único e irrepetível.

c) **Intersubjetividade:** poderia parecer, ao ler as considerações anteriores, que o homem se encerraria numa torre fechada sobre si mesmo, torre de egocentrismo, como consequência de seu modo de agir dirigido pela imanência ou individualismo. Mas a historicidade e a encarnação somente terão seu pleno significado a partir do momento que o eu estiver frente a um tu, um outro eu. A filosofia atual, acatando as influências da sociologia e da psicologia não pode ficar alheia a esta terceira dimensão do homem enquanto pessoa - alteridade, que é uma fonte de reflexão do nosso século. Ser homem, ser pessoa é **ser-com-os-outros-no-mundo**, como muito bem o analista Heidegger e os fenomenólogos existencialistas, aos quais remetemos para maiores considerações.

Diz-se, com razão, por isso, que pessoa é encontro interpessoal. Isto é, é ser da palavra e do amor. Sua estrutura é dialogal ou responsorial, por encontrar-se sempre em contato com os outros. A pessoa torna-se pessoa na relação, no encontro e na comunhão interpessoal. Isso se dá sempre através do outro que lhe fala, o ama, o promove no sentido de ser mais e não simplesmente ser-mais-um.

É através das relações interpessoais, sem preocupação de "utilidade" ou de "produtividade", que o homem se torna pessoa. Ou, é através de relações "inúteis" que se tem o sentido pessoal. São essas relações que tornam a pessoa **sujeito** e protagonista de sua própria vida e do que lhe dá sentido.

A despeito de ser um fim em si, é através do relacionamento interpessoal que a pessoa realiza-se, porque é no

encontro com o outro que emerge a consciência de si próprio e do valor pessoa. Assim sendo, *"a pessoa é o antitético do isolamento individualista. Ser pessoa é viver a dimensão nova e antiutilitarista do encontro de dois seres, que individualmente são fins em si mesmos, mas que só se realizam como fins precisamente através dessa mútua descoberta e dessa valorização pelo diálogo. Ser pessoa é viver em diálogo com outras pessoas, em uma abertura nova e receptiva em relação ao outro"*⁶⁵.

Contudo, se fizemos esta pequena análise das dimensões da pessoa humana é porque elas não devem ser esquecidas quando tratarmos do papel e do status que faremos a seguir.

1.2 Conceitos e definições de Papel e Status

Vamos considerar as relações entre indivíduos, dos indivíduos com o grupo e dos grupos entre si, sempre dentro das considerações feitas sobre a pessoa e o mundo. Estarão sempre presentes como pano de fundo ou em filigrana. Contudo, são necessárias algumas considerações sociológicas específicas sobre papel e status, levando em conta a contribuição de vários autores.

Os cientistas sociais para descrever o comportamento humano em situações sociais empregam o conceito de papel. Como se sabe, a idéia derivou do teatro e o que subjaz na era contemporânea é um conjunto de idéias complexas e frequentemente confusas que devem ser levadas em consideração quando se de seja utilizar o conceito de papel.

Papel, na definição de Mendras⁹¹, é o conjunto de expectativas que dirigem o comportamento do indivíduo numa posição dada. Este conjunto compreende atitudes, valores e comportamentos atribuídos pela sociedade a pessoas que ocupam posições específicas.

Inevitavelmente, desde o momento do nascimento, as energias da criança são direcionadas para uma variedade de papéis ou conjunto de ações que contribuem para a sustentação de um sistema social.

Em nossa sociedade verifica-se um crescente predomínio da organização do trabalho, a ponto de as organizações humanas serem definidas como sistemas de papéis. Estão inseridos nesta engrenagem os problemas de combinação de papéis com os quais cada indivíduo tem que conviver, enfrentar e adaptar-se. Qualquer que seja a situação em que um indivíduo se encontre, ocupará um papel em relação a outras pessoas. A maneira peculiar de ação de um dado indivíduo em determinado papel estará na dependência de dois conjuntos de influências: a) suas próprias energias (personalidade, habilidades e atributos); b) as energias da situação. De acordo com Handy⁵⁹ a personalidade é influenciada pelas situações às quais é exposta; por outro lado, a situação depende, até certo ponto, das personalidades envolvidas.

Segundo Moreno⁹⁵, papel refere-se à maneira de agir que o indivíduo adota no momento específico em que reage a uma dada situação, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos.

Sarbin e Allen¹²⁰ relatam que a psicologia social conceituou papel como um conjunto organizado de comportamentos que são ativados quando o indivíduo ocupa uma posição, num contexto de papéis complementares.

O conceito de papel é estudado em composição com o conceito de status.

Status e papel foram enfatizados por Linton⁷⁸ como fundamentais para a análise da estrutura social. Este autor diz que o funcionamento da sociedade depende da existência de pa-

drões de comportamento recíproco entre os indivíduos, ou grupos de indivíduos. As posições polares nestes padrões de comportamento recíproco são tecnicamente denominadas status. O indivíduo é socialmente investido num status e o ocupa em relação a outros. O autor em questão definiu papel com base em estudos sobre aspectos culturais do comportamento do homem; observou o que a sociedade atribui e o que o indivíduo adquire em termos de papéis sociais. Segundo ele, o papel representa o aspecto dinâmico do status; desta forma, o desempenho de papel é determinado pelo status. Diz que status é simplesmente um conjunto de direitos e deveres do indivíduo que o ocupa e que ao efetuar os direitos e deveres que constituem o status, o indivíduo está desempenhando um papel. Afirma que *"embora todos os status e papéis provenham de padrões sociais e sejam partes integrantes de padrões, têm função independente em relação aos indivíduos que ocupam status e exercem os papéis correspondentes. Status e papel, combinados, representam o mínimo de atitudes e de comportamento que esses indivíduos devem assumir para tomar parte na manifestação expressa do padrão. Status e papel servem para reduzir a termos individuais os padrões ideais da vida social. Tornam-se modelos para a organização das atitudes e dos comportamentos individuais, de maneira a torná-los coerentes com os dos outros indivíduos que tomam parte na manifestação de um padrão"* 78.

Resumindo, status é definido como um conjunto de posições de um indivíduo que o situa em determinada estrutura social e determina ou condiciona o exercício do papel.

Segundo Linton⁷⁸ *"é óbvio que enquanto não houver interferências exteriores, quanto mais perfeitamente os membros de qualquer sociedade se ajustarem a seus status e papéis, tanto mais suavemente funcionará a sociedade. Em suas tentativas*

para obter esses ajustamentos, toda sociedade se coloca entre as pontas de um dilema. Há, em todos os sistemas sociais, certos papéis que requerem mais que adestramento para que sejam desempenhados eficientemente - a utilização dos dons especiais dos indivíduos talvez seja altamente importante para a sociedade".

Entretanto, esperar pela manifestação desses dons para atribuir os papéis aos indivíduos, prejudicaria as vantagens de adestramento desde a infância. Por outro lado, pode-se levar em consideração que um indivíduo normal pode ser treinado para o exercício adequado de quase todo papel. Na busca de uma solução para esse dilema, as sociedades desenvolveram dois tipos de status: - status atribuído e status adquirido. Linton⁷⁸ ressalta os status atribuídos como aqueles que são designados aos indivíduos sem que haja uma preocupação com as diferenças de capacidades inatas. Assim sendo, o indivíduo pode, já ao nascer, ser destinado a um status e para isso começa a ser treinado desde a infância. Já os status adquiridos requerem qualidades especiais; ficam entregues à competição e ao esforço individual. De acordo com este autor, os status atribuídos compõem a massa de todos os sistemas sociais que devem ser construídos com base nos potenciais dos indivíduos médios, que não possuem nem dons, nem habilidades especiais - esses indivíduos podem ser adestrados para ocupar quase todos os status e desempenhar de maneira adequada os papéis a eles associados.

O fato de citarmos Ralph Linton se prende a uma preocupação em mostrar a emergência histórica dos conceitos em questão.

Vale lembrar também as considerações de Kast & Rosenzweig⁷⁰, para quem o status refere-se à graduação ou estratificação das pessoas em um sistema social, uma vez que ele envolve graus de prestígio; acrescentam ainda que o conceito de papel relaciona -

se com as atividades de uma pessoa em determinado cargo. Esse conceito especifica o comportamento que se espera que ela apresente quando ocupa determinado cargo no sistema social ou organizacional. Desta forma, fica evidenciada a relação entre o papel do indivíduo e o seu comportamento. Estes autores dizem que as organizações humanas podem ser definidas como sistema de papéis e que, para fins de prognóstico de comportamento de uma organização é necessário que se enfatize os atos e os acontecimentos. Nesses estudos são importantes perguntas como: que se passa na organização? Como se passa? Sabe-se que certas atividades são atribuídas a determinados cargos da organização, e que o conjunto completo destas atividades constitui o papel do ocupante daquele cargo. Nas organizações existem documentos formais, como as descrições de cargos, que especificam as atividades de determinadas posições, bem como o modo de relacionamento destas posições com as demais que compõem a organização. Os sistemas de status e de papéis, quer sejam estabelecidos de modo formal, ou não, integram qualquer tipo de organização que conte com qualquer número de pessoas.

Do ponto de vista parsoniano, numa análise macroscópica do sistema social, convém usar uma ordem mais elevada de unidade, acima do ato, que é o status-papel. *"Desde que um sistema social é um sistema de processos de interação entre agentes, é a estrutura de relações entre os agentes, quando envolvidos no processo interativo, que consiste essencialmente a estrutura do sistema social. O sistema é uma rede destes relacionamentos. Cada agente individual é envolvido numa pluralidade de tais relacionamentos interativos, cada um com um ou mais parceiros no papel complementar. Portanto, é esta participação de um agente num relacionamento interativo associado que é a unidade mais significativa do sistema social"*¹⁰⁷. Segundo Parsons,

esta participação tem dois aspectos principais: 1) o aspecto posicional, ou seja, a localização do agente em relação a outros no sistema social; este aspecto é chamado de status; 2) o aspecto processual, isto é, o que o agente faz em suas relações com os outros, visto no contexto de sua significância funcional para o sistema social; este aspecto é denominado por Parsons como papel. Assim, para este autor, papel é o setor organizado de orientação de um agente que constitui e define sua participação num processo interativo. Compreende um conjunto de expectativas complementares que dizem respeito às suas próprias ações e às dos outros que com ele interagem¹⁰⁷.

Com relação à utilização do conceito de papel na profissão de enfermagem, vários são os autores que a ele se dedicaram. No entanto, vamos nos ater à definição de King, para quem diversos elementos contribuem para dar significado ao conceito de papel: "1) *papel é um conjunto de comportamentos espe*rados quando se ocupa uma posição num sistema social; 2) *regras ou procedimentos definem direitos e obrigações numa posição den*tro de uma organização; 3) *papel é um relacionamento com um ou mais indivíduos interagindo em situações específicas com um propósito"*⁷². A partir destes elementos, King assim define o **papel da enfermeira**: "*uma interação entre um ou mais indivíduos que vêm a uma situação de enfermagem na qual as enfermeiras executam funções de enfermagem profissional com base em conhecimento, habilidades e valores identificados como enfermagem. As enfermeiras usam conhecimento, habilidades e valores para identificar os objetivos em cada situação e para ajudar os indivíduos no alcance destes objetivos"*⁷².

CAPÍTULO SEGUNDO

INTERAÇÃO VERBAL ENTRE O GRUPO DA ENFERMAGEM E PACIENTES

- 2.1 *Comunicação: abordagens teóricas*
- 2.2 *A interação enfermeiro-paciente*
- 2.3 *Objetivos*
- 2.4 *Metodologia*
 - 2.4.1 *População e amostra*
 - 2.4.2 *Crítérios de seleção de pacientes*
 - 2.4.3 *Coleta de dados*
 - 2.4.4 *Procedimento*
 - 2.4.5 *Treinamento de observadores*
 - 2.4.6 *Construção dos protocolos*
 - 2.4.7 *Treinamento dos juizes*
 - 2.4.8 *Classificação da interação verbal*
- 2.5 *Estrutura teórica do paradigma categorial de Bales: instrumento de pesquisa*
- 2.6 *Descrição, Análise e Discussão dos resultados*

O referencial apresentado no capítulo anterior foi adotado como base para sustentar o pressuposto subjacente a este estudo de campo, ou seja, o de que ocorre entre o grupo da enfermagem e pacientes uma interação verbal estritamente indispensável para o desempenho do papel instrumental de seus integrantes.

Incluimos neste capítulo a apresentação de algumas abordagens teóricas sobre comunicação - considerada como um dos instrumentos básicos da enfermagem, seguida por uma revisão de pesquisas que envolveram a interação enfermeira-paciente, levando em consideração os seguintes aspectos: a) o desempenho e as expectativas de papel influenciam as interações; b) através das interações o homem estabelece relacionamentos com o outro; c) a comunicação é o veículo pelo qual as relações humanas são desenvolvidas e mantidas; d) os comportamentos observáveis entre dois indivíduos constituem a unidade de análise das interações humanas.

Limitar-nos-emos neste estudo à análise da interação verbal que medeia todas as ações profissionais desenvolvidas diretamente com o paciente.

2.1 Comunicação: abordagens teóricas

A grande variedade de publicações surgidas recentemente sobre processos e problemas relacionados à comunicação humana tem provocado tanto efeitos positivos quanto negativos. Como efeitos positivos verifica-se que a atenção a esta área tem produzido um fortalecimento da consciência da essencialidade da

comunicação interpessoal para determinadas profissões; em consequência desta conscientização, a ênfase no desenvolvimento de habilidades de comunicação tem sido aumentada. Como efeito negativo aponta-se o fato de que a expansão de publicações no setor fez com que a amplitude do assunto passasse a abranger todo o comportamento social humano; dado o grau dessa abrangência, reconhece-se que não há limites para as habilidades que devem ser aprendidas pela pessoa ou pelo profissional para levar a efeito uma comunicação eficaz.

Alguns autores têm se dedicado à exposição do problema por detectarem uma certa confusão existente no estudo da comunicação humana em decorrência de uma diversidade de conceitos enunciados^{38, 97}.

Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim *communicare* que significa por em comum. Segundo Penteado¹¹², comunicação é convivência, está na raiz da comunidade que nada mais é do que um agrupamento caracterizado por forte coesão derivada do consenso espontâneo entre os seus componentes. Para esclarecer, o autor explica que o consenso supõe a existência de um fator decisivo na comunicação humana, que é a compreensão que ela exige para que as idéias, imagens e experiências sejam colocadas em comum. Assim fica delimitado o grande objetivo da comunicação: o entendimento entre os homens.

A natureza interdisciplinar da comunicação humana foi colocada em evidência por Pluckhan¹¹⁴ que atesta os empréstimos que a comunicação fez das ciências sociais, das humanidades e das ciências físicas, tanto de conceitos e teorias como de metodologias. Afirma a autora: "*Não existe uma teoria da comunicação humana, mas a maioria das teorias propostas inclui substância dos campos da psicologia, sociologia, antropologia, lingüística e cibernética*" donde a existência de várias defi-

nições de comunicação. Procuraremos fornecer a seguir algumas indicações da variedade destes conceitos e definições.

Segundo Brasil²², o fenômeno da comunicação pode ser examinado em um sentido muito amplo, que trata da matéria como qualquer forma de interação que possa ocorrer desde o mundo inorgânico até o mundo superorgânico ou cultural, passando pelas diversas formas de interação de seres vivos entre si e com o ambiente físico .

O processo de comunicação é, para Menezes⁹², o sistema básico da experiência social. Ele é fundamental no desenvolvimento da personalidade humana, na emergência da vida grupal e no surgimento e elaboração da cultura. Ressalta ainda o autor que, embora não haja consenso absoluto entre os cientistas sociais a respeito de como definir comunicação, eles estão de acordo em considerá-la como forma de interação e em destacá-la pelo menos os seguintes elementos: o emissor, a mensagem, o receptor, o contexto e o efeito. King⁷², por sua vez, define comunicação como um processo através do qual se transfere informação de uma pessoa para outra, seja diretamente em encontros face a face ou indiretamente através de telefone, televisão ou de formas escritas. Assim sendo, para esta autora a comunicação é o componente de informação das interações.

Para Cherry³³ a comunicação é uma questão essencialmente social e, dentre os vários sistemas de comunicação criados pelo homem, a linguagem se coloca como o mais importante: *"uma conversação forma um vínculo bidirecional de comunicação; há uma medida de simetria entre os partícipes e mensagens passam de lá para cá. Existe uma ação cíclica, contínua de estímulo resposta; comentários suscitam outros comentários, e o comportamento dos dois indivíduos se torna combinado, cooperativo e orientado para algum objetivo"*.

Acreditamos que a nossa expectativa quanto à comunicação enfermeira-paciente esteja em sintonia com o objetivo da comunicação expresso por Berlo¹⁶. Se nos reportamos a uma situação hospitalar observaremos que o paciente hospitalizado percebe uma diminuição no controle sobre o seu comportamento, sobre a conduta dos outros, e sobre o ambiente físico em que situa; esta diminuição sentida e vivida por ele se dá na medida do grau de dependência em que ele se encontra. Se ele depender parcialmente do pessoal que o assiste, ele ainda terá algum controle sobre o seu próprio comportamento, sobre a conduta dos que se acercam dele e sobre o ambiente em que se encontra; no entanto, se o seu grau de dependência for total, se ele depende dos outros a nível de ajuda para tudo o que precisar, ele não terá nenhum controle sobre si e sobre a situação. Na maioria das vezes, pelo próprio stress vinculado à doença, ele está totalmente sob a influência de quem exerce algum tipo de autoridade sobre ele e assim sente-se incapaz de influenciar de modo intencional o meio em que se localiza.

Vale repetir afirmações de Berlo¹⁶ de que a comunicação é a base da ação recíproca entre o homem e o homem, cujo objetivo básico é alterar as relações originais entre o seu próprio organismo e o ambiente em que se encontra, é reduzir a probabilidade de que ele seja simplesmente um alvo de forças externas e aumentar a probabilidade de que ele mesmo exerça força. E prossegue dizendo: "*Nosso objetivo básico na comunicação é nos tornarmos agentes influentes, é influenciarmos outros, nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornarmos agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas. Em suma, nós nos comunicamos para influenciar - para influenciar com intenção*"¹⁶.

É preciso que se atente para este propósito da co-

comunicação principalmente no ambiente hospitalar, ou numa relação enfermeiro-paciente, em que se configura a função básica do enfermeiro: exercer influência intencional no sentido do atendimento das necessidades básicas do paciente. A enfermeira deve facilitar os componentes da comunicação para construir relacionamentos. Estes componentes são assim relacionados por alguns autores: empatia, respeito e sinceridade²⁸; presença, audição, percepção, cuidados, revelação, aceitação, empatia, autenticidade e respeito⁷⁹. Assistir é considerada por Egan⁴⁸ como uma pré-condição para que todos estes componentes possam ser compreendidos. Os componentes da comunicação fornecem o clima e a nutrição para a compreensão.

Dentre os enumerados acima, parece-nos que o mais estudado na enfermagem tem sido a empatia, conforme ilustram Crews³⁷, Prsyth⁵⁴, Hills & Knowles⁶³ e Stetler¹²⁹. Na visão de Brown & Fowler²³, um interesse sincero no paciente e um desejo genuíno de ajudá-lo são pré-requisitos para o estabelecimento de um relacionamento harmonioso.

Do se referir aos propósitos da comunicação, Pluckhan¹¹⁴ engloba: obter prazer, controlar ou influenciar e manter a sobrevivência. A autora comenta o fato de a comunicação tocar a nossa vida pessoal e profissional numa variedade de maneiras interessantes, das quais algumas nós ainda não compreendemos, outras não conseguimos aceitar e outras permanecem fora do nosso nível de consciência. Defende o ponto de vista de que o fundamento de toda comunicação humana é representado pelo modelo intrapessoal: o modelo de comunicação interpessoal se compõe pelo número de modelos intrapessoais representado pelo número de pessoas no encontro. Desta forma, na interação de dois modelos intrapessoais a resposta do emissor torna-se um estímulo potencial para a segunda pessoa. Salaria que não

existem papéis passivos no processo de comunicação interpessoal, uma vez que todos os indivíduos envolvidos estão ativamente processando informações, e que seus papéis são igualmente significativos e respeitáveis.

Para Pluckhan¹¹⁴, comunicação humana é a geração e transmissão de significado, não uma simples transferência de mensagens verbais e não-verbais do emissor ao receptor como se presume frequentemente. O foco de atenção é a produção de significado, e não a de mensagens. Comunicação humana é o processo de extrair respostas a estímulos. Qualquer pessoa, objeto, evento ou atividade que estimule uma percepção e uma resposta numa pessoa resulta em comunicação. Não existe comunicação se o estímulo é ignorado. O estímulo pode ser intencional ou não-intencional, e o receptor pode estar ciente ou totalmente inconsciente de sua resposta a ele¹¹⁴. Esclarece a autora¹¹⁴ que não se pode transmitir significado aos outros, mas apenas estímulos na forma de palavras e ações, através das quais outros indivíduos podem fazer associações e subsequentemente extrair um significado único; nada tem significado dentro ou fora de si mas qualquer estímulo pode servir como uma fonte potencial para produzir significado e resposta num indivíduo. Tratando da mesma questão pode-se ler em Stewart¹³⁰ a afirmação: *"a comunicação humana se ocupa com a enunciação de significados com sentido. O sentido em si não se ocupa dos fenômenos físicos, pois é o que existe nas mentes das pessoas. No entanto, é muito comum encontrarmos o sentido definido em termos de alguma relação sinal-símbolo-referência, onde referência sempre é alguma coisa dada como realidade física. O efeito lógico de tal definição de sentido é a atribuição de propriedades estritamente humanas a objetos físicos. A comunicação se refere à enunciação de significados com sentido. O sentido é função das idéias e*

essas se encontram na mente. Nenhum sentido intrínseco existe em qualquer complexo de símbolos físicos. As palavras, por exemplo, nunca possuem sentidos próprios, e afirmar ou pretender isso constitui um antropomorfismo"¹³⁰. Esse autor ressalta, portanto, como primordial no estudo da comunicação humana a função psicológica - especificamente o enunciado do sentido pretendido.

A definição elaborada por Lundberg, Schrag & Larsen⁸¹ aproxima-se daquela enunciada por Stewart: "Comunicação é o processo através do qual um conjunto de significados incorporados numa mensagem é enunciado a pessoas, de tal maneira que os significados recebidos são equivalentes àqueles pretendidos pelo iniciador da mensagem"⁸¹. Já em Pierce¹¹³ encontramos o seguinte: A comunicação no uso diário é um processo de ajuste de compreensões e atitudes, de torná-las coerentes e determinar como e onde elas concordam ou discordam. Uma linguagem comum é de extrema valia em nossos esforços de comunicar, mas ela não é tão importante quanto um interesse comum em algum grau de compreensão comum¹¹³. De outra parte, Stewart afirma que numa acepção superficial a comunicação é aquilo que a linguagem consegue fazer.

É de Cherry³³ a seguinte afirmação: "Nossa linguagem canaliza nossos pensamentos e nos possibilita uma maneira particular de ver o mundo, não "como é", mas como o vemos ser. Grande parte de nossos pensamentos constitui-se de pensamentos verbais, fundos sulcos do hábito. Nossa própria linguagem está estruturada de modo a suscitar em nossas mentes a idéia de um fluxo de tempo sempre a correr, pano de fundo metafísico de nossa experiência"³³.

Um outro enfoque do problema nos é apresentado por Park¹⁰⁴. Aqui o interesse se volta para o contexto que inte-

gra os intérpretes de uma mensagem. Argumenta que o contexto dependerá muito mais da experiência passada e do estado de espírito atual das pessoas a quem as palavras se dirigem, do que da perícia ou da boa vontade das pessoas que as relatam.

Para Brasil²² a comunicação é interação humana; é um processo que se dá entre indivíduos e um ego, um ponto de vista e uma certa orientação dentro de um esquema de valores morais. Este processo pode ser considerado completo quando uma pessoa interpreta algum estímulo proveniente de outra - interpretação esta que sempre dependerá de alguma referência que o receptor tenha do emissor. Saliencia o autor que, deste modo, o conceito de comunicação enfoca mais do que os indivíduos e as mensagens, mas a troca de mensagens numa situação social. A definição elaborada por Menezes⁹² é a que se segue: "*Comunicação significa estar em relação com, representa a ação de pôr em comum, de compartilhar as nossas idéias, os nossos sentimentos, as nossas atitudes. Nesse sentido, identifica-se com o processo social básico: a interação. É uma troca de experiências socialmente significativas; é um esforço para a convergência de perspectivas, a reciprocidade de pontos de vista e implica, dessa forma, certo grau de ação conjugada e cooperação*".

A vida e a história do grupo como fator importante na comunicação grupal é ressaltada por Pluckhan¹¹⁴, quando diferencia o grupo permanente do temporário. Enquanto os grupos permanentes têm um passado e um futuro, os temporários têm uma grande relação com o presente, mas muito pouca referência ao passado ou ao futuro. Os grupos temporários podem ser produtivos sem que um verdadeiro sentido de participação ou de pertença de grupo seja estabelecida. O nível de confiança estabelecido entre os membros dependerá dos seus vínculos e com-

promissos; ainda deve-se atentar para o fato de que o mais alto nível de confiança e coesão pode ser esperado do grupo mais permanente, no qual os indivíduos têm tempo para testar os motivos e os compromissos uns dos outros.

Diante do exposto, o caráter temporário das relações enfermeiro/paciente na hospitalização constitui fator que não pode ser desprezado na análise de resultados de estudos empíricos sobre o assunto. O caráter de temporariedade desta relação se prende ao próprio período de hospitalização do paciente, assim como, e principalmente, à modalidade de assistência em prática em nosso meio, que condiciona o pessoal de enfermagem a um rodízio de plantões e de escalas que muitas vezes impedem uma continuidade no processo de comunicação.

O grau de confiança interpessoal é tido como uma variável importante que influencia nossa comunicação e interação com outros^{14,56,102,114,133}. Na verdade, cada um de nós é testemunha de que a confiança permite maior efetividade da comunicação na medida em que, a depender dela, a pessoa sente-se mais à vontade para externar de modo sincero o que pensa e o que sente. A qualidade da comunicação em termos de ela ser mais aberta ou mais fechada dependerá, em primeira instância, do grau de confiança que a pessoa depositar no receptor da mensagem. Mas, de qualquer maneira, sempre existirá o risco de a mensagem ser rejeitada ou distorcida.

O fator risco é exemplificado por Pluckhan¹¹⁴ em ocasiões em que a pessoa é forçada a confiar em alguém e a correr o risco de ser enganada porque precisa aliviar sentimentos. É o caso de risco do relacionamento cliente/psiquiatra ou cliente/advogado, em que o cliente deve confiar em que o profissional não revelará os sentimentos honestos expressos, porque ele precisa do efeito terapêutico da catarse.

A modalidade de assistência de enfermagem que favorece confiança do paciente no seu processo de comunicação com o grupo da enfermagem é a *primary nursing*. Mas, pode se dizer que esta é uma modalidade de assistência que não é praticada no Brasil. No entanto, a confiança durante o processo de comunicação parece ser um fator indispensável para o paciente, independente da modalidade de assistência adotada. E os enfermeiros têm que estimular o desenvolvimento de confiança se quiserem realmente utilizar o componente fundamental do processo de assistir em enfermagem: a comunicação. Não há dúvida de que a assistência de enfermagem será tanto mais eficiente no provimento de bem-estar aos pacientes quanto mais perfeitos forem seus recursos de comunicação.

Nesta breve introdução releva ainda mencionar que tem havido uma tendência em considerar todo comportamento como comunicação; Muldary⁹⁹ se contrapõe a esta idéia dizendo que todo comportamento pode ter um valor de comunicação que pode ou não ser reconhecido, dependendo de ela ser ou não percebida ou de a ela ser atribuído um significado. Ressalta, portanto, o autor que o comportamento humano não é comunicação se ele não for percebido e se não tiver significado. Considerada a díade enfermeira/paciente, o comportamento de um deles só terá uma resposta a partir do momento que for percebido e interpretado pelo outro. Por exemplo: uma enfermeira surge numa enfermaria e encontra um paciente A com expressão facial de dor, com as mãos pressionando o abdomen. A enfermeira pergunta a ele se seu colega de quarto está no banheiro, ao que responde afirmativamente. A entonação desta resposta à enfermeira é acompanhada por um gemido. A enfermeira retira-se da enfermaria, visto que o seu objetivo não foi alcançado: abordar o paciente B. Isto indica que o comportamento do pacien-

te A, contendo vários atos comunicativos, não foi percebido pela enfermeira e, portanto, não tiveram nenhum significado para ela; assim sendo, não houve comunicação do paciente para a enfermeira. Não significa isto que a pressa da enfermeira e o seu direcionamento exclusivo ao outro paciente não tenham emitido ao paciente A alguma mensagem.

As várias dimensões das trocas verbais entre enfermeira e paciente constituem um aspecto da maior importância para a prática de enfermagem, principalmente quando se considera que a patologia do paciente é, com frequência, mais evidente no seu comportamento verbal do que no conjunto de suas ações. A interação verbal de natureza terapêutica é um dos instrumentos básicos utilizados pela enfermeira para atingir as necessidades da pessoa doente sob seus cuidados. O fato de ela ter contatos frequentes e próximos com o paciente coloca-a numa posição singular, em comparação com os outros elementos da equipe de saúde, porque favorece uma relação de ajuda. Normalmente os pacientes apresentam dificuldades pessoais de adaptação ao processo da doença; estando a enfermeira mais próxima dele, espera-se que ela identifique o problema e faça a intervenção necessária para a sua solução.

As constatações de que os pacientes hospitalizados, salvo raras exceções, apresentam-se ansiosos, temerosos e, às vezes, deprimidos durante a hospitalização vêm reforçar a responsabilidade da enfermeira pelo seu cuidado como uma pessoa integral e não simplesmente pela parte do seu corpo considerada doente. O reconhecimento desta responsabilidade trouxe consigo a consideração de que as relações interpessoais constituem a essência da função da enfermeira, e a certeza de que para cumpri-la bem ela precisa ter suas habilidades interpessoais desenvolvidas suficientemente para que se sinta capaz de trabalhar

com os pacientes em situações terapêuticas.

A responsabilidade da enfermeira em melhorar as relações humanas fazendo com que o paciente sinta-se em casa no hospital, ou confortável com sua doença onde quer que ele esteja, é exaltada por Burton²⁶ ao denunciar que as enfermeiras, com frequência, deixam de reconhecer que conforto emocional, libertação de apreensão e de ansiedade têm importância idêntica ao conforto físico.

Mais uma vez é preciso salientar que a comunicação envolve comportamento recíproco entre pessoas dentro do contexto de um relacionamento. Isto significa que não existe um fluxo de comportamento numa só direção, embora abrangendo os dois sentidos desta direção; existem ocorrências simultâneas a este fluxo de comportamento. No caso de duas pessoas no contexto de um relacionamento, o que se verifica é que: as duas agem e percebem-se simultaneamente, transmitem mensagem de maneira verbal e não-verbal, com ou sem intenção; suas ações e reações ocorrem em resposta a experiências particulares, a feedback verbal e não verbal, as influências temporais e espaciais e ao estado passado e atual do relacionamento. Conforme explicação de Muldary⁹⁹, o simples ato de criação de uma mensagem pode afetar o emissor muito mais do que a mensagem comunicada afeta o receptor; donde se deduz que os emissores comunicam mensagens para si próprios e não só para as pessoas com as quais estão interagindo. Em muitos casos, quando a enfermeira ou outro elemento do grupo da enfermagem dá uma série de informações técnicas ao paciente pode estar, na verdade, comunicando a si mesma a seqüência dos procedimentos que serão executados naquele paciente. Talvez ela esteja satisfazendo a uma necessidade sua de cumprir uma tarefa em consonância com os preceitos teóricos. Muitas vezes não há consideração com o paciente como a pessoa mais

interessada em participar da situação em que está colocada, em dar a sua opinião, em manifestar acordo ou desacordo. É muito raro ouvir deste grupo perguntas do tipo: "O que você acha? Você concorda? Está bem assim, ou você quer que faça de outra maneira? Você prefere que seja mais tarde?".

O propósito desta incursão introdutória foi de colocar em perspectiva algumas abordagens teóricas sobre o conceito de comunicação e as suas implicações para a prática de enfermagem. Dada a abrangência do assunto, as omissões foram inevitáveis, mas acreditamos que aqui se encontra a maior parte do que é essencial para o nosso propósito.

Uma revisão do que consta na literatura sobre pesquisas levadas a efeito procurando registrar como a comunicação tem sido utilizada na enfermagem, eis o que a parte seguinte intenta oferecer.

2.2 A interação enfermeiro-paciente

Um número crescente de teóricos reconhece a centralidade da comunicação na prestação da assistência de enfermagem, apesar da escassez concreta de pesquisas que suportem este ponto de vista. Desde o advento da enfermagem moderna encontra-se registros de que a comunicação efetiva no relacionamento enfermeira-paciente é considerada relevante. Nightingale¹⁰¹ descreveu de maneira sucinta a dificuldade de se estabelecer uma comunicação real com o paciente: "*Nenhum menosprezo no mundo é tão vazio e desprovido de valor quanto a informação jogada sobre o paciente. É inútil para o doente dizer qualquer coisa, pois o que o informante quer não é saber a verdade sobre o estado do paciente, mas transformar o que quer que seja que o*

doente possa dizer, com o intuito de apoiar seus próprios argumentos; as afirmações são repetidas sem qualquer questionamento, qualquer que seja a real condição do paciente",

Roper¹¹⁸ fez afirmativas semelhantes muitos anos depois de Florence, sugerindo que em cada dia dever ser oferecida ao paciente a oportunidade de falar com a equipe, ocasião em que ele poderá expressar livremente seus sentimentos e seu ponto de vista, ao invés de a enfermeira direcionar a atenção do paciente para um tópico que ela presume que tenha importância para ele. Quando se trata de uma interação verbal apresentada como sendo de natureza terapêutica e construtiva, ela se configura como um dos instrumentos primários da enfermeira para o alcance das necessidades emocionais dos pacientes⁶⁰.

Desde a década de 60 começou a acumular nos periódicos americanos de enfermagem a evidência de que, através da comunicação, é possível minimizar fatores indesejáveis que podem abalar o bem-estar do paciente. Apenas para citar alguns exemplos, os estudos realizados por Diers & col.⁴³, Dumas & Leonard⁴⁵, Dumas & col.⁴⁶, Elms⁴⁹, Elms & Leonard⁵⁰, Pride¹¹⁶, Tarasuk & col.¹³², Thorton & Leonard¹³⁴, Tryon^{138, 139}, Baer & col.³, Barrett & Schwartz¹², Beanlands & Mackay¹³, Henrich & Berheim⁶¹, Langan & Brown⁷⁵ são considerados clássicos como confirmativos deste fato.

Começando por estudos descritivos^{15, 35, 36, 39, 40, 58, 64, 67, 71, 73, 80, 96, 127, 128}, os pesquisadores enfermeiros, ou enfermeiros associados a psicólogos e sociólogos, evoluíram para a elaboração de testes experimentais quanto ao efeito da enfermagem sobre os fatores que interferem no bem-estar do paciente como uma estratégia apropriada para a construção de teorias^{32, 41, 47, 50, 63, 94, 100, 115, 144}.

Se nos Estados Unidos os autores vinculados a esta

linha de pesquisa consideram como escassas as pesquisas já efetuadas, diríamos que no Brasil ela ainda é incipiente e carece de mais valorização. Na literatura nacional os estudos sobre a comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes, em situações de internação em clínicas gerais, são praticamente inexistentes. Encontram-se poucos estudos ligados a áreas específicas da enfermagem^{29,52,55,77,137} ou à interação estudada sob o prisma de técnicas ou procedimentos específicos^{30,119}. Souza¹²⁶ testou o efeito da interação enfermeira/paciente como método de atendimento à necessidade de segurança de pacientes hospitalizados, método este considerado significativo na redução do medo e da ansiedade. Carvalho³⁰ verificou o comportamento verbal de enfermeiros numa interação com pacientes durante o procedimento de punção venosa e estudou seis passos da interação verbal; destes passos, os mais frequentes entre os enfermeiros foram: explicação e execução da técnica e conversas com os pacientes. Os resultados da pesquisa efetuada por Santos¹¹⁹ indicam o desejo de informações relativas à medicação por parte dos pacientes. Enfatizando a informação como condição essencial para o estabelecimento da comunicação produtiva enfermeira/paciente, Silveira¹²³ nos aponta que são consideradas importantes, tanto pelos enfermeiros quanto pelos pacientes, as informações relativas ao tratamento, à doença e à equipe de saúde. Por outro lado, aquelas relativas ao ambiente e rotinas do hospital foram pouco valorizadas pelos pacientes em contraposição ao alto valor conferido pelas enfermeiras. Em pesquisa descritiva sobre a comunicação enfermeira/paciente, Carneiro²⁹ demonstrou serem as mensagens curtas, breves e unilaterais em unidade de terapia intensiva, não correspondendo à expectativa expressa pelos pacientes.

Tem havido concordância de que a meta da enfermagem é maximizar a adaptação: processo pelo qual um indivíduo luta

com as contingências ambientais impostas pelas demandas da doença. Supõe-se, freqüentemente, que as demandas comunicativas do contexto terapêutico sejam semelhantes e que os conceitos que governam as interações entre terapeuta e cliente possam ser aplicados aos encontros entre a enfermeira e o paciente⁶⁸. Algum tipo de comunicação, verbal ou não-verbal, ocorre durante cada encontro que os elementos do grupo da enfermagem têm com um paciente. O que se questiona é o tipo de comunicação que ocorre; seria uma comunicação terapêutica, conforme recomendam pesquisadores como Brammer²¹, CarKhuff²⁷ e Egan⁴⁸? Ou seria uma comunicação calcada nas funções desempenhadas pelo pessoal de enfermagem?

Embora todos os aspectos da comunicação enfermeira-paciente sejam importantes, este estudo estará voltado para uma análise da comunicação verbal mantida entre pacientes, enfermeiras, atendentes e auxiliares de enfermagem. Desta forma, esta revisão conterá depoimentos de autores que estudaram a interação verbal na área de enfermagem.

A observação do que ocorre na prática da enfermagem e os estudos realizados nesta linha de pesquisa confirmam que o tipo de comunicação mais freqüente entre enfermeiras e pacientes hospitalizados é a comunicação diádica. Por se um processo diádico, a comunicação enfermeira-paciente só pode ser considerada como efetiva na medida em que houver uma estreita correspondência entre a mensagem enviada por um dos elementos da díade e a mensagem recebida pelo outro. Tubbs & Moss¹⁴⁰ colocam a efetividade da comunicação como um amplo problema relacionado ao produto de nossas mensagens; a sua efetividade varia em função de nosso sucesso ou insucesso no alcance dos resultados que pretendemos produzir. Almore¹, por outro lado, sugere que nossas comunicações com os pacientes serão mais efetivas se

as percepções que temos do outro estiverem mais consonantes com a realidade.

A comunicação enfermeira-paciente é um assunto bastante acessível para estudo, porque o que eles dizem entre si pode perfeitamente ser anotado ou gravado. No entanto, o volume e a variedade de interações que ocorrem entre enfermeiros e pacientes dificultam a sua mensuração e análise^{35, 36}. Uma importante questão nesta área de pesquisa foi levantada por Conant³⁶: *Como é possível compreender e organizar a interação enfermeira-paciente numa forma passível de quantificação, sem que se perca a essência do que está ocorrendo?*.

Na literatura verifica-se que enfermeiros têm se utilizado de uma variedade de sistemas de análise na busca do perfil de interação da díade enfermeiro-paciente. O que a enfermeira diz ao paciente pode perfeitamente ser submetido a classificações. A interação verbal da enfermeira pode ser: a) espontânea, isto é, ela responde ao comportamento do paciente com a primeira idéia que lhe vem à mente; b) estereotipada ou automática, quando ela usa de jargões populares que servem para "dizer alguma coisa" ao invés de comunicar algo específico para aquele paciente; ou c) baseada em conceitos, princípios e teorias que a auxiliam na interpretação do que o paciente diz e na decisão do que responder a ele.

Dos estudos efetuados, verifica-se diversificação na utilização de instrumentos ou sistemas de análise das interações.

Para examinar o desenvolvimento e a natureza do papel dos relacionamentos de enfermeiras de saúde pública e pacientes em visitas domiciliares, Conant³⁶ utilizou o sistema de Bales⁴ - Análise do Processo de Interação. Na opinião da autora o sistema provou sua utilidade na diferenciação dos pa

drões de interação da enfermeira e do paciente. Com o objetivo de examinar os efeitos do tato, como forma de comunicação não-verbal em pacientes graves, McCorkle⁸² também utilizou como instrumento a "Análise do Processo de Interação" de Bales. Atualmente, em estudo destinado a explorar - em situações bem precisas - os comportamentos da pessoa idosa vivendo em estabelecimentos a elas destinados, e os comportamentos do pessoal de enfermagem, Langlois⁷⁶ buscou verificar se o papel do pessoal de enfermagem influenciava o desenvolvimento das interações com pessoas idosas. A autora utilizou como instrumento de medida o paradigma categorial de Bales.

Na área de enfermagem psiquiátrica se destaca o estudo de Morimoto⁹⁶ que, ampliando as categorias de Behymer¹⁵ com a inclusão de interações pessoais e processuais, incorporou a distinção entre ações centradas em tarefas e centradas em pacientes. Na mesma linha, Spring & Turk¹²⁸ desenvolveram uma escala para análise de interação, visando detectar as diferenças entre interações de estudantes de enfermagem e enfermeiras com pacientes psiquiátricos. Ao explorar os efeitos de três diferentes condições de comunicação sobre o impacto e estrutura cognitiva resultante de uma situação não familiar e moderadamente estressante, Meyers⁹⁴ concluiu como mais desejável a forma de comunicação estruturada por diminuir a tensão e tornar o paciente mais confortável durante os eventos estressantes ocorridos na hospitalização e na doença.

A observação de que as enfermeiras demonstravam ignorar as necessidades emocionais em suas conversações com pacientes motivou Diers⁴⁴ a estudar a interação em enfermagem, estudo este que culminou com a criação de um sistema de categorias para a classificação das interações. Este sistema foi denominado Nursing Orientation System e sua construção foi de

rivada tanto de dados empíricos como de teoria; parece-nos que o embasamento substancial, teórico e prático, de Diers^{41,42,43}, foi o Interaction Process Analysis, de Bales⁴. A autora procurou estabelecer categorias empiricamente relevantes aos aspectos do bem-estar do paciente escolhido como objeto da intervenção de enfermagem.

Forrest⁵³ construiu um sistema de análise para fornecer o código de comportamentos verbais da enfermeira que facilitam ou bloqueiam a auto-exploração do paciente. Reconhece que seu "sistema de análise de comunicação", apesar de seguro e útil para a codificação dos comportamentos verbais de enfermeiras com pacientes, ainda requer validação. Argumenta que o sistema tem utilidade potencial como um instrumento para avaliação e desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal das enfermeiras, quando o foco da interação é a auto-exploração e a solução de problemas do paciente.

Clark³⁴ analisou o comportamento verbal de enfermeiras em interações com pacientes identificando comportamentos verbais que encorajam ou reforçam a comunicação e aqueles que podem desencorajar ou bloquear o desenvolvimento de comunicação.

Visando determinar o tipo de informação que os pacientes recebem dos estudantes de enfermagem, Faulkner⁵¹ codificou cada parte da comunicação em categorias, relacionando o tipo de questão, resposta a questões e informações oferecidas. Segundo interpretação do autor, os dados indicaram que os estudantes de enfermagem não dão informação aos pacientes e que as questões dos pacientes são freqüentemente ignoradas. Também interessada em proporcionar, aos alunos de enfermagem, condições para desenvolverem e exercitarem suas habilidades comunicativas, Manaser & Werner⁸⁵ elaboraram um manual contendo uma

série de instrumentos.

Beanlands & Mackay¹³, utilizando um sistema composto por oito categorias, analisaram a comunicação verbal afetiva entre enfermeira e paciente. Diferenciaram as respostas indicativas de aceitação daquelas indicativas de falta de aceitação ou bloqueio da comunicação. Neste estudo, os comportamentos de comunicação listados como sendo de aceitação atingiram 54% das interações, enquanto que nos 46% restantes das interações as enfermeiras transferiram mensagens de não-aceitação ou bloqueio de comunicação aos pacientes.

Num estudo conduzido por Stetler¹²⁹ foi utilizado um outro instrumento de análise de conteúdo da comunicação verbal; este instrumento é composto por várias categorias filiadas a três áreas principais de comportamento verbal: positivo, neutro e negativo, mostrando grandes semelhanças com o de Bales.

Methven & Scholotfeldt⁹³ desenvolveram um instrumento para avaliar a natureza das respostas verbais de enfermeiras em situações carregadas de emoção, representativas daquelas encontradas na prática. O instrumento foi denominado Inventário de Interação Social e considerado pelas autoras como útil e válido para avaliar os tipos de respostas verbais de estudantes de enfermagem e de enfermeiras em situações estressantes.

As definições operacionais do modelo de adaptação de Roy, formaram as categorias nas quais as mensagens foram agrupadas a partir do conteúdo de entrevistas transcritas em estudo levado a efeito por Smith & col.¹²⁵.

O que se constata é que não existe dificuldade na construção de um sistema de análise das interações verbais ou

na escolha de um sistema já utilizado e relatado por outros autores. Pelo que demonstram os estudos incluídos nesta revisão, os enfermeiros que se interessam e se preocupam com esta área de pesquisa conseguiram obter algum resultado e delinear o foco importante de intervenção para melhorar o nível e a qualidade de comunicação entre enfermeira e paciente, independente do instrumento utilizado.

O estudo que fizemos dos artigos incluídos neste tópico, propiciou-nos a visão de que o denominador comum das referidas pesquisas é, sem dúvida, a exaltação das falhas no conteúdo e no processo de comunicação com os pacientes, além da recomendação de medidas para a solução do problema, a fim de viabilizar o desenvolvimento do processo de enfermagem.

2.3 *Objetivos*

Desejando contribuir para o desenvolvimento de estudos nesta área, realizamos esta pesquisa que tem como objetivo central a análise dos padrões de interação verbal ocorridos num hospital-escola entre o grupo da enfermagem e pacientes de unidade de internação. Para tanto, foi tomado o processo de hospitalização de pacientes para particularizar os padrões de interação ali registrados, com vistas ao alcance dos seguintes objetivos específicos:

- a) determinar a frequência de unidades de interação trocadas entre elementos do grupo estudado (paciente, enfermeira, auxiliar e atendente de enfermagem) em unidades de internação;
- b) diagnosticar a área prioritária de frequência de unidades de interação no grupo estudado, segundo o Paradigma Categorical de Bales (1950).

2.4 Metodologia

A pesquisa foi realizada num hospital-escola de grande porte (590 leitos), governamental, cujas finalidades englobam a prestação de assistência médico-hospitalar sob as várias especialidades médicas a pacientes em regime de internação e serviço ambulatorial, o ensino e a pesquisa.

No ano de 1984, época da coleta dos dados aqui apresentados, o grupo da enfermagem tinha a seguinte constituição:

- 18,2% de enfermeiros;
- 35,8% de auxiliares e técnicos de enfermagem;
- 46% de atendentes de enfermagem,

totalizando 1030 funcionários, sendo os mesmos distribuídos em quatro plantões distintos: manhã (6:30-13:10); tarde (12:30-19:10); vespertino (16:00-22:40) e noturno (19:00-7:00 ou 22:30-6:30).

O hospital em questão possui enfermarias de vários tipos, mas para este estudo foram utilizadas enfermarias compostas por quatro e seis leitos, por serem o tipo mais representativo em termos de ocupação e por retratarem mais fielmente o contexto que se intentou mostrar.

2.4.1 População e amostra

Este estudo visa atingir a população de pacientes internados para tratamento num hospital-escola e o grupo de enfermagem escalado para prestar assistência.

Os dados coletados fazem parte de uma amostra casual e compreenderam a interação verbal de dez pacientes com o grupo de enfermagem que os assistiu durante o período de observação.

2.4.2 Critérios de seleção dos pacientes

Foram incluídos no estudo os pacientes que compareceram ao Serviço de Controle de Leitos para internação, conforme solicitação médica, na data destinada à coleta de dados, e que atenderam aos seguintes critérios:-

- a) ter acima de dezoito e abaixo de setenta anos;
- b) ter um motivo de internação que indique uma permanência provável de, pelo menos, três dias;
- c) estar designado para uma enfermaria de 4 ou 6 leitos;
- d) estar consciente;
- e) ter condições de locomoção por si próprio;
- f) não sofrer de transtornos psiquiátricos visíveis;
- g) ter condições de interagir verbalmente.

2.4.3 Coleta de dados

Foi utilizada a técnica de observação direta do comportamento resultante da interação entre o grupo de enfermagem e pacientes recém-admitidos numa unidade de internação e selecionados para o estudo.

A observação abrangeu um período médio de trinta horas por paciente, divididas em cinco dias consecutivos e em dois períodos: - manhã (7 às 11 horas) e tarde (13 às 17 horas). O estabelecimento deste horário resultou de avaliação feita durante cinco semanas de observação, em que ficou comprovado um índice muito baixo de contatos entre o pessoal de enfermagem e os pacientes no horário de almoço, quando estes estão motivados para a refeição e praticamente não solicitam o grupo de enfermagem nas enfermarias. O mesmo ocorre após às dezessete horas, acrescido do fato de que depois do jantar o paciente ambulante geralmente permanece algum tempo no refeitório assistindo televisão. Desta forma, o contato com o grupo de enfermagem é mínimo no horário em que não houve observação.

Os dados provenientes da observação direta foram registrados em formulário próprio (Apêndice B), abrangendo os episódios verbais ocorridos entre a equipe de enfermagem e o paciente estudado, ou entre pacientes da enfermaria e o paciente em estudo.

A observação direta foi efetuada por observadores treinados para esta finalidade; estes mantiveram-se sempre numa atitude de não envolvimento com os eventos ambientais, apenas observando e anotando no formulário, a uma distância aproximada de três metros do paciente.

2.4.4 Procedimento

O pesquisador vivenciou a rotina da Seção de Admissão e Controle de Leitos do Hospital selecionado para estudo com a finalidade de conhecer o processo pelo qual o paciente é submetido ao internar-se e para, com base neste conhecimento, organizar um plano de ação para si e para os observadores. Constatou que para as internações de rotina este processo se decompõe nas seguintes etapas, o paciente:

- a) é convidado pelo Serviço de Admissão e Controle de Leitos a comparecer ao hospital às onze horas do dia marcado para a internação;
- b) atendendo ao convite, dirige-se àquele serviço para apresentar-se - momento em que ele recebe uma ficha de internação;
- c) é encaminhado à Seção de Registro a fim de atualizar seu endereço e sua identificação;
- d) retorna ao Serviço de Admissão e Controle de Leitos para devolver a ficha de internação. Ao ser atendido pelo funcionário, é orientado para aguardar chamada. Enquanto aguarda, naquele serviço se processa a internação no terminal de computador e são providenciados os papéis necessários à internação.

Percorridas estas etapas o paciente é encaminhado à Sala de Internação, geralmente cerca de duas horas após a sua chegada, onde ele e o acompanhante recebem informações sobre a rotina do hospital e depois de tomar banho, vestir-se com pijama da instituição e entregar seus pertences para serem guardados, é encaminhado à enfermaria com o acompanhante pela escolta.

Conhecendo esta dinâmica o pesquisador decidiu intervir no processo exatamente no momento em que o paciente se apresentava ao Serviço de Admissão e Controle de Leitos para receber a ficha de internação; desta forma, à medida que o paciente se apresentava àquele serviço, recebia orientação por parte da pesquisadora quanto ao fato de que, por tratar-se de um hospital-escola, um aluno de graduação em enfermagem iria segui-lo até a Sala de Internação e, de lá, acompanhá-lo-ia à enfermaria, onde permaneceria até o final da semana com a finalidade de elaborar um trabalho escolar sobre o processo da assistência de enfermagem. Foi ressaltado ao paciente que não era ele o objeto de observação e sim a assistência de enfermagem. Desta maneira o observador, além de presenciar esta orientação, foi apresentado ao paciente pela pesquisadora e iniciou a coleta de dados orientado para registrar todas as interações verbais e não-verbais que envolvessem o paciente em estudo*.

Ao chegar na unidade de internação o observador apresentou-se à enfermeira como aluno da Escola de Enfermagem, mencionando que ficaria por cinco dias na enfermaria X para realizar um trabalho de observação de comportamento de pacientes

* As interações não-verbais foram registradas com a finalidade de abranger o contexto no qual as interações verbais estavam inseridas, de modo que o juiz pudesse classificar com mais precisão as unidades de interação verbal.

e que, portanto, não iria prestar nenhum cuidado durante este período. Obtendo a permissão da enfermeira o observador encaminhou-se à enfermaria e, sem interromper nenhum episódio verbal envolvendo o paciente estudado, apresentou-se aos pacientes que lá se encontravam, de acordo com o seguinte padrão:

- "Meu nome é sou aluna de enfermagem e tenho que fazer um trabalho para a escola, por isso vou ficar esta semana nesta enfermaria escrevendo este trabalho. É por este motivo que não vou poder conversar com vocês enquanto estiver aqui e também não vou poder prestar-lhes nenhum cuidado. Depois que eu terminar tudo eu voltarei para conversar com vocês. Por favor, fiquem à vontade e procurem não se incomodar com a minha presença".

O observador deu então continuidade aos registros no Serviço de Admissão e Controle de Leitos, seguidos pelos da Sala de Internação e da enfermaria até o último dia de observação. A última observação foi feita no quinto dia de internação nos casos de pacientes que permaneceriam hospitalizados por um período superior a este, ou até a alta hospitalar — quando esta ocorreu dentro do período destinado à observação. A coleta de dados que compreendem a amostra do presente estudo foi efetuada nos meses de maio e junho/84.

Foram envolvidos seis observadores no acompanhamento dos dez pacientes que constituíram a amostra; cada observador acompanhou um paciente durante um período de quatro horas por dia, tendo sido substituído por outro no período subsequente.

2.4.5 Treinamento de observadores

O treinamento dos observadores foi feito em três etapas. Inicialmente selecionou-se um grupo de vinte alunos — componentes do 3º e 4º ano de Graduação em Enfermagem — conside

rados aplicados do ponto de vista de atuação prática no hospital e do ponto de vista de desempenho teórico nas disciplinas até então cursadas. Na primeira etapa realizou-se uma reunião e a eles foi exposto detalhadamente o objetivo da autora em relação a este trabalho, o tipo de atuação que se esperava deles e foi feito convite para que participassem do treinamento de observação para a coleta de dados. Realizada a exposição, esclarecidas todas as dúvidas levantadas pelos alunos e elaborado o cronograma, seis deles informaram de seu impedimento em participar do treinamento no período fixado pelo grupo, dada a falta de disponibilidade de tempo.

Na segunda etapa foram treinados portanto, catorze observadores durante cinco dias consecutivos, ao final dos quais foram eliminados os que apresentaram dificuldades consideradas insuperáveis, como:- dificuldade de redação, falhas na anotação de todos os episódios verbais, impossibilidade de permanecer o período completo de observação na enfermaria, ou por considerar penoso estar na enfermaria sem prestar assistência e sem participar de conversas com os pacientes. O transcurso desta etapa se deu nos meses de dezembro de 1983, janeiro e fevereiro 1984. Os protocolos provenientes desta observação foram examinados, analisados e avaliados pela pesquisadora e os observadores que não apresentaram nenhuma daquelas dificuldades passaram para a terceira etapa de treinamento, tendo recebido antes uma série de esclarecimentos sobre sua conduta na coleta de dados.

A terceira etapa de treinamento constituiu-se no estudo piloto e do ponto de vista de treinamento obedeceu à seguinte dinâmica:- os seis observadores considerados aptos para percorrer a etapa final de treinamento compareceram ao Serviço de Admissão e Controle de Leitos às onze horas de uma segunda-feira do mês de abril de 1984 e foram recebidos pela pesquisadora

e pelo funcionário responsável por aquele serviço. Este forneceu à pesquisadora a relação dos pacientes que seriam internados naquela tarde, indicando a idade e o diagnóstico. A pesquisadora excluiu os casos cuja idade estivesse abaixo de 18 anos ou acima de 70 anos e os casos cujo diagnóstico indicasse uma permanência provável inferior a cinco dias. As pastas dos pacientes não excluídos ficavam em poder da pesquisadora e o que chegou em primeiro lugar foi incluído na amostra do estudo piloto; havendo mais do que um observador para iniciar o seguimento de um paciente naquela semana, incluiu-se os pacientes subsequentes pela ordem de chegada.

A coleta de dados para o estudo principal obedeceu à mesma dinâmica utilizada no estudo piloto, uma vez que ela se revelou adequada. Operacionalmente, a única modificação introduzida no estudo principal em relação ao estudo piloto foi a separação dos observadores em duplas que foram fixadas para a observação do mesmo paciente. As duplas de observadores foram denominadas 1, 2 e 3 e sua distribuição, segundo os dez pacientes estudados, encontra-se na Tabela 2, à página 68.

2.4.6 Construção dos protocolos

De posse dos dados colhidos pelos seis observadores, a pesquisadora construiu os protocolos analisando a sua redação, pontuação e conteúdo a fim de julgar se eles poderiam fazer parte da amostra. Qualquer dúvida da pesquisadora quanto à construção de uma frase que desse margem a dupla interpretação, o observador era entrevistado e solicitado a narrar o episódio que motivou a dúvida. Da narrativa, a pesquisadora e o observador reconstruíam a frase de modo a retratar o mais fielmente possível o real. Estas atividades se estenderam por dois meses e após a construção dos protocolos a pesquisadora encaminhou-se para a fase de planejamento do treino de juizes que deveriam clas

sificar as interações verbais contidas nos protocolos, segundo o sistema categorial de Bales.

2.4.7 *Treinamento de juizes*

Três auxiliares de ensino da EERP-USP atenderam a convite para participarem como juizes desta pesquisa e, para efeito de descrição e análise dos resultados, receberam a denominação A, B e C, como mostra a Tabela 2, à página 68.

O programa de treinamento foi composto por uma parte teórica inicial e por uma parte aplicada. A parte teórica consistiu de leitura dos dois primeiros capítulos do livro *Interaction Process Analysis: a method for the study of small groups*, de Robert Bales⁴ Desta maneira os juizes tomaram conhecimento sobre a descrição do método e da estrutura teórica que o embasa. Esta parte do programa consistiu também do estudo detalhado do sistema categorial de Bales e da definição das categorias do sistema, através de leitura em grupo seguida de discussão realizada ao longo dos encontros mantidos entre a pesquisadora e os juizes; nestas ocasiões foram fornecidos a eles exemplos de interações verbais características de cada categoria daquele sistema e diretamente ligadas a situações de enfermagem. Depois de realizados dez encontros, num período de trabalho que se estendeu por dois meses, os juizes mostraram-se em condições de colocar em prática os conhecimentos obtidos.

A parte aplicada do treinamento foi realizada duas vezes por semana e consistiu de elaboração de exercícios de classificação de textos extraídos do estudo piloto efetuado para esta pesquisa. Assim sendo, em momento anterior ao treinamento a pesquisadora realizava a seleção e a montagem de textos que constituiriam os exercícios. Nas sessões de treinamento a pesquisadora distribuía textos que retratavam uma situação de interação

verbal no contexto de uma enfermagem para que, através de análise e com base nas definições de cada categoria, os juízes fizessem uma classificação das unidades de interação identificadas naquele texto.

Durante um período de três meses foram realizadas 25 sessões de treinamento para julgamento e classificação dos textos que tiveram uma extensão variável de duas a vinte laudas. A duração das sessões variou de uma a três horas. Em cada sessão, terminado o exercício feito pelos três juízes, a pesquisadora discutia com eles a classificação efetuada, unidade por unidade, utilizando a definição de categorias sempre que necessário para esclarecimento de dúvidas. Após esta discussão eram cotejados os totais alcançados em cada categoria pelos três juízes; estes dados foram submetidos ao cálculo do índice de fidedignidade segundo a fórmula adotada (Bijou, Peterson, Harris, Alleen e Johnston) ¹⁷.

$$I.F. = \frac{\text{concordâncias}}{\text{concordâncias} + \text{discordâncias}}$$

Ficou estabelecido que o índice de fidedignidade inter-juízes deveria ser igual ou superior a 0,80, por ser um índice já adotado por vários pesquisadores, dada a própria natureza subjetiva desta linha de trabalho que nunca permite uma fidedignidade absoluta entre juízes. Ao final dos cálculos efetuados pela pesquisadora, os juízes tomavam conhecimento do resultado de seu desempenho naquela sessão, quando então rediscutia-se sobre as unidades de interação que causaram disparidade no índice de fidedignidade.

A variação no índice de fidedignidade dependeu muito mais do total de scores determinados pelos juízes, do que de divergências na classificação nas categorias. Assim sendo, o tempo de treinamento se estendeu mais pela diferença na quantidade

de de unidades de interação entre juízes. Esta dificuldade é apontada por Bales⁷: *"Uma dificuldade com a unidade que usamos é que, à despeito de nossos máximos esforços, nós não fomos capazes de defini-la bem o suficiente de modo que os observadores marquem o mesmo número de scores. Uma dificuldade fundamental é que a operação que subjaz ao score é de inferência e interpretação, e não simplesmente de contagem"*.

Foi considerada como concluída a fase de treinamento dos juízes quando alcançado o índice de fidedignidade que variou entre 95% e 98% nas doze categorias, o que ocorreu no terceiro mês de treinamento. Este tempo está adequado ao preconizado por Bales⁹ - *"a classificação repetida pelas pessoas em treinamento tem demonstrado fidedignidade satisfatória depois de 3 a 4 meses de treinamento relativamente intenso"*.

2.4.8 Classificação da interação verbal

O julgamento das interações verbais registradas e extraídas da observação direta do contexto no qual os dez pacientes estudados estavam inseridos foi efetuada pelos juízes durante o período de um mês.

Os juízes foram orientados no sentido de:

- a) antes de cada análise fazer uma releitura do Apêndice — do livro *Interaction Process Analysis*, de Robert Bales, que contém uma descrição minuciosa das Categorias do Sistema;
- b) iniciar o trabalho através de leitura de um protocolo completo para conhecer a pessoa do paciente e o contexto, antes de efetuar a classificação das unidades de interação;
- c) trabalhar num ambiente onde não haja interrupções;
- d) efetuar a classificação da interação em unidades;
- e) interromper por alguns minutos sempre que notarem fadiga;

f) intensificar o trabalho procurando limitar o julgamento de um protocolo a poucos dias, para não perder a seqüência lógica e o contexto.

A distribuição dos protocolos dos dez pacientes aos três juízes foi feita através de sorteio, cuja indicação está situada na Tabela 2, à página 68.

2.5 *Estrutura teórica do paradigma categorial de Bales: instrumento da pesquisa*

No início da década de 50 Bales, Parsons e Shils dedicaram-se ao estudo intensivo da teoria da conduta social humana, que por eles foi denominada de teoria da ação¹⁰⁸. Acreditavam que esta teoria seguisse um processo convergente a um esquema teórico geral e aplicável a todos os âmbitos, desde o controle experimental de pequenas amostras de conduta animal até a análise de macro-processos sociais. Havia grande conexão entre as áreas de trabalho de cada um dos autores em particular: Interaction Process Analysis⁴, Toward a General Theory of Action¹⁰⁶ e The Social System¹⁰⁷, respectivamente. Da união dos três autores resultou o relacionamento destas áreas de trabalho e a sua integração. Um dos resultados práticos foi a publicação do livro: Working Papers in the Theory of Action¹⁰⁸.

Conforme demonstraram Parsons e Bales¹⁰⁹ é possível considerar as categorias do processo de interação desenvolvidas pelo segundo⁴ e o paradigma motivacional elaborado pelo primeiro^{106,107}, como modos diferentes de conceptualizar a mesma coisa. Afirmam eles que os modelos de "variáveis-pautas" propostos por Parsons e Shils¹⁰⁶ e os "problemas funcionais dos sistemas sociais" propostos por Bales⁴ na essência significam a mesma coisa.

Parsons e Bales¹⁰⁹ explicam que a concepção fundamen

tal que subjaz nos seus dois esquemas é a de que se pode descrever um processo de interação comparando-o a um sistema hipotético em estado de equilíbrio mutante. O processo de interação neste sistema permaneceria inalterado caso aí não fosse inserido nenhum elemento novo. Mas incessantemente são introduzidos novos elementos num sistema - exceto em casos limitados é que teoricamente poderia ocorrer um equilíbrio estático. Estes novos elementos podem ser trazidos pelos próprios membros do grupo e/ou pela situação externa, através de informações obtidas pela percepção e pela cognição da situação. Estas informações exercerão influência sobre a orientação dos membros. De outro ângulo, a personalidade dos membros é considerada também como um veículo de introdução de novos elementos, na forma de juízos de valor e reações emocionais *"através dos processos de interdependência entre o sistema social constituído pela interação do grupo e o sistema de personalidade dos membros"*¹⁰⁹. Em terceiro lugar, há que se levar em consideração a possibilidade de mudança da situação na qual o grupo e cada um de seus membros está inserido, mudanças essas que o submeterá a processos de adaptação e a tentativas de controle da situação.

Cada novo elemento introduzido no sistema perturbará de algum modo as expectativas de um ou mais de seus membros; para que haja uma recuperação do equilíbrio naquele sistema é preciso que ocorra um processo de ajuste a esta perturbação, enfim à situação nova. *"Este processo de perturbação e ajuste é concebido como oscilando ao redor de um estado de equilíbrio do sistema - um equilíbrio mutante. A ação de um dos membros, ou um fato situacional percebido por um ou mais dos membros, introduz um novo elemento que é uma perturbação; isto dá lugar a uma reação que pode ter duas direções: uma oposta no sentido que tende a restaurar o equilíbrio; ou uma semelhante, que*

tende a perturbá-lo ainda mais. A complexidade da interdependência dos elementos do sistema é tal que muito raras vezes uma reação restaurará o equilíbrio por completo"¹⁰⁹.

Nos limites deste trabalho vamos nos deter na síntese do esquema teórico utilizado por Bales⁴ para a análise dos processos de interação.

Bales dedicou muitos anos de trabalho e estudo dos processos de interação em pequenos grupos. Tendo por base os fundamentos da teoria sociológica, desenvolveu métodos de observação empírica e de análise teórica dos processos de interação.

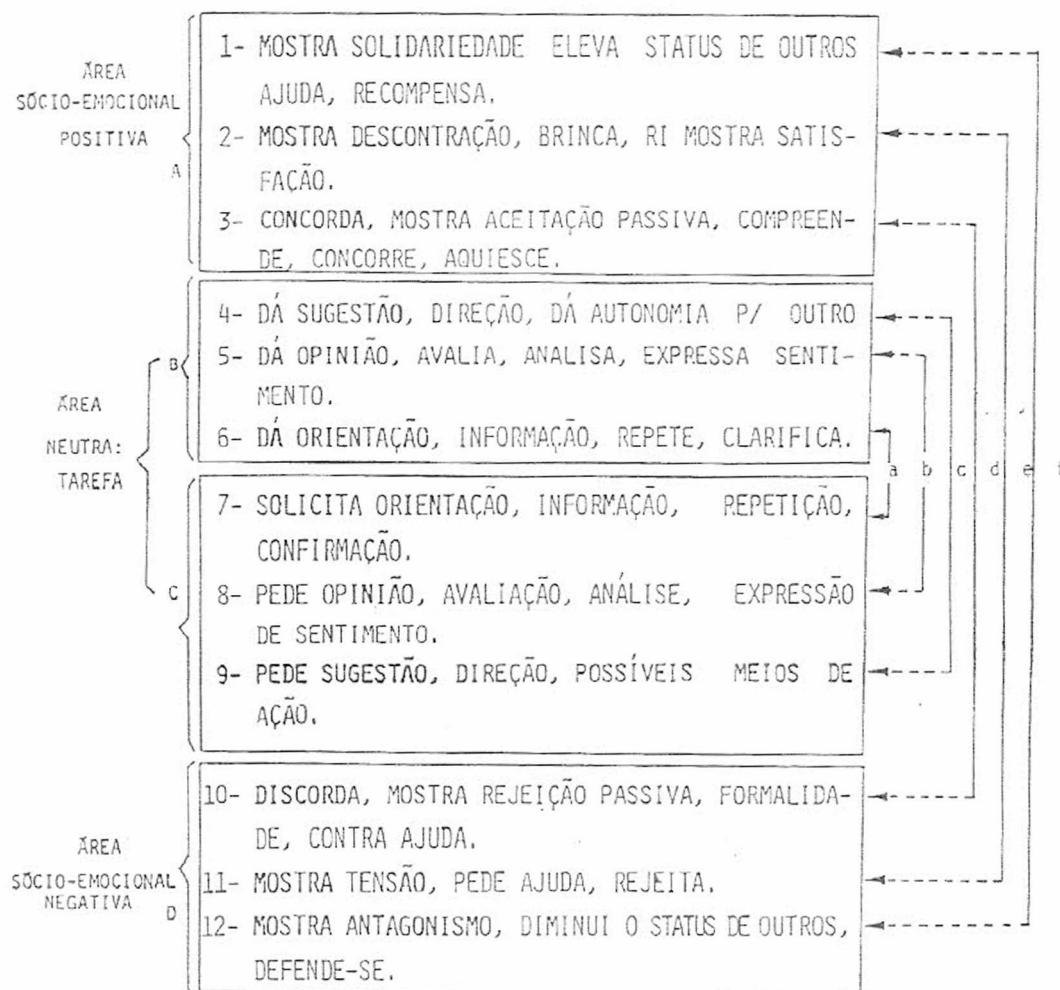
Conforme assinala em sua obra, os processos interativos se organizam num sistema que estrutura as relações sociais segundo padrões normativos, além de servir para a satisfação das necessidades básicas dos grupos. O que Bales designa de estrutura social dos grupos é por ele mesmo definida como "um sistema de solução dos problemas funcionais da interação, que se institucionalizam com o fim de reduzir as tensões que surgem da incerteza e da dificuldade de predizer o comportamento dos outros"¹¹⁴.

Os pequenos grupos são denominados de sistemas sociais microscópicos ou sistemas de interação humana. Bales⁵ defende o ponto de vista de que não existe nenhuma incongruência necessária em compará-los entre si, ou com sistemas sociais. Para ele, tanto os pequenos grupos como as sociedades completas podem ser vistas como sistemas de interação. A essência do trabalho de Bales⁴ é a concepção do pequeno grupo como um sistema social em funcionamento e orientado basicamente para a solução de problemas. Desta forma, o grupo deve lidar com quatro problemas funcionais principais: "adaptação às condições da situação externa; controle instrumental sobre as partes da

situação no desempenho das tarefas orientadas para os objetivos; manejo e expressão de sentimentos e tensões dos membros; manutenção da *integração social* dos membros entre si como uma *coletividade solidária*". Partindo destes problemas funcionais de um micro-sistema, Bales conseguiu fazer uma classificação dos tipos de ação em doze categorias, ilustradas na Figura 1.

Como se pode verificar, as doze categorias estão condensadas em quatro grupos de três e existe uma ordenação simétrica no conjunto todo. Segundo explicação de Parsons e Bales¹⁰⁹ esta ordenação simétrica foi construída em obediência a vários princípios, dos quais os mais mencionados são dois: 1º) cada uma das doze categorias está classificada como positiva ou negativa, de acordo com a indicação da ocorrência de um ato que encerre um estado positivo ou negativo para a solução de um problema particular. Daí a diferença entre as categorias situadas na parte superior da linha central (1-6) e a que se mantêm na parte inferior (7-12); 2º) as categorias estão divididas ainda pela metade, tomando-se as mais centrais (4-9) como as de relevância direta para os problemas de adaptação e de controle instrumental, e as extremas (1-3 e 10-12) como as que indicam problemas de expressão de reações emocionais e tensões, e ainda a manutenção da integração do grupo. Desta forma, as categorias de 4 a 9 referem-se propriamente à tarefa, e as dos dois extremos (1 a 3 e 10 a 12) estão vinculadas a respostas emocionais. Pode-se verificar através da Figura 1, que as categorias da área neutra se subdividem em dois grupos, ou seja, de fornecimento de informação, opinião, e sugestão (4, 5 e 6) e de solicitação dos mesmos tipos de mensagens (7, 8 e 9). As categorias extremas são categorias que implicam reações emocionais positivas (1, 2 e 3) ou reações emocionais negativas (10, 11 e 12).

FIGURA 1 - Sistema de Categorias Observacionais de Bales



CHAVE

A - REAÇÕES POSITIVAS
 B - TENTATIVA DE RESPOSTA
 C - QUESTÕES
 D - REAÇÕES NEGATIVAS

a - Problemas de Comunicação
 b - Problemas de Avaliação
 c - Problemas de Controle
 d - Problemas de Decisão
 e - Problemas de Redução de Tensão
 f - Problemas de Reintegração

Para a análise do processo de interação de grupos é possível ainda lançar mão de um outro recurso, reagrupando-se as categorias de forma a tomá-las aos pares simétricos; desta forma identifica-se seis tipos de problemas:- problemas de comunicação (6 e 7), isto é, situações que implicam em como delimitar o problema e fornecer informação factual; problemas de avaliação (5 e 8) em que a pessoa, o grupo ou a situação externa são objetos de avaliação; problemas de controle (4 e 9) em que se sugere formas de ação ou de manifestação verbal; problemas de decisão (3 e 10) em que o componente do grupo manifesta aceitação ou rejeição a uma proposta ou sugestão feita; problemas de redução de tensão (2 e 11) que constituem reações puramente emocionais e, finalmente, problemas de reintegração do grupo (1 e 12).

Quanto à definição das doze categorias, Bales fornece em seu livro⁴ orientação detalhada para os interessados em utilizar o sistema por ele formulado. No Apêndice C temos um resumo daquela definição.

A divisão da interação em unidades de análise, tal como é proposta por Bales, segue o seguinte raciocínio. Um único ato corresponde a uma unidade a ser contada. Ato, por sua vez, é *"uma comunicação ou indicação, verbal ou não verbal, que pode ser entendida em seu contexto por um outro membro como equivalente a uma única e simples sentença"*¹¹. Explica Bales¹¹ que *"uma simples sentença contém, ou pelo menos implica, um sujeito (de quem se está falando) e um predicado (o que é dito sobre o sujeito)"*, apresentando assim um pensamento completo para que o receptor possa responder ou reagir.

Portanto, o ato é definido como uma comunicação ou indicação suficientemente completa que permite que a outra pessoa o interprete e reaja em relação ao seu conteúdo e ao emissor¹¹. Bales¹¹ sublinha que esta definição foi elaborada em

terogêneos, pois as porcentagens de interações nas distintas categorias diferem significativamente de um paciente a outro.

Agrupando as categorias de Bales nas áreas positivas (categorias 1, 2 e 3), neutra (categorias 4, 5, 6, 7, 8 e 9) e negativa (categorias 10, 11 e 12) constatou-se uma preponderância da área neutra sobre as demais, na ordem de 85,4%, como se observa na Tabela 4.

Passou-se, então, a estudar a distribuição das unidades de interação por áreas de categorias para cada um dos sujeitos de interação. Assim verificou-se que entre enfermeiras e pacientes estudados a área neutra foi ligeiramente mais preponderante (90,7%) que no conjunto de interações, o que está registrado na Tabela 5.

Os correspondentes resultados para os auxiliares de enfermagem, representados na Tabela 6, indicam uma média de 86,5% de interações na área neutra e os dados relativos aos atendentes de enfermagem atingem a média de 86,8%; veja a Tabela 7.

Os dados contidos na Tabela 8 demonstram que também entre outros pacientes e os pacientes estudados a área neutra é a de maior frequência, com uma porcentagem de 83,2%.

O estudo da distribuição das unidades de interação entre os distintos pacientes e os sujeitos de interação foi feito então pelas categorias de área positiva (Tabela 9). Verifica-se que as interações com outros pacientes são predominantes (50,4%), seguidos pelas interações com os atendentes (20,5%), com os auxiliares (19,7%) e, em grau bem menor, com as enfermeiras (9,4%). Isto é, na área positiva, o conjunto dos sujeitos que integram o grupo da enfermagem perfaz praticamente o mesmo total de unidades de interação que os pacientes entre si.

Por outro lado, a análise estatística dos percentuais

de interação com os diferentes sujeitos na área positiva mostra que os pacientes são significativamente heterogêneos neste aspecto também. O fato repete-se no estudo das interações das áreas neutra e negativa.

O mesmo estudo efetuado na área neutra, representado na Tabela 10, indica uma ligeira vantagem do pessoal de enfermagem (52,4%) sobre o grupo dos outros pacientes na porcentagem de unidades de interação.

Já o estudo das unidades de interação da área negativa, indicado na Tabela 11, mostra uma diferença maior entre o percentual de interações trocadas entre pacientes (64,4%) e as porcentagens de interações trocadas com os sujeitos da enfermagem que individualmente alcançaram 4,1%, 16,1% e 15,5%, respectivamente, para enfermeira, auxiliar e atendente de enfermagem.

Este dado pode sugerir a existência de maior liberdade de verbalização de fatores negativos à interação entre pacientes do que com o pessoal de enfermagem, uma vez que estão passando pela mesma experiência e podem sentir maior proximidade e, por isso mesmo, aprender e receber apoio um do outro.

A distribuição das unidades de interação trocadas por cada paciente pode ser representada graficamente utilizando um perfil individual que mostra a porcentagem de interação em cada categoria de Bales. Este gráfico, que foi utilizado por Bales⁴, é denominado perfil de interação.

A Figura 2 contém os perfis individuais dos dez pacientes. Eles mostram uma clara preponderância de interações na área neutra, tendo como pico a categoria 6. Este fato pode ser pesquisado aplicando um teste estatístico para desvios entre frequências esperadas e observadas num subconjunto de case

las de uma tabela de contingência, ajustando-o pela seleção das caselas. Este teste de comparações múltiplas é porém muito laborioso computacionalmente, e por isso foi substituído pelo teste não paramétrico de Friedman, aplicado às frequências absolutas de interações. Este teste estuda a verossimilhança da configuração dos postos em cada casela, considerando a cada um dos pacientes como bloco. Os resultados obtidos foram:

- a) após um agrupamento de categorias, os dados de interação na área neutra superam significativamente aos das outras áreas;
- b) um exame mais detalhado, utilizando as doze categorias por separado, continua detectando diferenças significativas entre elas ($P < 0,05$). A aplicação do método de comparações múltiplas com $\alpha = 5\%$ fornece cinco grupos homogêneos de categorias de Bales. Os dois agrupamentos extremos contêm as categorias 1, 2, 3, 8, 9, 10, 12 com poucas observações e as categorias 4, 5, 6, 7, 11, fortemente representadas. Os restantes agrupamentos são mais difíceis de interpretar. Eles estão formados pelas categorias (1, 2, 3, 8, 11, 12), (1, 2, 3, 4, 5, 11, 12) e (1, 3, 4, 5, 7, 11), respectivamente.

A distribuição das 8036 unidades de interação foi variável entre os pacientes; através da Tabela 3, verifica-se que foi de 428 a 1239 unidades registradas pelos observadores durante o período de duração da observação. Embora possamos considerá-la como grande, a variação encontrada no estudo de Conant³⁵ foi ainda mais ampla (de 142 a 1700 unidades), tendo como determinante principal a cor do paciente: as visitas com menos de 500 unidades de interação foram feitas a pacientes negros. Já em nossa amostra, os fatores que concorreram para esta variação basicamente foram os seguintes: duração do período de observação, diagnóstico, experiências de internação, nível de ansiedade apresentado pelo paciente durante a hospitalização, duração dos períodos de ausência do paciente na enfermaria para a realização de exames ou cirurgias.

TABELA 1 - Características demográficas e clínicas dos dez pacientes estudados.

Pacientes	C A R A C T E R Í S T I C A S							
	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade (a)	Profissão	Procedência	Internação	Tratamento (b)
1	F	57	C	NEN	do lar	Ribeirão Preto	2. ^a	CIR
2	F	56	C	FUN	do lar	Pedregulho	2. ^a	CIR
3	M	19	S	SUP	estudante	Ribeirão Preto	4. ^a	CIR
4	M	20	C	FUN	mecânico	Ribeirão Preto	1. ^a	CIR
5	F	36	C	FUN	do lar	Ribeirão Preto	2. ^a	CIR
6	F	19	S	FUN	doméstica	Ribeirão Preto	1. ^a	CIR
7	F	49	C	FUN	do lar	Ituverava	4. ^a	CIR
8	M	69	C	FUN	inativo	Bom Jesus da Penha	1. ^a	CIR
9	F	27	C	FUN	doméstica	Ribeirão Preto	1. ^a	CIR
10	F	44	C	FUN	lavadeira	Sertãozinho	1. ^a	CLI

(a) NEN =Nenhuma; FUN = Fundamental, correspondente ao 1º grau completo ou incompleto; SUP = Superior.

(b) CIR = Cirúrgico; CLI = Clínico.

TABELA 2 - Características clínicas e da avaliação dos dez pacientes estudados.

Pacientes	C A R A C T E R Í S T I C A S				Juiz
	Unidade de Internação (a)	Diagnóstico	Causa da Internação	Dupla de Observadores	
1	CIR	Colecistopatia Calculosa	Colecistectomia	1	A
2	CIR	Bócio Atóxico	Hemitireoidectomia	1	B
3	CIR	Fratura Púbis	Fechamento Colostomia	2	C
4	CIR	Obstrução Respiratória	Desobstrução Respiratória	1	A
5	GIN	Esterilidade Primária	Laparoscopia	1	A
6	GIN	Fibroadenoma Hiper celular	Exerese Fibroma Gigante Mama E	2	C
7	GIN	Miomatose Uterina	Histerectomia	2	A
8	OFT	Carcinoma Palpebral	Exerese CA.	3	B
9	OFT	Estrabismo	Correção de Estrabismo	3	C
10	MED	Prolactinona	Avaliação Clínica	3	B

(a) CIR = Cirúrgica; GIN = Clínica Ginecológica; OFT = Oftalmologia; MED = Médica.

TABELA 3 - Distribuição das unidades de interação, segundo pacientes e categorias de Bales, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes. As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	C A T E G O R I A S D E B A L E S												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	46 (3,7)	23 (1,9)	43 (3,5)	63 (5,1)	60 (4,8)	771 (62,2)	163 (13,2)	7 (0,6)	0 (0)	5 (0,5)	49 (3,9)	8 (0,6)	1239 (100)
2	21 (2,9)	1 (0,1)	14 (1,9)	92 (18,6)	79 (10,8)	371 (50,8)	109 (14,9)	8 (1,1)	0 (0)	0 (0)	21 (2,9)	15 (2,0)	731 (100)
3	45 (4,1)	17 (1,5)	47 (4,2)	107 (9,6)	141 (12,7)	431 (38,9)	222 (20,0)	4 (0,4)	5 (0,5)	6 (0,5)	52 (4,7)	32 (2,9)	1109 (100)
4	24 (4,4)	2 (0,4)	14 (2,6)	69 (12,7)	14 (2,6)	278 (51,4)	106 (19,6)	2 (0,4)	0 (0)	2 (0,4)	26 (4,8)	4 (0,7)	541 (100)
5	19 (3,2)	46 (7,7)	18 (3,0)	37 (6,2)	10 (1,7)	348 (58,5)	77 (12,9)	0 (0)	0 (0)	5 (0,8)	34 (5,7)	1 (0,2)	595 (100)
6	5 (1,2)	0 (0)	12 (2,8)	48 (11,2)	94 (22,0)	148 (34,6)	81 (18,9)	3 (0,7)	8 (1,9)	1 (0,2)	25 (5,8)	3 (0,7)	428 (100)
7	43 (3,8)	33 (2,7)	33 (2,7)	41 (3,4)	24 (2,0)	780 (65,0)	198 (16,5)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)	39 (3,2)	7 (0,6)	1199 (100)
8	31 (4,6)	9 (1,3)	14 (2,1)	110 (16,4)	32 (4,8)	289 (43,0)	154 (22,9)	7 (1,0)	0 (0)	1 (0,1)	15 (2,2)	10 (1,5)	672 (100)
9	28 (4,7)	1 (0,2)	21 (3,5)	75 (12,5)	113 (18,8)	231 (38,5)	105 (17,5)	2 (0,3)	5 (0,8)	0 (0)	15 (2,5)	4 (0,7)	600 (100)
10	28 (3,0)	13 (1,4)	28 (3,0)	70 (7,6)	119 (12,9)	389 (42,2)	139 (15,1)	24 (2,6)	2 (0,2)	10 (1,1)	66 (7,1)	34 (3,7)	922 (100)
TOTAL	290 (3,6)	145 (1,8)	244 (3,0)	712 (8,9)	686 (8,5)	4036 (50,2)	1354 (16,8)	58 (0,7)	20 (0,2)	31 (0,4)	342 (4,3)	118 (1,5)	8036

$\chi^2 = 1183,29$ com 99 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 4 - Distribuição das unidades de interação, segundo pacientes e áreas das categorias de Bales, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à freqüência observada e à porcentagem.

Pacientes	Á R E A S			Total
	Positiva	Neutra	Negativa	
1	112 (9,0)	1064 (85,9)	63 (5,1)	1239
2	36 (4,9)	659 (90,2)	36 (4,9)	731
3	109 (9,8)	910 (82,1)	90 (8,1)	1109
4	40 (7,4)	469 (86,7)	32 (5,9)	541
5	83 (13,9)	472 (79,3)	40 (6,7)	595
6	17 (4,0)	382 (89,2)	29 (6,8)	428
7	109 (9,1)	1044 (87,1)	46 (3,8)	1209
8	54 (8,0)	592 (88,1)	26 (3,9)	672
9	50 (8,3)	531 (88,5)	19 (3,2)	600
10	69 (7,5)	743 (80,6)	110 (11,9)	922
TOTAL	679 (8,4)	6866 (85,4)	491 (6,1)	8036

$\chi^2 = 145,76$ com 18 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 5 - Distribuição das unidades de interação trocadas entre enfermeiras e pacientes estudados, segundo pacientes e áreas de categorias de Bales, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis, correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	Á R E A S			Total
	Positiva	Neutra	Negativa	
1	8 (8,9)	82 (91,1)	0 (0)	90 (100)
2	4 (11,4)	31 (88,6)	0 (0)	35 (100)
3	8 (6,8)	107 (90,7)	3 (2,5)	118 (100)
4	13 (14,1)	76 (82,6)	3 (3,3)	92 (100)
5	7 (8,2)	71 (83,5)	7 (8,2)	85 (100)
6	1 (1,2)	78 (96,3)	2 (2,5)	81 (100)
7	18 (7,6)	217 (91,6)	2 (0,8)	237 (100)
8	4 (4,8)	76 (91,6)	3 (3,6)	83 (100)
9	0 (0)	42 (100)	0 (0)	42 (100)
10	1 (2,7)	36 (97,3)	0 (0)	37 (100)
TOTAL	64 (7,1)	816 (90,7)	20 (2,2)	900 (100)

$\chi^2 = 40,47$ com 18 graus de liberdade, $0,1\% < P < 0,5\%$.

TABELA 6 - Distribuição das unidades de interação trocadas entre auxiliares de enfermagem e pacientes, segundo áreas de categorias de Bales e pacientes, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à freqüência observada e à porcentagem.

Pacientes	Á R E A S			Total
	Positiva	Neutra	Negativa	
1	26 (9,6)	241 (88,6)	5 (1,8)	272 (100)
2	4 (5,7)	61 (87,1)	5 (7,1)	70 (100)
3	36 (9,4)	306 (80,3)	39 (10,2)	381 (100)
4	10 (6,2)	144 (89,4)	7 (4,3)	161 (100)
5	14 (14)	81 (81)	5 (5)	100 (100)
6	0 (0)	55 (90,2)	6 (9,8)	61 (100)
7	8 (5,5)	134 (91,8)	4 (2,7)	146 (100)
8	11 (6,8)	144 (89,4)	6 (3,7)	161 (100)
9	17 (10,4)	144 (88,3)	2 (1,2)	163 (100)
10	8 (12,9)	54 (87,1)	0 (0)	62 (100)
TOTAL	134 (8,5)	1364 (86,5)	79 (5,0)	1577 (100)

$\chi^2 = 553,75$ com 18 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 7 - Distribuição das unidades de interação trocadas entre atendentes de enfermagem e pacientes, segundo pacientes e áreas das categorias de Bales, e resultado de análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	Á R E A S			Total
	Positiva	Neutra	Negativa	
1	23 (16,0)	121 (84,0)	0 (0)	144 (100)
2	8 (4,2)	176 (92,6)	6 (3,2)	190 (100)
3	21 (7,6)	242 (87,4)	14 (5,0)	277 (100)
4	15 (7,9)	161 (84,7)	14 (7,4)	190 (100)
5	11 (17,2)	52 (81,3)	1 (1,6)	64 (100)
6	1 (2,6)	38 (97,4)	0 (0)	39 (100)
7	7 (5,9)	109 (92,4)	2 (1,7)	118 (100)
8	33 (8,5)	343 (87,9)	14 (3,6)	390 (100)
9	6 (6,7)	82 (92,1)	1 (1,1)	89 (100)
10	14 (10,7)	93 (71,0)	24 (18,3)	131 (100)
TOTAL	139 (8,5)	1417 (86,8)	76 (4,7)	1632 (100)

$\chi^2 = 101,41$ com 18 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 8 - Distribuição das unidades de interação trocadas entre pacientes estudados e outros pacientes, segundo pacientes e áreas de categorias de Bales, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	Á R E A S			Total
	Positiva	Neutra	Negativa	
1	55 (7,5)	620 (84,6)	58 (7,9)	733 (100)
2	20 (4,6)	391 (89,7)	25 (5,7)	436 (100)
3	44 (13,2)	255 (76,6)	34 (10,2)	333 (100)
4	2 (2,0)	88 (89,8)	8 (8,2)	98 (100)
5	51 (14,7)	268 (77,5)	27 (7,8)	346 (100)
6	15 (6,1)	211 (85,4)	21 (8,5)	247 (100)
7	76 (10,9)	584 (83,7)	38 (5,4)	698 (100)
8	6 (15,8)	29 (76,3)	3 (7,9)	38 (100)
9	27 (8,8)	263 (85,9)	16 (5,2)	306 (100)
10	46 (8,6)	560 (80,9)	86 (12,4)	692 (100)
TOTAL	342 (8,7)	3269 (83,2)	316 (8,0)	3927 (100)

$\chi^2 = 85,72$ com 18 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 9 - Distribuição das unidades de interação pertencentes à área positiva, segundo pacientes e sujeitos de interação, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	S U J E I T O S D E I N T E R A Ç Ã O				Total
	Enfermeira	Auziliar	Atendente	Outros Pacientes	
1	8 (7,1)	26 (23,2)	23 (20,5)	55 (49,1)	112 (100)
2	4 (11,1)	4 (11,1)	8 (22,2)	20 (55,6)	36 (100)
3	8 (7,3)	36 (33,0)	21 (19,3)	44 (40,4)	109 (100)
4	13 (32,5)	10 (25,0)	15 (37,5)	2 (5,0)	40 (100)
5	7 (8,4)	14 (16,9)	11 (13,2)	51 (61,4)	83 (100)
6	1 (5,9)	0 (0)	1 (5,9)	15 (88,2)	17 (100)
7	18 (16,5)	8 (7,3)	7 (6,4)	76 (69,7)	109 (100)
8	4 (7,4)	11 (20,4)	33 (61,1)	6 (11,1)	54 (100)
9	0 (0)	17 (34,0)	6 (12,0)	27 (54,0)	50 (100)
10	1 (1,4)	8 (11,6)	14 (20,3)	46 (66,7)	69 (100)
TOTAL	64 (9,4)	134 (19,7)	139 (20,5)	342 (50,4)	679 (100)

$\chi^2 = 191,09$ com 27 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

TABELA 10 - Distribuição das unidades de interação pertencentes à área neutra, segundo pacientes e sujeitos de interação, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes. As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à frequência observada e à porcentagem.

Pacientes	S U J E I T O S D E I N T E R A Ç Ã O				Total
	Enfermeira	Auxiliar	Atendente	Outros Pacientes	
1	82 (7,7)	241 (22,6)	121 (11,4)	620 (58,3)	1064 (100)
2	31 (4,7)	61 (9,3)	176 (26,7)	391 (59,3)	659 (100)
3	107 (11,8)	306 (33,6)	242 (26,6)	255 (28,0)	910 (100)
4	76 (16,2)	144 (30,7)	161 (34,3)	88 (18,8)	469 (100)
5	71 (15,0)	81 (17,1)	52 (11,0)	268 (56,8)	472 (100)
6	78 (20,4)	55 (14,4)	38 (9,9)	211 (55,2)	382 (100)
7	217 (20,8)	134 (12,8)	109 (10,4)	584 (55,9)	1044 (100)
8	76 (12,8)	144 (24,3)	343 (57,9)	29 (4,9)	592 (100)
9	42 (7,9)	144 (27,1)	82 (15,4)	263 (49,5)	531 (100)
10	36 (4,8)	54 (7,2)	93 (12,5)	560 (75,4)	743 (100)
TOTAL	816 (11,9)	1364 (19,9)	1417 (20,6)	3269 (47,6)	6866 (100)

$\chi^2 = 1670,23$ com 27 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

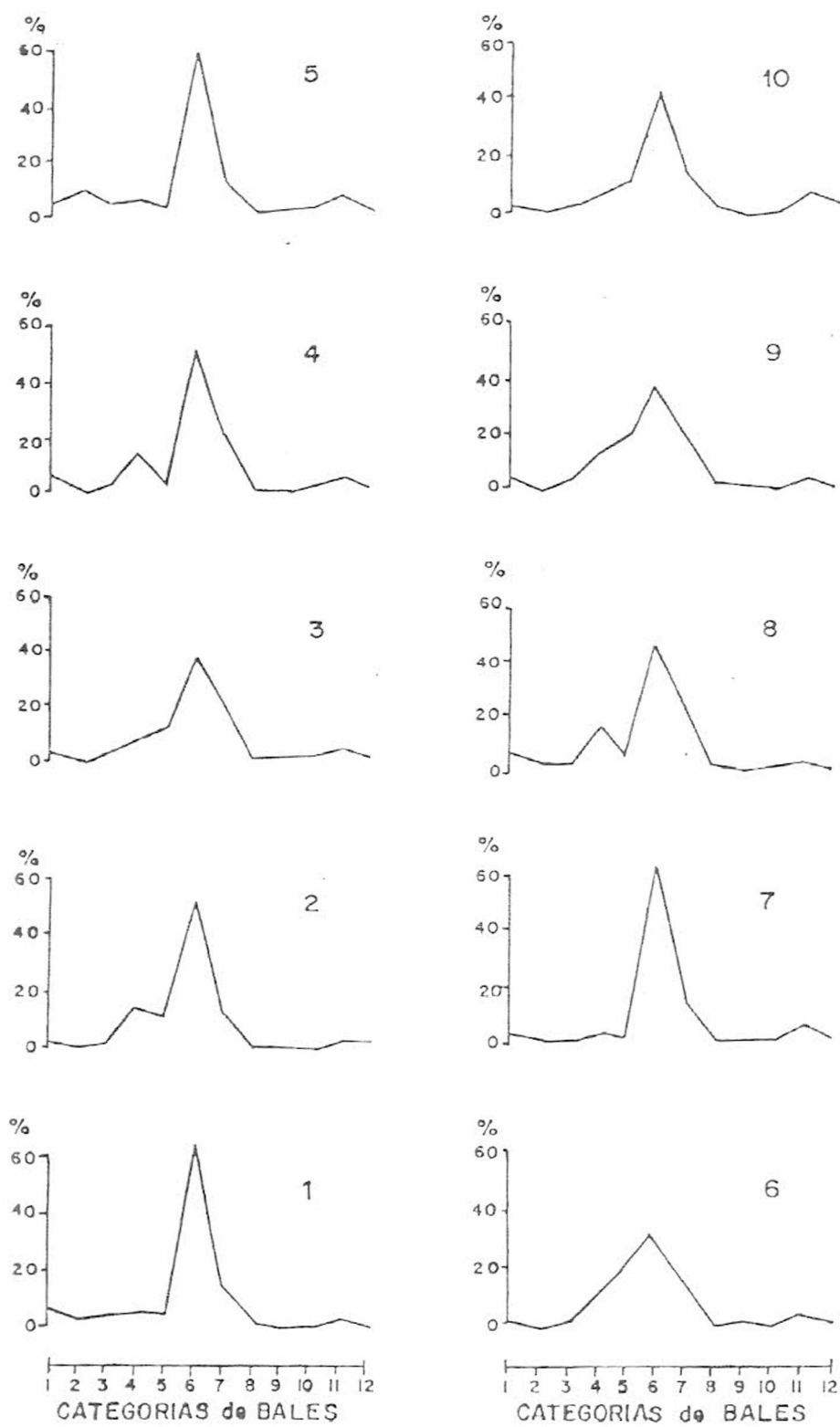
TABELA II - Distribuição das unidades de interação pertencentes à área negativa, segundo pacientes e sujeitos de interação, e resultado da análise estatística da homogeneidade dos pacientes.

As quantidades superior e entre parêntesis correspondem, respectivamente, à freqüência observada e à porcentagem.

Pacientes	S U J E I T O S D E I N T E R A Ç Ã O				Total
	Enfermeira	Auxiliar	Atendente	Outros Pacientes	
1	0 (0)	5 (7,9)	0 (0)	58 (92,0)	63 (100)
2	0 (0)	5 (13,9)	6 (16,7)	25 (69,4)	36 (100)
3	3 (3,3)	39 (43,3)	14 (15,6)	34 (37,8)	90 (100)
4	3 (9,4)	7 (21,9)	14 (43,7)	8 (25,0)	32 (100)
5	7 (17,5)	5 (12,5)	1 (2,5)	27 (67,5)	40 (100)
6	2 (6,9)	6 (20,7)	0 (0)	21 (72,4)	29 (100)
7	2 (4,3)	4 (8,7)	2 (4,3)	38 (82,6)	46 (100)
8	3 (11,5)	6 (23,1)	14 (53,8)	3 (11,5)	26 (100)
9	0 (0)	2 (10,5)	1 (5,3)	16 (84,2)	19 (100)
10	0 (0)	0 (0)	24 (21,8)	86 (78,2)	110 (100)
TOTAL	20 (4,1)	79 (16,1)	76 (15,5)	316 (64,4)	491 (100)

$\chi^2 = 210,83$ com 27 graus de liberdade, $P < 0,1\%$.

FIGURA 2 - Perfis individuais, representando a porcentagem de interação em cada uma das categorias de Bales para cada um dos 10 pacientes estudados.



Esta pesquisa possibilitou a constatação de que a interação com os pacientes estudados assume determinada forma que se repete diariamente, de tal maneira que fica delineado um padrão no comportamento de interação entre os membros do grupo da enfermagem. Este dado está evidenciado na Tabela 4, onde se verifica que a variação na área neutra foi de 79,3% a 90,2%. Este padrão de interação, determinado pela alta frequência de unidades de interação nas categorias que compreendem a área neutra, é afetado pelo grau de conformidade dos componentes do grupo da enfermagem com a estrutura normativa da sistemática de assistência adotada na instituição. A interação entre o grupo da enfermagem e pacientes se dá em torno de problemas funcionais, isto é, a interação é função das atribuições técnicas do pessoal de enfermagem; esta é uma evidência que está à mostra nas Tabelas 5, 6, 7 e 8 relativas à enfermeira, auxiliar, atendente e outros pacientes, respectivamente.

Na Tabela 5, verifica-se que a interação da enfermeira com o paciente número nove foi totalmente efetuada na área neutra, e que não houve oportunidade de os pacientes 1, 2, 9 e 10 expressarem a ela sentimentos na área negativa. Apesar de algumas variações individuais nos dez pacientes, as enfermeiras mostraram padrões semelhantes de interação com seus pacientes, sendo que na área neutra as categorias mais frequentes foram 6-Dá orientação, 7-Pede orientação e 4-Dá-sugestão.

A observação dos dados originais, exibidos no Apêndice A, chama nossa atenção para o total de perguntas emitidas pela enfermeira em direção ao paciente, e de respostas na direção contrária. A ilustração que se segue mostra uma situação em que a enfermeira dirige uma série de perguntas ao paciente sem aproveitamento das respostas.

ENF - E você, P. como está?

P3 - Tudo bom.

ENF - Já tirou a colostomia?

P3 - Já.

ENF - E o intestino, já funcionou?

P3 - Não, ainda não.

ENF - É que você ainda não se alimentou, né?
O F., deu prá se adaptar à colostomia?

P3 - Ah! não deu não!.

ENF - Quanto tempo você ficou com a colostomia?

P3 - Uns dois meses e uns quebrados.

ENF - Foi ruim então a colostomia?

P3 - Foi.

Alguns pacientes também fazem perguntas à enfermeira, mas numa frequência muito pequena, sendo que os pacientes 1, 8 e 10 não dirigiram a ela nenhuma questão (veja Tabelas A1, A8 e A10). Em pesquisa realizada por Skipper, Mauksch & Tagliacozzo¹²⁴ foram identificadas várias barreiras importantes à comunicação efetiva entre pacientes e funcionários do hospital. Entre estas barreiras detectou-se uma forte crença, comum entre muitos pacientes, de que tanto as enfermeiras quanto os médicos são demasiadamente ocupados e sobrecarregados para cuidar de todos os pacientes de maneira adequada; com base nesta crença, os pacientes entrevistados pelos autores referiram sentir uma forte obrigação de não importunar o pessoal com pedidos de informação, com chamadas ou com queixas.

Fazendo uma abordagem sobre as barreiras culturais na comunicação da enfermeira, Paynich¹¹¹ enfatiza a necessidade de que ela use termos simples quando conversa com os pacientes; em seu estudo foi verificado que a compreensão do paciente e

o comportamento cooperativo foi consideravelmente maior quando não foram usados conceitos técnicos ou jargão profissional nos itens mensurados. Para exemplificar a presença da barreira da terminologia em nosso estudo temos o seguinte episódio, ocorrido entre o auxiliar e o paciente. Ao entrar na enfermaria, uma auxiliar dirigiu-se diretamente ao leito da paciente número um, perguntando-lhe:

AUX - Vai fazer exame, né?

PI - Vou.

AUX - De gastroscopia, né? (olhando para a placa de jejum).

A paciente não respondeu e o auxiliar retirou-se da enfermaria sem nem notar a expressão de dúvida no rosto da paciente. As principais barreiras na comunicação com pacientes são apontadas também por Hewitt & Pesznecker⁶².

Na área positiva a interação da enfermeira foi bastante variável, desde a ausência de interação com o paciente nove, até o total de 32,5% com o paciente quatro (veja Tabela 9). Este dado mostra o direcionamento da enfermeira para os pacientes mais graves, conforme se apegou teoricamente. No caso deste paciente, principalmente, o comportamento da enfermeira demonstra bastante coerência uma vez que se trata daquele que, dentre todos os da amostra, apresentou necessidade de apoio, compreensão e segurança em nível mais elevado.

Por outro lado, na área negativa os pacientes cinco e oito foram os que mais trocaram unidades de interação com a enfermeira, conforme indicação na Tabela 11.

O padrão de interação do auxiliar de enfermagem segue o da enfermeira, embora se verifique uma ligeira distinção na área sócio-emocional negativa, onde predomina a emissão de

unidades de interação do auxiliar para os pacientes (confira os dados originais no Apêndice A); nesta área destaca-se o percentual do paciente 3, conforme indicação da Tabela 6. Os percentuais de interação dos pacientes com os auxiliares na área negativa (Tabela 11) também demonstram o destaque do paciente 3 sobre os demais. Note-se que ele atinge um percentual maior com o auxiliar do que com os outros pacientes, o mesmo ocorrendo com o paciente 8. Este comportamento foge às regularidades demonstradas pela Tabela 11 quando se compara a coluna do grupo da enfermagem com a coluna de outros pacientes. A análise dos dados originais mostra que as categorias mais frequentes também são a 6-Dá orientação, 7-Pede orientação e 4-Dá sugestão em todos os pacientes, exceto no de número 3 que apresentou alta frequência de interações fornecendo opiniões, análise e avaliações (categoria 5). Esta exceção se explica pelo diferenciado nível social e de escolaridade daquele paciente (Tabela 1). Conforme indicação da Tabela 10, o paciente número 3 foi o que apresentou o mais alto percentual de unidades de interação com o auxiliar de enfermagem na área neutra.

As situações a, b e c apresentadas a seguir, indicam que o conteúdo da interação, traduzido em frequências de unidade de interação na área neutra (categorias 6, 7 e 4) é determinado pela orientação que o funcionário tem para a tarefa. Ele a executa porque hoje está escalado para aquela atividade. Se o paciente fizer um pedido que implique em fazer a tarefa designada para outro funcionário, mesmo estando disponível ele remete o paciente ao colega. E a situação c acrescenta a indicação de que a interação é determinada pela rigidez do horário em que a tarefa deve ser executada: Situação a - P1 encontrava-se no refeitório acompanhada de outra paciente de sua enfermaria, quando esta convidou a primeira para retornarem à enferma

ria. P1 logo levantou-se e pegou o frasco de dreno daquela paciente e ajudou-a a levantar-se. Seguiam pelo corredor e esta disse:

OPA - Será que não posso pesar?

P1 - Acho que tenho que chamar alguém.

A observadora ofereceu-se para pesá-la uma vez que não havia nenhum funcionário por perto, mas uma auxiliar aproximou-se e disse:

AUX - Deixa que eu vejo. Hoje eu posso verificar porque é esta a minha função hoje.

Situação b - No segundo dia de internação, atendendo a sugestão, P2 levantou-se, colocou-se de pé junto ao leito, apanhou sua toalha e camisola e dirigiu-se ao banheiro, dizendo:

P2 - Não tem sabão para tomar banho.

Dirigindo-se à auxiliar que punccionava a veia de uma paciente acamada.

AUX - Tem que pedir a uma das meninas; elas que dão.

P2 - Ah, eu vou tomar banho sem sabão mesmo; só vou jogar uma água no corpo. Mais tarde elas trazem o sabão. Eu não sei com quem tem que falar...

Situação c - Entrando na enfermaria, o auxiliar disse:

AUX - Puxa! Hoje estou atrasado. Você me atrasou a vida com seu banho.

P3 - Mas eu não demorei muito.

AUX - Não, mas enquanto você tomava banho, eu dei banho em dois pacientes na outra enfermaria.

P3 - Por isso! Quando eu estava no 9º andar vocês demoravam para me dar banho.

AUX - É! Eu tenho que fazer tudo aqui, mais os banhos do 9º andar.

P3 - É, isso é ruim!

Na área positiva houve grande variação na frequência de unidades de interação entre a díade auxiliar/paciente, conforme demonstra a Tabela 9, que evidencia o seu afastamento do paciente 6 e sua maior aproximação com os pacientes 3 e 9.

A análise dos dados originais desta pesquisa, aliada à verificação de que existe maior aproximação de funcionários com alguns pacientes - como no caso do auxiliar de enfermagem com os pacientes 3 e 9 - leva-nos a refletir sobre a questão do favoritismo na interação enfermeiro-paciente, tão bem analisada por Morimoto⁹⁶. Não se desconhece a dualidade na orientação da assistência que tem existido através dos tempos; isto é, uma orientação tradicional que baseia-se no conceito de que o pessoal de enfermagem deve dispensar um cuidado igual para todos e, assim sendo, a enfermeira deve dividir igualmente sua atenção com todos os pacientes, independente de suas preferências. Este ponto de vista baseia-se no desempenho de papéis: a enfermeira em seu papel de enfermeira tem responsabilidade de atender a todos os pacientes; o paciente em seu papel de paciente tem o direito à assistência de enfermagem. Como consequência, a assistência será generalizada, marcada por rituais, rotinas e pela impessoalidade e neutralidade das interações. Com isso, perde-se a individualidade não só do paciente, mas também da enfermeira. A outra orientação baseia-se no conceito das diferenças individuais e, por conseguinte, maximiza a importância dos sentimentos da enfermeira nas interações com seus pacientes e admite que ela tenha preferências pessoais. Nesta perspectiva há o reconhecimento de fatores pessoais que transcendem os papéis. Nesse sentido, é previsto que a enfermeira como pessoa se aproxime mais de alguns pacientes, da mesma forma que alguns pacientes terão mais liberdade de se aproximar de algumas enfermeiras do que de outras.

Para investigar o favoritismo na assistência de enfermagem, Morimoto⁹⁶ classificou as interações como ligadas a procedimentos, pessoais ou mistas. Concluiu que as interações do grupo da enfermagem com pacientes preferidos é basicamente pessoal, caracterizada por uma abordagem personalizada e pela demonstração de que eles fazem algo por este paciente *"porque ele é uma pessoa"*, enquanto que com os pacientes não-preferidos a interação é basicamente ligada a procedimentos, sistemática e relacionada ao atendimento das necessidades físicas e ao fornecimento de informações sobre rotinas da enfermagem. *"Eles fazem algo por ele porque ele é um paciente"*.

Embora não tenhamos nos proposto fazer a distinção entre pacientes preferidos e não-preferidos em nosso estudo, podemos dizer que em nossa amostra os pacientes podem ser classificados como não-preferidos, uma vez que as interações estão fixadas na área de procedimento ou neutra. Houve alguns episódios de interações classificadas na área pessoal, com uma nítida demonstração de preferência do auxiliar pelos pacientes número três e número nove, como indicam as Tabelas 6, 9 e 11, onde se nota um destaque no percentual de interação do auxiliar com estes pacientes (em relação aos demais), nas áreas sócio-emocional positiva e negativa. Por outro lado, a Tabela 10 também mostra que na área neutra o paciente número três é o que apresenta maior percentual de interação com o auxiliar, o que pode indicar que os percentuais elevados de interação com este elemento não estão apenas condicionados a favoritismo, mas talvez principalmente a circunstâncias funcionais daquela clínica: na enfermagem do paciente número três estava sempre escalado um auxiliar de enfermagem. Deste modo, fica claro que da maneira como utilizamos o instrumento de Bales⁴, incluindo nos grupos estudados apenas um paciente por enferma

ria, não é possível que determinemos as preferências ou não preferências do grupo da enfermagem. Contudo, o fato de termos optado pelo registro de todas as interações, para depois classificá-las segundo o Interaction Process Analysis de Bales⁴ nos permite um estudo mais detalhado do conteúdo das interações, e não apenas o seu processo. Este material servirá como fonte de análise em estudos posteriores, uma vez que análises sobre o conteúdo destas interações extrapolam os objetivos desta pesquisa; no entanto, através deste material podemos assegurar que o paciente número três era realmente preferido em relação aos demais que se encontravam em sua enfermaria. Talvez por se tratar de pessoa de nível universitário, já conhecido no hospital dadas as suas três experiências anteriores de internação naquela mesma clínica.

A interação atendente-paciente também obedece o mesmo padrão, com freqüência acentuada na área neutra, concorrendo para este resultado as freqüências expressivas das Categorias 6, 7 e 4, exceto no paciente número seis em que a ordem de freqüência assim se inverteu: categoria 4-Dá sugestão, categoria 6-Dá orientação e categoria 7-Pede orientação, conforme evidenciam as Tabelas de A1 a A10. No dizer de Bales⁹, dar sugestão é provavelmente o comportamento mais característico da pessoa que se especializa na solução de um problema-tarefa e é associado com a própria atribuição de liderança do sujeito. Segundo explicação do autor, as interações nesta categoria podem aumentar como resultado da emergência de padrões repetitivos construídos em torno das necessidades de coordenação de atividades de mais pessoas. Neste caso, os grupos maiores mostrarão mais sugestões ligadas a procedimento do que sugestões de conteúdo^{9,20}. É o que ocorre exatamente com o atendente.

A Tabela 7 mostra regularidades no comportamento ver-

bal se comparados com as Tabelas 5 e 6, mas também mostra um desvio no paciente dez, área negativa, com um percentual bem mais elevado do que o apresentado pelos outros pacientes. Conferindo na Tabela A10, verifica-se que houve manifestações de tensão por parte do paciente dirigidas ao atendente que, por sua vez, respondeu mostrando antagonismo, tensão e discondância.

As interações entre atendentes e pacientes na área positiva foram mais predominantes com o paciente 8 (61,1%) e com o paciente 4 (37,5%), conforme evidencia a Tabela 9. Nas áreas neutra e negativa os atendentes também demonstraram maior aproximação com aqueles dois pacientes, o que se constata nas Tabelas 10 e 11, respectivamente.

Entre pacientes também verificou-se o mesmo padrão de comportamento verbal, mas com um percentual mais elevado nas áreas sócio-emocional positiva e negativa. É interessante a comparação da frequência de unidades de interação da área negativa nas Tabelas 5, 6, 7 e 8, por exemplo no paciente número um, que não emitiu nenhuma unidade de interação para a enfermeira e nem para o auxiliar, mas o fez para o atendente (5 unidades de interação) e para outros pacientes (58 unidades); ou ainda no paciente número dez, que não manifestou-se emocionalmente nem para o auxiliar e nem para a enfermeira, o que se contrasta com sua manifestação em grande escala com outros pacientes nesta área. O mesmo se dá com o paciente número um; a comparação de suas interações com o grupo de enfermagem e os outros pacientes é visto na Tabela 11. Este comportamento vem demonstrar o distanciamento existente entre o grupo da enfermagem e os pacientes em geral. O distanciamento, a impessoalidade, a neutralidade e a frieza que marcam suas interações é bem provável que constituam uma defesa ao profissional, dando-lhe segurança pa-

ra contornar situações que escapam à sua área de controle. Com esta atitude, o paciente não terá condições de confiar no profissional e nem muita liberdade de solicitar ajuda, encontrando no companheiro um ouvinte ou um aconselhador.

A situação seguinte fornece uma ilustração suficiente deste fato. P7 encontrava-se no período pré-operatório, já havia sido submetida a todos os procedimentos rotineiros que o tipo de cirurgia requer e estava aguardando ser encaminhada para o centro cirúrgico, quando uma atendente aproximou-se e então P7 disse:

P7 - *Coloquei sonda agora cedo e está me incomodando... Vou operar hoje!*

ATE - *É só esquecer que passa.
Só eu que faço tudo e não tem ninguém para ajudar. Que falta faz um radinho...*

P7 - *A sonda dói só na hora que põe e depois passa?*

Não obtendo resposta, dirigiu-se à paciente do lado.

P7 - *Você que ainda tá com sonda, ainda dói?*

OPA - *Só quando coloca. Por quê? A sua está doendo?*

P7 - *Dá sensação que vai fazer xixi na cama.*

Permanece impaciente, suspirando e movimentando os pés sob o lençol. Virou-se para o lado em que estavam a atendente e uma outra paciente e perguntou-lhes:

P7 - *Toda operação usa dreno? Será que a Laura já operou? Será que foi agora cedo? Ela estava com tanto medo! As operações costumam ser cedo?*

ATE - *Em geral são. Todos tem toalha?*

Cada paciente respondeu que tinha toalha e a atendente retirou-se.

O comportamento entre pacientes mostra também uma regularidade na área sócio-emocional negativa, quando comparada com o grupo da enfermagem. Talvez isto ocorra não somente porque eles igualam sua experiência e, por isso sentem-se mais à vontade para discuti-la entre si e para obter informações do outro, mas também pela consciência de uma "obrigação moral de não tomar tempo das enfermeiras e médicos, pois eles têm que estar liberados para atender os doentes mais graves"¹²⁴. Ou ainda podem não ter coragem de verbalizar seu antagonismo com relação a algum membro do grupo, e o fazem ao companheiro. É o caso do paciente número quatro, que manifestou abertamente seu antagonismo pelo atendente ao paciente do lado:

P4 - Isso que eu acho errado; a gente tem sede e em vez de eles passarem água pelo vidro, como o médico mandou, eles vão lá na torneira do banheiro, enchem a seringa e passam esse pouquinho d'água. O médico lá embaixo disse que eu tinha que tomar no mínimo dois litros de água porque eu estava desidratando. É essa mulher aí, porque tem umas que passam pelo vidro direitinho. Ontem eu pesei mais, hoje eu pesei menos; o moço aí me disse que essa dieta engorda. Isso é porque não pesa direito. Essa aí então faz tudo com uma cara feia!

Na área positiva, a preferência da amostra estudada é a interação com outros pacientes, como se vê na Tabela 9, onde se verifica três distanciamentos da média. No caso do paciente quatro, tendo realizado traqueostomia e apresentado muita secreção, não tinha motivação para interagir na área positiva com seus companheiros. No caso do paciente número oito, coincidiu de no seu pré-operatório os outros pacientes da enfermaria serem ambulantes e estarem em condições de ficar mais tempo no refeitório assistindo televisão. Com isso, o paciente em questão ficou mais tempo sem companhia do que os demais. Além disso, havia uma grande diferença de idade entre ele e seus colegas. Talvez este também tenha sido um fator de

bloqueio na comunicação entre eles.

Por outro lado, a Tabela 9 também mostra que no paciente número seis houve um elevado percentual de unidades de interação com outros pacientes na área positiva. A razão está no fato de que esta paciente mostrou-se muito tensa desde o momento da internação até a realização da cirurgia; e encontrou o apoio e a compreensão da outra paciente:

OPA - Você não dormiu nada, hein M...?

P6 - É.

OPA - Toda hora que eu acordava você estava se virando na cama. Também com aquela outra roncando daquele jeito...

P6 - Não foi por isso, não. Isso não me atrapalha.

OPA - Só cedo, na hora que eu acordei, lá para as cinco e meia, aí você estava dormindo.

Foram interrompidas por uma enfermeira a quem P6 informou ter dormido bem. A enfermeira observou o nervosismo da paciente, questionando-a sobre isto. Ela respondeu, quase chorando, que estava "um pouquinho" nervosa. A enfermeira então lhe disse:

ENF - A gente vai conversar melhor mais tarde, viu? O que você tomou de manhã, leite e pão?

Tendo a enfermeira se afastado, a paciente disse à companheira:

P6 - Estou morrendo de medo, dona Aparecida!

OPA - Estou vendo! Você tá apavorada! Não pode ficar assim não. Tem que ter fé e sempre pensar no melhor.

Apoios deste tipo são muito comuns entre pacientes.

Ao estudarem o relacionamento entre os comportamen-

tos dos pacientes e as atitudes da equipe de enfermagem, Gladstone & McKegey⁵⁷ concluem que um pequeno número de comportamentos de pacientes, quando percebidos pela equipe da enfermagem, está altamente associado com sentimentos e com respostas e atitudes destes mesmos membros. Recomendam estudos e controle mais rigoroso e sistemático do comportamento dos pacientes e das reações da equipe como mais uma medida em busca da elevação da qualidade da assistência.

A atitude da enfermeira em relação a P6, referida há pouco, vem confirmar a observação de Diers⁴⁴ de que as enfermeiras demonstram ignorar as necessidades emocionais em suas conversações com os pacientes. Neste caso houve a observação do problema por parte da enfermeira, mas ela se demitiu da responsabilidade de apoiá-la, orientá-la, reduzir o nível de tensão que ela estava apresentando. Estamos em acordo com Towns¹³⁵ em que é necessário que a enfermeira estimule nos pacientes a expressão de suas emoções.

Este estudo permitiu que verificássemos também que o paciente tem muita necessidade de informação; a frequência de unidades de interação nas categorias 6 e 7 comprova isto; e a direção dos pedidos e fornecimento de informação para o paciente e não para o pessoal de enfermagem se explica pelo fato de que estes só solicitam e fornecem as informações que lhes interessam para o cumprimento de suas funções técnicas. No entanto, as informações que os pacientes necessitam são fornecidas por seus companheiros, na maioria das vezes, como no exemplo abaixo:

P2 - ... aí me deram uma injeção; eu achei que já era a anestesia, mas disseram que não, que era só um remedinho. Depois me colocaram um soro e me passaram para outro lugar e aí eu já tava meio com sono. Agora, na sala de operação eu já não vi mais nada. Já devo ter chegado dormindo.

OPA - *Eles falam que a sala de operação ninguém vê, né?*

P2 - *É, ninguém vê mesmo. Eu acho que a anestesia eles colocam no soro.*

OPA - *É, eu acho que é no soro mesmo. Já ouvi muita gente que operou falar isso!*

Na manhã seguinte, às 7 horas, estas duas pacientes eram as únicas que estavam conversando na enfermaria.

P2 - *Está ficando sem lugar, hein?*

OPA - *É, todo lugar que eu vou não serve.*

P2 - *A senhora não melhorou da tremura?*

OPA - *Melhorei nada. Mas não é toda hora que dá tremura não.*

P2 - *Não? Eu estava pensando... Será que eles vão me cortar só para tirar esse carocinho? Será que é isso que tá me tanto tudo isso? Dor de cabeça, tremura, nervoso, batedeira? Será?*

OPA - *É isso sim e ataca o coração também.*

P2 - *Gozado! Uns dá isso na vista - ficam com aqueles olhão grande, outros dá no busto, né? Eu sempre fui magrinha assim: agora é que dei uma engordadinha nos últimos tempos.*

OPA - *É! eu sempre fui mais gordinha um pouco.*

Com a entrada da auxiliar para retirar sangue de outra paciente, as duas silenciaram e ficaram a observá-la.

A necessidade de informação apresentada pelo paciente é enfatizada por Hodgson⁶⁴ quando discorre sobre as implicações de estar doente e sobre os obstáculos emocionais da comunicação; advoga que a sensibilidade do pessoal de enfermagem aos sentimentos do paciente permite a comunicação.

Na visão de Tagliacozzo & Mauksch¹³¹, a experiên-

cia de ser hospitalizado adiciona uma outra dimensão à experiência de ser doente. *"Esta dimensão consiste de direitos e obrigações que são legitimados por forças organizacionais e que são baseados no fato de que a admissão ao hospital é equivalente a assumir uma posição organizacional com todas as implicações das concordâncias e sanções normativas"*.

Abordando sobre o contexto da hospitalização, estes autores mencionam o fato de que quartos individuais ou duplos, assim como a rápida rotatividade dos pacientes nos hospitais modernos não consolidam uma comunidade efetiva de pacientes que pudesse servir como intérprete e modificadora das regras hospitalares. *"O paciente, portanto, é muito mais dependente de sua aprendizagem anterior, seja ela através de experiências diretas ou indiretas com o papel de paciente. Além do mais, a ausência de interpretações adequadas pela comunidade de pacientes torna-os mais dependentes dos funcionários do hospital para pistas sobre a conveniência de seu comportamento, demandas e expectativas. O fato de os pacientes frequentemente permanecerem estranhos na comunidade hospitalar tende a aumentar o poder daqueles que, como funcionários, estão intimamente familiarizados com as regras e expectativas da organização. O poder do qual eles se investem pode inibir o paciente na busca de esclarecimento e orientação. Também, aqueles que estão informados tendem a tornar-se esquecidos das necessidades de seus clientes de serem iniciados nas regras do jogo"* 131.

O próprio processo que encoraja a solidariedade do grupo tende, contudo, a criar barreiras artificiais entre membros que pertencem a grupos diferentes com sua própria organização interna⁸³.

A análise do processo de interação que envolveu os

dez pacientes estudados nos faz ver que em várias situações foi nítida a barreira existente entre o grupo de pacientes e o grupo da enfermagem. E as barreiras se elevam justamente por causa da atitude tomada pelo grupo da enfermagem: 1) executando tarefas em grupo; 2) não interagindo verbalmente com os pacientes na maioria das vezes em que trabalham em grupo numa enfermaria, em que cada um faz sua parte da tarefa executada no mesmo paciente, 3) interagindo entre si sobre assuntos e interesses particulares que nada dizem respeito ao paciente, que permanece exposto ao humor do funcionário. Desta forma, percebendo a união dos elementos do grupo da enfermagem, o grupo de pacientes também se une, fechado entre si muito sentimento, muita emoção, muita angústia, muita agressividade e algumas alegrias que são na maioria das vezes desconhecidas pelo pessoal de enfermagem.

Os dados deste estudo permitem-nos também a constatação do desempenho do "*papel do paciente*" conforme definição adotada pela perspectiva funcionalista, cujas bases assentam em Parsons¹¹⁰. Este autor define doença como um tipo de papel socialmente institucionalizado. Para ele a doença produz um distúrbio temporário na capacidade do indivíduo desempenhar seus papéis costumeiros e este estado está condicionalmente legitimado; no entanto, a doença tem o efeito de isolar o paciente de certos tipos de influência de outras pessoas e de aliená-lo de certas normas predominantes na pessoas consideradas sadias. Sendo um estado condicionalmente legitimado, ele tem o direito inerente de receber cuidado, mas em contrapartida tem a obrigação de procurar e aceitar ajuda profissional. Deste modo, o papel de paciente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que de finem normas e comportamentos apropriados para seu novo status. Segundo Kassebaum & Baumer⁶⁹ estas expectativas são suficientemente estruturadas para garantir o termo "*papel de paciente*".

Operacionalmente os referidos autores dividiram seu estudo de papel do paciente em quatro fatores: dependência, reciprocidade, possibilidade de desempenho do papel e negação, por parte do paciente, do conhecimento do seu papel.

Esses fatores permitem, então, definir operacionalmente a personalidade do doente. É caracterizada pela dependência, pois o doente não pode exercer seus papéis e funções sociais. Como consequência, o doente consciente de sua dependência procurará associar-se com os que tratam dele para sair do estado em que se encontra. A impossibilidade de execução de papéis e funções normais levam-no a uma forma de aceitação total, parcial ou nula, "normal" ou "deformada" de sua situação de "exceção". Muitos são os modos como essa dimensão pode se apresentar: desde a aceitação simples com conformidade, até a revolta e rebelião⁶⁹.

As interações verbais estudadas nesta pesquisa podem fazer transparecer, pois, o papel do paciente e ainda mais: as expectativas que o grupo da enfermagem têm quanto ao papel do paciente. Diríamos que estas expectativas incluem um grau acentuado de dependência e obediência às ordens dadas. De tal forma que as interações verbais acusam a incapacidade que o paciente tem de questionar sobre seu estado ou tratamento; ele nem deve fazê-lo. Basta que obedientemente siga o que for preciso, ou prescrito! Ele é paciente, isto é, só deve receber passivamente o que o serviço de saúde lhe oferecer!

Estas distorções no papel do paciente provavelmente são mais acentuadas em instituições hospitalares mais complexas. Por isso mesmo é que, especialmente em hospitais de grande porte, os enfermeiros devem procurar contornar as pressões aí criadas de modo a tentar impedir que elas se reflitam na interação do grupo da enfermagem com os pacientes. Segundo

Bales⁸, em sistemas sociais amplos há vários fenômenos interessantes que aparentemente se associam a uma série de pressões presentes nas organizações. Entre estes fenômenos o autor cita a limitação de contato por evitação ou segregação física e institucionalização da impessoalidade ou imparcialidade. É recomendável que estudos sobre interação verbal sejam conduzidos em hospitais pequenos e em clínicas especializadas, para que comparações possam ser feitas. É o que também sugere Carvalho³¹, após a realização de estudo sobre comportamento verbal do enfermeiro na mesma instituição por nós utilizada.

De sua vasta experiência com grupos de interação com o propósito de solução de problemas, Bales⁸ verificou que *"quando os papéis funcionais desempenhados por pessoas num grupo se tornam mais específicos, diferenciados e formais, são criadas pressões para uma relação menos solidária entre elas. Esta é uma concepção de uma série de mudanças nos relacionamentos sociais provocada por mudanças nos problemas funcionais que o grupo enfrenta no seu processo de solução de problema"*.

Bales^{8, 10} comenta que estes fenômenos associados a uma série de mudanças num sistema social mais amplo são extremamente variados e incluem a *institucionalização de uma certa indiferença, impessoalidade, imparcialidade ou neutralidade emocional como uma obrigação explícita no desempenho de certos papéis, tais como o de juiz, médico, administrador, etc.; tendências compulsivas para o absenteísmo, migração, isolamento, recusa a comunicar-se...*".

Um dos sintomas destes fenômenos descritos por Bales e identificados no grupo da enfermagem incluídos neste estudo é a fragmentação da prática de verificação dos sinais vitais, com sérios reflexos na interação verbal durante a sua execução.

Além de coordenar a assistência de modo que o paciente sinta que ele é visto como um todo, o papel da enfermeira reside em ajudá-lo a desempenhar o seu papel de paciente, fornecendo a oportunidade de identificar e explorar seus problemas. Hays & Larson⁶⁰ alertam sobre a responsabilidade da enfermeira explicitar o seu papel ao paciente, para que ele possa saber o que pode esperar dela, e não deixar que ele o descubra intuitivamente.

Segundo Maloney⁸⁴, a natureza intrínseca do papel da enfermeira fornece a ela maior oportunidade do que a todos os outros no ambiente do paciente, para *"observar seu comportamento de solidão, explorá-lo com sua ajuda e executar medidas de intervenção que proporcionem alívio. A solidão é realmente um problema clínico comum e uma barreira para os relacionamentos interpessoais efetivos entre um paciente e uma enfermeira"*.

Examinamos, pois, neste capítulo as interações verbais do grupo da enfermagem com pacientes à luz do paradigma categorial de Bales. Pela análise e discussão dos dados podemos observar que aquele instrumento se situa no plano funcionalista e, em consequência, fornece soluções técnicas da mesma natureza.

Os resultados encontrados nos levam a concluir que as interações entre o grupo estudado concentraram-se expressivamente na área neutra; as unidades de interação classificadas nas categorias que constituem esta área atingiram um percentual de 85,4% do conjunto total da interação - esta preponderância se deu nas interações dos pacientes estudados com cada elemento do grupo da enfermagem e com outros pacientes. Das categorias que compõem a área neutra, as mais frequentes foram 6-Dá orientação, 7-Pede orientação e 4-Dá sugestão. Os re

fêridos resultados confirmam o pressuposto de que o conteúdo das interações é determinado pelo desempenho do papel instrumental do enfermeiro e por um processo que viabiliza o desempenho das funções derivadas daquele papel. Os auxiliares e atendentes de enfermagem mostraram padrões semelhantes de interação.

Embora reconheçamos o alto valor do instrumento de Bales, tanto para fins diagnósticos de uma situação de interação grupal quanto para auxiliar na correção de processos de interação, temos que confessar que interessa-nos uma enfermagem muito mais humana; uma enfermagem que seja, de um lado, a realização autêntica da vida de um profissional e, de outro, uma profissão que considere os pacientes na sua natureza plena, que é a natureza do homem. A enfermagem, sem dúvida, se dá ao nível da interação humana.

Necessário se torna, portanto, uma mudança à visão de mundo do paciente e de seu papel, bem como a do papel da enfermeira, para que a partir dessa correção as modificações na interação enfermeira-paciente se tornem viáveis.

A mudança que propomos é a adoção de uma abordagem humanística, que poderá corrigir as distorções detectadas neste estudo.

CAPÍTULO TERCEIRO

A CORREÇÃO HUMANÍSTICA - Uma proposta para o exercício profissional

- 3.1 Enfermagem: profissão como compromisso
- 3.2 Gabriel Marcel e a relação eu-tu
- 3.3 A enfermagem e uma forma de realização
na relação eu-tu: a relação de ajuda

Conforme dissemos no capítulo primeiro, a experiência originária da pessoa humana é o sentir-se ou conhecer-se como eu-com-o-outro-no-mundo.

Ao considerarmos a experiência de adoecer do paciente devemos partir ou por aquilo que os enfermos nos dizem ou de nossa experiência própria, desde que nós também já a tenhamos tido. O mundo do doente caracteriza-se por uma ruptura do mundo habitual. Por mundo entendemos não apenas os objetos e pessoas que nos cercam, mas sobretudo, os estratos de significados que dirigem o nosso eu e que são também elaborados pelo mesmo eu. De um modo normal esses significados revelam nossas preocupações, que baseiam nosso projeto de vida. Ora, a doença é uma parada ou uma suspensão, pelo menos momentânea, do curso de nossos projetos. Nossos cuidados mudam inteiramente. Fato é que todo doente sempre espera que esta parada seja provisória. Portanto, neste novo mundo despertado pela doença tudo se rege pela provisoriedade e, em consequência, as ações desenvolvidas pelo paciente são condicionadas pela intenção de sair do estado anormal, temporal, em que se encontra.

Este mundo provisório constitui de certo modo um desencanto e revela o que Jaspers⁶⁶ denomina de "situações - limites" da finitude da condição humana.

Ora, o esbarrar com os limites é encontrar-se diante de algo que não se pode afastar. É a descoberta de que o homem é um ser finito, contingente, não necessário, cujo desaparecimento pouca coisa alterará no curso do mundo. Diante desta descoberta, deste novo acordar, duas atitudes podem surgir no doente. Como primeira atitude, o desespero da impossibili-

dade da eliminação imediata e eficiente da moléstia. Deve aceitar, quer queira quer não, o curso da doença submetendo-se ao tratamento que lhe é imposto por outros. Este desespero pode chegar ao paroxismo em duas circunstâncias sobretudo, as quais nem sempre os profissionais da saúde dão suficientemente atenção: 1) no caso da não preparação para aceitação da penúria humana, provocada pelo mundo de exaltação hedonista e da pregação da magnificência da empresa tecnológica. Neste caso o homem se considera um rei, um todo-poderoso que domina a natureza e impera sob suas leis, tendo como norma saber é poder. A doença, porém, é um transtorno inesperado, pois como disse Sartre¹²², o homem *"sempre pensa na doença, na morte, no acidente, como algo que acontece aos outros"*, nunca como um acidente ao qual nós estamos arriscados a qualquer instante. Por isso que denominamos esta atitude de **desencanto**, no sentido próprio da palavra, a saber, um encanto que foi desfeito, um conto de fadas que desaparece, um sonho que esbarra na realidade da penúria humana. 2) Quando a doença não só for prolongada, mas também se tiver notícia do desengano. Neste caso, o provisório torna-se definitivo e não se busca mais a volta ao conhecido, mas uma partida para o nada, o enigma, o mistério, o desaparecimento. Disto pouco se pode falar; apenas sabemos que as atitudes podem ser sublimadas no caso da religião, animados pelo sentimento de que nos fala a liturgia dos mortos: *Post mortem spero lucem e o grito mors victoriam tuam.*

A segunda atitude, que é a maior aliada do profissional de saúde, é a esperança da cura. Como se disse acima, é o mundo provisório. Esta esperança então faz com que o doente seja altamente colaborador no uso do tratamento. Em consequência, será alguém que procura ver no hospital um lugar de passagem, onde se prepara para voltar para casa. Diferentemente

do caso do desespero, este mundo se caracteriza não pela ausência de cuidados ou de preocupações, mas pela mudança dos mesmos, de modo especial com tudo o que diz respeito ao seu estado de saúde. Deste mundo do paciente que pode ser antagônico, ou provisório, ou o princípio de um enigma, duas personalidades básicas podem surgir.

Em geral, o doente pode mostrar uma personalidade dependente, totalmente submissa com mais ou menos segurança, procurando constantemente por apoio. Aqui cabe perfeitamente o que diz Parsons¹¹⁰ sobre o privilégio de usufruir de sua dependência. O traço básico é a dependência, mas as manifestações são as mais diversas. Assim, em certos casos, poderá ser o tipo exigente, quer satisfazer todos os desejos que lhe são possíveis, baseado no fato de que é privado do que normalmente faz. Há uma série de transferências e exigências que se apresentam. Muitas vezes exigem a satisfação imediata de suas necessidades. Tudo isto revela que o doente tem uma personalidade baseada na consciência de que ele é único, pois confunde ser único com ser diferente. O que importa é a sua doença.

No caso do desespero as descrições gerais são, na maioria das vezes, impróprias, pois aqui, mais do que em qualquer lugar, cada caso é um caso. Além do mais, em nosso estudo de campo não encontramos doentes deste tipo, motivo pelo qual dispensamos tanto o estudo da personalidade como do papel do doente em desespero. Contudo, poderá alguém perguntar por que tratamos do mundo do doente desesperado. É que este mundo, esta suspeita do imprevisível, do enigma, está sempre em filigrana em todo doente hospitalizado. Se não vive conscientemente o drama do desengano, esta ameaça está sempre como pano de fundo ou horizonte de seu subconsciente. De maneira geral, o doente, embora queira acreditar, sempre acredita com desconfiança na pro

visoriedade do seu estado. O que produz uma fratura não perfeitamente delineável de sua personalidade.

Quanto à abordagem humanística, proposta com o fim de corrigir as distorções no papel do paciente dentro da perspectiva funcionalista, esta correção não anula a operacionalização feita por Parsons¹¹⁰, Kassebaum & Baumann⁶⁹ e Tagliacozzo & Mauksch¹³¹, por exemplo. Apenas a coloca numa perspectiva mais global e dinâmica dentro de um contexto mais amplo visando a condição humana. Assim os papéis desviantes ou anômicos que o doente apresenta são encarados como um novo modo de se situar no mundo. O funcionalismo descreve o papel em termos de expectativas. A isto o humanismo acrescenta a intencionalidade; quer dizer, o porquê e para que a ação humana é feita. Não se pode descrever as expectativas e conseqüentes atividades e atitudes do doente como se fosse o aparecer de mímicas numa tela de observação, colocando-me eu como simples espectador. Trata-se, ao contrário, de fazer uma descrição em termos de empatia, isto é, colocar-me no lugar do outro sem esquecer que eu não sou o outro.

Dessa maneira os papéis aparecerão como modo do eu se manifestar aos outros, aceitando-os ou negando-os, carregados de intenções e de significados.

Em outras palavras, portanto, o humanismo, através de suas várias correntes, de modo particular os grandes filósofos Gabriel Marcel, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, procuram desmascarar, ou melhor, dar uma figura, uma face, um rosto ao homem que se esconde por detrás do anonimato, ou de gestos vistos mecanicamente. Está, portanto, presente a perspectiva do inconsciente ou do subconsciente que a ação humana tanto mais mostra quanto mais procura despistar.

No caso específico do papel do doente, a análise hu

manista procurará ver no dependente submisso um ser misterioso que nos provoca, isto é, que nos chama para o diálogo. Note-se que o paciente tem plena consciência de que ele é submisso, é paciente, quer colaborar. Vejamos alguns episódios ilustrativos do papel de paciente na perspectiva funcionalista*.

OPA - *O que aconteceu com você?*

P4 - *Tomei ácido.*

OPA - *Vocês são loucos; a vida é bela e muito boa de viver.*

P4 - *E você?*

OPA - *Tomei umas facadas. Gente querendo me matar e vocês querendo se matar.*

P4 - *Faz um favor? Joga essa toalha suja lá no banheiro e me traz uma limpa?*

Atendendo ao pedido, OPA volta do banheiro e diz:

OPA - *Não tem mais toalha; trouxe esta fronha.*

P4 - *Obrigado.*

OPA - *Por que você fez isso? Você é um cara tão no vo ainda!*

P4 - *Não sei! Eu tenho 20 anos, sou casado, tenho uma filhinha de 7 meses. Estava tudo bem em casa. Aí um dia fui para o trabalho e foi como se estivesse hipnotizado quando tomei o ácido. Eu nunca tinha pensado em me matar; quer dizer, já tinha pensado, mas nunca tive coragem. E para mim é fácil porque eu trabalho com ácido.*

OPA - *O que você faz?*

* Embora na perspectiva humanista a pessoa não deva ser identificada por número, manteremos aqui a mesma identificação designada para os sujeitos de interação no Capítulo Segundo, para que seja possível ao leitor relacionar os conteúdos aqui apresentados com as tabelas.

P4 - *Eu trabalho com escapamento, e de vez em quando temos que tirar os escapamentos do ácido ou pôr.*

OPA - *É, mas tem que ter muita coragem. Afastou-se e retirou-se da enfermaria.*

Nas 541 unidades de interação mantidas entre o grupo da enfermagem e o paciente número quatro, nenhuma caracterizou-se como a proximidade que houve entre ele e o outro paciente. Ninguém da enfermagem demonstrou intenção de abordar o assunto. A enfermeira, pela formação que tem, poderia ou teria condições de explorar a situação de forma a encaminhar o diálogo para um atalho que oferecesse alívio ao paciente, para que, em externando os possíveis motivos de seu ato, ele próprio refletisse e encontrasse alívio. No entanto, mesmo que o objetivo do outro paciente tenha sido saciar a própria curiosidade - e os pacientes em geral gostam de saber dos casos mais graves que o seu próprio - e mesmo que tenha ficado claro que satisfeita a curiosidade ele retirou-se para contar aos outros, mesmo assim foi uma situação em que P4 se expôs como pessoa e como mistério (*não sei porque*).

Nas situações de interação com o grupo da enfermagem durante os cinco dias de observação, P4 colocou-se apenas como paciente, porque também os membros do grupo assim o fizeram, a não ser uma vez, no segundo dia de internação em que P4 perguntou a um auxiliar mais solícito:

P4 - *Será que eu vou ficar bom?*

AUX - *Vai sim. Eles vão te operar?*

P4 - *Falaram que vão. Sabe porque eu estou perguntando se vou ficar bom? É porque eu vi uma moça que estava que nem eu, e ela tinha que vir no hospital sempre. Será que eu vou ficar normal de novo?*

AUX - *Vai sim. Agora aqui tem mais recurso, mais pessoas para cuidar de você. Vai sair dessa e vamos ver se não entra em outra dessa, não é mesmo?*

P4 - *Nunca mais vou nem pensar nisso!*

AUX - *Seu pijama está sujo!*

E o diálogo enveredou para tema de tarefas.

Note-se a brusca mudança. Um diálogo que era rico em aspectos humanos, de repente o funcionário bruscamente desvia para o plano técnico-funcional, isto é, relações secundárias e não mais eu-tu.

Cinco minutos após, a enfermeira perdeu uma oportunidade de se aproximar do paciente quando entrou na enfermaria, lendo alguns prontuários, e foi interpelada por ele:

P4 - *Pode me dar um pouco de água pela sonda?*

ENF - *Deixa-me pegar uma seringa então.*

P4 - *Não tem no criado.*

ENF - *Não tem? Eu vou pegar e deixar aí no criado.*

Saiu da enfermaria e logo a seguir entra um atendente com a seringa e começa a dar o chá pela sonda. Portanto a enfermeira priorizou outra atividade, delegando esta ao atendente.

Muitas vezes Marcel⁸⁹ nota que o indivíduo é levado a se deixar tratar, e se tratar ele mesmo, como um agregado de funções, como uma máquina, simples conjunto de engrenagens de uma sociedade que lhe assegura o funcionamento. Quanto à personalidade do doente na perspectiva de Marcel, diremos apenas que ele a vê como um momento de realização de uma natureza cuja essência fundamental é o amor. Se o homem se

produz no campo do amor, é porque não há motivo de desfigurar o ser que se apresenta. A personalidade do doente deve ser procurada não na análise dos seus gestos, mas na sua raiz profunda de um ser que quer se expandir e chegar ao alcance do outro. A visão de Marcel⁸⁹ é profundamente humanista e não permite a divisão maniqueísta entre os homens. Todos os homens são um mistério, ou em termos filosóficos, todo homem, qualquer que seja, é uma exigência de ser, ou uma *"participação não importa quão rudimentar seja do ser"*.

E essas considerações nos levam a uma análise da enfermagem como relação de pessoas, isto é, como compromisso, na reflexão marceliana.

3.1 Enfermagem: profissão como compromisso

Ao adotar-se uma abordagem ou uma filosofia de assistência de enfermagem caracterizada como humanística, sem uma desvinculação da perspectiva funcional - uma vez que essa assistência se dá numa instituição burocrática - o profissional de enfermagem continuará atendendo aos requisitos funcionais da instituição, mas imbuido de uma filosofia de trabalho voltada fundamentalmente para o paciente enquanto pessoa, e não mais para o paciente enquanto desempenhando um papel, nem simplesmente atendendo às expectativas que os profissionais têm dos pacientes.

Não é mais possível esperar o genérico e repetível na assistência de enfermagem, como se busca nas ciências físicas, onde todos os comportamentos são idênticos e onde é absoluta a certeza das leis.

É preciso que se adote na enfermagem a noção de que

o existencial é único e irreduzível a normas genéricas. Entendendo-se o homem - paciente, funcionário, enfermeiro e profissional da saúde - como tendo as características de encarnação, temporalidade, historicidade e intersubjetividade, haverá maior compreensão e respeito no relacionamento profissional e a assistência de enfermagem enfocará a unicidade de cada pessoa. Conforme nos ensina Idígoras⁶⁵, *"a liberdade expressa a originalidade única de cada pessoa. As leis que podem expressar-se nos seres livres nunca poderão ser realmente absolutas. Nesse caso, a universalidade se dá na profundidade única de cada sujeito único. Aí está a característica misteriosa do humano. Cada homem é sempre um mistério para o outro, por mais que este possa empregar analogias de sua própria experiência em relação à do primeiro"*. Por outro lado, o profissional de enfermagem respeitará a si mesmo como pessoa, deixando de apresentar-se apenas como papel.

No entanto, devemos ter sempre em mente o alerta de Bursten & Diers²⁵, de que qualquer movimento que traga a enfermeira para uma interação mais saudável e terapêutica com o paciente deve ser altamente encorajada. Contudo, ressaltam que *"uma verdadeira interação terapêutica com o paciente é difícil de se manter, dependendo da enfermeira a habilidade de engajar o paciente e de deixar de lado seus rituais defensivos"*. Chamam a atenção para o perigo de uma pseudo-orientação centrada no paciente, lembrando que *"repetir palavras de orientação ao paciente pode ser executada tão mecanicamente como verificar os sinais vitais"*.

Na literatura de enfermagem consta o reconhecimento da profissão pelas dimensões profissional - tradicionalista do profissional enfermeiro. A esta dimensão, Vaillot¹⁴¹ adicionou uma outra: utilizadora-comprometida, alegando que pode haver utilizadores entre os profissionalistas tanto quanto entre os tradicio-

nalistas, e que pode haver enfermeiras comprometidas em ambos os grupos. A diferença reside em que *"a utilizadora empresta-se mais precisamente, aluga-se - para a enfermagem. A comprometida é uma enfermeira"*¹⁴¹. Para a enfermeira comprometida a enfermagem é um meio de auto-expressão e em decorrência desta postura o papel de trabalho nunca termina; isto é, o trabalho não é um papel, no sentido de uma máscara assumida durante um determinado período e depois removido quando a necessidade dele submerge. É uma atividade de vida e uma forma de ação criativa. Suas atividades têm uma continuidade, ao invés de caracterizarem-se por uma sucessão de ações discretas. A sua vida profissional não é um parêntesis na sua existência, de modo que o envolvimento do ego da enfermeira comprometida com a profissão é absoluto^{141, 142}.

Vaillot¹⁴¹ salienta que, seja profissionalista ou tradicionalista, a enfermeira comprometida estará apta para desenvolver suas potencialidades, para ser conduzida a uma existência autêntica e para ser mais útil à enfermagem do que a utilizadora. Desta forma, advoga a necessidade de uma filosofia de compromisso, cuja base é fornecida pelo existencialismo.

Na filosofia existencialista uma importância capital é atribuída à liberdade, não à liberdade enquanto tal, mas enquanto *minha* liberdade. Nesta *minha* liberdade está embutido o compromisso. Para os existencialistas, dos quais Marcel é um expoente, a existência precede a essência¹²¹, querendo isto dizer que o homem se faz por suas escolhas. É o que Marcel denomina mistério: esse envolvimento comigo mesmo. Uma existência seria inautêntica na medida em que o homem foge de suas responsabilidades humanas. Ora, o homem foge de suas responsabilidades na medida em que se demite da obrigação de escolher, de decidir. Por exemplo, um enfermeiro que definisse a

sua própria profissão como determinada pelas regras e técnicas estabelecidas foge à sua responsabilidade de homem, porque não toma sobre si a responsabilidade de seus atos; outros já a tomaram. É o típico de homem-problema, isto é, não comprometido.

Assim, em Marcel o homem autêntico é aquele que consegue arrancar o seu ser a partir da existência. É a capacidade de transcender a situação. Portanto, o homem é sempre um ser situado. Por isso Heidegger o define Da-sein = ser aí. O ser do homem não lhe é dado uma vez por todas, nem nunca o homem conseguirá atingi-lo na sua plenitude: o homem é um *vir-a-ser*, um devir. Essa inatingibilidade do ser é um dos temas preferidos de Marcel, sendo que ressalta sempre que neste devir a liberdade está sempre envolvida.

É onde entra o tema da recusa e da invocação, Du Refus à l'Invocation, o livro do nosso autor. A renúncia consiste em deixar-se ir ao mundo das funções, sinônimo de vida inautêntica. A invocação é o outro caminho que nos leva cada vez mais ao encontro do outro. Esse engajamento consigo mesmo é o trilhar do caminho que leva ao ser. Dirigir-se ao ter, isto é, querer apenas acrescentar posses é não querer coincidir consigo mesmo.

*"Ser incapaz de presença é ser, de algum modo, não apenas ocupado, mas também obstaculizado pela própria personalidade"*⁸⁸. Em síntese, o enfermeiro engajado é aquele que aceita sua situação como um ser-no-mundo e que, portanto, considera o seu mundo como mistério. Será, por conseguinte, uma presença para os outros. Presença é o surgimento de uma manifestação, não é algo plantado em frente aos outros.

Nos dizeres de Vaillot¹⁴¹ várias observações podem ser feitas quanto ao engajamento dos enfermeiros: 1) ver o pró

prio mundo como mistério e não como problema. Em consequência, deixarão de ser expectadores para serem presenças, pessoas e não indivíduos definidos pelas funções; 2) o mundo profissional deve ser visto da perspectiva fundamental de ser-no-mundo, isto é, de um existente à busca do próprio ser. O mundo da profissão é a existência na qual poderá alguém procurar o seu ser, a sua autenticidade, ou, por outro lado, perder-se na inautenticidade que caracteriza a vida como repetição de atos mecânicos e técnicos; 3) *"Não se pode ensinar o engajamento. O engajamento é uma atitude puramente individual em relação ao próprio ser"*.

As demonstrações são insuficientes.

O enfermeiro comprometido não se contenta em exercer um papel. No dizer de Rogers¹¹⁷ procura ser congruente consigo mesmo. Congruência significa autenticidade, isto é, coincidência entre a ação e o ser da pessoa. A enfermeira não autêntica é aquela que exerce sua profissão para receber o seu salário, não vê nisso a sua realização. Ela põe um biombo, para não dizer uma parede, entre o seu ser profundo, misterioso, e as funções e papéis que exerce. Portanto, a diferença entre o enfermeiro comprometido e o não comprometido é uma diferença interior e reflete-se na ambiência.

3.2 *Gabriel Marcel e a relação eu-tu*

A filosofia de Marcel nos apresenta muitas reflexões sobre o outro. É um dos grandes filósofos da alteridade, como também o foi Martin Buber²⁴, que trata da relação eu-tu. Aliás, há muitas semelhanças entre os dois pensadores, tanto nas suas reflexões como no seu estilo de considerar a realidade.

Marcel⁸⁹ rejeita o espírito de sistema. Para ele, tra

ta-se de considerar o mundo em sua totalidade, inclusive em sua relação com Deus. Portanto, se "*o mundo é apreendido por nós de modo parcial e lateral*" é preciso tomar a experiência originária do homem como sendo a experiência de um eu-com-o-outro-no-mundo: esse outro representa tanto o outro eu, como o eu absoluto. E assim nós temos, portanto, a totalidade. O outro e Deus corrigiriam a perspectiva lateral ou a parcialidade que eu tenha. Por motivos científicos deixamos de lado a experiência religiosa que nos levaria a um outro campo de reflexão.

Basear-nos-emos nas reflexões de Marcel porque as consideramos muito importantes para a redefinição do papel da enfermeira na relação com os pacientes. Teremos aqui as bases filosóficas para uma relação humana.

Marcel⁸⁶ vê essa relação nos quadros do encontro, do amor, da fidelidade, do engajamento ou compromisso e da fraternidade. Existe uma consideração ontológica a respeito do tratamento do outro. O outro pode ser considerado simplesmente como Gegenstand, objeto, aquilo que se encontra diante de nós. Assim sendo, o outro estaria fora de nós, um tanto além e um tanto alguém de nós. Neste caso, o eu poderia desnudar o tu, desvelá-lo, desvesti-lo, conforme as observações tão conhecidas do seu colega Sartre¹²¹.

É nesse contexto que dois atendentes e um auxiliar consideram o paciente número sete, só para citar um exemplo. P7 encontrava-se já na enfermaria, no primeiro período pós-operatório, em repouso no leito, um pouco sonolenta, mas inquietta, virando-se de um lado para o outro. Às vezes apresentava uma expressão de dor. Às 7:20h aproximou-se uma atendente que lhe disse: "*Abaixa o braço, bem!*"; tomando o braço de P7 de cima da cabeça e colocando-o ao lado do corpo, a fim de verificar o pulso. Enquanto ATE-1 verificava o pulso no braço direi

to, AUX levantou o braço esquerdo de P7 e colocou um termômetro em sua axila, sem se expressar verbalmente. No minuto seguinte, quando ATE-1 tinha acabado de verificar o pulso, aproxima-se ATE-2 que, também sem se expressar verbalmente, coloca o manguito e verifica a sua pressão arterial, retirando-se em seguida sem nada dizer. O mesmo ocorreu com as outras pacientes daquela enfermaria. Todos os pacientes de nossa amostra passaram por situações idênticas, que mostram que realmente os pacientes são considerados pelo grupo da enfermagem como algo diante deles, como objetos.

Senão vejamos mais um episódio: P8 encontrava-se sentado à mesa da enfermaria. Tendo ATE surgido com o material para verificação dos sinais vitais, P8 deitou-se em sua cama dizendo-lhe:

P8 - Dor de cabeça...

ATE - Hoje? Pera aí, tô vendo o pulso!

O paciente continuou deitado imóvel no leito e sem conversar.

ATE - Termômetro.

P8 levantou o braço para que ATE colocasse o termômetro e, tendo este terminado sua tarefa, retirou-se sem mais nada dizer.

Em suma, não há relação porque houve apenas solução de problemas do atendente. Ora, tomar o tu como objeto manipulável no sentido negativo e positivo seria para o filósofo ver no outro um problema. Para Sartre¹²¹ o outro é um problema. Mas Marcel ultrapassa Sartre e procura na relação eu-tu algo de mais condizente com a condição humana, algo de mais profundo. Nesse aspecto retoma um tema característico da filosofia da alte-

ridade que é a constituição do eu pelo tu, er Marcel do eu pelo outro. Dizer que o outro me constitui significa que eu sou com todas as dimensões na medida em que o outro me reconhece como tal, na medida em que o outro me promove aceitando comigo uma relação de sujeito a sujeito. O mesmo não acontece entre o eu e o animal, pois este não me enaltece, este não me retribui a relação de sujeito-sujeito. Nem sendo em que existissem apenas objetos, Gegenstand, um eu não teria como se afirmar como eu pois não haveria quem pudesse compreender esta afirmação. O outro, portanto, passa a ser mistério, como definindo anteriormente, pois não existe apenas diante de mim. O outro é alguém que me reconhece, que pode aceitar o meu dom ou recusá-lo. Jamais saberei qual será sua reação, ou a forma de sua relação. O tempo de uma vida não é suficiente para desvendá-lo. Por ser mistério é exigência de inexauribilidade e de transcendência. Como mistério, não pode ser pensado. Como mistério é somente acessível à vivência e à meditação, desvendando-se na medida em que se processa o encontro no amor e numa transfusão de ações recíprocas e de mútua promoção - de comunicação mais profunda.

Se nós tratarmos, portanto, da relação do enfermeiro com o paciente nos parâmetros de Marcel, devemos vê-la nessa perspectiva do critério do amor. Não se trata de um posicionamento romântico, água com açúcar, mas de uma atitude ontológica, isto é, uma atitude pela qual eu me defino. Da perspectiva cristã, Deus é amor e o homem foi criado à sua imagem e semelhança. Logo também somos amor neste amor universal que une todos os homens, salientado por todos os místicos e por uma grande corrente de filósofos, da qual Ernst Marcel é uma expressão.

Todo conjunto de sinais e de ações da relação de

ajuda do enfermeiro para com os pacientes receberá, a partir daí, uma nova luz. Como acontece no encontro tratado por Marcel. Ao tratar do encontro estamos querendo dizer que a missão do enfermeiro não é apenas uma tarefa, um trabalho, uma profissão, mas uma vida engajada pelo apelo do outro e não apenas uma atitude de emissor-receptor visando a solução de um problema.

Marcel começa por lembrar que para compreender o que significa o encontro em termos de amor e fidelidade (no sentido definido acima) é preciso ter feito a experiência de um encontro espiritual, o que geralmente é ignorado e desprezado pelos filósofos. Pois *"o encontro interessa à pessoa; não pode ser universalizável, não diz respeito ao ser pensante em geral"*⁹⁰. Portanto, o encontro chama a responsabilidade sobre mim enquanto fulano de tal, enquanto sou eu. Ora, a cada vez que se produz, o encontro coloca um problema, mas a solução fica aquém da única questão que importa. Não é a identidade que nos aproxima, pois existe uma afinidade íntima, única em seu gênero, que nos aproxima, que é a solidariedade humana. É impossível explicar, diz Marcel, a causa determinante deste encontro no amor fraterno, encontramos-nos na presença de um mistério, isto é, *"diante de uma realidade cujas raízes vão além daquilo que é propriamente problemático"*⁹⁰.

Em outros termos, quando o enfermeiro se encontra diante do paciente, não é apenas um fruto do acaso. Muito pelo contrário, na perspectiva marceliana eu me encontro diante do paciente porque me pus como enfermeira à disposição do outro, à espera do outro. Não se trata de prestar assistência a quem apareça como um ele qualquer, uma terceira pessoa. Trata-se, isto sim, de esperar um ser que me interrogue e se coloque diante de mim como um tu. *"Encontramos de novo aqui a*

definição inicial do mistério, como um problema que derrapa sobre seus próprios dados: eu me interrogo sobre o sentido e a possibilidade deste encontro, não posso me colocar realmente fora ou diante dele; estou comprometido neste encontro, dependendo dele, de uma certa forma estou no interior dele, ele me envolve e me compreende - se eu mesmo não o compreendo"⁹⁰. Por conseguinte, fugir a esse encontro seria como que cometer uma traição, uma apostasia, porque no momento em que eu decidi ser enfermeira não reneguei uma condição anterior a qualquer encontro humano: receber o outro como ele é e como pessoa. Em outros termos, a raiz do encontro (digo raiz e não explicação) está antes de uma decisão de seguir uma profissão qualquer que seja; está, isto sim, no mistério de ser homem, um mar imenso de acolhida e de envolvimento.

Sobre o encontro do outro como receptividade, uma dimensão do amor, Marcel pode oferecer algumas pistas quando trata da sensação e do amor na obra "*Du Refus à l'Invocation*"⁸⁷. A recepção do outro não se dá na categoria da mensagem. O encontro do outro não se dá numa consciência receptiva que possa ser traduzida em sensações, como se fosse um fenômeno físico; por exemplo, uma espécie de estremeamento. Com efeito, **traduzir** significaria substituir determinados dados por um grupo de outros dados. O encontro está além disto, embora não se negue os componentes físicos e fisiológicos das emoções que porventura possam surgir. Qualquer tentativa nesse sentido de tradução seria uma transformação de um eu num olhar de observador, seria querer colorir um fenômeno insondável. O encontro não suprime a exterioridade, mas o que é dado supõe uma interioridade essencial da consciência. Portanto, não há nenhum sentido em querer traduzir o encontro em termos físicos ou emocionais. É uma realidade imediata "*que está na base de toda in-*

terpretação e de toda comunicação e que, por conseguinte, ela mesma não pode ser tomada como uma interpretação ou uma comunicação"⁸⁷.

Lembramos que tomamos o mistério, o compromisso, o encontro e a relação eu-tu tratados por Marcel como a nossa compreensão do que seja uma comunicação autêntica.

O outro é também um corpo-sujeito e não apenas um corpo-objeto. Como corpo-objeto posso tratar em termos de mensagens sensoriais, como algo inerte. Como sujeito, por outro lado, há uma transcendência ao corpo: sou corpo mas não só corpo; o eu diz mais, da mesma forma, para a presença do outro. Vejo o corpo, toco-o, trato-o; sinto, percebo, **encontro** o outro como um sujeito que é mais do que o seu corpo e este sujeito se coloca diante de mim e se põe como alguém que quer ser amado e que me quer amar. Contudo, esta situação paradoxal - o eu como sujeito, o eu como objeto - constitui um campo de reflexão que se produz no domínio da ambigüidade polissêmica. É possível, pois, o aparecimento de equívocos. E o grande equívoco do enfermeiro seria tratar, sobretudo, do corpo, esquecendo o sujeito. Como no exemplo a seguir, em que o paciente é visto como um conjunto de problemas clínicos. Na manhã do quarto dia de internação P4 pediu ao auxiliar que aspirasse sua traqueostomia às 7:20h. O auxiliar respondeu:

AUX - Está muito cheio? Nós vamos aspirar já, viu?

Verificou o pulso, colocou o termômetro e se afastou para verificar os sinais vitais de outros pacientes. Às 7:30h P4 fez outro pedido. O auxiliar aproximou-se e fez a aspiração. Durante o procedimento o paciente mostrou-se muito aflito. O auxiliar disse:

*AUX - Vamos aspirar só aqui na beiradinha, viu?
Porque a traqueostomia é recente e isso aqui
é muito irritante.*

P4 - *Então aspira um pouco na minha boca.*

AUX - *O que? Aspirar a boca? Mas você está cus-
pindo... Cospe aí na toalha.*

Tendo dito que não conseguia cuspir, a auxiliar disse-lhe:

AUX - *Não dá? Então deixa eu pegar outra sonda,
porque esta não pode usar na boca e na tra-
queostomia; esta fica no desinfetante.*

Como P4 desesperadamente começasse a cuspir na toa-
lha, o auxiliar reforçou: "Isso!" e não foi buscar a outra son-
da, não aspirou mais o paciente e continuou na enfermaria cui-
dando de outros. Às 7:45h o escriturário chegou à porta e dis-
se ao auxiliar: "Ô..., esse paciente vai descer para o RX". E
saiu em busca da cadeira de rodas. Enquanto isso, P4 levantou-
se e sentou-se em seguida na cadeira de rodas. O auxiliar, ao
ver que o escriturário encaminhava P4 para fora da enfermaria
na cadeira de rodas, disse em tom de apelo:

AUX - *Espera só um pouquinho. Você dormiu
bem, M.? Não sentiu nada?*

Obtendo resposta afirmativa do paciente, o auxiliar
fez suas anotações no prontuário, entregou-o ao escriturário que
empurrou a cadeira para fora da enfermaria. A evidência de que
o paciente precisava ser aspirado era tanta que, ao entregá-lo
à escolta, esta disse ao escriturário: "Será que não precisa
aspirar não?".

Fica aqui mais uma vez caracterizado o tarefismo,
a desconsideração pela pessoa do paciente e ainda mais: a in-
verdade daquela anotação de enfermagem. Da maneira como a per-
gunta foi feita, e irritado como o paciente estava, era mais
fácil ele responder afirmativamente, porque sabia que o auxi-
liar precisava anotar "alguma coisa" antes que o prontuário saís-
se da clínica. Se o auxiliar estivesse orientado para a pes-

soa e não para a tarefa, teria tomado conhecimento de que P4 não tinha dormido à noite por dor no local da traqueostomia, por excesso de secreção, por nervosismo e medo de não ser operado face ao seu emagrecimento, por insegurança quanto ao tratamento a que estava sendo submetido, uma vez que não havia recebido até aquele dia (49 dia após a internação) nenhuma orientação médica.

Além do mais, esta situação prova que a falta de compromisso prejudica a própria execução de tarefas.

Isto nos faz recorrer às definições de Gabriel Marcel sobre receptividade, pois entendemos que o exemplo anterior constitui um curto-circuito neste aspecto. Marcel se pergunta sobre a receptividade. *"Voltemo-nos sobre a relação complexa e precisa, a relação humana que temos em mente quando dizemos que um homem recebe um outro. Receber é admitir ou acolher em sua casa alguém de fora. Disse em sua casa. Observarei em primeiro lugar que a relação muito íntima, muito misteriosa que se exprime pela expressão em sua casa nunca chamou, parece-me até agora, a atenção dos filósofos. Il n'y a de chez que par rapport a un soi, isto é, a expressão receber em sua casa põe um sujeito, que pode ser o eu de outrem, ou mesmo o outro como sujeito, ou seja, um ser que pode dizer eu. Há aqui um mistério, repito-o, e para nos convencer disso basta que façamos referência a experiências muito precisas: acabei de mobiliar um apartamento; os móveis me pertencem, no entanto pode acontecer que eu não me sinta em minha casa"*⁸⁷. Portanto, sentir-se em casa é mais do que estar em casa e, no caso, receber o outro não consiste apenas em cumprimentá-lo e dar-lhe as boas vindas, declarando-se disposto a tratar dele. É preciso que surja um compromisso mútuo, que se desdobre um mistério de dois sujeitos que se sintam face a face, como eu e tu,

Exatamente o contrário do que vivenciou P6. O início de sua primeira manhã no hospital, sua primeira experiência de internação, foi assim: estava sentada junto à mesa folheando uma revista. A enfermaria estava com dois leitos extras, portanto com oito pacientes, todas acordadas. Às 7:20h entraram duas atendentes e a primeira disse:

ATE-1 - Bom dia! Vocês gostam de ficar fechadas, hein? Não pode! É muita gente respirando o mesmo ar.

Abriu as janelas e chegando perto de P6, disse:

ATE-1 - Já colocaram o termômetro em você?

P6 - Não.

ATE-1 - Então feche o braço, assim!

Colocou o termômetro e afastou-se para colocar em outras pacientes. A outra atendente se aproximou:

ATE-2 - Você já está com o termômetro?

P6 - Já.

ATE-2 - Então vamos ver a pressão.

Colocou o aparelho e sugeriu:

ATE-2 - Deixa o braço assim.

Verificou a pressão, o pulso e retirou o termômetro. Então perguntou:

ATE-2 - Qual é a sua cama?

P6 - Essa aí (mostrou apontando).

A atendente fez então suas anotações no prontuário que estava sobre o leito indicado e depois saiu da enfermaria sem dizer mais nada.

Nenhuma das duas atendedoras conhecia a paciente, uma vez que ela tinha sido internada no final da tarde anterior. Não obstante, nenhuma delas procurou saber sequer seu nome, quanto mais dar-lhe as boas vindas e colocá-la à vontade explicando-lhe a dinâmica do plantão da manhã para que ela se sentisse mais considerada e segura quanto ao que iria acontecer. A paciente não sabia - porque não foi orientada - que deveria tomar banho pela manhã. Muito tímida, assustada e insegura, permaneceu sentada à mesa da enfermaria, quando às 7:55h ATE-1 entrando novamente na enfermaria perguntou: "*Quem falta tomar banho?*". Amedrontada, P6 respondeu baixinho: "*Eu*".

ATE-1 - Eu quem?

P6 - Aqui. (Levantando o braço)

ATE-1 - Então vai. Você tem toalha?

P6 - Não

ATE-1 - Então tome.

No sentido de Marcel, receber o outro seria antes de mais nada estabelecer um ambiente de acolhida, impregnando-o de uma qualidade característica de um eu, de uma certa familiaridade e de uma peculiaridade característica. Em outros termos, fazer com que o outro perceba que está diante do enfermeiro fulano de tal e não diante de um enfermeiro apenas. Em consequência, estabelece-se uma relação familiar entre os que se encontram. "*Se é assim, deveremos dizer que receber é introduzir o outro, o estranho, nesta região qualificada e admiti-lo de uma certa forma para que ele possa participar dela*"⁸⁷.

Um dos indicadores deste espaço familiar seria o tratamento com nome próprio, o que não significa a atribuição de liberdades indevidas; antes porém seria estabelecer as condi-

dições para assumir as responsabilidades recíprocas.

Exemplo ilustrativo de falta de acolhida e da falta de consideração pela necessidade de informação e de segurança de uma paciente adolescente, em primeira internação é o que colocamos a seguir, envolvendo um profissional da saúde (PS), uma enfermeira e uma paciente.

À porta da enfermaria, apontando para P6, PS diz para a enfermeira:

PS - Arruma aquela paciente ali para mim. Eu quero fotografar ela.

P6 - Ih!

ENF - Venha cá, filha.

P6 acompanha a enfermeira até a sala de exames. Lá chegando, a enfermeira disse:

ENF - Não. Pode ficar lá. Depois eu chamo.

Cinco minutos após...

PS - Venha cá. Deixa eu fazer uma fotografia sua.

P6 levanta-se do leito e o acompanha.

PS - Sente-se aqui, de costas para esse biombo, assim. Desabotoe a camisola e tire, por favor.

A paciente obedeceu, enquanto PS manipulava o equipamento fotográfico.

PS - Agora fique quietinha. Não mexa, assim!

Bate algumas fotos; ajusta o material sem conversar com a paciente.

PS - Agora de lado. Deixa eu ver. Assim! Não mexa agora!

Bate algumas fotos mais. Paciente quieta e tensa.

PS - Agora do outro lado, assim! Pronto. Pode se vestir.

Em seguida, retirou-se da sala sem agradecer e sem

explicar para que finalidade foram batidas aquelas fotos. Também não recebeu explicação a respeito, por parte da enfermeira - pelo menos durante o período de observação até a alta.

Desta última reflexão podemos deduzir que todo encontro se dá na reciprocidade. Não existe um eu que encontre alguém que se dê como objeto; aliás, essa forma de encontro se chama caracteristicamente de prostituição. Considerar o paciente como aquele que paga o serviço, ou no caso de indigentes, como aquele que tem que aceitar as condições de tratamento e de assistência porque não está pagando, é objetivá-lo e, portanto, prostituí-lo. Da mesma forma, quando o doente considera o enfermeiro como um criado pago a seu serviço.

A recepção do paciente deverá ser feita em termos de hospitalidade, relação esta que não pode ser explicada em termos precisos e abstratos. O contrário da hospitalidade seria a formalidade através do desempenho de um papel.

"Se fixarmos os nossos olhos sobre o ato da hospitalidade veremos imediatamente que receber não é absolutamente preencher um vazio com uma presença estranha, mas fazer participar o outro de uma certa plenitude. Portanto, o termo ambíguo de receptividade se aplica a um teclado bastante extenso que vai desde padecer, sofrer - ao dom de si; porque a hospitalidade é um dom daquilo que é seu, isto é, de si mesmo"⁸⁷.

Essas simples observações aplicadas à personalidade e papel do enfermeiro e à sua forma de comunicação certamente transforma o ritual num ethos característico, apreensível mais pela empatia que pelas definições categóricas. Em outros termos, a familiaridade da hospitalidade não se define por indicadores por regras, por regulamentos, mas é algo de emergente, do qual todos os indicadores, regras, modos, podem ser condi

ções necessárias sem chegar a ser suficientes. A familiaridade, como diz Marcel, é um dom de si que implica o consciente, o subconsciente e o inconsciente do indivíduo. É resultado de hábito, de modo de vida, de modo de ser ou, numa palavra, do próprio ser. Dessa forma, receber tem mais a ver com criar do que com o simples acolher. Receber no encontro não é apenas colocar-se diante de um estranho, mas sim criar um interlocutor, um ser familiar.

E então como se chegar a isso?

Repetindo, não por regras ou coisas semelhantes, mas por um exemplo vivo em primeiro lugar. Em seguida, levar a "equipe" a este tipo de reflexões para que haja um **acordar** que se dará num momento que jamais poderemos precisar.

Contudo, alguns nunca acordarão ou já morreram a isso há muito tempo. No entanto, sabendo do mistério da grandeza humana, ainda resta a esperança da ressurreição.

Importa aqui salientar que acreditamos em mudanças desta ordem apenas se houver modificações na sistemática de assistência prestada; se esta não for compatível com uma filosofia de compromisso que a norteie, não há possibilidade de que essa meta seja alcançada. Se mantida a sistemática de assistência de enfermagem vigente no hospital em estudo, não importa quantos programas educativos forem levados a efeito, o repertório verbal do grupo da enfermagem pouco ou nada será alterado.

Ao nosso ver a solução do problema da qualidade da interação verbal desse grupo implica em mudança que abranja a adoção de uma filosofia e de uma outra sistemática de assistência; a emergência de interações verbais mais humanas virá como consequência das modificações referidas.

Reflexões como estas talvez tenham levado enfermeiras americanas a idealizar é implementar uma modalidade de assistência denominada *primary nursing*, caracterizada como um compromisso profissional assumido por uma enfermeira para dirigir e prover cuidado compreensivo de enfermagem a pacientes específicos. É norteada, portanto, por uma filosofia de compromisso e responsabilidade, pela individualização e continuidade da assistência. O cuidado traduz uma filosofia de assistência cujo centro é o paciente. Por estas características, o paciente vê na enfermeira a sua enfermeira - *minha enfermeira* - e esta vê no paciente o seu paciente - *meu paciente*.

3.3 *A enfermagem e uma forma de realização na relação eu-tu: a relação de ajuda*

Um caminho de humanização da assistência é considerar a relação da enfermeira com o paciente sob a forma de relação de ajuda^{136, 143}.

Todas as funções técnicas da equipe de enfermagem seriam dimensões de uma relação com o paciente estruturada como relação de ajuda.

A relação de ajuda é definida a partir de perspectivas fornecidas por Rogers¹¹⁷ e Martin Buber²⁴.

Trata-se fundamentalmente de uma relação em que um paciente, o outro, encontra por si a solução do seu problema apoiado na colaboração de outra pessoa - a enfermeira.

É uma relação, como a etimologia o mostra, *ad + ju* tare, *ad + ju* vare, de acompanhamento; o enfermeiro, no caso, seria aquele que está *junto* com o paciente. Há uma diferença entre estar *junto* com e estar ao lado.

Na relação de ajuda junto com alguém estabelece-se uma relação de empatia, de aceitação e de colaboração. A relação de empatia é aquela em que se toma como se fosse seu próprio, o problema, sem esquecer que não há fusão com o paciente. Guardam-se as identidades dos papéis diferenciados. Mais do que a função técnica, a ajuda consiste, principalmente, num trabalho de preparo e de formação do paciente para que exerça o seu próprio papel. Tem por finalidade a eliminação da incerteza existencial que é esse estado em que se está caminhando sobre uma ponte sem saber se a ponte está apoiada na outra margem ou mesmo sem saber se a outra margem existe. Usamos esta figura porque a incerteza existencial é algo que se experimenta como eu e que não pode ser definida operacionalmente.

Através da ajuda, então, procura-se minimizar o temor, a angústia e a perturbação. Sobretudo, se estabelece uma ponte em que desaparece a consciência de excepcionalidade e handicap; o paciente não se verá mais como marginalizado. Por conseguinte, é mais o estabelecimento de um clima, de uma ecologia, do que um conjunto de ações expressas operacionalmente. Seria o pano de fundo de todas as funções.

Em seguida, a relação de ajuda nessa mesma orientação, pelo fato de estar atenta ao perigo da segregação e da alienação, é a aceitação das "diferenças difíceis" (não é fácil aceitar-se como doente). Como se pode observar, geralmente fala-se da paciência que o enfermeiro tem que ter com os doentes, esquecendo-se da paciência que os doentes devem ter com os que tratam deles. Em toda relação humana o importante é tomar conta do elo mais fraco, sob pena de fracasso. A predisposição do doente ao desequilíbrio emocional pode ser facilmente despertada e exasperada.

Por isso que existem técnicas no tratamento de doen

tes e consistem em considerar a positividade dos sintomas tra
tados. É uma técnica de formação de pedagogos, psiquiatras, en
fermeiros e outros para que estejam prontos a aceitar as modi
ficações. Dessa forma, então, será muito mais uma colaboração
 efetiva entre um enfermeiro e os pacientes. Para isso é pre
ciso que a relação seja recíproca, isto é, o enfermeiro enquan
to enfermeiro precisa do apoio do paciente e não apenas ser
 aquele que possui um "banco" de auxílio. Toda ação terapêuti
ca é uma ação pedagógica; portanto, de não dupla. O sentido
 único ou é o fracasso ou a manipulação dominadora.

Como proceder para uma relação de ajuda?

Trata-se em primeiro lugar de saber que não há uma
 formação para isso. O que existe é a possibilidade de uma sen
sibilização para a ajuda. Essa sensibilização procura cons-
 cientizar para a necessidade daquilo que Rogers¹¹⁷ denomina
 congruência, que mede o grau de autenticidade de cada um; is-
 to é, cada um deve ser ele próprio.

Em seguida, trata-se de levar o enfermeiro, ou o gru
po da enfermagem, às considerações positivas em relação ao pa
ciente, como respeito. Tem sido dito que quando se quer ob-
 ter algo de alguém é preciso crer que esse alguém é capaz de
 realizá-lo: seria como se a relação empática comunicasse ao pa-
 ciente uma força nova.

Para conseguir o clima de ajuda no grupo da enfer-
 magem parece que a sensibilidade deve ser modulada no ensino
 em grupo. Pois parece que o maior obstáculo ao estabelecimen
 to desse clima é uma representação coletiva que marginaliza-
 ria esse tipo de ajuda. Ou, em outros termos, se um enfermei
 ro procura sozinho modular sua ação nesse sentido e o restan-
 te do grupo se porta exclusivamente de modo técnico, seus es-

forços serão inúteis.

No trabalho em grupo, portanto, procurar-se-á corrigir a desorientação que porventura existir nos membros da equipe. Essa desorientação é, sobretudo, desconhecimento. Resumindo em poucas palavras tudo que se disse, a relação de ajuda não é bem uma técnica, mas é um campo sobre o qual as demais funções técnicas se estabelecem. Não é a negação do funcionalismo e do operacionalismo e sim, porém, a integração das funções e das operações num novo modo de agir, ou, numa palavra, a abertura de um mundo de enfermagem novo e humano.

Somente nesta humanização haverá uma real interação entre a equipe de enfermagem e o paciente, e não apenas uma comunicação entre um emissor e um receptor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percorrer deste trabalho pode-se notar dois momentos: o posicionamento teórico-filosófico (humanista) e a análise da interação verbal do grupo da enfermagem com pacientes, conduzida segundo o paradigma categorial de Bales (funcionalista).

Para o leitor pode haver um aparente dualismo; para nós, contudo, o trabalho é unitário, pois pretende considerar os dados experimentais fugindo ao olhar positivista, transcendendo as informações e interpretando-as num contexto mais amplo. Interpretar é inserir uma realidade num todo.

É patente, no correr da tese, uma dicotomia entre a teoria e a prática da enfermagem. Os teóricos, que nós assumimos, pretendem que a prática profissional seja centrada na pessoa, que é, no dizer de Gabriel Marcel, um mistério. Seria, então, um compromisso de uma equipe com os pacientes que dela necessitam para, não apenas propiciar-lhes condições de saúde, mas também considerá-los como seres autênticos com todas dimensões que definem a transcendência do ser humano. A enfermagem, como foi dito insistentemente, não é apenas uma profissão técnica que manipula conhecimento ou tecnologias, mas é um trabalho de promoção do ser humano, com toda sua liberdade, unicidade e dignidade. De outro lado, porém, nas instituições em geral, como aquela que analisamos em particular, as pessoas são consideradas na prática dentro de um contexto estrutural - funcionalista, isto é, as pessoas desaparecem para tornarem-se meros suportes anônimos de papéis e status.

É a superação desta contradição que nossa proposta visa.

Primeiro superamos a contradição metodológica-empírica versus filosofia humanista, tecendo nossas análises a partir dos dados colhidos e tratados estatisticamente e inserindo-os numa totalidade mais ampla, ou analisando-os numa ótica humanística.

Em seguida, propusemos a adoção de uma nova sistemática de assistência assentada numa filosofia de compromisso e distingüida como personalizada. Esta postura implica o provocar de uma nova mentalidade e de uma nova práxis aos integrantes do grupo da enfermagem, pelo estabelecimento de um clima ou de uma nova ecologia no hospital, por meio de reflexões apropriadas.

O compromisso é uma decisão, e como toda decisão é solitária, o que se pode fazer é despertar para esta nova dimensão da enfermagem. O despertar não será fácil, sobretudo, no que se refere à estrutura institucional. Contudo, não podemos deixar de lutar.

Mesmo que fosse utópica a nossa proposta, é próprio da utopia ser uma crítica da realidade atual e a apresentação de uma nova. É nesta nova realidade que vemos o paciente tornar-se sujeito de sua própria assistência, com todas as cargas referentes a sua liberdade e responsabilidade individuais, a partir do compromisso de relação de ajuda e do primary nursing assumidos pelo grupo da enfermagem. Não mais será apenas um paciente entre tantos outros. Será um eu irredutível ao outro, fonte de grandeza e possibilidade de ação e recuperação. De outra parte, o grupo da enfermagem deixará cair a sua máscara para deixar aparecer e transparecer o seu calor humano que vai vivificar o seu trabalho técnico-profissional.

Nossa ação, ou melhor, nossa práxis, além de estar na formação de alunos, está no presente trabalho. Se o objetivo não for alcançado, não nos arrependemos de ter envidado es

forços para comunicá-lo aos outros, e a nossa maior recompensa, se não for o êxito, será a consciência de haver tentado.

R E S U M O

O presente trabalho trata da interação verbal entre o grupo da enfermagem e pacientes.

Adotou-se como ponto de partida para o seu desenvolvimento o pressuposto de que o conteúdo da interação verbal no contexto da enfermagem limita-se ao cumprimento do papel instrumental dos seus elementos e a um processo que viabiliza o desempenho deste mesmo papel.

O referencial teórico-filosófico situa-se na linha humanística, de modo especial nas sugestões fornecidas pela obra de Gabriel Marcel. Constitui esse referencial o pano de fundo do primeiro capítulo, no qual se faz uma revisão dos conceitos de pessoa, papel e status, procurando mostrar que o equilíbrio destas três dimensões representa um problema na vida profissional.

A análise da interação verbal à luz do paradigma categorial de Bales, incluída no capítulo segundo, revelou predominância de interações na área neutra (85,4%), significando que as tarefas executadas pelo grupo da enfermagem determinam o conteúdo da interação verbal; as categorias de maior frequência na área neutra foram: 6-Dá Orientação; 7-Pede Orientação e 4-Dá Sugestão. Foi confirmado o pressuposto extraído da prática cotidiana: a interação é puramente técnico-profissional, sem vestígios de um caráter pessoal.

Pelos resultados do estudo de campo, propôs-se uma correção humanística para a visão de mundo e do papel do paciente e para o papel da enfermeira, tendo-se em perspectiva que esta correção poderá viabilizar modificações na interação verbal. A correção proposta no capítulo terceiro tem por base a filoso

fia de compromisso de Gabriel Marcel e envolve também um nível operacional, que se baseia na assistência denominada primary nursing.

Conclui-se a tese enfatizando o necessidade de humanização da prática dessa profissão, o que vai exigir um envolvimento pessoal.

S U M M A R Y

The present study deals with verbal interaction between nursing personnel and patients.

The starting point adopted for the development of this study was the assumption that the content of verbal interaction within the context of nursing is limited to the performance of the instrumental role of its elements and to a process that makes the performance of this role viable.

The theoretical-philosophical reference point is based on the humanistic line, and especially the suggestions supplied by the works of Gabriel Marcel. This reference point represents the background of the first chapter, in which the concepts of person, role and status are reviewed, in an attempt to show that the equilibrium of these three dimensions represents a problem in professional life.

Analysis of verbal interaction in the light of the category paradigm of Bales, included in the second chapter, revealed predominance of interactions in the neutral zone (85,4%), showing that the tasks performed by the nursing group determine the content of verbal interaction. The most frequent category in the neutral area were: 6- Gives Orientation; 7- Asks for Orientation, and 4- Gives Suggestions. The assumption extracted from daily life was confirmed: the interaction is merely technical-professional, with no signs of a personal character.

The results of the field study led to the proposition of a humanistic correction for the view of the world and of the patient's role and for the nurse's role, keeping in mind that this correction may permit the occurrence of modifications of

verbal interaction. The correction proposed in the third chapter is based on the commitment philosophy of Gabriel Marcel and also involves an operational level, which is based on the assistance denoted primary nursing.

The thesis is concluded by emphasizing the need for humanization of the practice of the nursing profession, a fact that would require personal involvement.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALMORE, M.G. - Dyadic communication. *Amer. Journal of Nursing*, 79(6): 1076-1078, 1979.
- 2 - ARISTÓTELES - *Ética a Nicômaco*. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim. Os Pensadores, São Paulo, Abril Cultural, 1979.
- 3 - BAER, E.; DAVITZ, L.J.; LIEB, R. - Inferencer of physical pain and psychological distress. I - In relation to verbal and nonverbal patient communication. *Nursing Research*, 19(5): 388-392, 1970.
- 4 - BALES, R.F. - *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Cambridge, Massachusetts: Addison-Wesley Press, 1950.
- 5 - _____ . - A set of categories for the analysis of small group interaction. *Amer. Social Review*, 15(6): 257-263, 1950.
- 6 - BALES, R.F.; STRODTBECK, F.L.; MILLS, T.M.; ROSEBOROUGH, M. E. - Channels of communication in small groups. *Amer. Social Review*, 16(6): 461-468, 1951.
- 7 - BALES, R.F. - Some statistical problems in small group research. *Amer. Statistical Assoc. Journal*, 46(255): 311-322, 1951.
- 8 - _____ . - Adaptative and integrative changes as sources of strain in social systems. In: *Small groups: studies in social interaction*, Edited by HARE, A.P.; BORGATTA, E.F.; 3rd ed., New York, Alfred A. Knoff, Inc., p.127-131, 1962.

- 9 - BALES, R.F. & BORGATTA, E.F. - Size of group as a factor in the interaction profile. In: *Small groups: studies in social interaction*. Edited by: HARE, A.P.; BORGATTA, E.F.; BALES, R.F.; 3rd ed., New York, Alfred A. Knopf, Inc, p. 396-413, 1962.
- 10 - BALES, R.F. - The equilibrium problem in small groups. In: *Small groups: studies in social interaction*. Edited by HARE, A.P.; BORGATTA, E.F.; BALES, R.F.; 3rd ed.; New York, Alfred A. Knopf; Inc; p. 424-456, 1962.
- 11 - _____. - *Personality and interpersonal behavior*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970.
- 12 - BARRETT, N. & SCHWARTZ, M.D. - What patients really want to know. *Amer. Journal of Nursing*, 81(9): 1642, 1981.
- 13 - BEANLANDS, H.E. & MACKAY, R.C. - Nurse, do you hear me? *Canadian Nurse*, 77(7): 41-43, 1981.
- 14 - BEARD, M.T. - Life events method of coping, and interpersonal trust: implications for nursing actions. *Mental Health Nursing*, 4(1): 25, 1982.
- 15 - BEHYMER, A.F. - Interaction patterns and attitudes of affiliate student nurses in a psychiatric hospital. *Nurs. Outlook*, 1(4): 205-207, 1953.
- 16 - BERLO, D.K. - *O processo da comunicação introdução à teoria e à prática*. Trad. Jorge Arnaldo Fontes. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- 17 - BIJOU, S.W.; PETERSON, R.F.; HARRIS, F.R.; ALLEN, K.E.; JOHNSTON, M.S. - Methodology for experimental studies of young children in natural settings. *The Psychological Record*, 19: 177-210, 1969.

- 18 - BOÉCIO - De deabus naturis et una persona christi. In: LANDE, André - Vocabulário técnico y crítico de la filosofía. Tomo II, Buenos Aires, Librería El Ateneo Editorial, p. 967, 1953.
- 19 - BORGATTA, E.F. & BALES, R.F. - The consistency of subject behavior and the reliability of scoring in interaction process analysis. In: *Small groups: studies in social interaction*. Edited by HARE, A.P.; BORGATTA, E.F.; BALES, R.F.; 3rd ed, New York, Alfred A. Knopf, Inc., p. 300-304, 1962.
- 20 - _____. - Interaction of individuals in reconstituted groups. In: *Small groups: studies in social interaction*. Edited by HARE, A.P.; BORGATTA, E.F.; BALES, R.F.; 3rd ed, New York, Alfred A. Knopf, Inc, 1962. p. 379-396.
- 21 - BRAMMER, L.M. - *The helping relationship*. 2nd ed., Englewood Cliff, Prentice Hall, 1979.
- 22 - BRASIL, J.P.S. - Fundamentos antropológicos da comunicação. In: Sá, Adísia (Coord.). *Fundamentos científicos da comunicação*. 2a. ed., Petrópolis, Vozes, 1973.
- 23 - BROWN, M.N. & FOWLER, G.R. - *Psychodynamic Nursing—a biosocial orientation*. 4th ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1971.
- 24 - BUBER, M. - *Eu e tu*. São Paulo, Cortez & Moraes, 1977.
- 25 - BURSTEN, B. & DIERS, D.K. - Pseudo-Patient Centered Orientation. *Nursing Forum*, 3(2): 38-50, 1964.
- 26 - BURTON, G. - *Personal, impersonal and interpersonal relations: a guide for nurses*. 2nd ed., New York, Springer Publishing, 1964.

- 27 - CARKHUFF, R.R. - *Helping and human relations*. Toronto, Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- 28 - CARKHUFF, R.R. & BERENSON, B.G. - *Beyond counseling and psychotherapy*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1967.
- 29 - CARNEIRO, A. - Comunicação enfermeiro-paciente em unidade de terapia intensiva - estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Neri, 1982.
- 30 - CARVALHO, E.C. - Comportamento verbal e enfermagem: a interação verbal enfermeiro-paciente durante o procedimento de punção venosa. Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto-USP, Escola de Enfermagem, 1979.
- 31 - _____. - Comportamento verbal enfermeiro-paciente-função educativa e educação continuada do profissional. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto - USP, Escola de Enfermagem, 1985.
- 32 - CHENITZ, W.C. - Entry into a nursing home as status passage: a theory to guide nursing practice. *Geriatric Nursing*: 92-97, 1983.
- 33 - CHERRY, C. - *A comunicação humana*. Trad. José Paulo Paes. 2^a ed. São Paulo. Cultrix/EDUSP, 1971.
- 34 - CLARK, J.M. - Communication in nursing. *Nursing Times*, 77 (1): 12-18, 1981.
- 35 - CONANT, L. - Use of Bales interaction process analysis to study nurse-patient interaction. *Nursing Research*, 14 (4): 304-309, 1965.

- 36 - CONANT, L.H. - Give-and-take in home visits . *Amer. Journal Nursing*, 65(7): 117-120, 1965.
- 37 - CREWS, N.E. - Developing empathy for effective communication. *AORN Journal*, 30(5): 536, 1979.
- 38 - DANCE, F.E.X. - The concept of communication. *Journal of Communication*, 20: 201-210, 1970.
- 39 - DAUBENMIRE, M.J.; SEARLES, S.S.; ASHTON, C.A. - A methodologic framework to study nurse patient communication. *Nursing Research*, 27(5): 303-310, 1973.
- 40 - DICHTER, E. - A psychological study of the hospital-patient relationship. *Modern Hospital*, 83(4): 56-58, 1954.
- 41 - DIERS, D.K. & LEONARD, R.C. - Interaction analysis in nursing research. *Nursing Research*, 15(3): 225-228, 1966.
- 42 - DIERS, D.K. & SCHMIDT, R.L. - Transcriptions and tape recordings in interaction analysis. *Nursing Research*, 17(3): 235-241, 1968.
- 43 - DIERS, D.K.; SCHMIDT, R.L.; McBRIDE, M.A.B.; DAVIS, B.L. - The effect of nursing interaction on patients in pain, *Nursing Research*, 21(5): 419-428, 1972.
- 44 - DIERS, D.K. & SCHMIDT, R.L. - Interaction analysis in nursing research. In: VERHONICK, Phyllis. *Nursing Research*, Vol. II, Boston: Little Brown, 1977.
- 45 - DUMAS, R.G. & LEONARD, R.C. - Effect of nursing on the incidence of postoperative vomiting. *Nursing Research*, 12(1): 12-15, 1963.

- 46 - DUMAS, R.G.; ANDERSON, B.J.; LEONARD, R.C. - The importance of the expressive function in preoperative preparation. In: *Social interaction and patient care*, SKIPPER, J.K.; LEONARD, R.C., Philadelphia, ed. J.B.Lippincott, 1965, p.16-29.
- 47 - DYE, M.C. - Clarifying patients communications. *Amer. Journal Nursing*, 63(8): 56-59, 1963.
- 48 - EGAN, G. - *The skilled helper*. Monterey, Calif. Brooks/Cole, 1975.
- 49 - ELMS, R.R. - Effects of varied nursing approaches during admission: an exploratory study. *Nursing Research*, 13(4): 266-268, 1964.
- 50 - ELMS, R.R. & LEONARD, R.C. - Effects of nursing approaches during admission. *Nursing Research*, 15(1): 39-48, 1966.
- 51 - FAULKNER, A. - Monitoring nurse patient conversation on a ward. *Nursing Times*, 75: 95-96, 1979.
- 52 - FIGUEIRA, M.N.A. - Manifestações verbais e não verbais de comportamento materno durante o primeiro contato personalizado mãe-filho. Dissertação de Mestrado, E.E.-USP, 1981.
- 53 - FORREST, Darle - Analysis of nurses verbal communication with patients. *Nursing Papers Perspectives in Nursing*, 15(3): 48-56, 1983.
- 54 - FORSYTH, G.S. - Exploration of empathy in nurse-client interaction. Part 2. *Advances in Nursing Science*, 1(1) : 53-61, 1969.
- 55 - GATTÁS, M.L.B. - O relacionamento de pessoa a pessoa - vi vência da enfermeira com pacientes psiquiátricos em uni

- dade de hospital geral. Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto-USP, Escola de Enfermagem, 1981.
- 56 - GIFFIN, K. - Interpersonal trust in the helping professions .
Amer. Journal of Nursing, 69(7): 1491-1492, 1969.
- 57 - GLADSTONE, T.V. & McKEGNEY, P.F. - Relationship between patient behaviors and nursing staff attitudes. *Supervisor Nurse*: 32-35, 1980.
- 58 - GRAFFAM, S. - Nurse response to the patient in distress: development of an instrument. *Nursing Research*, 19(4):331-336, 1970.
- 59 - HANDY, C.B. - *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- 60 - HAYS, J.S. & LARSON, K.H. - *Interacting with patients*, New York, MacMillan, 1963.
- 61 - HENRICH, A.P. & BERNHEIM, K.F. - Responding to patient's concerns. *Nurs.Outlook*, 29(7): 428-433, 1981.
- 62 - HEWITT, H.E. & PESZNECKER, B.L. - Major blocks to communication with patients. *Amer.J.Nursing*, 64(7):101-103,1964.
- 63 - HILLS, M.D. & KNOWLES, D. - Nurses levels of empathy and respect in simulated interaction with patients. *Int.J. Nurs.Studies*, 20(2): 83-88, 1983.
- 64 - HODGSON, S. - Enhancing patient-nurse communication. *Nursing Times*, 79(18): 64-65, 1983.
- 65 - IDÍGORAS, J.L. - *Vocabulário teológico para a América Latina*. Trad. Álvaro Cunha. São Paulo, Edições Paulinas, 1983.

- 66 - JASPERS, K. - Introdução ao pensamento filosófico. Trad. Leonidas Hegemberg e Octanny S.Mota. São Paulo, Ed. Cultrix, s.d.
- 67 - JOHNSON, B.S. - Relationships between verbal patterns of nursing students and therapeutic effectiveness. *Nursing Research*, 13(4): 339-342, 1964.
- 68 - KASCH, Chris R. - Interpersonal competence and communication in the delivery of nursing care. *Advances in Nursing Science*, 6(2): 70-88, 1984.
- 69 - KASSEBAUM, G.G. & BAUMER, B.O. - Dimensions of the sick role in chronic illness. In: JACO, E.G.(ed.) *Patients, physicians and illness: a source book in behavioral science and health* 2nd ed., New York, The Free Press, 1972.
- 70 - KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. - *Organização e administração: um enfoque sistêmico*, São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 2^a ed., 1980.
- 71 - KERRIGAN, S.M.R. - Analysis of conversation between selected students and their assigned patients. *Nursing Research*, 6(6): 43-45, 1957.
- 72 - KING, I.M. - *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York, John Wiley, 1981.
- 73 - _____. - Nurse's communication patterns and a patient's use of denial. *Nursing Research*, 16(2): 137-140, 1967.
- 74 - KUNDERA, M. - *A insustentável leveza do ser*. Trad. Tereza Carvalho Fonseca. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.
- 75 - LANGHAM-BROWN, S.J. - Problems of communication in patient care. *Nursing Times*, 77(24): 1035-1042, 1981.

- 76 - LANGLOIS, M.S. - La relation du rôle joué par le personnel infirmier sur la prise de rôle de la personne âgée en en établissement de soins prolongés. *Nursing Papers Perspectives en Nursing*, 17(1): 48-65, 1985.
- 77 - LEMOS, V.B.S. - Reflexões em torno do relacionamento enfermeiro-paciente, baseado na história da pessoa. Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem - USP, 1982.
- 78 - LINTON, R. - *O homem uma introdução à antropologia*. São Paulo, Livraria Martins Editora, 7^a ed., 1970.
- 79 - LONG, L. & PROPHIT, Sister P. - *Understanding/responding: a communication manual for nurses*. Wadsworth Health Sciences Division, Monterey, California, 1981.
- 80 - LUM, J.L. - Interaction patterns of nursing personnel. *Nursing Research*, 19(4): 324-330, 1970.
- 81 - LUNDBERG, G.A.; SCHRAG, C.; LARSEN, O. - *Sociology*, 3rd ed., New York. Harper and Row, 1963. In: FOLTA, J. & DECK, E.S. (ed.). *A sociological Framework for patient care*. Washington, John Wiley, 1966, p. 23-29.
- 82 - McCORKLE, R. - Effects of touch on seriously ill patients. In: *Readings on the research process in nursing*, editado por Fox, D.J. Ilser Leiser, New York, Appleton-Century Crofts, 1981, p. 114-125.
- 83 - McGHIE, A. - *Psychology as applied to nursing*. 6^a ed., Livingstone Nursing Texts, Churchill Livingstone, London, 1973.
- 84 - MALONEY, E.M. - *Interpersonal Relations*. Dubuque, Iowa, W. M.C. Brown Company Publishers, 1966.

- 85 - MANASER, J.C. & WERNER, A.M. - *Instruments for study of nurse-patient interaction*. New York. The MacMillan, 1963.
- 86 - MARCEL, G. - *Être et avoir, Paris, Aubier, 1935.*
- 87 - _____. - *Du refus à l'invocation*. Paris, Gallimard, 1940. In: Gilson, Etienne (org.) - *Existentialisme Chrétien: Gabriel Marcel*. Paris, Librairie Plon, 1947.
- 88 - _____. - *The philosophy of existence*. Translated by Manya Harari: New York, Philosophical Library, 1949. In: VAILLOT, S.M.C. - *Commitment to nursing - a philosophic investigation*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1962.
- 89 - _____. - *Les hommes contre l'humain*. Paris, La Colombe, 1951. In: PARAIN-VIAL, J. - *Gabriel Marcel et les niveaux de l'expérience*. Paris, Editions Seghers, 1966.
- 90 - _____. - *Positions et approches concrets du mystère ontologique*. Paris, Nauwelaerts et Vrin, 1949. In: PARAIN-VIAL, J. - *Gabriel Marcel et les niveaux de l'expérience*. Paris, Editions Seghers, 1966.
- 91 - MENDRAS, H. - *Princípios de sociologia: uma iniciação à análise sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. p. 254.
- 92 - MENEZES, E.D.B. - *Fundamentos sociológicos da comunicação*. In: Sã, Adísia (coord.). *Fundamentos científicos da comunicação*. 2^a ed., Vozes, 1973.
- 93 - METHVEN, D. & SCHLOTFELDT, R.M. - *Te social interaction Inventory*. *Nursing Research*, 11(2): 83-88, 1962.
- 94 - MEYERS, M.E. - *The effect of types of communication on patients reaction to stress*. *Nursing Research*, 13(2):

- 95 - MORENO, J.L. - *Psicodrama*. São Paulo, Cultrix, EDUSP, 1974.
- 96 - MORIMOTO, F. - Favoritism in personnel patient interaction. *Nursing Research*, 3(3): 109-112, 1955.
- 97 - MORTENSEN, C.D. - *Communication postulates*. In: Messages: a reader in human communication. 3 ed. S.R.Weinberg, New York. Pandom House, 1980.
- 98 - MOUNIER, E. - *Personalisme*. In: MORA, José FERRATER - Dicionário de Filosofia. Buenos Aires, Editora Sudamericana, 1969. p.237.
- 99 - MULDAHY, T.W. - *Interpersonal relations for health professionals: a social skills approach*. New York, MacMillan Publishing, 1983.
- 100- MYERS, S.T. - The search for assumptions western. *Journal of Nursing Research*, 4(1): 91-99, 1982.
- 101- NIGHTINGALE, Florence - *Notes on nursing: what it is and what it is not*. London. Gerald Duckworth, 1970.
- 102- NORTHOUSE, P. - Interpersonal trust and empathy in nurse-patient relationships.. *Nursing Research*, 28(5):365-368, 1979.
- 103- ORTEGA y GASSET, J. - *O homem e a gente*. Rio de Janeiro , Interamericana, 1973.
- 104- PARK, R.D. _____ *Comunicação*. In: Donald Pierson:Estudos de Organização Social. São Paulo. Martins Fontes,1970.
- 105- PARAIN-VIAL, J. - *Mystère de l'être et existence: être et incarnation*. In: *Gabriel Marcel et les Niveaux de l'expérience* Paris Secheres 1966

- 106 - PARSONS, T. & SHILLS, E.A. - *Toward a general theory of action*. Cambridge. Harvard University Press, 1967.
- 107 - PARSONS, T. - *The social system*. New York. The Free Press of Glencoe, 5^a ed.; 1964.
- 108 - PARSONS, T.; BALES, R.F.; SHILLS, E.A. - *Apuntes sobre la teoría de la acción*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1970.
- 109 - PARSONS, T. & BALES, R.F. - Las dimensiones del espacio-acción. In: PARSONS, T.; BALES, R.F.; SHILLS, E.A. - *Apuntes sobre la teoría de la acción*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1970.
- 110 - PARSONS, T. - Definitions of health and illness in the light of American Values and Social Structure. In: JACO, E.G. (ed.) *Patients, Physicians and Illnesses: source-book in behavioral science and health*, 2nd ed., New York, The Free Press, 1972. p. 107-127.
- 111 - PAYNICH, M.L. - Cultural barriers to nurse communication. *Amer. Journal Nursing*, 64(2): 87-90, 1964.
- 112 - PENTEADO, J.R.W. - *A técnica da comunicação humana*. São Paulo. Pioneira, 1974.
- 113 - PIERCE, J.R. - Communication. *Scientific American*, 227 (3): 31-41, 1972.
- 114 - PLUCKHAM, M.L. - *Human communication: the matrix of nursing*. New York, MacGraw Hill Boock, 1978.
- 115 - POWERS, M.J.; MURPHY, S.; WOOLDRIGE, P.F. - Validation of two experimental nursing approaches using content analysis. *Research in nursing and health*, 6(1):3-9,

- 116 - PRIDE, L.F. - And adrenal stress index as a criterion measure for nursing. *Nursing Research*, 17(4): 292-303, 1968.
- 117 - ROGERS, C.R. - *Liberdade para aprender*. Trad. de Edgar Godói da Mata Machado e Márcio Paulo de Andrade. Belo Horizonte, Interlivros de Minas Gerais, 1972.
- 118 - ROPER, N. - *Principles of nursing*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1973.
- 119 - SANTOS, A.L.V. - Contribuição ao estudo da comunicação paciente-equipe de enfermagem relativa à medicação. São Paulo. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem- USP, 1972.
- 120 - SARBIN, T.R. & ALLEN, V.L. - Role theory. In: LINDZEY, G. & ARONSON, E. (ed). *The handbook of social psychology*. Massachusetts, Reading, 2nd ed., 1968.
- 121 - SARTRE, J.P. - *O existencialismo é um humanismo*. Trad. Vergílio Ferreira Lisboa, Editorial Presença, 4^a ed, 1970.
- 122 - _____. - Ser e Nada. In: GILES, T.R. - *Introdução à Filosofia*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
- 123 - SILVEIRA, G.C.X. - Importância das informações aos pacientes recém hospitalizados. Bahia. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1977.
- 124 - SKIPPER, J.K.; MAUKSCH, H. O. ; TAGLIACOZZO, D. - Some barriers to communication between patients and hospital functionaires. *Nursing Forum*, 2(1): 14-23, 1963.

- 125 - SMITH, C.E.; CARVIS, M.S.; MARTINSON, T.M. - Content analysis of interviews using a nursing model: a look at parents adapting to the impact of childhood cancer. *Cancer Nursing*, 6(4): 269-275, 1983.
- 126 - SOUZA, M.F. - Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico. Rio Grande do Sul. Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1976.
- 127 - SPITZER, S.P. & SOBEL, R. - Preferences for patients and patient behavior. *Nursing Research*, 11(4): 233-235, 1962.
- 128 - SPRING, F.E. & TURK, H. - A therapeutic behavior scale. *Nursing Research*, 11(4): 214-218, 1962.
- 129 - STETLER, G.R. - Relationship of perceived empathy to nurses communication. *Nursing Research*, 26(6): 432-438, 1977.
- 130 - STEWART, D.K. - *A psicologia da comunicação*. Trad. de Luiz Corção. São Paulo, Florence, 1972.
- 131 - TAGLIACOZZO, D.L. & MAUKCH, H.O. - The patient's view of the patient's role. In: JACO, E.G. (ed). *Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioral science and health*. 2nd ed, New York, The Free Press, 1972.
- 132 - TARASUK, M.R. - An experimental test of the importance of communication Skills for effective nursing. In: *Social interaction and patient care*, editado por J.K. Skipper e R.C. Leonard, Philadelphia, J.B.Lippincot, 1965, p. 110-120.

- 133 - THOMAS, M.D. - Trust in the nurse - patient relationship
In: CARLSON, C.E. (ed). *Behavioral Concepts & Nursing
intervention*. Philadelphia, J.R.Lippincott, 1970.
- 134 - THORTON, T.N. & LEONARD, R.C. - Experimental comparison
of the effectiveness and efficiency of three nursing
approaches. *Nursing Research*, 13(2): 122-125, 1964.
- 135 - TOWNS, J.E. - How to understand and communicate with a person
in sorrow. *Nursing Forum*, 19(3): 300-309, 1980.
- 136 - TRAVELBEE, J. - Interpersonal aspects of nursing. Phila-
delphia, F.A. Davis Co., 1971.
- 137 - TRINDADE, D.R. - Influência do relacionamento da enfer-
meira e do médico com o paciente cirúrgico, segundo per-
cepção deste para o seu estado psico-emocional -um es-
tudo exploratório. Rio de Janeiro. Dissertação de Mes-
trado, Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Fe-
deral do Rio de Janeiro, 1977.
- 138 - TRYON, P.A. - Patient participation v.s. patient passivity.
Nursing Forum, 2(2): 48-57, 1963.
- 139 - _____. - Giving the patient an active role. In: *Social
interaction and patient care*. Philadelphia, Editado por
J.K.SKIPPER S.P.C., LEONARD, J.B. Lippincott, 1965 ,
p.120-127.
- 140 - TUBBS, S.L. & MOSS, S. - *Human communication*. 3rd ed, New
York, Random House, 1980.
- 141 - VAILLOT, S.M.C. - *Commitment to nursing: a philosophic inves-
tigation*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1962.

- 142 - VAILLOT, S.M.C. - Existencialismo - uma filosofia de com
promisso. Tradução de Isaltina Goulart de Azevedo. *Enf.*
Novas Dimensões, 1(5): 294-301, 1975.
- 143 - WATSON, J. - *Nursing: the philosophy and science of caring*.
Boston, Little, Brown & Co., 1979.
- 144 - WOOLDRIDGE, P.J. - *Behavioral science, social practice and*
the nursing profession, Cleveland, Press of Case Western
Reserve University, 1968..

APÊNDICE A: *Dados Originais*

Distribuição das unidades de interação para cada um dos dez pacientes estudados, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação

TABELA A1 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 1, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	-	2	23	46
	R	4	2	8	7	
2	E	-	3	2	6	23
	R	-	9	2	1	
3	E	3	9	3	13	43
	R	1	3	6	5	
4	E	2	-	3	5	63
	R	7	29	10	7	
5	E	-	11	2	21	60
	R	-	3	-	23	
6	E	28	70	40	238	771
	R	25	92	34	244	
7	E	-	7	9	36	163
	R	20	28	23	40	
8	E	-	1	-	4	7
	R	-	-	-	2	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	-	6
	R	-	1	-	5	
11	E	-	2	-	21	49
	R	-	1	-	25	
12	E	-	-	-	3	8
	R	-	1	-	4	
TOTALS		90	272	144	733	1239

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
 quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A2 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 2, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	-	2	4	21
	R	3	3	2	7	
2	E	-	-	-	1	1
	R	-	-	-	-	
3	E	1	1	1	5	14
	R	-	-	3	3	
4	E	-	-	-	1	92
	R	4	18	65	4	
5	E	1	2	2	48	79
	R	-	-	-	26	
6	E	14	18	26	190	371
	R	4	15	42	62	
7	E	1	1	14	25	109
	R	7	7	26	28	
8	E	-	-	-	6	8
	R	-	-	1	1	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
11	E	-	-	3	9	21
	R	-	1	-	8	
12	E	-	-	-	7	15
	R	-	4	3	1	
TOTAIS		35	70	190	436	731

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem;
OPA=outros pacientes.

TABELA A3 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 3, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	1	7	5	5	45
	R	4	10	4	9	
2	E	-	6	-	7	17
	R	-	2	-	2	
3	E	3	6	9	11	47
	R	-	5	3	10	
4	E	1	1	5	9	107
	R	10	35	45	1	
5	E	3	25	6	29	141
	R	2	38	8	30	
6	E	38	62	48	78	431
	R	13	76	58	58	
7	E	8	28	25	24	222
	R	32	37	44	24	
8	E	-	1	-	1	4
	R	-	1	-	1	
9	E	-	-	2	-	5
	R	-	2	1	-	
10	E	-	2	1	-	6
	R	-	3	-	-	
11	E	1	14	10	10	52
	R	-	-	-	17	
12	E	-	4	-	3	32
	R	2	16	3	4	
TOTALS		118	381	277	333	1109

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A4 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 4, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeitos de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	1	1	1	1	24
	R	7	4	8	1	
2	E	-	-	-	-	2
	R	2	-	-	-	
3	E	2	2	4	-	14
	R	1	3	2	-	
4	E	1	2	1	-	69
	R	16	12	28	9	
5	E	-	1	1	3	14
	R	-	3	2	4	
6	E	14	42	38	38	278
	R	28	48	52	18	
7	E	2	4	4	8	106
	R	15	32	33	8	
8	E	-	-	1	-	2
	R	-	-	1	-	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	-	2
	R	1	1	-	-	
11	E	1	5	12	7	26
	R	1	-	-	-	
12	E	-	-	-	-	4
	R	-	1	2	1	
TOTALS		92	161	190	98	541

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A5 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 5, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales.	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	1	2	6	19
	R	5	1	2	2	
2	E	-	4	3	16	46
	R	-	4	3	16	
3	E	2	1	-	5	18
	R	-	3	1	6	
4	E	1	7	2	1	37
	R	8	7	8	3	
5	E	-	-	1	5	10
	R	-	-	-	4	
6	E	26	23	16	130	348
	R	20	35	13	85	
7	E	3	1	5	14	77
	R	13	8	7	26	
8	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	1	1	1	5
	R	-	-	-	2	
11	E	4	3	-	21	34
	R	3	1	-	2	
12	E	-	-	-	-	1
	R	-	-	-	1	
TOTALS		85	100	64	346	595

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A6 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 6, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	-	-	1	5
	R	-	-	1	3	
2	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
3	E	-	-	-	7	12
	R	1	-	-	4	
4	E	2	-	1	2	48
	R	18	10	11	4	
5	E	3	1	-	35	94
	R	2	3	-	50	
6	E	18	12	9	43	148
	R	10	12	2	42	
7	E	5	3	2	10	81
	R	18	13	6	24	
8	E	-	-	-	-	3
	R	1	-	1	1	
9	E	-	-	5	-	8
	R	1	1	1	-	
10	E	-	-	-	-	1
	R	-	1	-	-	
11	E	1	2	-	15	25
	R	-	2	-	5	
12	E	-	-	-	1	3
	R	1	1	-	-	
TOTAIS		81	61	39	247	428

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A7 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 7, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	3	1	1	23	43
	R	7	-	2	6	
2	E	1	1	1	14	33
	R	-	1	2	13	
3	E	3	4	1	4	33
	R	4	1	-	16	
4	E	-	1	1	3	41
	R	6	15	13	2	
5	E	2	-	1	8	24
	R	-	2	1	10	
6	E	61	45	33	241	780
	R	96	34	34	236	
7	E	9	7	13	53	198
	R	43	29	13	31	
8	E	-	1	-	-	1
	R	-	-	-	-	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
11	E	1	2	1	18	39
	R	1	1	-	15	
12	E	-	1	-	-	7
	R	-	-	1	5	
TOTAIS		237	146	118	698	1199

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A8 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 8, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	1	5	-	31
	R	1	5	15	4	
2	E	-	3	5	1	9
	R	-	-	-	-	
3	E	1	1	7	1	14
	R	2	1	1	-	
4	E	-	1	-	-	110
	R	12	37	60	-	
5	E	4	1	8	-	32
	R	2	1	5	11	
6	E	18	46	135	10	289
	R	22	18	36	4	
7	E	-	2	10	1	154
	R	15	38	86	2	
8	E	-	-	-	-	7
	R	3	-	3	1	
9	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	-	1
	R	-	-	1	-	
11	E	2	2	6	3	15
	R	-	1	1	-	
12	E	-	-	1	-	10
	R	1	3	5	-	
TOTALS		83	161	390	38	672

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A9 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 9, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeito de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	3	2	11	28
	R	-	3	2	7	
2	E	-	1	-	-	1
	R	-	-	-	-	
3	E	-	8	2	6	21
	R	-	2	-	3	
4	E	-	2	1	2	75
	R	8	46	16	-	
5	E	5	10	8	57	113
	R	3	5	3	22	
6	E	8	26	17	82	231
	R	9	21	20	48	
7	E	1	12	6	21	105
	R	8	19	9	29	
8	E	-	1	-	1	2
	R	-	-	-	-	
9	E	-	1	2	1	5
	R	-	1	-	-	
10	E	-	-	-	-	-
	R	-	-	-	-	
11	E	-	1	1	10	15
	R	-	-	-	3	
12	E	-	-	-	2	4
	R	-	1	-	1	
TOTAIS		42	163	89	306	600

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

TABELA A10 - Distribuição das unidades de interação emitidas e recebidas pelo paciente número 10, segundo categorias de Bales, direções e sujeitos de interação.

Categorias de Bales	Direção de Interação (a)	Sujeitos de Interação (b)				Total
		ENF	AUX	ATE	OPA	
1	E	-	1	3	11	28
	R	1	1	4	7	
2	E	-	2	1	5	13
	R	-	1	1	4	
3	E	-	2	3	12	28
	R	-	2	2	7	
4	E	-	-	-	17	70
	R	-	11	23	19	
5	E	-	2	-	76	119
	R	-	-	-	41	
6	E	19	12	21	165	389
	R	5	17	17	133	
7	E	-	4	9	51	139
	R	12	7	20	36	
8	E	-	-	-	13	24
	R	-	1	3	7	
9	E	-	-	-	2	2
	R	-	-	-	-	
10	E	-	-	-	4	10
	R	-	-	1	5	
11	E	-	-	1	16	66
	R	-	-	1	8	
12	E	-	-	1	8	34
	R	-	-	13	12	
TOTAIS		37	62	131	692	922

(a) quantidade de unidades de interação emitidas pelo paciente.
quantidade de unidades de interação recebidas pelo paciente.

(b) ENF=enfermeiro; AUX=auxiliar de enfermagem; ATE=atendente de enfermagem; OPA=outros pacientes.

APÊNDICE B

Formulário para registro das interações verbais trocadas pelos sujeitos de interação e detectadas pelos observadores.

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DAS INTERAÇÕES VERBAIS

Data:

Observador:

Paciente observado:

NOME: _____

REGISTRO: _____

LEITO: _____

Horário	Sujeito de Interação	Observações

Códigos: P = Paciente observado; ENF = Enfermeira; AUX = Auxiliar de Enfermagem; ATE = Atendente de Enfermagem; OPA = Outro paciente.

APÊNDICE C

Resumo das definições das Categorias de Bales⁴ (p.177-195)

CATEGORIA 1 - MOSTRA SOLIDARIEDADE, aumenta o status do outro, dá ajuda e recompensa. Refere-se a atos de solidariedade e de afeto, nos quais estão incluídos: *"Cumprimentar o outro, chegar perto dele para conversar, colocar a mão no ombro, tocar a mão, dar boas vindas ao outro, estender um convite para que ele se torne membro do grupo..."*. Indicações de consideração, de boa vontade, de que a pessoa que age é amistosa, sociável, informal estão incluídos nesta categoria, assim como qualquer comentário a respeito do tempo ou qualquer outro assunto de interesse comum para quebrar o gelo e começar uma conversação; ou ainda os atos que têm como objetivo específico o efeito de elevar o status do outro, quer em situações em que o status do ator seja considerado maior, igual ou inferior a do outro. Assim sendo, inclui atos que envolvam recompensa, encorajamento do outro, demonstração de aprovação, cumprimentos, demonstração de entusiasmo pelas idéias do outro, expressões de gratidão ou apreciação, de admiração, estima ou respeito. Inclui ainda *"qualquer comportamento no qual o ator oferece assistência ao outro, oferece-se para começar uma tarefa que é indicada pela decisão do grupo"*.

CATEGORIA 2 - MOSTRA RELAXAMENTO DE TENSÃO, ri, mostra satisfação. Nesta categoria estão incluídos: a) as indicações espontâneas de alívio, onde constam expressões que mostram que a pessoa sente-se melhor após um período de tensão, e ainda qualquer manifestação de alegria, de animação e entusiasmo; b) as brincadeiras amistosas, tentando divertir ou entreter os outros; c) os risos em respostas positivas a gracejos.

CATEGORIA 3 - CONCORDA, MOSTRA ACEITAÇÃO PASSIVA, COM

PREENDE, ENTENDE, OBEDECE. Envolve qualquer concordância no que diz respeito a um curso de ação proposto, ou resposta positiva a uma sugestão feita pelo outro; qualquer indicação ao observador de que o observado é modesto, humilde, respeitoso; demonstração de sinais de reconhecimento, interesse, receptividade, prontidão; sinais específicos de atenção ao que o outro está dizendo à medida que ele fala como uma maneira de encorajá-lo a dizer o que ele quer, acenando com a cabeça, ou dizendo "é isso mesmo", "sim", "rã-rã". Enfim, esta categoria abrange qualquer indicação de permissividade, submissão, aquiescência.

CATEGORIA 4 - DÁ SUGESTÕES, DIREÇÃO, IMPLICANDO AUTONOMIA PARA O OUTRO. Pertencem a esta categoria todos os atos que sugerem maneiras concretas de atingir uma meta desejada, indicando ou sugerindo onde começar, o que fazer, como lidar com um problema, fornecendo orientação sugestiva ao outro em termos do tipo de atividade que se espera dele sob alguma determinada condição. As tentativas diretas de aconselhar ou guiar o outro com relação a alguma atividade, o exercício de rotina ou de controle estabelecido e aceito, ou os atos em que um líder reconhecido pede que os outros façam coisas como parte da mecânica da rotina de direção do grupo também estão inseridos nesta categoria, assim como solicitações emocionalmente neutras de um sujeito para outro.

CATEGORIA 5 - DÁ OPINIÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE, EXPRESSA DESEJO. Nesta categoria classifica-se qualquer expressão do ator sobre uma necessidade a ser alcançada, expressões de ambição ou aspiração, tentativas de compreensão, diagnóstico ou de interpretação de sua própria motivação ou do "porque" de seu próprio comportamento. Da mesma forma inclui atividades em que "o ator tenta, através de inferência ou raciocínio, entender, diagnosticar ou interpretar o outro, sua motivação ou atividade, o

grupo, sua estrutura, a dinâmica ou ações passadas". A distinção entre as atividades desta categoria e as da categoria 6 se faz pela presença de inferência ou interpretação, mais do que um simples relato.

CATEGORIA 6 - DÁ ORIENTAÇÃO, INFORMAÇÃO, REPETE, ESCLARECE, CONFIRMA. Estão contidos nesta categoria todos os atos cuja intenção é a de manter ou focalizar a atenção do outro, ou assegurar a sua prontidão para uma série de comunicações a seguir; atividades nas quais o ator simplesmente relata sem inferência ou fala sobre algum pensamento passado, sentimento, ação ou experiência, seja espontaneamente ou em resposta a questões, como por exemplo a categoria 7. Inclui informação factual onde há implicação de que o outro quer aprender ou precisa saber alguma coisa. Há também a implicação de que a informação dada será aceita, se for compreendida.

CATEGORIA 7 - PEDE ORIENTAÇÃO, INFORMAÇÃO, REPETIÇÃO E CONFIRMAÇÃO. Atos que indicam ou expressam uma falta de conhecimento suficiente para apoiar uma ação, perguntas diretas que requerem uma resposta de fato, expressões menos focalizadas ou mais indefinidas de uma falta de conhecimento ou clareza cognitiva suficiente para apoiar a ação, são compreendidos por esta categoria.

CATEGORIA 8 - PEDE OPINIÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE, EXPRESSÃO DE SENTIMENTO. Envolve perguntas e inferências abertas e não diretivas, qualquer tipo de questão que tenta encorajar uma declaração ou reação por parte do outro sem limitar a natureza da resposta. *"Bons exemplos podem ser encontrados no aconselhamento não-diretivo. Como você se sente hoje?; Diga-me mais sobre isto".* O ator pode desejar obter a interpretação ou opinião do outro, como uma ajuda quando não há respos

ta conhecida, ou para verificar as possibilidades de ação para uma solução ao problema, para facilitar sua escolha num curso de ação. Exemplo: *"Quanto tempo você acha que vai durar? Não consigo calcular quanto tempo levaria. Por que você acha que você se sente assim?"*.

CATEGORIA 9 - PEDE SUGESTÃO, DIREÇÃO, MANEIRAS POSSÍVEIS DE AÇÃO. Figuram nesta categoria todas as perguntas ou exigências, explícitas ou implícitas, de sugestões sobre como a ação deverá proceder através da utilização de meios concretos para atingir metas na perspectiva de futuro imediato.

CATEGORIA 10 - DISCORDA, MOSTRA REJEIÇÃO PASSIVA, FORMALIDADE. Estão aqui inseridas as atitudes consideradas pelo observador como frias, frígidas, não expansivas e sem sorriso; as formas passivas de rejeição tais como *"permanecer imóvel, rígido, silencioso, calado, não comunicativo, inexpressivo, impassível, imperturbável, reticente e sem respostas frente às aberturas por parte do outro"*; indicações de que o ator está psiquicamente isolado, indiferente, desinteressado, impessoal, formal, distante e evita intimidades de confidências quando o outro procura por este tipo de resposta. Pertencem também a esta categoria as discordâncias, descrenças e incredulidades com respeito a relatos e observações; a falta de atenção ao que o outro fala, a não repetição de algo solicitado ou o ato de ignorar um pedido; comportamentos que limitam a atividade em andamento do outro.

CATEGORIA 11 - MOSTRA TENSÃO, PEDE AJUDA, RETIRA-SE DO CAMPO. Compreende as manifestações de impaciência, tensão, agitação e hábitos nervosos; demonstrações de emocionalidade ansiosa, indicações de que o ator está alarmado, perturbado, preocupado com algo que fez ou pretende fazer; atitudes que o ob-

servador interpreta como super-cautelosas, demonstrando hesitação; reconhecimento ou confissão admitindo a responsabilidade por ato considerado injusto para com a outra pessoa ou admitindo a própria ignorância ou incapacidade; expressões de sentimentos de frustração ou de depressão; pedidos de permissão ou de ajuda nos quais subjaz um tom perceptível de emocionalidade. Abrange também o comportamento de contar azares, acidentes e falhas com a intenção de despertar simpatia; as tentativas de exagerar uma doença, uma injúria; queixas de tristeza, insegurança, depressão, preocupação; demonstração de necessidade de apoio, proteção, afeto e ternura; comportamentos que indiquem que o ator está psicologicamente retirado do problema.

CATEGORIA 12 - MOSTRA ANTAGONISMO, REDUZ O STATUS DO OUTRO OU DEFENDE-SE. Constam nesta categoria situações interpretadas pelo observador como arbitrárias ou autocráticas no que tange a tentativas de controlar, regular, governar, dirigir ou supervisionar com evidência de diminuição ou inexistência de liberdade de escolha e com a implicação de que o outro não tem nenhum direito de protestar ou modificar a exigência - pelo contrário, o seguimento imediato, e sem argumentação, da diretiva é o comportamento esperado. Caracteriza, portanto, a atribuição arbitrária de um papel. Fazem parte desta categoria dos atos nos quais o ator rejeita, recusa ou ignora propositadamente direções, comandos, ordens e pedidos autoritários; desafios à autoridade, negativismo, teimosia, resistência, desobediência, insubordinação, rebeldia, irresponsabilidade, desrespeito, imprudência. Tentativas de redução do status do outro, avaliando-o de maneira menosprezante, ridicularizando-o, minimizando-o, reduzindo suas declarações ao absurdo através de ironias e sarcasmos, demonstrando ascendência, pompa, auto-importância e auto-satisfação. Figuram também aqui as atitudes de auto-promo-

ção e auto-afirmação com tentativas de impressionar o outro po-
sicionando-se como pessoa única e misteriosa, além de atitudes
interpretadas pelo observador como agressiva, combativa ou ar-
gumentativa, com demonstrações de irritação, raiva, intolerân-
cia.