

C 494470 - BCS 3ca. Livro.

C 689491
R 1409379
01/06/01
R\$ 8,15
(R)

MAGUIDA COSTA STEFANELLI

ENSINO DE TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA
ENFERMEIRA-PACIENTE

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1409379.	
01 / 06 / 2001	

OK

Tese de Doutorado apresentada
à Escola de Enfermagem da Univer-
sidade de São Paulo.

Orientadora: Evalda Cançado Arantes

18/08
610.730699
58272
1985

SÃO PAULO

1985

Ao Walter e a nossas filhas Marisa,
Mônica e Cláudia, pelo amor, paciência
e ajuda que me ofereceram.

À tia Agripina, pela dedicação.

À memória de meus pais.

NOSSAS HOMENAGENS

À Doutora Leda Ulson Mattos, Diretora da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, pela oportunidade oferecida.

À Senhora Maria Rosa Sousa Pinheiro, pela compreensão, estímulo e
preciosas sugestões.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS.

À Doutora Evalda Cançado Arantes, mestre e amiga, pela valiosa orientação à realização deste trabalho e pela luta para que o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de doutorado, se tornasse realidade.

À Doutora Wanda Escobar da Silva Freddi e à Doutora Sônia Della Torre Salzano, pelo estímulo e sugestões.

À Doutora Nara Sena de Paula, pelo incentivo e apoio.

Ao Doutor Jair Lício Ferreira dos Santos, pela valiosa contribuição.

As colegas Marli Alves Rolim, Marina Borges Teixeira, Ilza Marlene Kuae Fukuda e Hideko Takeuchi Forcella, pela atenção e apoio.

À colega Maria Alice Tsunechiro e Maria do Carmo Lui, pelo apoio e interesse.

As docentes do Programa de Pós-Graduação, nível de doutorado, pelos ensinamentos valiosos.

À Adília Terezinha Cançado, Diva Stefanelli Lopes e Adelaide Onaide Cançado Portella pelo estímulo e apoio.

Às bibliotecárias Carmem Sylvia A.L. Aguiari, Maria do Carmo Duarte de Azevedo Marques, Maria Mariko Nishimoto e Assako S. Utiyama, pelo interesse na providência e revisão das referências bibliográficas.

À Adelina Morra, Marisa Salles, Ivani Miningue Pretel, Lucia Lessa Rodrigues Fábio e José Artur de Oliveira Miranda, pelo carinho e paciência demonstrados.

Aos pacientes e alunos, meu afeto e respeito.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste estudo.

CONTEÚDO

	PÁ
INTRODUÇÃO E PROBLEMA	1
REVISÃO DE LITERATURA	6
Comunicação em enfermagem	7
Comunicação em enfermagem psiquiátrica	22
Comunicação terapêutica	32
Técnicas de comunicação terapêutica	35
REFERENCIAL TEÓRICO	62
Conceitos de Hildegard Elizabeth Peplau	64
Conceitos de Harry Stack Sullivan	66
Conceitos de Jurgen Ruesch	69
OBJETIVOS	76
METODOLOGIA	78
População	79
Procedimentos	80
Coleta de dados	82
Tratamento estatístico	83

	Pág.
RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	84
Descrição da população.....	85
Caracterização dos pacientes.....	85
Caracterização do uso das técnicas de comunicação terapêutica	89
CONCLUSÕES.....	129
RESUMO.....	131
SUMMARY.....	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXOS.....	152

RELAÇÃO DE TABELAS E QUADRO

TABELA 1.	Distribuição dos pacientes segundo a idade e sexo, nos grupos controle e experimental.....	86
TABELA 2.	Distribuição dos pacientes, segundo escolaridade, nos grupos controle e experimental.....	87
TABELA 3.	Distribuição dos pacientes, segundo diagnóstico, nos grupos controle e experimental.....	88
TABELA 4.	Frequência do uso das técnicas, segundo grupamento feito, nos grupos controle e experimental.....	90
TABELA 5.	Número médio de técnicas utilizadas por aluna, segundo grupamento feito, nos grupos controle e experimental.....	94
TABELA 6.	Resultado do teste de duas médias aplicado ao número médio de técnicas utilizadas por aluna.....	95
TABELA 7.	Distribuição das técnicas, segundo adequação, de acordo com o grupamento feito, nos grupos controle e experimental.....	96
QUADRO.	Técnicas de comunicação terapêutica e frequência de sua utilização pelas alunas dos grupos controle e experimental (extraídas de 196 entrevistas no grupo controle e 242, no experimental).....	91

RELAÇÃO DOS ANEXOS

NEXO I. Diário	153
.....	
NEXO II. Técnicas de comunicação terapêutica	156
.....	
NEXO III. Exemplos de comunicação aluna-paciente	157
.....	

I N T R O D U Ç Ã O

E

P R O B L E M A

É a comunicação que torna possível ao homem existir no mundo em interação com seus semelhantes. Desde o nascimento até a morte e, em todos os momentos da vida, as pessoas vêm-se envolvidas no processo da comunicação, sem perceberem a existência ou a significação da mesma como condição fundamental para o pleno desenvolvimento do ser humano.

O homem vale-se da comunicação em todas as suas experiências de vida, de modo interpessoal ou dual, em pequenos ou grandes grupos; até quando não está em uma dessas situações, se refletir um pouco, perceberá que se encontra sob o impacto ou influência da comunicação. É por meio da comunicação que ele partilha com outras pessoas seus valores, crenças, idéias e sentimentos; a maneira como essas pessoas reagem à comunicação pode gerar satisfação ou insatisfação, ou seja, determinar o sucesso de suas tentativas de ajustamento ao meio em que vive. Pode-se afirmar, então, que a existência do bem-estar do ser humano e da sua saúde mental está diretamente relacionada ou mesmo dependente dos seus padrões de comunicação e de como os outros reagem a eles.

Isto explica o interesse que o estudo da comunicação já despertou e continua despertando em várias áreas do conhecimento, como psicologia, sociologia, medicina, mais especificamente a psiquiatria e a enfermagem, principalmente a psiquiátrica.

Consoante MAY (1973), entretanto, apesar de vivenciar a era da comunicação, na qual os meios desta se dão de modo cada vez mais rápido, o homem não existe no mundo com os outros; apenas vive no anonimato, com a sensação de vazio e desesperança que o rodeia.

SULLIVAN (1953a), introdutor da teoria interpessoal no campo da psiquiatria e RUESCH (1957, 1961)

comunicação terapêutica na relação com o doente mental, declaram se a doença mental uma perturbação no relacionamento interpessoal e um distúrbio no processo de comunicação da pessoa. Essas afirmações associadas à declaração de MAY (1973), já citada, facilitam a compreensão da importância da comunicação na assistência de enfermagem. É a enfermeira o membro da equipe terapêutica que mais tempo passa junto ao paciente e que mais oportunidades tem para com ele interagir; seu mister, portanto, é tornar terapêutica a comunicação que desenvolve com o paciente ao assisti-lo.

Podemos considerar PEPLAU (1952) e TUDOR (1952) como as introdutoras do uso da comunicação terapêutica em enfermagem, uma vez que esta é o instrumento básico do relacionamento enfermeira-paciente, como preconizado pelas autoras citadas. Estas consideram a enfermagem como relacionamento humano entre a enfermeira e a pessoa necessitada de ajuda.

Em enfermagem psiquiátrica a comunicação enfermeira-paciente tem sido mais profundamente estudada, uma vez que a doença mental é, como vimos, considerada por vários autores um problema de comunicação ou de relacionamento interpessoal.

Problema

Há 18 anos o ensino do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente foi introduzido por ARANTES (1973), no programa da disciplina Enfermagem Psiquiátrica I — do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — da qual passou a ser o foco; tem como instrumento básico a comunicação que se desenvolve entre aluna e paciente.

mento terapêutico aluna-paciente, ministrando aulas teóricas sobre o assunto e orientando alunas na prática.

O ensino da comunicação enfermeira-paciente, ou seja, de como tornar terapêutica a comunicação, não tem sido tarefa simples. Durante esses anos foram introduzidas modificações no ensino da comunicação terapêutica, mas sem resultado que satisfaça inteiramente às docentes da disciplina, embora muitas das avaliações das alunas nos tenham encorajado bastante. Algumas são enfáticas ao afirmar que o tema deveria ser ensinado no início do curso, quando elas começam a interagir com os pacientes; outras ressaltam a importância da comunicação terapêutica para a assistência de enfermagem como um todo, não importando qual a área de atuação da enfermeira. Outras alunos, entretanto, duvidam da viabilidade do uso, tanto do relacionamento terapêutico como das técnicas de comunicação terapêutica, até mesmo na área de enfermagem psiquiátrica. Isto, em geral, porque não vêem as enfermeiras de campo utilizá-los.

Ao analisarmos a literatura, percebemos facilmente a importância do uso da comunicação, de modo terapêutico, como um dos principais instrumentos que a enfermeira pode lançar mão para tornar sua interação com o paciente a mais eficaz possível. Há, também, referência ao número reduzido de pesquisas sobre a comunicação enfermeira-paciente e à necessidade de mais estudos a respeito.

Nossas estudantes, no entanto, colocam em dúvida o uso das técnicas de comunicação terapêutica no relacionamento com os pacientes, quando percebem, na bibliografia que lhes é oferecida, que os autores são em sua maioria de origem norte-americana. Dizem que estas técnicas são oriundas de povos com linguajares diferentes do nosso; que as mesmas tornam o relacionamento com o paciente muito formal; que a preocupação em policiar a própria comunicação em sa-

as levam a usar a primeira técnica que lhes ocorre no momento. Estes questionamentos tornaram-se mais frequentes nos últimos anos que precederam o início do presente estudo.

Por considerarmos a comunicação enfermeira-paciente da máxima importância para a eficácia da assistência de enfermagem , julgamos oportuno realizar um estudo mais profundo sobre o uso das técnicas de comunicação terapêutica por alunas de graduação em enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA

Sentimos a necessidade de fazer levantamento extensivo do que as enfermeiras já estudaram sobre comunicação em enfermagem e no relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, porque a comunicação terapêutica não foi, ainda, estudada o suficiente para estabelecer um corpo de conhecimentos em enfermagem devidamente comprovados.

O estudo da comunicação interpessoal é muito amplo e tem sido desenvolvido em várias áreas do conhecimento. No presente estudo, entretanto, a revisão de literatura será restrita, dentro do possível, à área de enfermagem e, mais especificamente, da enfermagem psiquiátrica que é nosso foco de interesse.

Comunicação em enfermagem

Em 1859, Florence Nightingale já demonstrava preocupação com a comunicação que se desenvolve entre a enfermeira e o paciente (NIGHTINGALE, 1946). Ao abordar a observação de pacientes, ela faz comentários sobre certos tipos de perguntas vagas ou que provocam respostas imprecisas, a importância da enfermeira sentar-se de frente para o paciente e não permitir interrupção da comunicação e recomenda que não se deve dar ao paciente falsas esperanças ou conselhos.

Podemos inferir, portanto, que a comunicação integrava os primeiros instrumentos da assistência de enfermagem tal como a conhecemos hoje.

Segundo PENDALL(1954), a comunicação da enfermeira afeta tanto seu relacionamento pessoal como profissional. Chama a atenção para o fato de que as enfermeiras devem estar atentas para isto, uma vez que elas trabalham com pessoas e não com objetos; afirma o autor que o sucesso de todos os esforços na profissão depende do relacionamento que se desenvolve entre enfermeira e paciente, pessoal da equipe e alunos. Se o relacionamento falhar, a enfermeira falha.

A importância da comunicação para a administração hospitalar é ressaltada por DOANE (1954). Esta afirma que a função mais reconhecida do administrador é estabelecer e manter abertos os canais de comunicação dentro da organização. Para esta autora, considerar as idéias dos outros, manter um clima de respeito mútuo, definir objetivos em termos claros e precisos, ter propriedade tanto nas comunicações orais quanto nas escritas, ajudam a manter comunicação efetiva entre administrador do hospital e pessoal do departamento de enfermagem, o que tem como consequência um melhor cuidado de enfermagem.

BECKER (1955) destaca a importância da competência interpessoal para a estudante de enfermagem e a necessidade de se introduzir o ensino desta nos currículos de enfermagem. Na experiência relatada pela autora, as alunas começam a adquirir esta competência no início do curso, quando interagem entre si e com as docentes em pequenos grupos de discussão; e, mais tarde, continuam no desenvolvimento do curso, quando discutem em sala de aula o relacionamento que ocorre entre enfermeira e paciente na demonstração e execução de cada técnica e em todas as situações de complexidade cres-

Podemos inferir, portanto, que a comunicação integrava os primeiros instrumentos da assistência de enfermagem tal como a conhecemos hoje.

Segundo PENDALL(1954), a comunicação da enfermeira afeta tanto seu relacionamento pessoal como profissional. Chama a atenção para o fato de que as enfermeiras devem estar atentas para isto, uma vez que elas trabalham com pessoas e não com objetos; afirma o autor que o sucesso de todos os esforços na profissão depende do relacionamento que se desenvolve entre enfermeira e paciente, pessoal da equipe e alunos. Se o relacionamento falhar, a enfermeira falha.

A importância da comunicação para a administração hospitalar é ressaltada por DOANE (1954). Esta afirma que a função mais reconhecida do administrador é estabelecer e manter abertos os canais de comunicação dentro da organização. Para esta autora, considerar as idéias dos outros, manter um clima de respeito mútuo, definir objetivos em termos claros e precisos, ter propriedade tanto nas comunicações orais quanto nas escritas, ajudam a manter comunicação efetiva entre administrador do hospital e pessoal do departamento de enfermagem, o que tem como consequência um melhor cuidado de enfermagem.

BECKER (1955) destaca a importância da competência interpessoal para a estudante de enfermagem e a necessidade de se introduzir o ensino desta nos currículos de enfermagem. Na experiência relatada pela autora, as alunas começam a adquirir esta competência no início do curso, quando interagem entre si e com as docentes em pequenos grupos de discussão; e, mais tarde, continuam no desenvolvimento do curso, quando discutem em sala de aula o relacionamento que ocorre entre enfermeira e paciente na demonstração e execução de cada técnica e em todas as situações de complexidade cres-

KREUTER (1957), BOJAR (1958) e JACKSON (1959) ressaltam a importância da comunicação para a excelência do cuidado de enfermagem para oferecer segurança ao paciente, compreensão do mesmo e auto-compreensão da enfermeira, com o objetivo de restabelecer no paciente a percepção de que ele é uma pessoa e de facilitar a sua recuperação.

Em toda a obra de ORLANDO (1961), observa-se a importância que a autora atribui à comunicação enfermeira-paciente. Ela exemplifica a necessidade de compreensão, pela enfermeira, da comunicação do paciente, por meio de descrições de sua situação de vida; afirma que este, devido à ansiedade e ao medo do que lhe possa acontecer, não consegue se expressar com lógica e clareza, e que a enfermeira precisa explorar a significação da experiência para o paciente, tentando descobrir qual o seu problema real e que só assim é possível identificar a ajuda que ele deseja e da qual necessita. Nas situações que a autora descreve, fica evidente a importância da comunicação adequada entre enfermeira e paciente para o alívio da sensação de dor e mal-estar e para ajudá-lo a enfrentar situações desagradáveis e desconhecidas. Para a autora, a assistência da enfermagem é fundamentada na interação enfermeira-paciente e ocorre em tempo e local específicos, devendo desenvolver-se até que as necessidades do paciente sejam clarificadas e resolvidas em conjunto.

Segundo DAVIS (1963), a importância em desenvolver o relacionamento terapêutico tem sido muito ressaltada por diversos autores; para ela, entretanto, se se estiver realmente interessado em ensinar esta habilidade aos alunos, é necessário fazer muito mais do que simplesmente apresentar-lhes alguns textos. Esta habilidade tem de ser baseada em princípios e conceitos derivados de um corpo de conhecimento específico e de pesquisa, que constituam uma estrutura de referência. A citação

fermeira-paciente, a teoria da comunicação de RUESCH (1952, 1953) e utiliza seus princípios, também na comunicação que mantém com os alunos para melhor aprendizado; coloca, como objetivo final do aprendizado, ajudar o aluno a desenvolver sua habilidade em comunicação e, portanto, a ser capaz de manter um relacionamento mais construtivo com seus pares, pacientes e familiares.

MEADOW & GASS (1963) ressaltam a importância da comunicação para a função da enfermeira como entrevistadora, pois esta se vê freqüentemente na situação de entrevistar candidatos a emprego, alunos, ou mesmo pacientes. Para as autoras, há melhora considerável no desempenho desta função quando a enfermeira analisa suas próprias interações, ou seja, torna-se consciente de suas falhas de comunicação.

WIEDENBACH (1963) diz ser a enfermagem a arte de ajudar o paciente e, para tal, a enfermeira tem de centrar sua atenção na necessidade real de ajudar o paciente; para atender a esta necessidade ela lança mão de todo seu potencial e de todas as suas habilidades, especialmente das referentes à comunicação com pacientes.

MEYERS (1964) relata que, ao ministrar um cuidado de enfermagem, usou três tipos diferentes de comunicação. No primeiro, a enfermeira ministrou o cuidado sem nada dizer ao paciente; no segundo, conversou sobre assuntos superficiais, não pertinentes ao cuidado; no terceiro, demonstrou interesse pelo paciente, explicou-lhe o que estava fazendo e o porquê; a autora concluiu que o último tipo de comunicação, que chamou de estruturado, foi o mais benéfico para o paciente, pois fê-lo sentir-se tratado como pessoa e provocou diminuição da ansiedade causada pelos problemas inerentes à hospitalização.

fermeira-paciente, a teoria da comunicação de RUESCH (1952, 1953) e utiliza seus princípios, também na comunicação que mantêm com os alunos para melhor aprendizado; coloca, como objetivo final do aprendizado, ajudar o aluno a desenvolver sua habilidade em comunicação e, portanto, a ser capaz de manter um relacionamento mais construtivo com seus pares, pacientes e familiares.

MEADOW & GASS (1963) ressaltam a importância da comunicação para a função da enfermeira como entrevistadora, pois esta se vê freqüentemente na situação de entrevistar candidatos a emprego, alunos, ou mesmo pacientes. Para as autoras, há melhora considerável no desempenho desta função quando a enfermeira analisa suas próprias interações, ou seja, torna-se consciente de suas falhas de comunicação.

WIEDENBACH (1963) diz ser a enfermagem a arte de ajudar o paciente e, para tal, a enfermeira tem de centrar sua atenção na necessidade real de ajudar o paciente; para atender a esta necessidade ela lança mão de todo seu potencial e de todas as suas habilidades, especialmente das referentes à comunicação com pacientes.

MEYERS (1964) relata que, ao ministrar um cuidado de enfermagem, usou três tipos diferentes de comunicação. No primeiro, a enfermeira ministrou o cuidado sem nada dizer ao paciente; no segundo, conversou sobre assuntos superficiais, não pertinentes ao cuidado; no terceiro, demonstrou interesse pelo paciente, explicou-lhe o que estava fazendo e o porquê; a autora concluiu que o último tipo de comunicação, que chamou de estruturado, foi o mais benéfico para o paciente, pois fê-lo sentir-se tratado como pessoa e provocou diminuição da ansiedade causada pelos problemas inerentes à hospitalização.

Segundo SKIPPER et alii (1964), a comunicação que ocor

é extremamente importante. Segundo estes autores, o profissional que interage com o paciente de forma clara e objetiva, atendendo a seus interesses e dando-lhe as informações necessárias, é a pessoa que lhe oferece segurança na situação interpessoal e que pode promover satisfação das suas necessidades básicas.

Facilitar a manutenção de efetiva comunicação, verbal e não verbal, e promover o relacionamento interpessoal são fatores colocados por ABDELLAH & LEVINE (1965) entre os problemas básicos a serem considerados na assistência de enfermagem.

De acordo com LEWIS (1965), CONANT (1965), DIERS & LEONARD (1966) e JOHNSON et alii (1967), a comunicação é, quando não o próprio cuidado, parte essencial do mesmo ou do tratamento de enfermagem. Comentam os autores as dificuldades em estudar a comunicação em enfermagem, uma vez que não é fácil a extrapolação de métodos de outras áreas devido à especificidade de cada uma.

LEWIS (1965) é enfática quando recomenda a necessidade de se avaliar se a própria comunicação é efetiva para as outras pessoas e salienta a importância da sua correção.

MOSS & MEYERS (1966), em seu estudo sobre redução ou alívio da dor do paciente, sem uso de drogas, ressaltam a importância da interação enfermeira-paciente afirmando ser este um dos caminhos para aliviar a dor.

ALTSCHUL (1970) comenta a necessidade de encorajar as enfermeiras a falarem com seus pacientes, uma vez que vários estudiosos ingleses e norte-americanos têm apontado a comunicação como uma contribuição importante para o cuidado de enfermagem. Acrescenta que a conversa com o paciente tem um propósito terapêutico, e que, portanto, a enfermeira tem de desenvolver habilidade no uso da comunicação terapêutica.

Segundo KING (1971) e ROGERS (1971), o homem e o seu meio constituem o centro de atenção da enfermagem; portanto, a interação que ocorre entre enfermeira e paciente tem de ser levada em consideração para a eficiência da assistência de enfermagem; é por meio desta interação que a enfermeira identifica os problemas do paciente em relação à experiência vivida no momento, e pode determinar os objetivos de sua assistência.

Para KING (1971), a enfermeira usa a comunicação interpessoal a fim de ajudar o cliente a mover-se em direção à saúde; ela precisa estar atenta à comunicação que ocorre entre ela e o paciente, porque cada experiência é única e não se repete, dependendo de fatores como tempo, local, situação e pessoas envolvidas.

No estudo de SANTOS (1972) ficaram evidentes os problemas de comunicação enfermeira-paciente quando da administração de medicamentos: a maioria dos pacientes manifestou o desejo de receber informação sobre a medicação; mais da metade da população não recebeu informação e dos que a receberam somente 2,5% a consideraram satisfatória; e os pacientes que deixaram de pedir informação o fizeram por receio e desconhecimento de seus direitos. Estes resultados mostram que a comunicação enfermeira-paciente foi inadequada. Segundo a autora, cabe à enfermeira dar o primeiro passo para a interação com o paciente e decidir, de acordo com a situação de cada um de que informação ele necessita e qual lhe pode ser dada.

PEITCHNINS (1972) afirma que, pela revisão da literatura existente, embora as enfermeiras tenham mostrado, no passado, baixos índices de competência interpessoal, há evidência de se terem as mesmas tornado conscientes de suas limitações e de se esforçarem por superá-las, desenvolvendo-se neste aspecto.

VENINGA (1973), especialista em comunicação, ao ser in

ternada em um hospital para se submeter a uma cirurgia, pôde vivenciar e avaliar o processo de interação enfermeira-paciente. Afirmou que não há dúvida quanto à importância de comunicação para a vida humana, podendo até significar, vida ou morte para as pessoas, e , que, em nenhum lugar, isto é tão real como quando estão internadas em um hospital.

De acordo com HEIN (1973), a habilidade em comunicação tornou-se a mola mestra para fazer de teorias, conceitos e princípios de enfermagem uma realidade na prática profissional.

JORGE (1974) ressalta a importância do uso da comunicação adequada nas passagens de plantão e afirma que, quando esta não ocorre, há dispersão da atenção do pessoal com prejuízo para o paciente.

WANDELT & AGER (1974) dão ênfase à comunicação enfermeira-paciente quando colocam, entre os itens importantes para um sistema de avaliação da qualidade de assistência, a ajuda ao paciente na expressão de seus sentimentos, problemas, expectativas e relações interpessoais gratificantes.

PIERINI et alii (1975) destacam a importância do relacionamento enfermeira-paciente, ou seja, o valor da comunicação entre ambos para a satisfação da necessidade básica de segurança do paciente.

KOIZUMI (1975 a , b) ao descrever os fundamentos da assistência de enfermagem deixa evidente a importância da comunicação na valorização da auto-imagem do paciente. Coloca, entre os princípios que fundamentam a assistência , o estabelecimento e manutenção de relacionamento onde haja da parte da enfermeira, acurada percepção do paciente e utilização de todas as formas de interação para atingir a verdadeira individualização de cada ser humano sob sua responsabi

lidade. O mérito da comunicação enfermeira-paciente é colocado em foco, novamente, pela mesma autora, quando comenta a comunicação da enfermeira com paciente afásico.

HORTA (1975, 1979) afirmou ser a comunicação um dos instrumentos básicos para que o profissional possa desempenhar, cientificamente, suas funções, ao desenvolver os passos do processo de enfermagem; sem a comunicação é impossível interagir terapêuticamente com o indivíduo e dar-lhe assistência; a dificuldade no uso deste instrumento afeta diretamente a qualidade e quantidade de cuidados que o indivíduo, família e comunidade devem receber. A comunicação é, portanto, para a autora, um elemento indispensável para a assistência de enfermagem.

De acordo com KRIZINOFKY (1976) a aplicação da teoria da comunicação no campo da enfermagem geral e no da psiquiatria, com evidência na área de saúde mental, tem sido, historicamente, um aspecto integrante do processo de enfermagem; as técnicas utilizadas na comunicação com pacientes são chamadas de terapêuticas, e têm sido preconizadas como base do relacionamento enfermeira-paciente. Afirma a autora que algumas pesquisas têm evidenciado o efeito da aplicação destas técnicas na diminuição da ansiedade, mas sobre a articulação da teoria da comunicação com o processo de enfermagem muito pouco se tem publicado.

COHEN (1976) comenta a importância da comunicação desde os primórdios da civilização até nossa época, ressaltando a preocupação das escolas em dar formação sobre o assunto; afirma que na enfermagem também há preocupação com a relevância da comunicação; considera a comunicação enfermeira-paciente como um processo dinâmico, uma experiência única que envolve indivíduos: única porque cada um, com suas peculiaridades, age e reage em dado momento, e o que

ocorre neste momento nunca é igual ao que ocorreu no passado nem o será em relação a acontecimento futuro. São as peculiaridades do indivíduo e a dimensão de tempo que fazem da comunicação uma experiência única — algo que não pode ser repetido; e afirma que decorrem daí as grandes dificuldades do estudo da comunicação e de se reconhecer como o próprio comportamento afeta o comportamento do outro.

O valor da interação enfermeira-paciente para minimizar a ansiedade das mães em face da hospitalização de seus filhos, é ressaltada por RAMOS & MORAES (1976).

A importância do processo de comunicação para a supervisão em enfermagem é ressaltada por RODRIGUES (1976).

REZENDE (1976) afirma que a comunicação em enfermagem é um meio para se atingir o indivíduo, a família e a comunidade e um instrumento que ajuda a promover melhor atuação profissional, assim como um dos caminhos para compreender os indivíduos e diminuir a intensidade de seus temores.

NAKAMAE (1976 a, b) inclui no tratamento de enfermagem, para atender à necessidade básica de eliminação, o oferecimento de apoio por meio da comunicação com o paciente (demonstrar aceitação e interesse e ajudá-lo a expressar seus sentimentos negativos, entre outros). Afirma, ainda, que a interação enfermeira-paciente é fundamental no preparo do paciente para alta hospitalar e declara que esta interação favorece o aprendizado e a modificação de seu comportamento.

SOUZA (1976), ao testar o efeito da interação enfermeira-paciente, como método para atender à necessidade de segurança de paciente submetido à cirurgia, conclui que a mesma foi relevante na redução do seu medo e da sua ansiedade. No seu trabalho encontram-se citações de técnicas de comunicação terapêutica.

Para WALKE (1977), a sofisticação dos tratamentos tem exigido um número cada vez maior de pessoal especializado para assegurar a efetividade do programa terapêutico do paciente; conseqüentemente, este não conhece as pessoas e não tem com quem falar sobre seus sentimentos. Em geral é a enfermeira que mais tempo passa junto ao paciente e quando este percebe que aquela é sensível aos seus sentimentos, está interessada na sua pessoa e na compreensão de seus problemas e sentimentos, ele sente-se livre para expressá-los.

Segundo EPSTEIN (1977), é preciso que a enfermeira esteja sempre atenta, não só para desenvolver sua habilidade em técnicas de comunicação, como, também, em desenvolver esta habilidade no paciente — ou na pessoa que recebe ajuda — para que possa interagir, tanto com a enfermeira, comunicando suas necessidades, como com as outras pessoas que o cercam.

BATTEN (1977) começa seu artigo interrogando-se se a comunicação face-a-face é uma ciência e, também, o que é tão importante nesta comunicação. Comenta que resultados de levantamentos, discussões e estudos com pessoal da própria equipe mostram que a efetividade máxima do administrador depende de sua habilidade de se relacionar face-a-face com outras pessoas, de suas ações e de intuições interpessoais.

GONÇALVES (1977) ressalta a importância da comunicação enfermeira-paciente no momento de sua admissão ao hospital, para sua adaptação à nova situação que experimenta.

FUERST et alii (1977) ressaltam a comunicação como elemento essencial no estabelecimento da relação enfermeira-paciente para que se possam atingir as metas de enfermagem.

COSPER (1977) comenta que se ouve falar, freqüentemen

te, sobre a necessidade de comunicação com os pacientes e indaga sobre a forma como isto está sendo feito; para ela a comunicação é tão intimamente relacionada com a manutenção do equilíbrio psicológico e o alívio da ansiedade. Isto é bem evidenciado quando o paciente se encontra com um tipo de cultura novo para ele, a cultura hospitalar, e não compreende o jargão local. Por isso a autora ressalta a necessidade de ser usada uma linguagem que os pacientes entendam.

Para FERRAZ (1978) algo deve ser feito para amenizar a situação de tensão que o paciente tem de enfrentar no centro cirúrgico. Da leitura do seu trabalho depreende-se que isto só pode ser alcançado por meio de comunicação efetiva entre enfermeira e paciente.

A importância da habilidade interpessoal para a enfermagem é ressaltada por YURA & WALSH (1978) que afirmam, em seu livro, ser esperado que os leitores se sintam motivados a rever seus pensamentos e a participar mais plenamente no processo de enfermagem, que exige habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas.

DAUBENMIRE et alii (1978) afirmam que, no planejamento do cuidado de enfermagem, a comunicação efetiva, que é importante para todos, assume conotação mais ampla. A ansiedade experimentada pelo paciente o torna mais vulnerável às mensagens verbais e não verbais do terapeuta. Declaram, no entanto, haver poucas pesquisas sobre a comunicação como um processo e seus efeitos sobre o paciente e a enfermeira, na execução do cuidado de enfermagem. Estas afirmações corroboram as de SIMMONS (1969) e PLUCKHAN (1970).

Consoante YEARWOOD-GRAZETTE (1978), a comunicação é uma habilidade aprendida e praticada, na qual todos se desenvolvem à medida que amadurecem. O autor aceita a enfermagem como um proces

so interativo e compreende que a comunicação é uma habilidade necessária para a aplicação dos princípios de enfermagem. A enfermeira deve, portanto, estar consciente da própria comunicação e de sua significação.

Para VIEIRA (1978) não se pode pensar em efetividade do processo de enfermagem sem comunicação adequada, uma vez que é constante a comunicação do paciente, com pelo menos uma das pessoas que atuam na unidade; ressalta, ainda, a importância da enfermeira estar preparada em técnicas de observação e de entrevista para interagir adequadamente com o paciente e identificar seus problemas e necessidades. Destaca a importância da comunicação no processo ensino-aprendizagem.

Comunicação e aprendizagem para HENDERSON & NITE (1978) são aspectos básicos de nossa existência. O uso habilidoso da comunicação pela enfermeira é indispensável para o reconhecimento dos aspectos emocionais da doença e cuidado de pacientes tanto quanto para promover o relacionamento de ajuda com os mesmos; este relacionamento, por seu turno, afeta todos os resultados dos procedimentos médicos e cirúrgicos e, finalmente, contribui para o bem-estar do paciente. Segundo estas autoras, a enfermeira, para atingir seus objetivos, usa comunicação de alguma espécie com o paciente, seus familiares e os membros da equipe. Comentam que, embora haja a idéia de que a comunicação possa e deva passar a ser usada de modo terapêutico por todos que atuam na área de saúde, os psicoterapeutas e as enfermeiras psiquiátricas já a usam, como tratamento, há algum tempo, com pacientes que sofrem de distúrbios emocionais. Há, entretanto, crescente reconhecimento de que toda a pessoa com doença física tem problemas emocionais, que são mais efetivamente tratados quando há relacionamento construtivo entre enfermeira e paciente, um tipo de relacionamento onde haja mútua compreensão. As autoras ressaltam

ainda, a importância da auto-compreensão para a compreensão do outro, se a enfermeira estiver realmente disposta a tornar terapêutica sua comunicação. A enfermeira tem valores, crenças, sentimentos e opiniões que afetam seu modo de se comunicar com o paciente; ela tem de estar consciente de como é nestes aspectos e avaliar como eles influem na sua comunicação com o outro.

GARCIA (1978) ressalta a importância do processo de comunicação como instrumento fundamental para que a enfermeira obstétrica atinja seus objetivos ao cuidar do binômio mãe-filho.

GRIVER (1979) dá ênfase à habilidade em comunicação para a efetividade da atuação da enfermeira em sala de operações; ressalta a comunicação como elemento básico para o desenvolvimento da capacidade de liderança da enfermeira administradora de centro cirúrgico, que deve ser capaz de comunicar e de persuadir o pessoal, sob sua responsabilidade, do valor dos novos planos e das mudanças dentro da organização.

Na leitura de KAMIYAMA (1979) fica evidente a importância da comunicação enfermeira-paciente, no atendimento das necessidades básicas do paciente, quando afirma ser necessário que a enfermeira saiba utilizar inteligentemente a comunicação para assegurar a adequada assistência de enfermagem.

AMORIM (1979), em seu trabalho sobre a necessidade de humanizar a enfermagem, deixa evidente a importância da comunicação no relacionamento enfermeira-paciente.

CLARK (1981) diz que as enfermeiras dispõem pouco tempo conversando com pacientes e, raras vezes, os aspectos psicossociais e emocionais são incluídos nestas conversações; observou, ainda, a presença de comportamentos verbais de dois tipos: um que encoraja a expressão verbal do paciente e outro que bloqueia a comu

nicação do mesmo. Chegou à conclusão de que a habilidade em comunicação é essencial tanto para a prática quanto para a educação em enfermagem e, portanto, esta deve ser ensinada.

De acordo WEBSTER (1981), o ensino da comunicação tem sido negligenciado apesar de ser um aspecto crucial do cuidado de enfermagem ao paciente que está morrendo.

WLODY (1981) afirma ser a comunicação efetiva necessária para o funcionamento de qualquer organização. Declara que o primeiro requisito para coordenar os esforços do pessoal que assiste o paciente é dispor de canais adequados de comunicação e coloca o sucesso da organização na dependência de comunicação adequada. As barreiras a esta devem ser reconhecidas e corrigidas, prontamente, para serem atingidos os objetivos do cuidado do paciente e da instituição, e a satisfação profissional.

EDWARDS & BRILHART (1981) dão ênfase à comunicação e a colocam como a força motriz de todo cuidado da saúde; declaram que a capacidade da pessoa se comunicar adequadamente com o cliente, em muitas situações, pode ter o significado de vida ou morte.

STEFANELLI (1981) apresenta uma revisão de literatura sobre a importância da comunicação enfermeira-paciente, qualquer que seja sua área de atuação; dá ênfase à comunicação terapêutica e ressalta a necessidade de pesquisas sobre o assunto e de mais atenção a este aspecto nos currículos das escolas de enfermagem.

BOWER (1982) afirma que a enfermeira, para avaliar as necessidades do paciente, tem de usar não somente a observação, como também sua habilidade em se comunicar com o mesmo, de tal modo que o paciente a compreenda, ela compreenda o que o paciente diz e que os demais membros da equipe de saúde compreendam o que ambos dizem.

Ao discorrer sobre a natureza e definição da enfermagem BEVIS (1982) afirma que as atividades de enfermagem são desempenhadas com base em três sistemas do paciente: o intrapessoal, o interpessoal e o comunitário. Declara, ainda, que, para ajudar o paciente a adaptar-se a estes sistemas, a enfermeira usa vários instrumentos e entre eles a comunicação.

SILVA & CEZARETTI (1982), ao abordarem o atendimento centrado nas necessidades básicas do paciente, ressaltam a importância de se ouvir o mesmo e seus familiares; de se dar oportunidade para que ele expresse seus sentimentos e receios; e, de comunicar-se com ele de modo simples, claro e seguro para esclarecer as suas dúvidas. Estas autoras consideram que a comunicação é o elemento central de todo o relacionamento humano e que toda mensagem deve ser acessível ao receptor. Daí a importância do uso de conceitos e palavras adequadas ao nível de compreensão de cada um.

SALZANO (1983) dá ênfase à importância da comunicação entre o pessoal de enfermagem de centro cirúrgico e o de unidade de internação, para a efetivação da continuidade do cuidado, o que permite a individualização da assistência de enfermagem ao paciente e, portanto, melhor atendimento.

No trabalho de STEFANELLI (1983a) a comunicação é colocada como fundamental para a vida humana e, conseqüentemente, de suma importância para a enfermagem, uma vez que toda situação de enfermagem envolve seres humanos e é, portanto, uma situação interpessoal. A citada autora chama a atenção para o dever que tem toda enfermeira de tornar terapêutica sua comunicação com o paciente e de desenvolver estudos nesta área para tornar a comunicação um real instrumento básico de enfermagem.

SCHORR (1983) afirma que a situação atual das enfer-

meiras, pouco valorizada, é atribuída ao fracasso na comunicação das mesmas. Comenta que as enfermeiras realizam um trabalho magnífico, valioso e, ainda assim, são pouco valorizadas e mal pagas. Isto se deve à falha na comunicação da enfermeira com o público, médicos, autoridades governamentais e com os demais membros da equipe de saúde. Valorizando a profissão, automaticamente, ter-se-á melhor assistência de enfermagem.

Ao apresentarem a assistência de enfermagem à mulher no ciclo grávido-puerperal, considerando o aspecto psicossocial do mesmo, BRÍTEZ FARIÑA et alii (1984) colocam a comunicação terapêutica como o instrumento que torna possível o atendimento integral à cliente.

Podemos concluir, pela revisão de literatura internacional e nacional, que a comunicação não só é um dos instrumentos básicos da assistência de enfermagem em geral, como também a base para que se alcance a excelência na enfermagem, tanto em seus aspectos técnicos e expressivos quanto em seu desenvolvimento como profissão.

Embora na literatura nacional sejam escassos os trabalhos sobre comunicação enfermeira-paciente, percebemos que já há preocupação com o assunto e mesmo esforços de algumas enfermeiras em usá-la de modo terapêutico.

Comunicação em enfermagem psiquiátrica

A assistência ao doente mental tem sofrido transfor

mação evolutiva, desde seus primórdios até a época atual.

STEFANELLI (1983a), na revisão sobre relacionamento terapêutico enfermeira-paciente, mostra que a enfermeira, devido à evolução técnico-científica e à humanização da assistência psiquiátrica, teve de repensar suas funções tradicionais, puramente técnicas ou mecânicas, que já não eram tão necessárias e mesmo tornaram-se insuficientes em face desses avanços.

A primeira enfermeira que redefiniu as funções da enfermeira psiquiátrica foi a americana PEPLAU (1952, 1959 e 1962). Para esta autora, no desempenho destas funções a enfermeira estabelece com o paciente uma relação terapêutica muito importante, que tem como instrumento básico a comunicação terapêutica.

Para PEPLAU (1952, 1960, 1962, 1968 a,b, 1970) o básico na assistência ao doente mental é o alívio da ansiedade que ele experimenta. O alívio da ansiedade, pelo menos a graus toleráveis, torna-o capaz de perceber suas reais necessidades, de analisar os elementos que lhe são oferecidos pela enfermeira, em situação interpessoal, e de perceber modos mais saudáveis para satisfazer suas necessidades, ou seja, para enfrentar a realidade de modo mais objetivo. É enfática ao afirmar que falar com pacientes torna-se produtivo quando a enfermeira adquire consciência de seus padrões verbais e assume a responsabilidade destes ao conversar com os pacientes. Os princípios desta autora serão abordados com mais profundidade no referencial teórico do presente estudo.

Segundo TUDOR (1952), a atenção da enfermeira que atua na área psiquiátrica deve estar centrada no fato de tornar terapêuticas suas habilidades interpessoais, uma vez que considera a doença mental como um distúrbio no processo de comunicação. Ao agir

assim, a enfermeira facilita a socialização do paciente, evita seu isolamento e provê meios para que suas necessidades básicas sejam satisfeitas. É por meio da comunicação que a enfermeira consegue identificar as necessidades não satisfeitas do paciente e os problemas daí decorrentes; desde que consiga ajudá-lo a expressar esses problemas, ela se torna apta para obter resultados positivos com a assistência que lhe presta. A autora relata como desenvolveu o processo interpessoal com pacientes doentes mentais considerados crônicos, valendo-se de vários meios terapêuticos de comunicação interpessoal.

A importância da comunicação que ocorre entre enfermeira e paciente preocupava também os psiquiatras na mesma época em que Peplau e Tudor lançavam as bases do relacionamento enfermeira-paciente.

CAUDILL et alii (1952), em estudo realizado, em 1951, sobre estrutura social e processo de interação em unidade psiquiátrica, criticam a enfermeira que aborda o paciente com perguntas estereotipadas e que faz sugestões vagas, sem a preocupação de validação.

Na década de 50, após os trabalhos pioneiros de PEPLAU (1952) e TUDOR (1952), seguiram-se vários outros estudos do assunto e, até hoje percebe-se, pela literatura de enfermagem, a preocupação das enfermeiras em tornar produtiva e terapêutica a comunicação que ocorre entre elas e os pacientes que assistem.

Enfermeiras, atuando na área de enfermagem psiquiátrica, como KANDLER et alii (1952), BEHYMER (1953, 1957), BERNSTEIN et alii (1954), MORIMOTO (1955), GILBERTSON (1957), entre outros, demonstram preocupação com a comunicação no relacionamento enfermeira-paciente, com o ensino desta, seus efeitos sobre o paciente e a enfermeira e reforçam a necessidade de métodos para avaliá-la.

BEHYMER (1953), em seu estudo, percebeu que seis estudantes de enfermagem, observadas sistematicamente, gastavam menos de um terço de seu tempo interagindo com os pacientes e que o restante era gasto com o pessoal da unidade. Segundo BEHYMER (1957), pouca atenção tem sido dada ao aprendizado da habilidade em comunicação interpessoal. Para comunicar-se com o paciente, a enfermeira necessita tornar-se consciente do que ela comunica e como esta comunicação o afeta; ela deve comunicar ao outro que ele existe como pessoa e que sua participação é esperada.

Para GREGG (1954 e 1963), a enfermeira tem de possuir habilidade interpessoal para ajudar o paciente quando este é assistido na unidade de internação. Como participante do processo de interação com o paciente, ela tem de estudar não só a comunicação dele como também a sua própria e aprender a usá-la em sua experiência interpessoal, tornando-a terapêutica.

HOLMES (1960) chama a atenção para a comunicação que ocorre entre o professor e o aluno: o professor, muitas vezes, é surpreendido usando cha vões que podem ser interpretados erroneamente pelos alunos, e que poderão afetar a comunicação destes com seus pacientes; os alunos temerosos de não serem suficientemente terapêuticos, ou de se envolverem com os pacientes, não conseguem se comunicar de modo efetivo.

ROBINSON (1960) e ARTEBERRY (1965) comentam os problemas, as di ficuldades e a satisfação que encontraram no relacionamento com pacientes esqui zofrênicos. As autoras afirmam ser a comunicação o principal problema da esqui zofrenia e que a enfermeira deve se esforçar por resolvê-los porque esta barrei ra pode ser vencida, apesar de ser um desafio.

MATHENEY & TOPALIS (1962), MERENESS & KARNOSH (1964), STRONG (1970), entre outros, declaram que o sucesso do cuidado prestado aos doentes mentais depende da habilidade da enfermeira em comunicação interpessoal; para tanto, ela precisa adquirir conhecimentos sobre princípios de comunicação efeti va.

Dos elementos da equipe que assistem o paciente em unidade psiquiátrica, a enfermeira, segundo MELLOW (1966) e TRAIL (1966), encontra-se em situação privilegiada, pois, pode manter-se em interação com o paciente por tempo mais prolongado. É responsabilidade dela, portanto, desenvolver com o paciente experiência interpessoal saudável, para que este adquira padrões de comportamento mais aceitos socialmente. Assim, ela o estará ajudando a recuperar sua saúde mental.

Para JOHNSON & MILLER (1967), se a enfermeira responder automaticamente à comunicação do paciente, ela reforçará a visão negativa que ele tem de si mesmo e de seus velhos padrões de relacionamento com os outros; neste caso, o paciente nada aprende de construtivo na sua relação com a enfermeira. Nesta interação ele deveria aprender alguma coisa nova sobre si mesmo ou sobre como as pessoas o consideram. A enfermeira precisa, portanto, manter-se atenta a seus modos de comunicação para que esta tenha efeito benéfico sobre o paciente.

TOPF (1969), enfermeira preocupada com o ensino de comunicação terapêutica, ressalta a importância desta para a assistência de enfermagem. Afirma que a tendência no aprendizado da comunicação enfermeira-paciente é a aquisição, por parte da enfermeira, de habilidade em tornar-se terapêutica na interação com o paciente e ir abandonando, gradativamente, os modos não terapêuticos.

A importância dada à comunicação por TRAVELBEE (1969) fica evidente quando ela afirma que esta foi um dos primeiros métodos usados pela enfermeira para atingir sua meta — ajudar o paciente a compreender seus problemas e enfrentá-los. Declara que a comunicação é o meio para a pessoa aprender a se conhecer, embora reconheça que seja árdua a tarefa de se receber uma mensagem, analisá-la criticamente, aprender com ela e agradecer por existir um ser humano que se preocupa o suficiente para compartilhar as suas próprias verdades.

Afirma que é por meio da interação ocorrida entre enfermeira e paciente que este pode mudar seus padrões de comportamento, quando a comunicação é usada adequadamente com fins construtivos.

HAYS & LARSON (1970), em seu livro, procuraram sistematizar o ensino de comunicação enfermeira-paciente e apresentam uma série de técnicas de comunicação terapêutica e de modos não terapêuticos de comunicação. Analisando-o no seu todo, podemos dizer que este contém os procedimentos básicos da assistência ao doente mental, isto é, como relacionar-se com ele. As autoras não apresentam as técnicas de comunicação terapêutica como resposta às dúvidas da enfermeira ao interagir com o paciente, mas como princípios orientadores da interação. O livro parece um esforço das autoras em colaborar para sanar uma falha dos currículos de enfermagem, ou, como elas próprias dizem, o escasso preparo para a importante função de falar com pacientes. Quando a interação verbal é de natureza terapêutica, construtiva, ela se torna o instrumento fundamental para satisfação das necessidades emocionais do paciente; a pessoa nunca está apenas fisicamente doente, ela sente ansiedade, medo, tristeza e raiva em face a doença e do tratamento, e assim, cada enfermeira, independentemente do local em que trabalha, tem a responsabilidade de tornar o cuidado integral uma realidade. O papel da enfermeira, para estas autoras, é proporcionar ao paciente a oportunidade de identificar e explorar seus problemas no relacionamento com outras pessoas; tentar descobrir modos saudáveis de satisfazer suas necessidades emocionais experimentar um relacionamento interpessoal sadio. Para tanto, a enfermeira tem de tornar o seu papel explícito para o paciente, pois este está acostumado a receber cuidados apenas para atender seus problemas da área física. Comentam, ainda, que poucas enfermeiras têm recebido preparo adequado para desempenhar este papel.

a proposição de um modelo de entrevista psiquiátrica, mas de princípios que possam ser úteis para tornar terapêutica a comunicação que enfermeira tem com o paciente no seu dia a dia. Não consideram estudadas as técnicas, nem como um fim em si mesmas; afirmam que elas têm um papel restrito, mas ajudam a limitar o uso de padrões não terapêuticos de comunicação e tornam a enfermeira mais consciente de sua atuação quando interage com o paciente.

Consoante GERBER & SNYDER (1970), a compreensão da linguagem do paciente é o primeiro passo que o terapeuta dá para respeitá-lo como ser humano peculiar; se isto não for considerado, dificilmente penetraremos no seu mundo.

Segundo JOHNSTON (1971), a enfermeira eficiente deve explorar seus próprios sentimentos e comportamento; só após compreendê-los é que se torna capaz de compreender a motivação do paciente ponto de vista dele e que isto só pode ser feito quando a enfermeira adquire habilidade em comunicação.

Segundo FIELD (1972), a enfermeira tem a responsabilidade de ajudar e orientar os pais a analisarem os padrões de comunicação que usam no relacionamento com seus filhos, pois o desenvolvimento da doença mental poder ser influenciado pelo tipo de comunicação estabelecido na infância.

MINZONI et alii (1977) consideram a enfermagem em saúde mental e psiquiátrica como um processo interpessoal para ajudar o indivíduo a promover saúde mental, prevenir doença mental e auxiliar tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam a doença. Esta afirmação coincide com as afirmações de TRAVELBEE (1969) e de MANFREDA (1973).

AGUILERA (1977) e SMITH (1979) abordam a importância da enfermeira ajudar o paciente a se sentir valorizado como pessoa e

lhe oferecer oportunidades para se comunicar com outras pessoas queiram ajudá-lo a fim de que ele possa desenvolver um tipo de acionamento funcional dentro da sociedade. Afirmam que a habilidade em comunicar-se terapêuticamente pode ser aprendida.

Segundo TOPALIS & AGUILERA (1978), no relacionamento com o paciente, cada enfermeira tem uma contribuição peculiar a oferecer, como pessoa que é, diferente de qualquer outra. Esta é uma das razões por que, em enfermagem psiquiátrica, não há padrões de respostas às perguntas do paciente; há princípios, direções a serem seguidos. A mesma palavra, dita por diferentes enfermeiras, pode ter significados diferentes para o mesmo paciente. Ela deve saber quando falar e quando permanecer em silêncio.

FRANZOSINI et alii (1979), STEFANELLI (1981) e STEFANELLI et alii (1981, 1982) deixam evidente, em seus trabalhos, a importância da comunicação enfermeira-paciente para o desenvolvimento da assistência ao paciente por meio do relacionamento terapêutico. Várias técnicas terapêuticas de comunicação podem ser percebidas nos relatos de experiência e exemplos dados, pelas autoras, embora não tenham sido destacadas como tal.

Segundo KALKMAN (1980), facilitar a comunicação é a primeira tarefa da enfermeira no relacionamento terapêutico. Considera a autora ser a dificuldade na comunicação um distúrbio comum aos pacientes com manifestações de doença mental e que o terapeuta deve ter habilidade para ajudar o paciente a se expressar livremente.

FRANZOSINI & BURGESS (1981) valorizam a habilidade na comunicação verbal entre enfermeira e paciente e afirmam ser este o aspecto fundamental da assistência; segundo estas autoras, é por meio destas expressões verbais que os problemas são identificados, o relacionamento é desenvolvido, os objetivos são definidos e a intervenção

de enfermagem é efetuada.

Para KARSHMER (1982), tratar de doentes mentais e trabalhar com eles não é tarefa fácil para as enfermeiras, mesmo para as mais especializadas. Segundo a autora, embora os currículos de enfermagem incluam o ensino de relacionamento terapêutico, as alunas, em geral, têm medo de interagir com paciente com distúrbios psiquiátricos, talvez devido à idéia preconcebida de que a menor falha ser-lhe-á prejudicial. Ressalta, além disso, que a literatura em geral apresenta apenas receitas de abordagem tão imprecisas que a aluna aprende, apenas, a usar frases estereotipadas para tentar reconfortar o paciente, sem, obviamente, consegui-lo. Em geral, as técnicas são apresentadas sem a avaliação de sua significação, de sua propriedade ou do objetivo de seu emprego. A citada autora, apresenta, em seu artigo, oito regras reconhecidas como eficientes, surgidas do trabalho com estudantes do curso de graduação em enfermagem; chama a atenção para o fato de que estas regras não devem ser tomadas como evangelho, mas como sugestões para guiar a comunicação da enfermeira com o paciente e possibilitar tratamento mais humano para o mesmo. As sugestões apresentadas pela autora são: 1) existe uma hierarquia de questões e respostas, que deve ser lembrada — a descrição da experiência, os pensamentos e sentimentos sobre a mesma; 2) leve-se sempre a explorar a significação que a experiência tem para o paciente; 3) nunca pressupor coisa alguma; 4) tornar explícito o implícito; 5) evitar perguntas que levem a respostas monossilábicas; 6) quando o paciente falar sobre pessoas e coisas, centrar a atenção no seu relacionamento com as pessoas; 7) sempre estar atenta às particularidades de tempo, lugar e situação; 8) falar somente por si própria, a aluna sabe o que pensa e sente mas, o que o paciente pensa e sente, ela só pode inferir pelo comportamento dele.

Afirma KARSHMER (1982), ainda, que a aluna deve ser

orajada a analisar criticamente as razões e bases conceituais de cada encontro que tem com o paciente; esta medida estimula a auto-exploração levando-a a pensar ativamente sobre o que diz, pensa e sente, onde quer chegar, e que objetivo o paciente e ela têm para cada interação.

HABER (1982) define comunicação como um processo interativo, por meio do qual a pessoa desenvolve sua personalidade e sua habilidade no relacionamento com outras pessoas. Para a autora, enfermeira e cliente estão continuamente em comunicação interpessoal. O objetivo da enfermeira é adquirir habilidade em comunicação, o que facilita o início, o desenvolvimento e a manutenção do relacionamento com clientes e colegas. Para o cliente, facilita a auto-exploração, auto-compreensão e mudança de comportamento. Esta habilidade da tanto a enfermeira quanto o paciente a desenvolverem relações interpessoais positivas.

A preocupação quanto à utilização da interação interpessoal na enfermagem psiquiátrica, pode ser percebida em algumas dissertações de mestrado sobre o assunto (GATTÁS, 1981; LEMOS, 1982 e GOULART, 1982).

IVESON-IVESON (1983) faz considerações sobre como a enfermeira interage com seus clientes e colegas e sobre a habilidade necessária para tornar a interação efetiva; ressalta a importância da enfermeira conhecer os princípios de comunicação a fim de criar um tipo de relacionamento com o paciente que o ajude na sua recuperação. Comunicação é interação entre indivíduos e não apenas manutenção de conversa.

STEFANELLI (1983a), ao explicar o porquê da introdução do relacionamento terapêutico no ensino e prática da enfermagem psiquiátrica, ressalta a importância da comunicação na assistência de enfermagem, considerando que os pacientes desta área em geral viram-se, por algum motivo, impedidos de interagir ou comunicar-se satisfatoriamente com pessoas de seu meio.

Da revisão feita sobre comunicação em enfermagem psiquiátrica, fica evidente a importância que esta adquire quando se analisa a doença mental sob o prisma de distúrbio na comunicação. Os autores são enfáticos ao destacarem a ne-

cessidade da enfermeira aproveitar todos seus momentos de comunicação com o paciente para torná-los terapêuticos. É imperioso, portanto, que ela adquira habilidade do uso da comunicação efetiva no relacionamento com o paciente, que faça pesquisa sobre o assunto e que divulgue seus resultados.

Comunicação terapêutica

O conceito básico de comunicação terapêutica adotado neste estudo é o de RUESCH (1964), cuja teoria será apresentada no referencial teórico. Para ele, comunicação terapêutica é a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, a ajustarem-se ao que não pode ser mudado e a enfrentarem os bloqueios à auto-realização.

Algumas enfermeiras tem conceituado comunicação terapêutica e identificado, ou mesmo adaptado de outras áreas do conhecimento, técnicas para tornar a comunicação enfermeira-paciente a mais terapêutica possível.

No presente estudo, os termos comunicação terapêutica, positiva e efetiva serão usados como sinônimos, bem como os termos técnicas, orientações e guias de comunicação terapêutica.

PEPLAU (1952, 1968a, b) preconiza algumas técnicas e passos para tornar terapêutica a interação enfermeira-paciente a saber: estimular a descrição de sua experiência; manter-se em silêncio; manter o foco num só assunto ; procurar clarificação das idéias expressas pelo paciente; expressar-se em termos concretos; evitar perguntas que não levem a resposta alguma; evitar perguntas que vem a um beco sem saída; devolver a pergunta feita; pedir ao paciente que esclarea o agente da ação, quando usa pronomes indefinidos; não começar frases com "por que?" e "como?"; validar a compreensão da mensagem do paciente; tentar compreender os sentimentos não expressos verbalmente e verbalizar interesse. São técnicas, entre outras, algumas das técnicas de comunicação terapêutica citadas pela autora, que as coloca como o ponto crucial da enfermagem psiquiátrica.

Para tornar terapêutica a comunicação enfermeira-paciente , FAGIN (1967) apresenta guias de como usar o silêncio, a reflexão e a verbalização dos sentimentos subjacentes do paciente. Para esta autora, a compreensão da comunicação do paciente pela enfermeira, em suas interações, permitem a esta estruturar sua intervenção, tornar o paciente menos ansioso e a experiência interpessoal mais proveitosa.

Tornar terapêutico o uso da comunicação, segundo GOLDIN & RUSSEL (1969), capacita a enfermeira para conhecer melhor seu paciente como pessoa e a ajuda a discernir as reais necessidades do mesmo. É pelo uso terapêutico da comunicação que ela encoraja o paciente a elaborar suas conclusões e tomar suas decisões. Entre as técnicas ou guias de comunicação terapêutica os autores apresentam a abertura na comunicação, o estímulo para dar continuidade ao assunto, a reflexão, a exploração de sentimentos, o uso do silêncio, o uso de frases incompletas e a sumarização das idéias expressas. Para os autores é importante que a comunicação não-verbal reflita o que está sendo dito.

Os guias para tornar terapêutica a comunicação, segundo TRAVELBEE (1969), não devem ser usados indistintamente; têm de ser individualizados para cada paciente como ser humano único ; entre as técnicas cita estimular o paciente a verbalizar e clarificar seus sentimentos e pensamentos; ajudá-lo a perceber as relações entre causa e efeito e a identificar sua participação na experiência.

HAYS & LARSON (1970) são as autoras que nos apresentam de modo mais completo as técnicas de comunicação terapêutica mais úteis para a enfermeira na sua comunicação com pacientes. Citemos: usar o silêncio, demonstrar aceitação, demonstrar percepção , oferecer-se como elemento de ajuda, manter ambiente que ofereça segurança, estimular o paciente a continuar o assunto, colocar o evento em seqüência no tempo e no espaço, fazer observações, encorajar descrição de percepções, encorajar comparação. reformular idéias refle

r, colocar em foco o tema abordado, explorar o assunto, dar informações, clarificar idéias, mostrar a realidade, expressar dúvidas, lidar comunicação, verbalizar o implícito, encorajar avaliação, tentar verbalizar os sentimentos do paciente, sugerir colaboração, facilitar e encorajar a formulação de um plano de ação. As autoras apresentam cada técnica separadamente, exemplificando-as.

HOFLING et alii (1970) afirmam haver certas técnicas que podem ser usadas para melhorar a comunicação enfermeira-paciente: obter comentários, perguntas e pedidos do paciente; fazer pergunta relativa a dados já comunicados; abster-se de comentários, conselhos ou sugestões até ser decidido o que mais poderá ajudar o paciente; apresentar problema relacionado ao do paciente para que o mesmo possa refletir sobre o seu e encontrar uma solução que atenda suas necessidades; usar sentenças incompletas para que o paciente as completá-las; refletir sobre os problemas expressos pelo paciente e saber ouvir.

Para MANFREDA (1973), HEIN (1973) e COHEN (1976), algumas técnicas que podem ajudar o desenvolvimento da habilidade de comunicação terapêutica; entre estas citam: ouvir, refletir pensamentos expressos pelo paciente, usar o silêncio, fazer comentários apropriados, usar frases em aberto e perguntas diretas. A enfermeira que conhecer os princípios que regem sua ação e ser capaz de avaliar como se sente no uso de técnicas de comunicação terapêutica assim como seus resultados.

CARTER (1976) conceitua interação terapêutica como aquela que é benéfica ou útil ao paciente e seus familiares para manter seu estado de saúde e mover-se em direção à saúde mental — promoção de crescimento interpessoal e mudança de comportamento.

Segundo O'BRIEN (1978), há algumas características

e receptividade. Flexibilidade significa capacidade da enfermeira para se adaptar às condições esperadas e não esperadas e para mudar os objetivos planejados de acordo com a situação. Estar alerta corresponde à capacidade de observar, perceber mudanças, compreendê-las e reagir pronta e adequadamente. Receptividade é a capacidade de receber e perceber na mensagem a resposta e presença do outro. Além de algumas das técnicas já citadas a autora acrescenta o saber dizer "não".

JOEL & COLLINS (1978) definem a comunicação terapêutica como aquela que tem qualidade curativa ou benéfica: é curativa no sentido de que ajuda a recuperar a parte da personalidade que está afetada — percepção, pensamento, sentimento ou ação; é benéfica quando promove os objetivos do relacionamento terapêutico; ajuda a pessoa a melhorar o relacionamento com os outros, a manipular efetivamente os eventos da vida ou ajustar-se à realidade presente, quando não é possível nenhuma mudança.

Técnicas de comunicação terapêutica

Talvez a expressão técnicas de comunicação terapêutica em si, sugira algo a ser usado de modo repetitivo. Se isto ocorrer não mais poderemos falar em técnicas de comunicação terapêutica. Estas são guias, sugestões e orientações a serem seguidas em situação interpessoal com o paciente, de modo individualizado, com linguagem adequada ao nível de compreensão de cada um, de maneira a ter a mesma significação para todos os participantes.

Para PEPLAU (1952) e SULLIVAN (1953 a, b), CARKHUFF (1976), BENJAMIN (1978) e KARSHMER (1982) as técnicas são instrumentos que ajudam e possibilitam o relacionamento terapêutico. Usadas

lequadamente, levam a pessoa que recebe ajuda a descrever suas experiências, a pensar sobre elas e a verbalizar seus sentimentos em relação às mesmas, o que auxilia o paciente na compreensão de sua experiência, abrindo, assim uma brecha em suas defesas para receber a ajuda de que necessita e crescer como pessoa, para enfrentar seus problemas de modo mais saudável, com um mínimo de ansiedade.

As técnicas não existem para serem memorizadas mecanicamente; são linhas gerais de ação. Ao usá-las a enfermeira tem de considerar que, em cada ação de enfermagem, são necessários conhecimento e criatividade, a fim de que cada uma delas seja particularizada para cada situação específica. O uso freqüente das técnicas de comunicação terapêutica acaba por determinar a incorporação das mesmas à conduta das pessoas que as usam.

Para RUESCH (1964) o uso das técnicas acaba por constituir um estilo de vida, ou seja, quem as usa freqüentemente passa a fazê-lo de modo natural, tanto na vida profissional quanto na pessoal — passa a fazer uso terapêutico de si mesmo, como afirmam PEPLAU (1952), MERENESS & KARNOSH (1964), CARKHUFF (1976), TOPALIS & AGUILERA (1978), entre outros.

Segundo HAYS & LARSON (1970), estas técnicas não existem para serem supervalorizadas isoladamente; elas fazem parte do processo do relacionamento enfermeira-paciente; o seu uso ajuda a enfermeira a minimizar o uso dos modos não terapêuticos de comunicação e a tornar mais consciente do que está fazendo, quando interage com o paciente. O importante é a enfermeira ter sempre em mente que ela, quando usa as técnicas de comunicação terapêutica, ao mesmo tempo em que ajuda o paciente a expressar, clarificar e compreender sua experiência, está servindo de modelo para o paciente; com ela, ele aprende a usar padrões mais aceitos de comunicação interpessoal.

Na prática diária, observamos que algumas técnicas ajudam mais na descrição da experiência, na expressão dos pensamentos e sentimentos; outras facilitam a clarificação do conteúdo que é expresso; e há ainda um terceiro grupo que ajuda na validação da compreensão da mensagem. Assim, apresentamos, a seguir, as técnicas de comunicação terapêutica.

1. Técnicas que ajudam a descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos

Permanecer em silêncio

É o uso do silêncio para intervir terapêuticamente e quebrar o silêncio do paciente, ou seja, estimulá-lo a expressar-se verbalmente. Segundo SUNDEEN et alii (1981), o efeito terapêutico desta técnica depende do modo como o paciente a percebe. Afirmam os autores que partilhar do silêncio do paciente é uma tarefa árdua mas essencial para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.

O valor terapêutico desta técnica é indiscutível. É o que RUESCH (1964) chama de disposição expectante, que requer muita paciência do terapeuta, mas transmite ao paciente que aquele está atento e pronto para ouvi-lo, além de demonstrar respeito pela sua intimidade e, ao mesmo tempo, que o silêncio é uma forma aceitável de comportamento.

O silêncio por si só encoraja o paciente a falar, transmite-lhe a expectativa de que ele pode e vai falar; oferece tempo, tanto para o paciente como para a enfermeira, para reorgani-

zarem e avaliarem seus pensamentos e sentimentos (HAYS, 1966; HA
& LARSON, 1970; COHEN, 1976).

A disposição da enfermeira para permanecer ao lado do paciente, mesmo quando este permanece em silêncio, demonstra mesmo que ele é aceito independentemente do fato dele falar ou não. O paciente, sentindo-se aceito, amado e valorizado como pessoa tem de experimentar segurança e confiança. Segundo SULLIVAN (1953 a) e MASLOW (1970), quando as necessidades de segurança e de ser amado são satisfeitas, a pessoa sente-se livre de ansiedade; pode-se então, considerá-la mais apta para expressar seus sentimentos, pensamentos e aspirar a satisfação de outras necessidades.

O silêncio, usado terapêuticamente, diz ao paciente que ele também é responsável pelo que ocorre na interação (ODELL, 1963).

Não se preconiza uma entrevista com duas pessoas e mutismo; a enfermeira tem de ter discernimento para saber quando falar e quando permanecer em silêncio; de vez em quando, deve dizer algo como "estou à sua disposição", "o senhor gostaria de falar sobre alguma coisa?", o que demonstra ao paciente o interesse e atenção do terapeuta centrados na sua pessoa.

A tolerância ao silêncio varia de pessoa para pessoa em geral é de curta duração e se o silêncio for muito longo provocará ansiedade em ambos os participantes da interação. É necessário que a enfermeira analise sua tolerância ao silêncio e observe como esta evolui, para não se surpreender usando modos não terapêuticos de comunicação.

A dificuldade em não aceitar o silêncio decorre, em parte, de padrões culturais. O aceito e valorizado em nossa cultura quando duas pessoas estão face a face, é conversar e não permanecer

em silêncio (GOLDIN & RUSSEL, 1969).

Um aspecto de vital importância, e que não pode ser esquecido no uso do silêncio, é a comunicação não verbal nestes momentos — tristeza, alegria, ansiedade e vergonha, por exemplo, são sentimentos que podem se manifestar. A enfermeira deve permanecer de modo a transmitir ao paciente atenção e disponibilidade; manter-se em posição adequada, isto é, que não lhe exija estar se acomodando a todo momento no lugar, mudando de posição constantemente, tamborilando os dedos na mesa e olhando a todo momento para o relógio ou para a porta, entre outras manifestações de desconforto ou impaciência. Deverá, portanto, estar atenta à sua postura, expressão facial e movimentos do corpo; se, por um momento ela demonstrar impaciência ou falta de atenção, o paciente poderá interpretar estes comportamentos como desinteresse, irritação e indiferença. Poderá ocorrer, então, um bloqueio na comunicação entre eles.

Como pode-se perceber, o "ouvir o silêncio" e observar a comunicação não verbal, não é algo tão simples. É esta habilidade, entretanto, que nos possibilita observar e compreender as mensagens a nós enviadas de modo não verbal e identificar aspectos que até então permaneciam ignorados.

Ouvir reflexivamente

O "ouvir reflexivamente" é o ponto chave para atender ao paciente, ou seja, para que este se envolva no processo de relacionamento terapêutico. Antes de mais nada é preciso ter uma razão para ouvir, não julgar o conteúdo do pensamento que é expresso, concentrar toda nossa atenção no cliente, pensar reflexivamente so

tar encontrar os pontos comuns a que o paciente sempre se refere pois, em geral, estes dão indícios para identificar a área de sua maior preocupação (CARKHUFF, 1976; KYES & HOFLING, 1982). Para centrar a atenção na comunicação do paciente, a enfermeira deve estar livre de ansiedade e preocupações pessoais e demonstrar-lhe que o está ouvindo e tentando compreendê-lo (HOFLING et alii, 1970).

No relacionamento enfermeira-paciente o "ouvir reflexivamente" é uma habilidade a ser desenvolvida por enfermeira e paciente; aquela tem de se esforçar para que o paciente também aprenda a ouvir as outras pessoas. Segundo HAMESH DAS (1975), ouvir é comunicação, e o propósito desta não é só compreender o outro, mas também ser compreendido; ouvir em silêncio pode, às vezes, provocar na enfermeira principiante a sensação de nada estar fazendo. Perseverança e paciência são necessárias, pois ouvir transmite ao paciente que ele é aceito, respeitado, tratado como ser humano cuja existência tem significação, e é dar-lhe uma oportunidade para desenvolver-se no processo de comunicação (TRAVELBEE, 1969; STEFANELLI, 1983 b). Segundo BIRD (1975), o saber ouvir é condição essencial para que haja comunicação; somente o paciente pode dizer como se sente, o que pensa, que imagem tem de si mesmo e do mundo que o cerca (SUNDEEN et alii, 1981).

Conclusões prematuras são evitadas quando a enfermeira consegue desenvolver-se na habilidade do saber ouvir (JASMIN & TRYGSTAD, 1979).

O "ouvir reflexivamente" demonstra um esforço voluntário para compreender a mensagem do outro e o sucesso do relacionamento entre a enfermeira e o paciente depende da habilidade daquela em saber ouvir. O ouvir é a alma da prática da enfermagem, pois, quando for associado a este "ouvir reflexivo" o "valor do silêncio" mencionado

principalmente, que a enfermeira conhece a experiência do paciente e determina seus sentimentos, problemas e necessidades (WILSON, 1970 ; HOFLING et alii, 1970; WILSON & KNEISL, 1979). As outras habilidades terapêuticas, em geral, são desenvolvidas a partir do saber ouvir.

As considerações sobre os aspectos da comunicação não verbal feitas na técnica "permanecer em silêncio" são válidas também para "ouvir reflexivamente".

"Permanecer em silêncio" e "ouvir reflexivamente" são as técnicas básicas para o sucesso do relacionamento terapêutico e, para usá-las adequadamente, a enfermeira vale-se, também, das outras técnicas descritas a seguir. Além disso, ao mesmo tempo em que ouve, a enfermeira tem de estar atenta, também, ao que o paciente não expressa verbalmente — sua comunicação não verbal. Por isto, têm razão SUNDEEN et alii (1981) e MERENESS & TAYLOR (1978), quando afirmam que o ouvir é um processo ativo, pois requer muita energia e esforço de concentração de atenção, por parte da enfermeira, para a real compreensão do que o paciente expressa.

Para demonstrar ao paciente que o está ouvindo, a enfermeira poderá usar, a intervalos regulares e com propriedade, frases como:

- E depois?
- E então?
- Continue.
- ... estou ouvindo.

Verbalizar aceitação

A fim de que o paciente se sinta livre para falar

ele tem de se sentir aceito como pessoa, pois esta é uma das necessidades humanas básicas. A enfermeira aceita que o paciente expresse seus pensamentos sem demonstrar aprovação ou reprovação. Aceitar o paciente tal como ele é, não implica em aprovação de todo seu comportamento. É expressar a crença no valor desta pessoa, a despeito de seu comportamento parecer inaceitável. Tem de ser lembrado que este decorre de sua condição temporária de doença.

Segundo COHEN (1976), aceitar não implica em concordar com o comportamento do paciente mas sim na compreensão do comportamento que é expresso. Para que a aceitação seja realmente genuína ela tem de ser um dos elementos da atitude da enfermeira em relação ao paciente; só assim este pode experimentar a sensação de ser aceito.

Segundo TRAVELBEE (1969) a enfermeira, na realidade, não aceita o paciente tal como ele é, mas está constantemente tentando modificar o seu comportamento não aceito, para outro socialmente aceito.

Para demonstrar aceitação, a enfermeira poderá dizer:

— Estou atenta ao que o senhor diz.

— Estou ouvindo...

A expressão facial, ou seja, a comunicação não verbal tem de ser coerente com o modo como a enfermeira verbaliza a aceitação; do contrário, as palavras perderão a significação (HAYS & LARSON, 1970).

Verbalizar interesse

É demonstrar percepção do paciente e do que ele faz.

A enfermeira precisa demonstrar respeito pelo paciente, pois a pessoa com distúrbio mental apresenta auto-estima e respeito próprio diminuídos. O simples chamar o paciente pelo seu nome, já demonstra que ele existe como pessoa, com identidade própria, distinta das demais. Se o paciente antes da doença era chamado pelo seu nome precedido de algum título, este deve ser preservado (Doutor, Professor, etc..). Demonstrar-lhe que seus esforços de mudança são percebidos, por mínimos que sejam, revelam-lhe que alguém se interessa por ele.

Quando o paciente realiza alguma atividade, a enfermeira deve verbalizar que percebeu o fato; deve fazer isto sem usar qualificativos como "bom", "mau", "feio", "certo", "errado", entre outros, ou seja, fazer isto sem conotação de julgamento ou comparação (HAYS & LARSON, 1970). Poderá dizer:

- Hoje o senhor andou no pátio.
- A senhora está com outro vestido. Como se sente?
- Vi que o senhor participou da sessão de terapia ocupacional.

O interesse, quando verbalizado para o paciente, sem conotação de julgamento, faz com que ele se sinta uma pessoa e este fato tende a motivá-lo para dar maior participação na situação interpessoal.

Usar frases incompletas

Formular frases incompletas, reticentes ou em aberto estimula o paciente a completá-las, dando seqüência ao assunto, expressando, assim, suas idéias sobre o mesmo (HOFLING et alii, 1970). Esta técnica tende a levar o paciente a se aprofundar no assunto ; essas frases são úteis quando o rumo da conversação é desviado da

área de sua real preocupação (GOLDIN & RUSSEL, 1969); são úteis ainda, quando o paciente interrompe o diálogo e faz longas pausas. A enfermeira poderá usar frases como:

- O senhor quer alta porque...
- A enfermeira veio e...

Repetir comentários feitos pelo paciente

A repetição do comentário comunica ao paciente que estamos atentos ao que ele fala e pode estimulá-lo a continuar falando sobre um assunto que havia interrompido. É o mesmo que servir de eco para que ele possa, ouvindo o que expressou, pensar mais profundamente sobre o que disse (BENJAMIN, 1978).

A enfermeira poderá dizer, por exemplo:

- O senhor disse que quando sua namorada chegou, já estava almoçando e isto o irritou.
- A senhora disse que tem vontade de ir embora.

O paciente ao ouvir a repetição do seu comentário tem oportunidade de perceber se descreveu claramente o evento, pensamentos ou sentimentos sobre o mesmo.

A repetição não deve ser mecânica nem precisa ser exatamente com as mesmas palavras; o que não pode acontecer é alterar o conteúdo do que o paciente expressou; pode-se, também, repetir só o comentário que for mais significativo para o paciente.

O uso desta técnica oferece ao paciente a oportunidade de tornar mais claros seus pensamentos e sentimentos (HAYS, 1966) e de reforçar ou centrar sua atenção em algum assunto importante que não tenha sido percebido ou tratado com profundidade até

o momento.

Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente

Às vezes, o paciente está descrevendo uma experiência e pára de repente. A enfermeira poderá repetir apenas suas últimas palavras para tentar dar continuidade ao assunto (HAYS & LARSON , 1970).

Exemplos:

- ... o médico chegou e ...
- ... sua mãe gritou e ...

Já pode ser percebido, aqui, a associação das técnicas, isto é, repetição das últimas palavras e frases em aberto; com o desenvolver da comunicação terapêutica, isto vai-se tornando cada vez mais comum.

Fazer pergunta

O uso desta técnica requer certo grau de conhecimento sobre o paciente por parte da enfermeira. As perguntas devem ser feitas em termos claros, ao nível de compreensão do paciente, uma pergunta de cada vez, para deixar o cliente elaborar a resposta ; evitar baterias de perguntas.

O uso indiscriminado de perguntas pode transmitir ao paciente a idéia de que o seu papel é passivo — só responder; de que só é importante o que diz a enfermeira e de que, quando não se

pergunta, ele deve ficar calado (BENJAMIN, 1978). Tem-se, portanto, de evitar crivar o paciente com perguntas, ou fazer indagações que permitam respostas como "não" ou "sim", pois estas não encorajam a verbalização de idéias. Ao se oferecer mais de uma opção ao paciente, tem-se de estar disposta a respeitar a escolhida (PEPLAU, 1968; KARSHMER, 1982; WILSON & KNEISL, 1979).

Quando se quer saber o porquê da mudança de comportamento do paciente, pode-se valer de perguntas até se chegar ao âmago da questão.

Fazer pergunta relativa aos dados comunicados
Introduzir problema relacionado

As técnicas acima descritas podem ser usadas para levar o paciente a melhorar sua comunicação verbal e avaliar suas reais condições do momento; são preconizadas por HOFLING et alii (1970).

Exemplos:

Paciente: — Hoje quero telefonar para meu marido, de qualquer modo.

Enfermeira: — A senhora acha que se sentirá melhor, fazendo isto?

A paciente, ao ouvir a pergunta, poderá pensar sobre o evento e as possíveis reações que ela teria conversando com o marido naquele momento.

Paciente apresentando sinais e sintomas da síndrome neurológica dos neurolepticos (tremores acentuados nas mãos) disse à enfermeira:

— Vou à sala de terapia ocupacional, mesmo sem autorização.

A enfermeira respondeu:

— A senhora acha que conseguirá fazer alguma coisa com mãos tão trêmulas?

Devolver a pergunta feita

Ao devolver ao paciente a pergunta feita por ele, a enfermeira tenta transmitir-lhe a idéia de que o ponto de vista dele é o mais importante. Segundo HAYS & LARSON (1970) e COHEN (1976), esta técnica encoraja o paciente a explorar e aceitar suas próprias idéias e sentimentos como sendo parte dele, de seu auto-sistema ; garante-lhe o direito de ter suas próprias opiniões.

Exemplo:

Paciente: — A senhora acha que posso dar uma moto ao meu filho?

Enfermeira: — O que o senhor pensa sobre dar a moto a seu filho?

É preciso discernir sobre quando usar esta técnica , pois, se a enfermeira devolve-lhe a pergunta feita a todo momento , acabará irritando o paciente.

Esta técnica é útil, principalmente quando o paciente solicita dados pessoais da enfermeira (PEPLAU, 1968b). Se, após a devolução da pergunta, o paciente ainda insistir em obter algum dado pessoal da enfermeira, esta deverá deixar claro que o foco do relacionamento é a pessoa dele, e os dados sobre sua pessoa são importantes para ajudá-lo no seu processo de recuperação (PEPLAU, 1960). Poderá dizer simplesmente "Este tempo deve ser usado para falarmos

sobre o senhor". Não há necessidade de devolver a pergunta exatamente como foi feita.

Usar frases descritivas

Está técnica é muito usada no relacionamento terapêutico, quando a enfermeira explica ao paciente rotinas da unidade, procedimentos de enfermagem, fatos simples que tenham ocorrido, quando lhe dá orientações e, também, quando desempenha sua função de educadora para a saúde.

Segundo COHEN (1976), deve-se ter cuidado em não confundir o uso de frases descritivas ou afirmativas com conselhos.

Ao dar informações ao paciente, a enfermeira deverá fazê-lo usando termos concretos, numa linguagem clara e concisa, acessível a cada um em particular; devido a ansiedade e distúrbios do pensamento, ele poderá estar, no momento, incapacitado para ouvir e compreender explicações vagas ou longas (MANASER & WERNER, 1964).

As explicações dadas ao paciente devem ser de caráter descritivo, lógicas, precisas e enunciadas em tom de voz neutro (BENJAMIN, 1978).

Deve-se evitar o uso de termos técnicos, jargões profissionais ou vocabulário rebuscado.

Manter o paciente no mesmo assunto

Alguns pacientes têm dificuldade em se concentrar em um único assunto; mudam de um tópico para outro constante e, às

vezes, rapidamente. Isto pode ser consequência de distúrbio do pensamento, ou então, um mecanismo de defesa que o paciente usa, conscientemente ou não, para evitar o aprofundamento na sua real preocupação (TRAVELBEE, 1969). Às vezes, também, pode mudar de um assunto para outro a fim de testar a atenção da enfermeira.

A enfermeira deve esforçar-se por manter o paciente em um diálogo coerente, com seqüência lógica; ela pode ajudá-lo a retornar ao assunto.

Exemplos:

Paciente: — Hoje fiquei irritado.

Enfermeira: — O senhor pode me contar o que aconteceu?

Poderá, ainda, usar frases como:

— Diga-me algo mais sobre este fato.

— Descreva este fato para mim.

Se perceber aumento no grau de ansiedade do paciente, ela deverá aguardar um momento mais oportuno para retomar o assunto. Esta técnica é útil para ajudá-lo a concentrar-se sobre um determinado assunto e a explorá-lo com mais profundidade (RUESCH, 1964) bem como para lhe demonstrar interesse em sua pessoa (GOLDIN & RUSSEL, 1969).

O assunto inicial deve ser retomado com paciência e respeito. RUESCH (1964) não considera esta uma tarefa fácil, principalmente quando o paciente apresenta fuga de idéias, e torna-se ainda mais complexa quando se trata de desagregação do pensamento.

Assim como a enfermeira ajuda o paciente a manter-se num mesmo assunto, às vezes ela é obrigada a fazer o inverso, isto

é, a mudar de assunto, quando percebe que a ansiedade do mesmo aumenta muito ao expressar certas idéias ou ao descrever determinados fatos.

Permitir ao paciente que escolha o assunto

Esta técnica tende a estimular no paciente a sua responsabilidade como elemento ativo na interação e, portanto, perceber seu papel na mesma (BRAMMER, 1973).

Ao paciente é oferecida abertura para falar de sua área de maior preocupação, de seus sentimentos e pensamentos (HAYS & LARSON, 1970). Desenvolve-se, nele, iniciativa e, demonstra-se para este que a ênfase da interação está voltada para as suas necessidades (COHEN, 1976).

Exemplos:

- Sobre o que o senhor gostaria de falar hoje?
- Há alguma coisa que o senhor queira me contar?
- Hoje eu gostaria que o senhor escolhesse o assunto.

Colocar em foco a idéia principal

Esta técnica ajuda o paciente a aprofundar-se sobre um assunto de real interesse e o auxilia a manter a comunicação com a enfermeira em torno do objetivo traçado.

O paciente, às vezes, fala fluentemente, indo, superficialmente, de um assunto a outro; há, entretanto, alguns assuntos mais constantes, que parecem provocar mudança imediata para outro

assunto; a enfermeira deverá ter capacidade para perceber quais são mantê-los em foco; em geral dizem respeito aos problemas do paciente (RUESCH, 1964; PEPLAU, 1968 a,b; HAYS & LARSON, 1970 ; SAMMER, 1973).

A enfermeira poderá dizer:

- Gostaria que o senhor contasse mais sobre sua viagem a Porto Alegre.
- Conte-me sobre a visita que fez a seu avô, durante sua saída no fim de semana.

Esta técnica é usada, freqüentemente, com pessoas que relatam os fatos com riqueza de minúcias. Quando usada adequadamente ajuda o paciente a ser mais objetivo, mais claro em sua comunicação com o outro.

Verbalizar dúvidas

Quando o paciente distorce a realidade dos fatos a enfermeira deve, com muito tato, deixar claro que ela não percebe os fatos como ele os relata e deve pedir-lhe que o descreva novamente (RAVELBEE, 1969; HAYS & LARSON, 1970). Pode dizer, por exemplo:

- Isto não é comum.
- O que aconteceu para levar o senhor a pensar assim?
- O que lhe deu esta impressão?

O paciente poderá perceber que sua descrição da experiência não está correta e tentar reorganizar seus pensamentos.

idade
da

que
e
uro.
o ne
o

o
ente.
livre
pes-

enhor
uso
ite.

tes

e ,
sua
ar-se
modo

Dizer não

O uso desta técnica requer honestidade e sinceridade por parte da enfermeira e coerência de conduta entre os membros da equipe que assistem o paciente.

Quando o paciente exige privilégios ou pede algo que a enfermeira não pode fazer ou atender, ela tem de ser sincera e dizer "não". Deve fazer isto com tato, porém, de modo firme e seguro. Segundo O'BRIEN (1978), se a enfermeira evitar dizer "não", quando necessário, ela perderá a confiança que o paciente nela deposita, o que é prejudicial ao relacionamento que ocorre entre eles.

O dizer "não" com propriedade é tão valioso para o crescimento e maturidade da pessoa quanto o responder positivamente. Quando não se aceita uma situação a pessoa tem de sentir-se livre para dizer "não". De acordo com O'BRIEN (1978), isto permite à pessoa estabelecer limites para si mesmo e para os que o cercam.

Exemplos:

Paciente: — Telefone para minha família agora.

Enfermeira: — Não senhor ..., eu não posso fazer isto. O senhor já conhece as normas do hospital em relação ao uso do telefone e acabou de dizer que o assunto não é urgente.

Estimular a verbalização de sentimentos subjacentes

Freqüentemente o que o paciente diz, literalmente, pode parecer sem sentido; a enfermeira deve, então, concentrar sua atenção no que o paciente está dizendo ou tentando dizer; indagar-se sobre que sentimentos ou pensamentos o levam a expressar-se do modo

como o faz, por que não consegue fazê-lo de modo mais objetivo e que mensagem básica quer transmitir; a enfermeira, então, tenta colocar em termos mais concretos e em palavras mais simples a mensagem do paciente. Isto corresponde ao que se chama, na linguagem escrita, ler nas entrelinhas (PEPLAU, 1960; MANASER & WERNER, 1964; HAYS & LARSON, 1970; BRAMMER, 1973).

Segundo SULLIVAN (1953 a), o que se faz é colocar o óbvio em palavras e isto freqüentemente diminui a ansiedade do paciente.

Tem-se de tomar cuidado para evitar distorções, pois o caminho percorrido nesta técnica é do abstrato para o concreto, processo mais difícil do que o caminho inverso (KARSHMER, 1982).

Exemplo:

Paciente: — Eu não posso falar com as enfermeiras. Elas estão muito ocupadas.

Enfermeira: — O senhor sente que não estamos sendo capazes de compreender-lo?

O uso desta regra, porém, exige conhecimento acurado do paciente; mostra-lhe como falar claro e diretamente. Consiste em tornar claro o pensamento oculto, subjacente ou implícito e ajuda o paciente a aceitar seus pensamentos e sentimentos como parte de si mesmo.

2. Técnicas que ajudam a clarificação da comunicação verbal

O esclarecimento torna-se necessário quando o paciente não se expressa com clareza, não consegue compreender com precisão a experiência que vivencia, os pensamentos e sentimentos sobre

a mesma e quando não descreve os eventos em seqüência lógica.

Estas técnicas são importantes porque um dos objetivos do relacionamento enfermeira-paciente é elucidar os pensamentos, sentimentos e idéias e analisar a relação entre estes e as ações do paciente (SUNDEEN et alii, 1981).

Algumas destas técnicas são descritas a seguir.

Estimular comparações

A comparação é uma técnica que ajuda o paciente a descobrir semelhanças e diferenças entre as experiências por ele vivenciadas; oferecendo, assim, à enfermeira a oportunidade de identificar mudanças de comportamento do paciente em face de diversos acontecimentos. Ajuda o paciente a perceber que a vida é um processo contínuo. Ao comparar situações ele pode avaliar a influência das pessoas e do ambiente nas suas experiências, renovar a confiança em suas forças e, até mesmo, chegar ao porque do problema que vivencia.

No uso desta técnica, a enfermeira deverá acautelar-se para não introduzir fatos de sua vida pessoal (PEPLAU, 1952 ; RUESCH, 1964; HAYS & LARSON, 1970). A enfermeira poderá dizer:

- Este acontecimento é semelhante a ...
- O senhor já teve outra experiência semelhante a esta ?
- O senhor já sentiu isto antes?

Solicitar que esclareça termos incomuns

Freqüentemente, na comunicação entre enfermeira e paciente, este pode usar termos comuns ao seu linguajar, de difícil compreensão, que dão margem a várias interpretações, ou, então, usar um termo totalmente estranho ao vocabulário do idioma usado (neologismo), como consequência de sua doença; nestes casos, temos de solicitar ao paciente que esclareça qual a significação, para ele, do termo ou frase usados. Isto é indispensável para a real compreensão do paciente.

Solicitar ao paciente que nos dê a significação dos termos usados ajuda-o a reformular seus pensamentos, descrever percepções e esclarecer dúvidas que, às vezes, vêm persistindo no relacionamento do paciente, tanto com a enfermeira, como com as demais pessoas (PEPLAU, 1968b).

A elucidação de experiências, pensamentos e sentimentos deve ser procurada a cada passo do relacionamento enfermeira-paciente. Não se pode esperar que a enfermeira entenda tudo o que o paciente diz, porque ela também tem suas limitações como ser humano.

Exemplos:

Paciente: — Eu hoje estou muito perturbado.

Enfermeira: — O que quer dizer com perturbado? ou,
— Poderia me dizer o que sente quando diz estar perturbado?

Uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia repetia com freqüência "rataplan". A enfermeira perguntou-lhe:

— O que isto significa para a senhora?

Outra expressão comumente usada pelo paciente no

diálogo com os profissionais é "você sabe". Sempre que isto ocorrer a enfermeira deverá deixar claro que só poderá saber se ele descrever o que está ocorrendo.

A enfermeira poderá dizer:

— Eu só poderei saber se o senhor me disser o que se passa.

Solicitar que precise o agente da ação

A enfermeira deve interromper a verbalização do paciente quando este usa termos genéricos e indefinidos. É uma tendência das pessoas usar termos indefinidos como "nós", "ele", "todo mundo", "aqueles", "a gente", "todos", entre outros. O paciente tem de aprender a falar com precisão e clareza, ser menos vago (HAYS & LARSON, 1970). Aliás, a enfermeira tem de estar atenta à sua comunicação, porque é comum ela própria generalizar experiências ou pensamentos.

É importante que o paciente aprenda a falar sobre si mesmo, seus problemas específicos, e não sobre generalidades e, ainda, a falar somente por ele mesmo e por ninguém mais.

Um dos aspectos importantes desta técnica é levar o paciente a desenvolver o sentido de identidade própria; alguns pacientes tendem a falar somente das outras pessoas, das atividades delas em detrimento de informações sobre si mesmo (RUESCH, 1964).

Há pacientes que falam como se tivessem participado ativamente de atividades oferecidas, quando na realidade ficaram só observando. Nestas situações, é preciso solicitar ao paciente

que precise o agente da ação, pois ele pressupõe que a enfermeira saiba a quem ou a que ele se refere quando usa pronomes indefinidos ou coletivos. Agindo assim, a enfermeira minimiza esta assertiva e leva o paciente a descrever sua experiência o mais completamente possível (MANASER & WERNER, 1964).

Exemplos:

Paciente: — Todo mundo ri de mim.

Enfermeira: — A quem o senhor se refere quando diz todo mundo?

Paciente: — Eles vieram e me bateram.

Enfermeira: — O senhor poderia me dizer quem veio?

Paciente: — A gente sente mal quando isto acontece.

Enfermeira: — A quem o senhor se refere quando fala a gente?

Descrever os eventos em seqüência lógica

Às vezes o relato do paciente apresenta contradições ou carece de seqüência lógica ou cronológica. Para compreender fatos que se sucedem ao longo do tempo, é necessário que haja seqüência no relato das idéias. Segundo RUESCH (1964), pode-se assim esclarecer distorções de tempo e lugar.

A colocação dos eventos em seqüência lógica permite ao paciente estabelecer relação entre causa e efeito, ou mesmo, corrigir falhas de interpretações feitas anteriormente (RUESCH, 1964 ; HAYS & LARSON, 1970).

Segundo HAYS & LARSON (1970), esta técnica ajuda ambos, enfermeira e paciente, a verem os fatos em perspectiva.

A enfermeira poderá dizer:

- Isto aconteceu antes ou depois de ...?
- Quando isto acontece?
- Márcia é filha do primeiro ou do segundo casamento?

3. Técnicas que ajudam a validação da comunicação verbal

A validação da comunicação deve acompanhar todo o processo de relacionamento terapêutico e é necessária porque as mensagens emitidas têm de ter a mesma significação para as pessoas envolvidas no processo terapêutico.

Segundo SMOYAK (1975), a falta da validação de mensagem tem sido colocada como a causa de problemas familiares que levam à procura de ajuda especializada.

Algumas técnicas de comunicação terapêutica, descritas a seguir, são úteis para se verificar se a compreensão da mensagem está correta.

Repetir a mensagem do paciente

Ao repetir a mensagem do paciente para ver se a compreensão está correta, a enfermeira estará validando se a sua compreensão da mensagem recebida tem a mesma significação para o paciente, naquele momento.

Ao ouvir as palavras do emissor da mensagem o receptor deverá sempre estar atento à significação daquelas e questionar se elas têm a mesma significação para ambos (SULLIVAN, 1953a). Isto só pode ser validado por meio de observação e discussão (PEPLAU, 1952; COHEN, 1976). A enfermeira, após ouvir o paciente, poderá dizer:

- Vou repetir o que o senhor disse. Veja se o compreendi corretamente. É isto... que o senhor quis dizer quando falou sobre ...
- Veja se eu compreendi o que o senhor quis dizer...

Pedir ao paciente para repetir o que foi dito

O paciente, ao repetir a mensagem emitida anteriormente, tem oportunidade de reconsiderar o conteúdo da mesma e fazer correções. Neste caso a enfermeira deve estar sempre alerta, procurando saber se a mensagem tem a mesma significação para ambos. Pode, inclusive, valer-se de outras técnicas, aqui descritas anteriormente. Frases como as que seguem poderão ser usadas pela enfermeira:

- Não entendi muito bem o que o senhor quis dizer . Poderia repetir, por favor?
- Há algo que ainda não está claro para mim. Gostaria de ouvir novamente o que o senhor disse.

Sumarizar o que foi dito na interação

É um resumo de tudo o que foi dito na interação; a

habilidade nesta técnica requer atenção da enfermeira dirigida ao conteúdo da mensagem do paciente, ao modo como ele tentou transmiti-la, ao propósito e à propriedade da mesma (BRAMMER, 1973; O'BRIEN, 1978; WILSON & KNEISL, 1979, entre outros). Ao ouvir a síntese do que foi tratado em cada período, o paciente tem oportunidade de concentrar sua atenção nos principais tópicos tratados, sendo esta técnica útil, ainda, para validar o todo da interação. A enfermeira deverá estar atenta, neste momento, às reações não verbais do paciente. Estas, muitas vezes, dão informações mais fidedignas que as verbais para a compreensão da mensagem emitida pelo paciente.

Segundo HAYS & LARSON (1970), esta técnica permite à enfermeira e ao paciente trabalharem com as mesmas idéias em mente, se esforçarem para compreender a significação do que está sendo dito e ainda permite a ambos reforçarem a significação real dos dados e atingirem nova compreensão.

Em geral o sumário é feito no término da entrevista e, muitas vezes, é usado para pôr fim a esta, quando o paciente tem dificuldade em encerrá-la, ou então, para colocar em evidência os principais tópicos abordados (HAYS & LARSON, 1970).

Faz-se, em poucas palavras, um resumo do que foi conversado. O objetivo é levar o paciente a pensar ativamente sobre suas áreas de maior preocupação e, conseqüentemente, a encontrar seus objetivos, perceber alternativas de solução para seus problemas e traçar um plano de ação.

Exemplos:

- Hoje o senhor falou sobre sua família e o fato de seu filho estar usando drogas.
- Durante estes 30 minutos nós falamos sobre seu futuro trabalho e o que irá fazer quando sair do hospital. Gostaria

que o senhor pensasse mais sobre isso para conversarmos na próxima vez.

Com esta técnica, ajuda-se o paciente a perceber seus progressos e a evitar minúcias desnecessárias. Há pacientes que perdem a linha de pensamento em um relato; sumarizar o que ele já disse, direciona novamente seu curso do pensamento sobre o assunto tratado.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na tentativa de melhor compreender o processo de comunicação e de ajudar o homem a valer-se do mesmo de modo mais útil, têm surgido vários estudos sobre teorias de comunicação e sobre relacionamento interpessoal.

Sendo LITTLEJOHN (1982), cada teoria estuda a comunicação por um prisma de especial interesse, mas o ideal seria que se fizesse uma abordagem eclética, estabelecendo uma complementação entre as teorias. Para o citado autor, a comunicação é um dos aspectos mais importantes e complexos do nosso comportamento, pois o ser humano é afetado pela própria comunicação que estabelece com os outros, a todo momento.

A importância da comunicação é ressaltada por PERESTRELLO (1982), quando afirma que a doença é um modo peculiar da pessoa se expressar em um dado momento de sua vida. Para o citado autor, a comunicação, mesmo quando o ser humano permanece em silêncio, é, às vezes, mais significativa do que se as palavras estivessem presentes. Em seu livro percebe-se a importância da comunicação para a humanização da medicina, a relação médico-paciente e o que ele chama de "medicina da pessoa".

O referencial teórico do presente trabalho é baseado nas teorias, princípios e conhecimentos de SULLIVAN (1953 a , 11), o iniciador da teoria interpessoal em psiquiatria; nos de RUESCH (1964) que estudou a teoria da comunicação humana e fez aplicações desta na área da psiquiatria; e nos de PEPLAU (1952), enfermeira introdutora do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente na enfermagem. Os estudos posteriores que se seguiram sobre comunicação em psiquiatria ou em enfermagem psiquiátrica apoiaram-se, de um modo ou de outro, nos princípios destes autores. A seguir são apresentados alguns conceitos destes autores, relacionados à presente pesquisa.

Conceitos da teoria de Hildegard Elizabeth Peplau

Hildegard E. Peplau, enfermeira formada em Pottstown, Pensilvânia, dedicou grande parte de sua vida profissional à enfermagem psiquiátrica. Seu livro "Interpersonal Relations in Nursing" publicado em 1952 é o relato de sua tese de doutoramento em Enfermagem Psiquiátrica.

PEPLAU (1952) considera a enfermagem como o relacionamento humano entre um indivíduo que está doente, ou necessitado de cuidado de saúde, e a enfermeira especialmente preparada para responder a esta necessidade de ajuda, necessidade que é satisfeita por meio de interações entre ambos — enfermeira e paciente — com objetivos comuns. Considera como elementos básicos ou variáveis nas situações de enfermagem, as necessidades humanas básicas, frustração, o conflito e a ansiedade, que devem ser tratados, no relacionamento enfermeira-paciente, de modo a favorecer o crescimento.

ou seja, o desenvolvimento saudável da personalidade.

PEPLAU (1959, 1962) ressalta o subpapel de psicoterapeuta da enfermeira, pois considera que as dificuldades de vida que podem causar doença mental devem ser investigadas e controladas pelo próprio paciente com ajuda profissional da enfermeira. A ajuda a este é oferecida por meio do relacionamento terapêutico.

Este é desenvolvido, em grande parte, pelo uso de técnicas interpessoais úteis para situações específicas e que constituem o ponto crucial da enfermagem psiquiátrica — sua base.

PEPLAU (1968a) afirma ser o objetivo da enfermagem psiquiátrica ajudar o paciente a mover-se em direção ao pleno desenvolvimento de seu potencial para viver produtivamente na comunidade; este objetivo requer ações de enfermagem para ajudar o paciente a vencer os obstáculos que impedem o seu pleno desenvolvimento.

Tais obstáculos são agrupados em duas espécies: distúrbios do pensamento, sentimento e ações e distúrbios da competência interpessoal, essencial para a saudável interação social na comunidade. A citada autora apresenta algumas estratégias para ajudar o paciente, mas salienta que estas estavam, na época, apenas sendo desenvolvidas e que muito havia a ser feito.

Segundo PEPLAU (1970), em 1926 um eminente psiquiatra afirmou que as enfermeiras precisavam assegurar para si uma técnica específica; as enfermeiras têm, desde então, tentado defender, para si uma técnica — a comunicação verbal que ocorre entre elas e o paciente. A citada autora acredita ocorrerem manifestações de doença mental, mais acentuadamente no comportamento verbal do que nas ações propriamente ditas; considera ainda, a comunicação enfermeira-paciente como um dos aspectos mais importantes da

enfermagem; comenta que a enfermeira, ao falar com o paciente , pode fazê-lo de modo espontâneo, estereotipado ou automático, modos que servem mais ao propósito simplesmente de falar alguma coisa do que ao de dizer algo específico ou significativo para o mesmo. Pode, ainda, fazer um comentário baseado em princípios e conceitos teóricos e gerais, que facilitam a compreensão do que o paciente está dizendo e a orienta sobre que resposta dar ao paciente.

Estes conceitos e princípios devem ser estudados e firmados com profundidade, de modo a oferecer fundamentos lógicos para o uso de técnicas de comunicação interpessoal, que são a base do comportamento consciente por parte da enfermeira. Ela tem de familiarizar-se com as técnicas interpessoais de comunicação para validá-las na prática e decidir em que situações cada procedimento será mais útil.

Conceitos da teoria de Harry Stack Sullivan

Harry Stack Sullivan tem várias obras publicadas. As que serviram de base para este estudo foram "The interpersonal theory of psychiatry", "Conceptions of modern psychiatry" e "Psychiatric interview" (SULLIVAN 1953a, 1953b e 1970).

O pensamento de Sullivan foi voltado para o desenvolvimento de uma terapia efetiva, e não para um sistema teórico de alta ordem de abstração; para ele o "eu" não é um fato, mas um ato. A pessoa é o resultado de um processo social decorrente da experiência com outras pessoas, desde o nascimento até a morte; a Psiquiatria, portanto, não pode estudar o ser humano isoladamente, e sim inserido em suas experiências interpessoais, tendo como foco o desenvolvimento da pessoa e a satisfação da necessidade de segurança.

Concluindo, a definição de pessoa só é possível em face de outra pessoa.

A experiência para Sullivan é sempre de tensão e de transformação de energia e se manifesta de três formas distintas : prototáxica, paratáxica e sintáxica.

A prototáxica é a primeira classe de experiência que tem o ser humano; nesta, só o presente importa, não havendo relação alguma da experiência com o espaço e o tempo.

Com o desenvolvimento, a criança começa a fazer alguma diferenciação entre ela e o resto do mundo; já faz alguma diferenciação no todo, mas as partes, os diversos aspectos, as várias espécies de experiências não se apresentam relacionados de modo lógico; ela apenas vivencia experiências concomitantes. A comunicação se dá por gestos e símbolos, principalmente pelos canais visual e auditivo: é a forma paratáxica.

A forma sintáxica de experimentar a realidade se dá quando as percepções da pessoa formam um todo lógico, um quadro coerente, que pode ser validado consensualmente pelo uso da linguagem; recorda as experiências passadas, avalia como estas influem no presente e é capaz de prever as conseqüências da ação presente no futuro.

Sullivan cita três aspectos da cooperação interpessoal do sistema do eu ("self") que são necessários para a sobrevivência da criança e ditam a aprendizagem da mesma; chama a estes aspectos de "eu-bom", "eu-mau" e "não-eu". O "eu bom" é formado a partir da obtenção de aprovação, manifestada por ternura pela figura materna, às tentativas que a criança faz para aliviar a ansiedade e obter satisfação de suas necessidades, principalmente da de segurança, no meio social. Quando a criança manifesta comportamento que provoca desaprovação, por parte da mãe ou de pessoa significativa, experi-

menta ansiedade em vários graus e tem origem a formação do "eu mau". O "não eu" surge das experiências que geram muita ansiedade, ou mesmo pânico; são, geralmente, experiências truncadas, não claramente conhecidas, podendo ser dissociadas; em geral permanecem em nível inconsciente e só afloram à consciência da pessoa em situações especiais, como durante a psicoterapia, ou em sonhos; são também encontradas em pessoas com manifestações agudas de esquizofrenia; se este material inconsciente aflora à consciência traz experiências de ansiedade terrificante.

Os estágios de desenvolvimento começam na infância e se desenvolvem de modo ordenado, refletindo mudanças na experiência interpessoal do indivíduo.

O foco da terapia baseada na teoria de Sullivan é a ansiedade, uma vez que esta tem papel preponderante no desenvolvimento da personalidade e surge sempre que a satisfação das necessidades básicas é ameaçada. A ansiedade gera desconforto e a pessoa tenta livrar-se dela ou evitá-la; quando surge em grau intenso, dificulta o relacionamento interpessoal ou o uso de padrões habituais de comunicação, daí a importância do terapeuta ouvir a descrição da experiência do paciente, como este a experimenta e a sente.

Ao ouvir a descrição da experiência do paciente, o terapeuta esforça-se por perceber os aspectos que provocam sua ansiedade e tenta compreendê-lo, o melhor possível, pela validação consensual da experiência.

O descrever da experiência leva o paciente a perceber seus sentimentos em relação à situação descrita, o que a mesma significa para ele e os eventos que a precederam. Para Sullivan, isto facilita qualquer processo terapêutico, porque o paciente começa a compreender o que está acontecendo com ele e torna-se capaz de enca

rar mais objetivamente suas dificuldades, seus pensamentos e sentimentos, tais como os percebe; consegue, assim, aliviar sua ansiedade e satisfazer sua necessidade de segurança.

Como Sullivan acredita que a doença mental é resultante de falha no processo interpessoal ou de comunicação inadequada da pessoa com os outros, um aspecto relevante de sua teoria é a sua crença no potencial do indivíduo para mudança e na adaptabilidade do ser humano para responder a pessoas e à cultura; para ele, portanto, o comportamento anormal é passível de observação, diagnóstico e tratamento por meio do relacionamento interpessoal.

Conceitos das teorias de Jurgen Ruesch.

Os princípios de comunicação humana e da comunicação terapêutica de Ruesch e a aplicação destes à Psiquiatria tiveram influência decisiva nas abordagens psicoterapêuticas (RUESCH, 1952, 1953, 1954, 1957, 1964, 1965, 1980), e, conseqüentemente, também, no desenvolvimento da teoria e prática do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente.

No presente trabalho, nos deteremos apenas nos aspectos de comunicação verbal da teoria de Ruesch.

Ruesch considera a comunicação o princípio organizador da natureza que une um ser ao outro; para ele, comunicação abrange todos os modos pelos quais uma pessoa pode afetar outra, de modo verbal e não verbal. Todas as ações de um indivíduo adquirem poder de comunicação tão logo sejam percebidas pelo outro; isto implica em mudança das informações em mensagens, que uma pessoa (B) recebe da outra (A) e do ambiente; a informação da percepção pelo outro

(B), de seu comportamento, é a resposta para ele (A) e influencia seu comportamento subsequente (de A). Assim, Ruesch concluiu que o sucesso na comunicação interpessoal é necessário à sobrevivência da pessoa.

Os elementos que compõem o sistema de comunicação são a fonte da mensagem (em geral um ser humano), o transmissor, o canal, o receptor (órgãos dos sentidos) e o destinatário (outro ser humano que interpreta e avalia a mensagem).

Algumas das premissas básicas da teoria de RUESCH (1964, 1965) são descritas a seguir.

A unidade de trabalho é a unidade social; esta unidade social ocorre quando a pessoa se encontra em processo interpessoal; a comunicação interpessoal caracteriza-se pela presença de atos expressivos de uma ou mais pessoas, pela percepção consciente ou inconsciente destes atos, por outra pessoa, e pela observação de que tais atos foram percebidos pela outra. A consciência de ser percebida é que marca o estabelecimento da situação interpessoal.

Além da comunicação interpessoal existe a intrapessoal que afeta a comunicação interpessoal. As experiências passadas que se organizam dentro do indivíduo em idéias, sentimentos e fantasias representam, dentro dele, pessoas presentes ou ausentes. Há, entretanto, uma diferença básica entre esta e a interpessoal; na interpessoal os efeitos das ações podem ser avaliados e corrigidos; na intrapessoal torna-se difícil perceber a interpretação inadequada das mensagens.

O aparelho da comunicação do homem é algo mais que a sua simples localização anatômica. A comunicação tem de ser vista como uma entidade funcional e não apenas como um conglomerado de órgãos.

Ruesch considera, também, como parte do instrumento

de comunicação, o aparelho avaliador que inclui as funções de escrutínio, memória e tomada de decisões.

As limitações da comunicação são determinadas pela capacidade da rede intrapessoal, seletividade dos receptores e capacidade dos transmissores. Outro aspecto a ser considerado é a dificuldade em analisar a significação das mensagens. Esta análise é de suma importância na assistência à pessoa mentalmente perturbada, pois a linguagem empregada por terapeuta e paciente deve ter a mesma significação para ambos.

É por meio da comunicação que um ser humano se mantém em interação com outro, evitando assim a solidão; são, pois, funções da comunicação: receber, transmitir e reter informação, reconstruir o passado, antecipar fatos futuros e trabalhar com a informação existente, com o propósito de perceber novos elementos para exercer influência sobre outras pessoas e sobre acontecimentos externos.

Quanto aos efeitos da comunicação, Ruesch considera que esta facilita ou promove o desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo.

Qualquer interferência nos padrões habituais de comportamento da pessoa leva a uma reação de alarme que, se não for controlada, gera ansiedade. O meio para torná-la tolerável é partilhá-la com outros por meio da comunicação.

Para Ruesch a comunicação bem sucedida implica em sermos corrigidos por nós mesmos ou pelos outros. Este processo contínuo de atualização da informação sobre a pessoa, o mundo e a inter-relação entre eles leva a pessoa a aprender técnicas apropriadas de comunicação e pode aumentar a capacidade do indivíduo para controlar fatos vitais. Neste caso, a comunicação bem sucedida é sinônimo

de adaptação e vida.

Os distúrbios na comunicação podem dar-se nos níveis orgânico, intrapessoal ou interpessoal. Para descrever os distúrbios da comunicação temos de considerar seus vários aspectos: a) um aspecto técnico (instrumentos de comunicação), b) um aspecto semântico (precisão com que a série de símbolos transmitem o sentido desejado da mensagem, incluindo as distorções semânticas), e c) um aspecto de interação (efeitos que a transmissão de informação tem sobre a conduta da pessoa, ao se tentar atingir um efeito desejado).

Para terminar a descrição das premissas de Ruesch, são apresentados seus conceitos de doença mental, terapia psiquiátrica e comunicação terapêutica.

A doença mental é vista pelo autor como um distúrbio no sistema de comunicação. Valida sua afirmação apoiando-se no fato de que a manifestação da doença mental é sempre descrita em termos de comportamento comunicativo e que o denominador comum de todo método psicoterápico é uma tentativa de tornar adequada a comunicação perturbada. A comunicação torna-se, então, um instrumento terapêutico e é aceita por ele, como psicoterapia, uma vez que a preocupação do psicoterapeuta é com o aspecto funcional da comunicação.

A terapia psiquiátrica tem por objetivo o aprimoramento e a recuperação do sistema de comunicação, ou a correção do distúrbio da comunicação atuando nos aspectos semântico ou de interação. Quando se consegue obter a melhora na comunicação do cliente consigo mesmo e com os outros, a correção e a auto-correção da informação provêm as bases para a sua mudança de conduta.

Comunicação terapêutica é a habilidade do profissional

em ajudar as pessoas a enfrentarem ~~temporária~~ temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao ~~que~~ não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto-realização.

Esta ajuda se consegue pela utilização do que Ruesch chamou inicialmente de terapia para ~~evitar~~ evitar a reação de alarme. Isto é possível por meio de interações com o terapeuta ou com outra pessoa capaz de controlar a ~~própria~~ ansiedade: a pessoa aprende a trabalhar dentro de seus próprios limites de tolerância, evitando atos impulsivos e a recorrência de adiamentos de tomadas de decisões, indefinidamente. Consegue, assim, coordenar ações com palavras, pensamentos e sentimentos.

Pela descrição de suas experiências de vida diária, o paciente torna-se familiar com o fato de que a ação é o dado de base sobre o qual o comportamento humano, a mútua compreensão e a comunicação são edificados; deve, então, aceitar a seqüência: ação-percepção-codificação-expressão. Quando isto é estabelecido podemos dizer que a comunicação foi bem sucedida.

As características básicas da comunicação bem sucedida são flexibilidade, eficiência, propriedade e resposta.

A flexibilidade requer do terapeuta, habilidade em estabelecer novos objetivos para a satisfação de necessidades emergentes em cada situação; ele tem de considerar que cada pessoa é única e está constantemente em processo de mudança; ser flexível não é tarefa fácil, pois requer abandono de objetivos planejados e elaboração de novos e, muitas vezes, em tempo escasso.

Para que a eficiência esteja presente na comunicação é necessário que as mensagens enviadas tenham clareza, simplicidade e sejam transmitidas quando o receptor está apto para ouvir; a eficiência elimina jargões hospitalares, linguagem rebuscada e ambi-

güidade.

A fim de que a mensagem tenha propriedade, ela deve ser relevante para a situação em que se encontram terapeuta e cliente; tem de responder à mensagem do paciente como um todo de modo coerente, sem menosprezar ou supervalorizar uma ou outra parte.

Ruesch dá o nome de "resposta" ao processo de observação do efeito da mensagem e correção da informação. A resposta tem função reguladora da comunicação, e informa o outro sobre o impacto de sua própria comunicação. A resposta provê a pessoa de um modelo de informação que é a base para a tomada de decisão e controle da ação. A personalidade é o resultado de dotação genética, modificada pela ação da comunicação desenvolvida com outras pessoas e que terminam por conduzir as ações de vida diária.

O processo terapêutico é visto, então, como um intercâmbio interpessoal de mensagens, que exerce influência corretiva sobre os participantes da situação interpessoal. A observação de tais efeitos e a correção da informação inicial são chamadas "resposta". A pessoa mentalmente sadia adquire habilidade em corrigir informação errônea, ou seja, melhorar seu próprio desempenho; a pessoa mentalmente doente perde esta capacidade, cuja recuperação depende das respostas corretivas que venha a receber de outras pessoas. O paciente recupera-se quando readquire a capacidade de se comunicar livremente e quando seu corpo de informações corresponde aos eventos que estão ocorrendo. Informação correta é, portanto, a chave que abre as portas para a saúde mental.

Para Ruesch a comunicação com efeito terapêutico não deve ser limitada apenas a psicoterapeutas; ela deve abranger os processos educacionais, de aconselhamento em geral e mesmo os relacionamentos de amizade. O autor afirma que muitas pessoas usam a

comunicação de modo terapêutico sem perceber que o fazem. Os profissionais da área de saúde, entretanto, têm o dever e a responsabilidade de se esforçar para tornar terapêutica a comunicação com o cliente.

Pode-se concluir que para Ruesch:

. a comunicação é o componente central da saúde mental;

. as perturbações mentais só podem ser percebidas pela comunicação do paciente com os demais;

. todo tratamento psiquiátrico deve ter como objetivo central o restabelecimento da comunicação efetiva (correção da informação).

Pelos conceitos expostos no referencial teórico fica evidente a importância de cada enfermeira envidar esforços para se comunicar terapêuticamente com o paciente, tornando cada uma de suas ações a mais efetiva possível.

Como cada momento é único e não se repete, tendo em vista as peculiaridades pessoais, de tempo e de espaço e que a saúde mental está diretamente relacionada com a comunicação interpessoal, a enfermeira tem de tornar cada palavra, cada ação, cada gesto, em suma, sua comunicação em um momento terapêutico.

OBJETIVOS

Considerando o problema apresentado inicialmente e os aspectos ressaltados na revisão de literatura, o objetivo geral deste estudo foi verificar a influência que um instrumento de ensino, de técnicas de comunicação terapêutica, tem sobre o aprendizado de comunicação terapêutica, dos alunos do curso de graduação em enfermagem.

São objetivos específicos:

1. verificar as modificações provocadas na frequência de uso de técnicas de comunicação terapêutica pelo emprego do instrumento de ensino;

2. verificar as modificações provocadas na adequação do uso de técnicas de comunicação terapêutica pelo emprego do instrumento de ensino.

M E T O D O L O G I A

População

Este trabalho foi realizado a partir da análise do registro da comunicação verbal ocorrida nas interações aluna-paciente, no processo de relacionamento terapêutico, de alunas do sétimo e oitavo semestres do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, ao cursarem a disciplina Enfermagem Psiquiátrica I, no ano de 1982. Constituíram, portanto, a população deste estudo os alunos pertencentes ao Grupo I — Grupo controle — do primeiro bimestre do primeiro semestre letivo e do Grupo II — Grupo experimental — do primeiro bimestre do segundo semestre letivo. Este último grupo vem com uma bagagem de conhecimento a mais que o grupo controle (as alunas cursaram a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem). Em estudo preliminar, realizado com três grupos de alunas, que cursaram a disciplina Enfermagem Psiquiátrica I em 1981, verificou-se que as alunas do segundo semestre demonstraram apenas mais facilidade para abordar o paciente. Não se verificou, entretanto, aumento da frequência, nem mais adequação no uso das técnicas de comunicação terapêutica e nem aumento do número de entrevistas realizadas.

Fizeram parte do estudo os alunos não incluídos nas seguintes categorias:

- transferido de outra escola;
- obstetritz fazendo complementação em enfermagem, porque esta é formada em curso com currículo diferente e, em geral, já tem experiência profissional;
- alunos do sexo masculino, pois, a pesquisadora sabia previamente ser muito pequeno o seu número — 2 —, o que não permitiria um estudo sobre a variável sexo;
- os que entregaram o registro das interações de 3 a 4 semanas após o início do processo de relacionamento terapêutico, porque isto poderia interferir na fidedignidade dos dados registrados.

procedimentos

Orientação às alunas.

As alunas dos grupos controle e experimental, como vem sendo feito há anos, receberam nove horas de aulas teóricas, em sala de aula, sobre relacionamento terapêutico e tiveram sete horas de discussão em grupo sobre o mesmo assunto, após leitura da bibliografia indicada. Destas, três horas foram dedicadas à comunicação terapêutica.

As alunas de ambos os grupos receberam uma lista contendo o nome de 25 técnicas de comunicação terapêutica (Anexo II), para que a consultassem ao planejar a comunicação a ser mantida com o paciente, nas interações desenvolvidas no processo de relacionamento terapêutico.

No ensino do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente foram abordados conceitos básicos, fases, medidas terapêuticas e o instrumento essencial para o seu desenvolvimento que é a comunicação terapêutica. O esquema do conteúdo da aula sobre este assunto específico, foco deste trabalho, foi o que segue.

- . Conceito
- . Importância e objetivos
- . Modos não terapêuticos de comunicação
- . Barreiras à comunicação terapêutica
- . Técnicas (estas foram ministradas segundo o conteúdo que consta na introdução deste trabalho, no item "técnicas de comunicação terapêutica")
- . Aplicabilidade em outras áreas da enfermagem.

Após estas aulas as alunas receberam orientação sobre desenvolvimento do processo de relacionamento terapêutico enfermeira-paciente.

O ensino ministrado durante a experiência de campo é efetuado em um hospital governamental da cidade de São Paulo, que atende pacientes de ambos os sexos, adultos e crianças, com manifestações de doença mental, em unidades de ambulatório e de internação. As alunas só desenvolvem o processo de relacionamento terapêutico com pacientes adultos, de ambos os sexos, internados nas unidades do hospital.

No desenvolvimento do processo de relacionamento há um aspecto formal que chamamos de entrevista. Esta tem um horário pré-determinado e é planejada em termos de objetivos, medidas terapêuticas de relacionamento e técnicas de comunicação terapêutica que serão utilizadas para atingir os objetivos propostos para cada interação.

A aluna é orientada a anotar, durante a entrevista, toda comunicação verbal e não-verbal havida entre ela e o paciente para depois registrá-la no diário (Anexo I) e analisá-la, como preconizado por PEPLAU (1952, 1968 b) e TRAVELBEE (1969).

No grupo experimental, além das aulas já citadas, houve discussão dos exemplos de comunicação, ocorrida entre alunas e pacientes, apresentados no Anexo III. No mesmo são listados exemplos do uso de técnicas de comunicação terapêutica (exemplos números 1,2,3,4,5,6, 8,9,10,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23, 25,27,30) e do uso inadequado da comunicação (exemplos números 7,12,14,16,24,26, 28,29). Estes últimos foram incluídos, em menor número, para estimular a reflexão dos alunos, do grupo experimental, sobre a comunicação havida, o porquê da inadequação da mesma e que técnica de comunicação terapêutica poderia ser usada na situação apresentada.

Cada exemplo foi discutido quanto à identificação da técnica utilizada, adequação da mesma e, no caso da comunicação contida no exemplo não ser adequada, que outra técnica poderia ser empregada. Foi permitido às alunas extrapolarem os diálogos apresentados para situações diversas das apresentadas nos exemplos.

As alunas foram avisadas de que, ao término da disciplina, teriam de entregar o diário — conduta habitual da disciplina em todos os grupos — e que o mesmo é utilizado para estudo e pesquisa com o objetivo de aprimorar a assistência ao doente mental.

As demais etapas do ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica I foram desenvolvidas, por todas as docentes, da forma habitual, sendo que a pesquisadora não participou do ensino no campo das alunas do grupo experimental.

Coleta de dados

As técnicas de comunicação terapêutica foram identificadas na leitura de toda comunicação verbal registrada pela aluna no diário (Anexo I), sendo este tipo de comunicação o foco deste estudo.

Para o estudo da frequência do uso de cada técnica considerou-se como unidade de estudo cada intervenção verbal da aluna que permitisse identificar uma das técnicas discutidas em sala de aula. Estas técnicas foram agrupadas em:

— expressão — técnicas que ajudam na descrição da experiência e expressão dos sentimentos e pensamentos sobre a mesma (perguntas de número 1 a 18 do Anexo II);

— clarificação — técnicas que ajudam a esclarecer o conteúdo expresso (perguntas de número 19 a 22 do Anexo II);

— validação — técnicas que ajudam a verificar a compreensão da mensagem (perguntas de número 23 a 25 do Anexo II).

A adequação da comunicação foi estudada em termos de cada aluna, após a leitura e avaliação de todas as interações havi-

das entre ela e o paciente. Considerou-se, para isto, se a aluna conseguiu, no uso das técnicas de comunicação terapêutica, levar o paciente à descrição de sua experiência e dos seus pensamentos e sentimentos sobre a mesma, à clarificação do conteúdo expresso e à sua validação.

Tratamento estatístico

Na comparação da distribuição de frequências de uso das técnicas, segundo os grupos, e do número médio de técnicas usadas pelas alunas de cada grupo, foram empregados, respectivamente, o teste de associação pelo qui-quadrado e o teste t de duas médias, com desvios padrão desconhecidos e não supostamente iguais.

Para os dois testes utilizados seguiu-se especificações de BEROUD et alii (1980), no nível de significância de 5%.

No estudo da adequação, para verificar a significância da diferença de determinadas proporções, aplicou-se o teste do qui-quadrado, com correção para continuidade, ao nível de significância (erro de primeira espécie) de 5% (SIEGEL, 1975).

R E S U L T A D O S E C O M E N T Á R I O S

Descrição da população

A população deste estudo foi constituída de 48 estudantes do sexo feminino, que cursaram a disciplina Enfermagem Psiquiátrica I, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no período estipulado para a coleta de dados em 1982. A idade das mesmas está contida na faixa etária de 20 a 30 anos.

Desta população, 24 alunas fizeram parte do grupo controle e 24 do grupo experimental.

Cada aluna desenvolveu o processo de relacionamento terapêutico com um paciente.

Caracterização dos pacientes.

As alunas realizaram o registro das interações ocorridas com 48 pacientes que são apresentados, a seguir, quanto à idade, sexo, escolaridade e diagnóstico.

Cabe ressaltar aqui o fato de serem as alunas que escolhem os pacientes para o desenvolvimento do processo de relacionamento terapêutico. Elas são orientadas a não escolher pacientes com diagnósticos de demência, epilepsia, oligofrenia, personalidade psicopática ou que sejam alcoolistas, toxicômanos ou que apresentem quadros psicóticos decorrentes de doença orgânica, em curso. São também orientadas a evitar pacientes com limitação da audição e da fala que prejudiquem a comunicação verbal. Isto porque, em se tratando de uma primeira experiência, não haveria tempo hábil para o aprendizado do processo de relacionamento terapêutico no período, de 8 semanas, destinado ao ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

Como consequência desta situação, a homogeneidade dos pacientes não foi controlada quanto a idade, sexo, escolaridade e diagnóstico.

A caracterização dos pacientes quanto à idade e sexo é apresentada na TABELA 1.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes, segundo idade e sexo, nos grupos controle e experimental.

IDADE	GRUPO CONTROLE			GRUPO EXPERIMENTAL		
	SEXO			SEXO		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
10 — 20	-	2	2	-	1	1
20 — 30	2	7	9	7	5	12
30 — 40	2	3	5	3	3	6
40 — 50	1	1	2	1	2	3
50 — 60	1	2	3	1	-	1
60 e mais	-	3	3	1	-	1
TOTAL	6	18	24	13	11	24

A caracterização dos pacientes quanto à escolaridade é apresentada na TABELA 2.

TABELA 2

Distribuição dos pacientes, segundo escolaridade, nos grupos controle e experimental

ESCOLARIDADE	GRUPO CONTROLE	GRUPO EXPERIMENTAL
nenhuma (analfabeto)	1	3
Primeiro grau		
.Cursou da 1 ^a à 3 ^a série*	2	2
.Completo a 4 ^a série	9	6
.Cursou da 5 ^a à 7 ^a série**	3	2
.Completo a 8 ^a série	6	7
Segundo Grau		
.Incompleto	2	3
.Completo	-	1
Terceiro Grau		
.Completo	1	-
TOTAL	24	24

*Alfabetizado ou que cursou apenas uma, duas ou três séries, ou parte da 4^a série do antigo Curso Primário.

**Cursou da quinta à sétima série, parcial ou completamente e, ainda, parte da quarta série do antigo Curso Ginásial.

O grupamento dos pacientes quanto ao diagnóstico pode ser visto na TABELA 3.

TABELA 3

Distribuição dos pacientes, segundo o diagnóstico, nos grupos controle e experimental.

DIAGNÓSTICO	GRUPO CONTROLE		GRUPO EXPERIMENTAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Quadro esquizofreniforme	15	62,5	19	79,2	34
Outros*	9	37,5	5	20,8	14	29,2
TOTAL	24	100,0	24	100,0	48	100,0

*Em outros foram incluídos os seguintes diagnósticos: no grupo controle — psicose maníaco-depressiva (3 em fase depressiva e 1 em fase de mania), neurose histérica (2), quadro psicótico orgânico transitório (1), arteriosclerose (1), psicose não especificada (1); no experimental — psicose maníaco depressiva (1 em fase depressiva), neurose histérica (1), surto psicótico em oligofrenia (1), psicose por drogas (1) e transtorno afetivo da personalidade (1). Foram preservadas, aqui, as denominações de doença que constam no prontuário do paciente.

Caracterização do uso das técnicas de comunicação terapêutica.

Foram analisadas 438 entrevistas, 196 do grupo controle e 242 do grupo experimental. Esta análise permitiu identificar que a frequência do uso das técnicas de comunicação terapêutica foi igual a 8.597 (100,0%) vezes. Destas, 3.136 (36,5%) foram usadas pelas alunas do grupo controle e 5.461 (63,5%) pelas alunas do grupo experimental.

É comum, no início do desenvolvimento do processo de relacionamento terapêutico, a aluna dizer que não se sente segura, que não sabe qual técnica utilizar, por isso demora certo tempo para iniciar o relacionamento com o paciente, o que não deve ter ocorrido com as alunas deste grupo experimental que fizeram maior número de entrevistas em igual período de estágio.

Na TABELA 4 são apresentados os resultados correspondentes à frequência do uso das técnicas de comunicação terapêutica, de acordo com grupamento estabelecido na Metodologia.

TABELA 4

Frequência do uso das técnicas, segundo grupamento feito, nos grupos controle e experimental.

GRUPAMENTO	GRUPO CONTROLE		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
EXPRESSÃO	3017	96,2	5145	94,2
CLARIFICAÇÃO	102	3,3	234	4,3
VALIDAÇÃO	17	0,5	82	1,5
TOTAL	3136	100,0	5461	100,0

$$\chi^2_o = 22,19$$

$$\chi^2_c = 5,99$$

O teste do qui-quadrado $(\chi)^2$ aplicado à frequência do uso das técnicas, segundo o grupo, revelou diferenças significantes entre eles com o valor do qui-quadrado observado igual a 22,19 para um valor crítico 5,99.

A frequência do uso de cada técnica encontra-se registrada no QUADRO.

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA E FREQUÊNCIA DE SUA UTILIZAÇÃO PELAS ALUNAS DOS GRUPOS CONTROLE E EXPERIMENTAL (EXTRAÍDAS DE 196 ENTREVISTAS NO GRUPO CONTROLE E 242, NO EXPERIMENTAL)

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO		FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO			
		GRUPO CONTROLE	GRUPO EXPERIMENTAL	TOTAL	
EXPRESSÃO	1. Permanecer em silêncio	122	253	375	
	2. Ouvir reflexivamente	33	61	94	
	3. Verbalizar aceitação	54	152	206	
	4. Verbalizar interesse	74	142	216	
	5. Usar frases incompletas	102	191	293	
	6. Repetir comentários feitos pelo paciente	59	208	267	
	7. Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente...	32	73	105	
	8. Fazer pergunta	1631	2366	3997	
	9. Fazer pergunta relativa aos dados comunicados	8	38	46	
	10. Introduzir problema relacionado	2	4	6	
	11. Devolver a pergunta feita pelo paciente	26	98	124	
	12. Usar frases descritivas	543	1125	1668	
	13. Manter o paciente no mesmo assunto.....	197	244	441	
	14. Permitir ao paciente que escolha o assunto.....	57	58	115	
	15. Colocar em foco a idéia principal.....	26	55	81	
	16. Verbalizar dúvidas.....	10	6	16	
	17. Dizer "não".....	18	19	37	
CLARIFICAÇÃO	18. Estimular expressão dos sentimentos subjacentes ,.....	23	52	75	
	19. Estimular comparações.....	19	33	52	
	20. Solicitar que esclareça termos incomuns.....	69	181	250	
	21. Solicitar que precise o agente da ação.....	12	20	32	
	22. Descrever os eventos em seqüência lógica.....	2	-	2	
	VALIDAÇÃO	23. Repetir a mensagem do paciente.....	-	18	18
		24. Pedir ao paciente para repetir o que foi dito.....	4	22	26
		25. Sumarizar o que foi dito na interação.....	13	42	55
TOTAL		3136 (36,5%)	5461 (63,5%)	8597 (100,0%)	

No QUADRO pode-se observar que o número de técnicas arroladas no grupamento expressão é maior (18 — 72,0%) que as listadas nos grupamentos clarificação (4 — 16,0%) e validação (3—12,0%).

Como se pode observar na TABELA 4, o percentual do grupamento de técnicas que ajudam na expressão (descrição da experiência, de pensamentos e de sentimentos) também é maior (96,2% no grupo controle e 94,2% no grupo experimental) que os percentuais dos grupamentos clarificação (3,3% no grupo controle e 4,3% no experimental) e validação (0,5% no grupo controle e 1,5% no experimental), mesmo se forem somados.

Isto se deve ao fato de que, inicialmente, as pessoas —paciente e aluna — se desconhecem e é necessário estabelecer clima de confiança que requer, antes de mais nada, conhecimento mútuo.

Na situação enfermeira-paciente tem-se de considerar que quem está com dificuldade de expressão é o paciente, e a enfermeira precisa de um mínimo de esclarecimento sobre ele para poder iniciar o processo de relacionamento terapêutico.

A aluna, além do desconhecimento do paciente, pode sentir-se mais ansiosa que a enfermeira já experiente, porque tem de vencer a barreira da própria insegurança; vale-se, então, mais prontamente, das técnicas que facilitam a expressão verbal e que, de certa forma, oferecem mais segurança, porque não implicam em tomada de decisão ou em ver-se obrigada a dar diretrizes para solução dos problemas do paciente, levantados no momento da conversação.

A frequência maior das técnicas que ajudam na expressão e descrição da experiência, de pensamentos e sentimentos pode ser devida ao fato de que, para ajudar o paciente a clarificar sua comunicação verbal ou para validar a mesma, as alunas valeram-se dessas técnicas como recurso auxiliar no uso das técnicas grupadas em clarificação e validação.

No grupo experimental, o percentual do uso das técnicas que ajudam na expressão e descrição da experiência de pensamentos e sentimentos (94,2%) diminuiu em relação ao uso das mesmas técnicas no grupo controle (96,2%), como pode ser visto na Tabela 4.

Podê-se constatar, além desta diminuição, o aumento do percentual das técnicas que ajudam na clarificação da comunicação verbal do paciente (4,3% no grupo experimental e 3,3% no grupo controle) e na validação da mesma (1,5% no grupo experimental e 0,5% no grupo controle).

Podê-se inferir, destes resultados, que o instrumento de ensino utilizado ofereceu mais segurança às alunas para utilizarem as técnicas de clarificação e validação mais prontamente, favorecendo o desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Segundo TOPF (1969), a tendência da aluna é usar, cada vez mais, modos terapêuticos de comunicação.

Não se quer afirmar, com isto, que as técnicas usadas para ajudar na expressão tenham menor valor que as demais; estas devem e terão de continuar sendo usadas, pois constituem a primeira etapa do processo de comunicação terapêutica; é por meio delas que a aluna vai se inteirar das experiências, dos sentimentos e dos pensamentos do paciente. Só depois de obter estes indícios poderá ela clarificar e validar as expressões verbais do paciente; poderá, então, intervir para ajudar o paciente, porque a comunicação não é

um fim em si mesma, mas um instrumento facilitador do alcance dos objetivos da assistência de enfermagem.

Para assegurar a validade do instrumento, estudou-se também o número médio de técnicas utilizadas por aluna, segundo grupamento feito para este estudo, que é apresentado a seguir.

TABELA 5

Número médio de técnicas utilizadas por aluna, segundo grupamento feito, nos grupos controle e experimental.

GRUPAMENTO	NÚMERO MÉDIO POR ALUNA	
	GRUPO CONTROLE	GRUPO EXPERIMENTAL
Expressão	125,7	214,4
Clarificação	4,2	9,7
Validação	0,7	3,4

O teste de duas médias aplicado ao número de técnicas utilizadas por aluna revelou diferenças significativas para os grupamentos expressão, clarificação e validação, segundo os valores constantes na TABELA 6.

TABELA 6

Resultado do teste de duas médias aplicado ao número médio de técnicas utilizadas por aluna.

GRUPAMENTO	GRAUS DE LIBERDADE	t observado	t crítico
Expressão	33	17,78	2,035
Clarificação	32	13,20	2,037
Validação	32	18,43	2,037

Como está expresso na TABELA 6 as diferenças foram significativas para os três grupamentos de técnicas, o que nos permite assegurar a validade do instrumento quanto ao aumento na frequência do uso das técnicas de comunicação terapêutica.

Após a leitura das interações de cada diário, foi avaliado se houve adequação quanto ao uso das técnicas pelas alunas. Considerou-se que houve adequação quando se observou, na leitura, que a aluna conseguira, com o uso das técnicas, ajudar o paciente na expressão, clarificação e validação de suas experiências, seus pensamentos e seus sentimentos.

Os resultados do estudo quanto à adequação podem ser vistos na TABELA 7.

TABELA 7

Distribuição das técnicas, segundo a adequação, de acordo com gruppamento feito, nos grupos controle e experimental.

ADEQUAÇÃO	GRUPO		GRUPO	
	CONTROLE		EXPERIMENTAL	
	Nº	%*	Nº	%*
Expressão	23	95,8	24	100,0
Clarificação	22	91,7	23	95,8
Validação**	8	33,3	19	79,2

*Percentagem calculada sobre o total de alunas de cada grupo.

$$** x_0^2 = 8,46$$

$$** x_c^2 = 3,84$$

O teste do qui-quadrado aplicado às proporções de dois grupos revelou que a proporção das técnicas na categoria validação (33,3%), no grupo controle, é significativamente menor que no grupo experimental (79,2%), com x^2 observado = 8,46 e crítico = 3,84. Embora tenha havido esta diferença significativa percebe-se que 5 alunas do grupo experimental não conseguiram validar a comunicação do paciente, o que nos obriga a continuar avaliando o modo de ensinar as técnicas de comunicação terapêutica pois o ideal seria que todas as alunas se desenvolvessem até nível .

A ajuda na expressão foi atingida pela maioria (23— 95,8%) das alunas do grupo controle e por toda população do grupo experimental (24— 100,0%); apenas uma aluna do grupo controle não conseguiu atingir tal objetivo. Este fato, entretanto, sugere que a ajuda ao paciente na descrição

sua experiência é o primeiro passo para o pleno desenvolvimento do processo de relacionamento terapêutico. Poder-se-ia pensar que talvez o paciente não tivesse experiências para relatar, mas, pelo menos a da internação, no momento, era uma experiência do aqui e agora do paciente. Este fato assume significação mais profunda quando se sabe que a ajuda ao paciente para a resolução dos seus problemas, do aqui e agora, é uma das funções da enfermeira (PEPLAU, 1952; STUART & SUNDEEN, 1983).

Segundo PEPLAU(1952), SULLIVAN(1953 a,b), HAYS & LARSON(1970) e KARSHMER(1982), quando se consegue que o paciente descreva sua experiência, abre-se o caminho para a exploração da significação da mesma, para ele, e é neste aspecto que ele realmente precisa de ajuda. Descrita a experiência, o paciente torna-se capaz de começar a refletir construtivamente sobre suas dificuldades, seus verdadeiros pensamentos e sentimentos, como ele os percebe, e não como os outros os identificam. Para tanto a enfermeira deve manter-se atenta ao que o paciente fala, tentando perceber os assuntos que se repetem e os indicadores de manifestações de ansiedade.

Quanto à clarificação, percebe-se que 22(91,7%) alunas do grupo controle conseguiram ajudar o paciente a clarificar suas experiências, pensamentos e sentimentos, sendo que, no grupo experimental, 23(95,8%) atingiram o mesmo objetivo. O fato de uma aluna no grupo experimental não ter recorrido à clarificação pôde ser explicado com a análise das suas interações uma vez que o paciente, expressava-se com clareza.

Para completar os comentários da TABELA 7, pode-se concluir que os resultados em relação à validação permitem a afirmação de que o instrumento utilizado tem seu valor assegurado porque este é o aspecto básico e essencial de todo processo interpessoal com objetivo terapêutico e deve ser observado, durante todo o de-

envolvimento do mesmo, como afirma PEPLAU(1952), SULLIVAN(1953 a,b) HAYS & LARSON(1970), TRAVELBEE(1969), entre outros.

A seguir apresentamos os comentários de cada técnica, tomada isoladamente ou em conjunto, quando o inter-relacionamento das técnicas assim o permitiu, independentemente de sua frequência e do grupamento em "expressão", "clarificação" e "validação".

Ouvir reflexivamente, permanecer em silêncio e fazer pergunta

O uso das técnicas "ouvir reflexivamente" e "permanecer em silêncio", em geral, provocam ansiedade nas alunas, mas foram usadas com sucesso, uma vez que estimularam a comunicação verbal dos pacientes assistidos por elas ("permanecer em silêncio" , 122 vezes no grupo controle e 253 no experimental; "ouvir reflexivamente", 33 vezes no grupo controle e 61 no experimental, como pode ser visto no QUADRO).

Algumas alunas toleram ouvir e usar o silêncio , terapeuticamente, por mais tempo, outras menos; percebe-se, entretanto, que, com o tempo, a aluna começa a se utilizar de perguntas para motivar o paciente a se comunicar verbalmente.

No presente estudo só se verificou resultado negativo com o uso de pergunta com um paciente. A aluna crivou o paciente de perguntas, não deu tempo para que ele elaborasse as respostas e, isto chegou a irritá-lo a ponto dele verbalizar seu desconforto, fato este registrado pela aluna até em seus comentários.

A técnica "fazer pergunta" foi utilizada 1631 vezes no grupo controle e 2366 no experimental (QUADRO).

Segundo PEPLAU(1952), perguntas não devem ser usadas

com muita freqüência; no início do relacionamento terapêutico, interrogações diretas devem ser evitadas, como por exemplo frases começadas por "por que?" e "como?"; e, perguntas que permitam respostas que deixam a enfermeira sem recursos para dar continuidade ao diálogo também devem ser evitadas. O "por que?" e o "como?" empregados no início das frases tornam a pergunta agressiva, levando o paciente a sentir-se como num interrogatório (SCHULLMAN et alii, 1964).

O estudo confirmou que perguntas podem ser usadas com critério e quando são pertinentes ao assunto que está sendo tratado no momento. Deve-se fazer uma pergunta de cada vez, para dar tempo ao paciente de elaborar suas respostas, usar linguagem acessível ao paciente, repetir a mesma se necessário e validar com o paciente a compreensão da pergunta feita.

Neste estudo, mesmo obtendo respostas satisfatórias, as alunas questionaram se não foram usadas perguntas em demasia; algumas concluíram que realmente usaram-nas em excesso, não chegando, entretanto, a prejudicar a comunicação do paciente; outras afirmaram saber que devem se esforçar mais por usar outras técnicas, e outras ainda, concluíram que a pergunta foi a melhor técnica para ajudar o paciente naquele momento.

A pergunta pode ser usada, desde que com propriedade, principalmente quando a enfermeira quer obter informações específicas do paciente. Esta assertiva é corroborada por WILSON & KNEISL (1979). Segundo estas autoras as perguntas devem ser feitas somente quando a finalidade for a de estimular o paciente a dar continuidade ao assunto e esclarecer suas idéias.

Exemplo:

Aluna: — Senhor..., na entrevista anterior o senhor me disse que gostaria de falar sobre suas verdades, isto é, coisas que foram ou são importantes para o senhor (tentando atingir o objetivo proposto na entrevista anterior, chamando-o pelo nome, colocando em foco a idéia principal, verbalizada pelo paciente).

Paciente: — É sim, senhora. (Sorriu e permaneceu em silêncio).

A aluna permaneceu em silêncio, usando-o como técnica terapêutica e, após algum tempo, perguntou:

— O senhor gostaria de falar sobre isto?

Paciente: — É sobre coisas importantes e que são mais importantes e que eu valorizo.

Aluna: — Sei continue.

Aqui, a aluna começa a usara técnica "ouvir reflexivamente".

Paciente: — Estou sentindo bem melhor junto com a senhora e as conversas. Já estou me sentindo outra pessoa.

Aluna: — Estou ouvindo senhor...

Paciente: — Quero falar a respeito das..., das pequenas palavras, bem em detalhes que me convencem e convencem as pessoas.

Aluna: — O que o senhor quer dizer com isto?

A partir deste momento o diálogo prosseguiu e o paciente foi capaz de continuar descrevendo suas experiências.

Pelo trecho exposto podemos ver que a aluna valeu-se das técnicas "permanecer em silêncio", "fazer pergunta" e "ouvir reflexivamente", para ajudar o paciente a expressar seus pensamentos e sentimentos. Isto ocorreu na quinta entrevista entre aluna e paciente; este limitava-se, até então, a responder às perguntas que lhe eram feitas com frases curtas, e era considerado, na unidade, como um "paciente de difícil contato e que permanecia a maior parte do tempo no leito".

A aluna, ao usar estas técnicas associadas, corrobora a declaração de MERENESS & TAYLOR (1978) de que o ouvir implica em silêncio mas não em passividade. Ao fazer pergunta, ouvir e permanecer em silêncio a aluna demonstrou ao paciente que estava atenta, participante, mesmo com um mínimo de participação verbal.

A aluna, ao usar a técnica da pergunta, tem de estar alerta para evitar interrogatório, pois, este pode ser percebido pelo paciente como uma ameaça à sua segurança como afirmam PEPLAU (1968b), MERENESS & TAYLOR (1978) entre outros.

Verbalizar aceitação e verbalizar interesse

"Verbalizar aceitação e verbalizar interesse" denotam respeito pelo paciente e consideração por ele como pessoa, que pode manifestar seu comportamento sem ser julgada ou rejeitada. Estas técnicas foram usadas com maior frequência pelo grupo experimental e foram úteis na individualização da assistência ao paciente. Chamá-lo pelo nome, e dar-lhe a entender que percebe os seus progressos e esforços, auxiliam-no a recuperar seu senso de identidade e sentir-se digno de respeito e aceitação, recobrando, assim, sua auto-estima, em geral diminuída em pessoas com problemas men-

tais. Verbalizar aceitação foi usada 54 vezes no grupo controle e 152 no experimental; verbalizar interesse foi usada 74 vezes no grupo controle e 142 no experimental (QUADRO).

Exemplo 1:

A paciente só falava sobre o conteúdo de suas idéias delirantes. Após alguns momentos a aluna mostrou algumas dobraduras que havia feito.

Aluna: — Você gosta de dobraduras?

Paciente: — Gosto. Com esta cegonha eu sei fazer uma estrela. Posso mostrar?

Aluna: — Claro!

A paciente faz a estrela e a aluna pergunta:

Aluna: — Você sabe fazer outras dobraduras?

Paciente: — Sim, eu sei fazer caixa, balão...

Aluna: — Como você faz caixa? Eu não sei fazer.

Paciente: — Ah! É fácil (sorri). Você não sabe?

Aluna: — Não, você me ensina?

Paciente: — Ensino; primeiro a gente tem que pegar um quadrado e...

Mantiveram o diálogo por aproximadamente vinte minutos. Neste diálogo ficou evidente que demonstrar e verbalizar aceitação do comportamento da paciente (ouvi-la expressar o conteúdo delirante de suas idéias e permitir-lhe que fizesse a estrela, e interessar-se pelo que ela fez ou disse foram de importância fundamental

para mantê-la com a atenção centrada na realidade, percebendo-se a si própria como ser útil e capaz de fazer alguma coisa.

A aluna valeu-se de um recurso auxiliar simples e de técnicas de comunicação terapêutica para atingir os objetivos propostos para esta entrevista. Quando notou que a paciente estava tendo percepção do meio ambiente, aproveitou o momento para lhe lembrar que seu estágio, como aluna, naquele hospital, estava próximo do fim.

Exemplo 2:

Paciente muito queixosa, raramente falava com as outras pessoas.

Aluna: — Bom dia Dona... (disse o nome da paciente).

Paciente: Olhou para a aluna sorrindo e disse:

— Olha, você sabe meu nome, que bom.

A partir de então tornou-se mais fácil para a aluna obter a confiança da paciente.

Chamar o paciente pelo nome é o modo mais simples de verbalizar interesse, fato que, em geral, é pouco lembrado pelos profissionais da área de saúde.

Isto ajuda o paciente a conversar ou desenvolver seu senso de identidade (HAYS & LARSON, 1970; PEPLAU, 1962) e a perceber que ainda existe no mundo e tem um nome.

Usar frases incompletas

Repetir comentários feitos pelo paciente

Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente

"Usar frases incompletas" (102 vezes no grupo controle e 191 no experimental), repetir comentários feitos pela paciente (59 vezes no grupo controle e 208 no experimental — QUADRO) e "repetir as últimas palavras" ditas por ele (32 vezes no grupo controle e 73 no experimental — QUADRO), são técnicas úteis para manter o paciente no mesmo assunto, ajudá-lo a refletir sobre o mesmo e a explorar, com mais profundidade, determinado aspecto surgido na comunicação enfermeira-paciente.

Estas técnicas muitas vezes são associadas, como pode ser visto no exemplo descrito a seguir.

Diálogo com paciente ansioso que, se limitava a responder às perguntas que eram feitas.

Aluna: — Com que idade o senhor entrou na escola?

Paciente: — Entrei com sete anos.

Aluna: — Entrou com sete anos e...

Paciente: — Repeti dois anos o segundo ano.

Aluna: — Repetiu duas vezes o segundo ano primário...

Paciente: — No terceiro e quarto anos fui o melhor aluno da escola, passei direto.

Aluna: — Como foi o ginásio?

Paciente: — Não repeti nenhum ano.

Aluna: — E depois...

Paciente: — Depois aconteceu tudo aquilo que eu contei. Eu saí para servir o exército e fiquei doente

Aluna: — Doente...

Paciente: — É, fiquei doente espiritualmente. Algo espiritual quer brigar com você e eu não deixo.

Vemos que, com o simples repetir de comentários ou das últimas palavras do paciente, de modo incompleto ou reticente, a aluna conseguiu levá-lo a expressar-se sobre seus estudos, o que era um de seus objetivos, e ajudá-lo a precisar a época em que ficou doente.

Quando a pessoa apresenta grau de ansiedade elevado, estas técnicas, em geral, surtem efeito benéfico, pois, com um mínimo de interferência, dá-se maior oportunidade para que ela se expresse.

Se analisarmos o diálogo vamos perceber que estas técnicas também auxiliam o "ouvir reflexivo", pois, ao mesmo tempo que dão uma linha de direção ao assunto tratado, transmitem ao paciente a sensação de ser ouvido e compreendido.

Devolver a pergunta feita pelo paciente

A técnica "devolver a pergunta feita" foi usada 26 vezes no grupo controle e 98 vezes no grupo experimental (QUADRO).

Em geral, a aluna vale-se desta técnica quando o paciente procura obter dados pessoais da mesma, ou quando ele quer que a aluna emita opinião sobre os problemas dele, paciente. Devolver a pergunta feita é o mesmo que lhe dizer que o foco da interação é a pessoa dele, o que ele pensa e o que ele faz.

Exemplo 1:

O paciente queria informações sobre sua alta.

Paciente: — Será que a médica me dá licença se eu for lá, agora, falar com ela?

Aluna: — O que o senhor acha?

Paciente: Olhou para a aluna e disse:
— Eu vou lá (levantou-se e saiu).

Neste exemplo, a simples devolução da pergunta fez com que o paciente tomasse a decisão; com isto, a aluna, aos poucos, ajuda o paciente a perceber-se como pessoa capaz, ainda, de tomar decisões, o que promove o desenvolvimento de sua auto-estima e conseqüentemente a sua sensação de segurança.

Exemplo 2

Após um período de silêncio na interação entre aluna e paciente este disse:

— Você sabe que existe um ser superior no mundo, uma figura principal, não é?

Aluna: — O senhor acha que existe?

Paciente: — Você não acha...o deus, a terra, o céu, o mar...

Aluna: — O que o senhor acha?

Paciente: — Esta figura sou eu. Tenho certeza. Sou o rei da natureza.

A aluna conseguiu, neste diálogo, sem induzir o paciente, perceber que o mesmo ainda apresentava sintomas de sua doença.

Segundo WILSON & KNEISL (1979), esta técnica encoraja o paciente a refletir sobre seus problemas e a dar informações adicionais.

Fazer pergunta relativa aos dados comunicados e introduzir problema relacionado

Fazer pergunta relativa aos dados (8 vezes no grupo controle e 38 vezes no experimental) e introduzir problema relacionado (2 vezes no grupo controle e 4 vezes no experimental — QUADRO), são técnicas que tiveram baixa frequência de uso, principalmente no grupo controle. Tais técnicas devem ser mantidas no ensino da comunicação terapêutica, pois há situações em que o paciente não consegue analisar objetivamente seu próprio problema. Ao ouvir uma pergunta relativa aos dados comunicados ou a descrição de um problema relacionado ao seu problema, o paciente percebe sua capacidade e limitação para avaliar suas próprias condições. Este fato faz com que ele se sinta, então, capaz de tomar decisões a seu próprio respeito sem que lhe dêem conselhos ou resolvam por ele.

Exemplo:

O paciente estava ansioso por sair do hospital. Embora houvesse apresentado remissão de alguns sintomas ainda não tinha condições de receber alta hospitalar. Estava chorando, quando a aluna o abordou e disse:

— Senhor., eu compreendo como se sente.

Paciente: — Eu estou bem...espero voltar para casa. (Parou de chorar e olhou para a aluna:)

Aluna: — Eu sei que é muito difícil para o senhor. Talvez tenha de esperar mais um pouco para ter licença ou alta. Como se sentiria se voltasse para casa agora?

Após alguns segundos de silêncio de ambos o paciente disse:

— É... acho que tenho que ter mais paciência.

A aluna ao fazer uma pergunta relacionada com o problema do paciente fez com que ele pensasse mais efetivamente sobre suas reais condições.

Às vezes a ansiedade não permite a análise realística da situação e quando alguém expõe o problema como ele é realmente e faz pergunta a ele relacionada, a pessoa torna-se capaz de avaliar suas decisões (HOFLING et alii, 1970).

Após a análise das situações em que estas técnicas foram usadas, acreditamos que devam ser agrupadas somente em "fazer pergunta relativa aos dados comunicados" porque, mesmo quando se "introduz um problema relacionado", tem-se de fazer, a seguir, uma pergunta relacionada ao problema descrito para que o paciente dê continuidade ao assunto.

Usar frases descritivas

"Usar frases descritivas" ocupa o segundo lugar em frequência do uso das técnicas (543 no grupo controle e 1125 no experimental — QUADRO). Isto se justifica porque o compromisso de relacionamento terapêutico com o paciente, as explicações sobre rotinas

nas da unidade e o esclarecimento de dúvidas são feitos por meio de frases explicativas ou descritivas.

Exemplo 1:

Paciente: — Você vai me ajudar?

Aluna: — Eu estou aqui porque quero ajudá-lo no seu tratamento, para que o senhor melhore e possa ir embora.

Paciente: — Ah! Entendo.

Exemplo 2:

Paciente: — Você é filha do... e neta de...

Aluna: — Não, eu sou..., aluna da Escola de Enfermagem, e estou aqui para ajudá-lo no seu tratamento.

Paciente: — Você é...

Aluna: — Não, o senhor está me confundindo com outra pessoa. Meu nome é...

Exemplo 3:

O paciente estava preocupado com a convocação dos familiares para conversarem com o médico.

Paciente: — O médico falou que convocou minha família. A senhora sabe quando eles virão?

Aluna: — Eles foram convocados para hoje às 16h e 30m.

Paciente: — A senhora também vai falar com meus filhos?

Aluna: — Vou tentar.

Paciente: — Então, se a senhora falar com eles, pergunte por-
quê não vieram me visitar e se eles trouxeram roupa e
cigarro.

Aluna: — Assim que souber, mando avisar o senhor ou virei
pessoalmente.

Paciente: — Será que vou ter alta logo?

Aluna: — Não sei, precisamos falar com seu médico.

Não foi verificado, de modo geral, impropriedades de
linguagem como uso de jargão profissional, de linguagem resbucada
ou inacessível à compreensão do paciente.

Permitir ao paciente que escolha o assunto

A freqüência no uso da técnica "permitir ao paciente
que escolha o assunto" foi quase a mesma nos dois grupos, 57 vezes
no controle e 58, no experimental (QUADRO).

O uso desta técnica oferece oportunidades ao pacien-
te para falar sobre suas particularidades ou sobre assuntos que
ainda não foram abordados. Desenvolve no paciente senso de respon-
sabilidade em relação ao seu plano terapêutico e promove sua parti-
cipação ativa no mesmo.

Exemplo 1:

Após um período de silêncio.

Aluna: — Se o senhor quiser, pode me contar quais são os outros problemas.

Paciente: — Sim, eu tenho dor de dente, eu preciso ir ao dentista, mas eu tenho outros problemas físicos também. Podemos falar sobre isso ?

Aluna: — Continue senhor...

O paciente prosseguiu relatando alguns fatos.

Exemplo 2:

O paciente falava superficialmente sobre vários assuntos. A aluna resolveu pedir para que falasse sobre um, especificamente.

Aluna: — O senhor gostaria de falar sobre um assunto específico?

Paciente: — Em específico não, vou contar alguma coisa da minha vida.

Aluna: — Estou ouvindo.

Paciente: — Eu vivo com a minha mãe. Só nós dois, aqui, em um apartamento...

A aluna conseguiu que o paciente falasse sobre sua família e sua primeira internação por vários minutos, coisa que não havia conseguido até então.

Às vezes esta técnica é utilizada, também, para planejar as interações futuras e estimular no paciente sua participação no processo de relacionamento terapêutico.

Exemplo 3:

Aluna: — Há algum assunto que o senhor gostaria de abordar na próxima entrevista?

Paciente: — Tenho, sobre minha escola.

A aluna, no uso desta técnica, atendeu às considerações de HAYS & LARSON (1970), ou seja, conseguiu que o paciente se percebesse como elemento participante na entrevista, tomando a decisão de falar sobre um determinado assunto. Ao ouvir o relato do paciente a aluna ou enfermeira pode perceber os temas repetidos nos diversos assuntos abordados e, a seguir, colocá-los em foco, de acordo com a importância dos mesmos.

Colocar em foco a idéia principal

Esta técnica foi utilizada 26 vezes pelas alunas do grupo controle e 55 vezes no grupo experimental (QUADRO).

As alunas a usaram sempre que os pacientes desviavam-se dos objetivos propostos para o diálogo, ou quando relatavam fatos com minúcias desnecessárias.

Exemplo:

A aluna estava tentando obter dados sobre o comportamento da paciente durante a sua permanência, em casa, no fim de semana. A paciente ao voltar à unidade de internação apresentou seu marido à aluna. Minutos mais tarde, durante a entrevista:

Aluna: — Eu conversei com seu marido e ele me disse que a se
nhora fez compras e...

Paciente: — O que a senhora achou dele?

Aluna: — Como assim Dona...?

Paciente: — Porque eu acho ele muito nervoso por causa do trabal
lho. Quem fica lidando com fregueses e trabalha em co-
mércio está sempre em atividade. Mas ele é um ótimo pai
de família...

Aluna: — A senhora me dizia o que fez em casa. Na sexta-fei-
ra a senhora voltou e...

Paciente: — Limpei a casa e à noite fui a um velório.

Pausa.

Aluna: — E no sábado?

A seguir a paciente fez um relato das compras que ha-
via feito e da festa a qual havia ido. Após disse:

— Mas eu achei a licença muito curta. Eu preciso sair
para fazer compras. Minhas filhas estão no curso da
Igreja. Uma de minhas filhas quer fazer um curso... (con-
tinuou falando sobre várias outras coisas e foi inter-
rompida pela aluna).

Aluna: — Espere um pouquinho Dona... nós estávamos falando
sobre o que a senhora fez em casa.

No desenvolvimento do diálogo a paciente introduziu
várias vezes outros assuntos não pertinentes a sua estada em casa

e a aluna retomou a idéia principal com frases, como "A senhora encontrou seus filhos?", "Continuando, no domingo o que a senhora fez?"

Ao retomar o tema central da conversação, observamos que a aluna conseguiu manter a paciente no mesmo assunto coerente - mente, e levou-a a descrever e analisar como foi o seu fim de semana, a falar de si mesma.

O uso desta técnica leva o paciente a refletir sobre suas áreas de real preocupação, o que facilita a exploração de pensamentos e sentimentos sobre as mesmas. Conseqüentemente, torna-se mais fácil o encontro de soluções para os seus problemas (SULLIVAN, 1953 a,b; SCHULLMAN et alii, 1964).

Estimular expressão de sentimentos subjacentes e solicitar que esclareça termos incomuns

"Estimular a expressão dos sentimentos subjacentes" não é das técnicas mais fáceis de serem usadas; implica em conhecimento mais profundo da pessoa e exige interpretação do que ela diz. A enfermeira corre o risco de não ser acurada na verbalização do que está implícito. Para SULLIVAN(1953 a), consiste em tornar explícito o conteúdo das frases ditas pelo paciente.

Por outro lado, esta técnica exige também um certo grau de maturidade emocional para que a aluna não confunda seus próprios sentimentos com os do paciente.

Podemos acreditar que o instrumento utilizado encorajou ou ofereceu mais segurança às alunas para recorrerem mais vezes a esta técnica, uma vez que seu uso foi mais freqüente no grupo experimental, 52 vezes, em relação ao controle, 23 vezes (QUADRO).

Em geral a aluna tem de recorrer à técnica "pedir ao paciente que esclareça termos incomuns" antes de "estimular a expressão de sentimentos subjacentes", para usar esta última de modo mais acurado.

A solicitação de esclarecimentos foi usada 69 vezes pelo grupo controle e 181, pelo experimental (QUADRO).

Estas técnicas são de fundamental importância porque os pacientes com distúrbios mentais muitas vezes recorrem à linguagem figurada.

Exemplo:

Paciente: — ... Acho que vai ser difícil minha família mudar daqui.

Aluna: — Senhor..., existe alguma outra dificuldade para concretizar esse plano que o senhor tem?

Paciente: — É, eu também estou em fase "difini fim".

Aluna: — Desculpa-me, mas não entendi.

Paciente: — "Difini fim".

Aluna: — Desculpa-me, ainda não entendi, o senhor pode escrever aqui no papel?

Paciente: — Escrevo sim, senhora.

Escreveu e disse:

— Agora a senhora entende?

A aluna leu o que estava escrito e disse:

— O que significa isto para o senhor?

Paciente: — É... assim (franziu a testa e gesticulou a mão colocando-a na cabeça), ... ainda não estou muito bem... (olhou para a aluna).

Aluna: — O senhor talvez esteja querendo me dizer que o senhor terá de esperar até sair daqui, ficar melhor para executar seus planos?

Paciente: — É, sim senhora (sorriu, tossiu e pediu desculpas).

O uso destas técnicas comumente se dá quando o paciente apresenta dificuldade em se expressar claramente (HAYS & LARSON, 1970; SULLIVAN, 1953 a).

Em geral, antes de tentar expressar os sentimentos implícitos do paciente, a enfermeira solicita a ele esclarecimentos sobre a significação do conteúdo que é expresso. De posse do conhecimento que tem do comportamento do paciente e do que ele expressa no momento, a enfermeira torna-se mais segura para estimular a expressão de sentimentos perturbadores, que ele não se sente seguro em manifestar.

Dizer "não"

Esta técnica foi usada por ambos os grupos sempre que surgiu momento oportuno. Esta técnica foi usada 18 vezes no grupo controle e 19 vezes no experimental (QUADRO). No preparo da aluna é necessário dar ênfase a esta técnica, pois até que ela se sinta mais segura para desempenhar seu papel, na área em que atua, ela tem de aprender a dar respostas negativas às solicitações do paciente, quando necessário. Em geral, encontra uma resposta evasiva para dar ao paciente, transferindo a responsabilidade de dar a resposta negativa para outro profissional da unidade onde se encontra, o que retarda o desenvolvimento da confiança do paciente na aluna. O ideal é "dizer não" ou "não sei", quando não souber realmente, e procurar a infor-

mação e oferecê-la ao paciente.

O "não" dito com propriedade ajuda o paciente a aceitar as rotinas da unidade onde se encontra e a conhecer os limites dentro dos quais ele é livre para agir; favorece, portanto, o desenvolvimento de ambos — aluna e paciente.

Exemplo 1:

Paciente recém-admitida que ainda não recebera visita.

Paciente: — Por que será que não veio visita?

Aluna: — Não sei. Talvez eles venham no próximo final de semana. Onde a senhora mora?

Paciente: — No Ipiranga. Eu não agüento mais ficar aqui. Me deixa ir embora.

Ao dizer isto encarou a aluna.

Aluna: — Eu não posso Dona...

Em outra situação na qual a mesma paciente pediu para ir embora.

Aluna: — Eu não a estarei ajudando se abrir a porta para a senhora.

A paciente, após as respostas negativas e a explicação da aluna do porquê não podia atendê-la, não tentou mais convencê-la para deixá-la ir embora.

A aluna, em seus comentários, deixa evidente que sofreu um pouco ao dizer o primeiro "não", mas, na segunda vez, sen-

tiu-se mais segura, pois percebera que seria melhor para a paciente.

Pelos exemplos podemos perceber o efeito do uso desta técnica sobre o comportamento da paciente e da aluna; isto confirma citação anterior de que dizer "não", com propriedade, é benéfico e ajuda no amadurecimento das pessoas.

Exemplo 2:

Paciente: — Será que você pode me comprar uma escova de dentes?

Aluna: — Mas seu pai não lhe trouxe uma na segunda-feira?

Paciente: — Ah! Não quero usar azul enquanto estou doente. Prefiro cor-de-rosa ou amarelo.

Aluna: — Bom, você terá de pedir a seus pais. É contra o regulamento do hospital comprar coisas para as pacientes.

Embora a aluna não tenha usado o advérbio "não", deixou claro à paciente que ela não iria atender a seu pedido e, ao mesmo tempo, reforçou esclarecimento sobre as rotinas do hospital, valendo-se de frase descritiva.

Quanto às técnicas que ajudam na clarificação da experiência descrita, do pensamento e dos sentimentos expressos, houve maior freqüência no grupo experimental em relação às técnicas "estimar comparações", "pedir ao paciente que esclareça termos incomuns" e "solicitar que precise o agente da ação". A única exceção foi em relação à técnica "descrever os eventos em seqüência lógica".

Estimular comparações

A técnica "estimular comparações" foi usada 19 vezes no grupo controle e 33, no experimental (QUADRO). Ao estabelecer comparações o paciente tem oportunidade de avaliar sua situação atual; percebe, em geral, que já passou por situação semelhante anteriormente e foi capaz de enfrentá-la. A técnica estimula o paciente a perceber mais recursos para analisar e encontrar solução para a situação atual.

Exemplo:

Paciente: — Dona..., fala para o senhor... que eu quero alta.

Aluna: — Dona..., a senhora acha que tem condições de deixar o hospital?

Sem titubear a paciente respondeu:

Paciente: — Acho. Eu já não faço mal para os outros.

Aluna: — A senhora quer dizer com isso que antes fazia mal para os outros?

Paciente: — É, eu agredia, eu batia nas outras pessoas. Agora eu quero sair daqui. Quero encontrar meu namorado. Quero fazer tudo o que faço, aqui, lá fora. Ajudar minha mãe e meu pai. Encontrar meu namorado e ficar na boa paz.

A simples pergunta em relação ao que fazia antes levou a paciente a pensar sobre sua situação atual comparando-a à anterior.

Muitas vezes, em hospital geral, a enfermeira tem di-

ficuldade em identificar os problemas atuais do paciente. Ao estimular comparação com situação anterior, a enfermeira leva o paciente a descrever mais facilmente seus pensamentos e sentimentos sobre a experiência atual. Isto alivia sua ansiedade e ele tem, então, mais condições de se tornar participante ativo no seu processo de recuperação.

Solicitar ao paciente que precise o agente da ação

"Solicitar ao paciente que precise o agente da ação " é uma técnica de fundamental importância na comunicação enfermeira-paciente, tanto em hospital geral como em hospital psiquiátrico.

Esta técnica foi usada 12 vezes no grupo controle e 20, no experimental, sempre que se fez necessária sua utilização (QUADRO).

Exemplo 1:

Aluna: — Quantos anos a senhora fez?
 Paciente: — É que eu não posso calcular.
 Aluna: — Não pode calcular...
 Paciente: — Não consigo. Eles não deixam.
 Aluna: — Eles quem?
 Paciente: — O aparelho.
 Aluna: — Aparelho?
 Paciente: — É, o hospital, né?

Exemplo 2.

Diálogo entre aluna e paciente sobre o relacionamento deste com seus familiares.

Paciente: — Quando eles não me trancam fora, me deixam só dentro de casa.

Aluna: — Eles quem?

Paciente: — Meu pai, meu irmão. Eles são loucos, são retardados e deixam todo mundo louco. O pior é meu filho neste ambiente...

Continuou discorrendo sobre o seu relacionamento com os familiares.

Em hospital geral, é comum ouvirmos, por exemplo, o paciente dizer "nós fomos à fisioterapia", "nós fizemos exame". A enfermeira deve sempre procurar saber a quem o paciente se refere quando diz nós, os outros, eles, as enfermeiras, entre outros.

Precisar o agente da ação ajuda o paciente a se conhecer melhor e, também, a avaliar seus reais sentimentos em relação às pessoas com quem convive.

A técnica "pedir ao paciente que esclareça termos incomuns" já foi comentada.

Na categoria "validação" houve, no grupo experimental maior frequência no uso de todas as técnicas aí agrupadas.

Repetir a mensagem do paciente e pedir ao paciente para repetir o que foi dito

"Repetir a mensagem do paciente" para validar a com-

preensão da mensagem não foi usada no grupo controle e aparece 18 vezes no grupo experimental. "Pedir ao paciente para repetir o que foi dito" foi utilizada 4 vezes no grupo controle e 22 vezes no experimental (QUADRO).

Um dos comentários feitos por algumas alunas do grupo controle foi de que se sentiriam como tolas repetindo o que o paciente disse ou pedindo-lhe que repetisse a mensagem emitida. No grupo experimental, após a discussão dos exemplos contidos no Anexo III, um dos comentários das alunas foi "como coisas simples podem ajudar pessoas e nós ficamos preocupadas em sofisticar nossas ações".

Essas frases chamaram nossa atenção, pois nos preocupa muito a tendência atual em mecanizar o cuidado de enfermagem, apesar de se falar em humanização da profissão. Acho que estamos perpetuando o que JOURARD (1971) disse sobre a estereotipação da comunicação verbal das enfermeiras, quando afirma que estas dão sempre as mesmas respostas sem se preocupar com o conteúdo, individualização e compreensão das mesmas.

Nos exemplos a seguir podemos ver que estas técnicas surtiram o efeito desejado, ou seja, ajudaram na compreensão mútua—aluna e paciente — da mensagem emitida por ele.

Exemplo 1:

O paciente falava sobre seus estudos.

Aluna: — Veja se eu entendi, senhor... Apesar de gostar de matemática e português, o senhor não ia bem nas outras matérias.

Paciente: — É. (Assentiu com a cabeça).

Exemplo 2:

Ao término do estágio.

- Aluna: — Outra coisa que quero lhe falar é que vou ficar aqui até sexta-feira, conforme já lhe contei.
- Paciente: — Eu compreendi... Eu faço votos que a senhora tenha sucesso (sorriu).
- Aluna: — Obrigada, senhor... Queria avisá-lo de que o senhor pode procurar alguém, do pessoal de enfermagem, sempre que precisar.
- Paciente: — É...
- Aluna: — Então, poderia repetir o que o senhor entendeu?
- Paciente: — A Senhora disse...

"Pedir ao paciente para repetir o que foi dito" serve tanto para ajudar na validação da mensagem por ele expressa quanto para verificar se o mesmo compreendeu a mensagem emitida pela enfermeira.

Ao partilhar a percepção e compreensão da mensagem a aluna, segundo WILSON & KNEISL (1979), oferece oportunidade ao paciente de corrigir percepções inadequadas.

Isto evita que a enfermeira prossiga cuidando do paciente com base em falsas premissas e, conseqüentemente, direcionando a assistência inadequadamente.

Sumarizar o que foi dito na interação

A outra técnica agrupada em "validação" — sumarizar o que foi dito na interação — foi mais freqüente no grupo experi -

mental (13 vezes no grupo controle e 42, no experimental — QUADRO).

A técnica "sumarizar o que foi dito", toda vez que empregada, o foi com propriedade e, em geral, estimulou o paciente a escolher o assunto para a interação seguinte ou a retomar o assunto escolhido anteriormente.

Exemplo 1:

Aluna ao término da entrevista:

— Bem, então hoje falamos sobre o motivo de sua interação, como o senhor se sentiu ao ser trazido para cá e um pouco sobre seus familiares. O que gostaria de conversar na próxima entrevista?

Paciente: — Sobre o meu passado, presente e futuro.

A aluna solicitou ao paciente que escolhesse um dos três aspectos, e ele optou pelo futuro.

Exemplo 2.

Aluna: — Senhor..., na entrevista passada o senhor me disse que gostaria de falar sobre o presente, passado e futuro. Eu pedi ao senhor que escolhesse um deles e o escolhido foi o futuro.

Paciente: — É, sobre meu futuro... (Ficou em silêncio olhando para a aluna).

Aluna: — Então, o que o senhor gostaria de fazer no futuro?

Paciente: — Assim... (começou a gesticular com as mãos e estava com a expressão facial denotando alegria)... pretendo

abrir comércio (sorriu).

A seguir deu continuidade ao assunto.

A aluna, ao usar a técnica "sumarizar", no início da entrevista, para ajudar o paciente a retomar o assunto que estava sendo tratado anteriormente, ajuda a colocar em foco a idéia principal, verbalizada pelo paciente; oferece-lhe, ainda, oportunidade de verificar como a aluna compreendeu o que foi tratado na entrevista anterior, facilitando, assim, a continuidade do assunto.

Estes exemplos confirmam a afirmação de HAYS & LARSON (1970), de que esta técnica pode ser usada em diferentes momentos da interação enfermeira-paciente, desde que com propriedade.

Manter o paciente no mesmo assunto

A técnica "manter o paciente no mesmo assunto" foi usada 197 vezes no grupo controle e 244, no experimental (QUADRO).

Esta freqüência corresponde, aproximadamente, ao número de entrevistas efetuadas pelas alunas, tanto do grupo controle (196 entrevistas) como do experimental (242 entrevistas) — QUADRO. Isto porque, na apuração dos dados, foi percebido, no uso das técnicas já comentadas, que o esforço das alunas era dirigido para manter o paciente no mesmo assunto.

Acreditamos, portanto, que "manter o paciente no mesmo assunto" não deva ser considerada como uma técnica isolada, e sim como conduta ou medida terapêutica de relacionamento enfermeira-paciente ao lado das já existentes — oferecer apoio, estabelecer limite, ajudar na expressão de sentimentos.

Percebemos, também, a grande freqüência do uso de per

guntas para manter o paciente no mesmo assunto, sem prejuízo para a interação entre aluna e paciente. Este fato corrobora a afirmação feita anteriormente de que o emprego da técnica "fazer pergunta" é eficaz quando feito com propriedade.

Verbalizar dúvidas e colocar os eventos em seqüência lógica

Analisando as técnicas listadas no QUADRO verificamos que a técnica "verbalizar dúvidas" foi menos freqüente no grupo experimental (6 vezes) que no grupo controle (10 vezes).

A técnica "colocar os eventos em seqüência lógica" foi usada apenas duas vezes no grupo controle e nenhuma vez no experimental.

Nos achados da pesquisa constatamos que, na maioria das vezes a técnica "verbalizar dúvida" foi usada com pacientes portadores de diagnósticos de esquizofrenia. O mesmo aconteceu com a técnica "colocar os eventos em seqüência lógica".

Podemos tentar explicar esse achado pelo fato do paciente com o diagnóstico de esquizofrenia, nas formas simples, hebefrênica e catatônica, ter sua atenção voltada para si mesmo; e, na forma paranóide ter a atenção voltada para o conteúdo delirante do pensamento. Esses fatos podem, às vezes, levar o paciente a apresentar relatos incoerentes ou distorções de tempo na comunicação interpessoal, mais por distúrbio de pensamento e de atenção que de orientação têmporo-espacial.

No grupo experimental, em que também a maioria dos pacientes é portadora de quadros esquizofrênicos, estas técnicas foram usadas com menor freqüência ou não foram usadas. Isto pode pare

cer contraditório, dada a explicação para o uso das referidas técnicas pelo grupo controle; pode-se, entretanto, explicar esse aparente discrepância, pelo fato de, em psiquiatria, pacientes com os mesmos diagnósticos exibirem seus sintomas por meio de diferentes formas de manifestações de comportamento. Em enfermagem psiquiátrica, não há fórmulas mágicas para o atendimento do paciente, como afirma PEPLAU (1952).

Esta situação também confirma a afirmação feita anteriormente de que as técnicas de comunicação terapêutica não são regras fixas para serem usadas indiscriminadamente; elas têm de ser adaptadas a cada paciente e a cada situação; caso contrário conduzirão à estereotipação da comunicação enfermeira-paciente, como critica JOURARD (1971).

Exemplo :

Aluna tentou conversar com a paciente sobre visita que recebera no dia anterior.

Aluna: — Quem veio visitá-la?

Paciente: — Meus pais... (citou o nome de todos seus irmãos).

Aluna: — Mas todos eles vieram visitá-la?

Paciente: — ...não, só meus pais.

A seguir falaram sobre os irmãos da paciente, dos quais a mesma estava saudosa.

Ao verbalizar a dúvida, sem no entanto colocar a paciente à prova, a aluna conseguiu que a paciente ordenasse seu pensamento, precisasse quem a tinha visitado e a ajudou a expressar os seus sentimentos em relação a seus irmãos.

Considerando que houve diferenças estatisticamente significativas no estudo realizado, podemos assegurar que o instrumento utilizado permitiu o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

Não podemos, no entanto, nos acomodar apenas com o uso destas técnicas de comunicação terapêutica ou considerar o estudo das mesmas como acabado. Se isto ocorrer haverá sempre o risco do uso mecânico das técnicas e estaremos, então, contribuindo mais para a mecanização do cuidado de enfermagem do que para a sua humanização.

Temos de acompanhar o desenvolvimento técnico-científico e envidar esforços para que novas técnicas de comunicação terapêutica sejam identificadas no dia-a-dia da enfermeira, nas interações que mantêm com o paciente. Estaremos, assim, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimento de enfermagem e para a humanização da assistência de enfermagem.

Uma das contribuições deste estudo foi a constatação de que "manter o paciente no mesmo assunto" é uma medida de relacionamento terapêutico na qual a aluna vale-se de várias técnicas de comunicação terapêutica. Até então, esta medida era ensinada como sendo apenas técnica.

Quanto ao resultado obtido no estudo da adequação das técnicas, embora no grupamento validação tenhamos obtido uma diferença significativa, se observarmos a Tabela 7, veremos que, apesar dos resultados, 5 alunas, do grupo experimental, deixaram de usar as técnicas agrupadas nesta categoria.

Isto reforça a necessidade de mais estudos sobre o assunto em pauta, para estimular um número cada vez maior de alunas a validarem a comunicação desenvolvida com o paciente, a fim de que possamos atingir os objetivos do relacionamento terapêutico em sua plenitude. Pode parecer utópico mas é um ideal a ser atingido.

C O N C L U S Õ E S

O presente estudo permite as seguintes conclusões:

1. O instrumento de ensino utilizado pelos alunos do grupo experimental provocou aumento significativo na freqüência do uso das técnicas de comunicação terapêutica, tanto quando tomadas em conjunto por grupo (χ^2 observado igual a 22,19 para χ^2 crítico igual a 5,99) como quando tomadas em termos de número médio por alunos nos grupamentos "expressão" (t observado igual a 17,78 para t crítico igual a 2,035), "clarificação" (t observado igual a 13,20 para t crítico igual a 2,037), e "validação" (t observado igual a 18,43 para t crítico igual a 2,037).
2. A adequação quanto ao uso das técnicas não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos, nas categorias "expressão" e "clarificação" porque nestas a adequação foi alcançada pela maioria da população do grupo controle ("expressão" — 95,8% ; "clarificação" — 91,7%) e do grupo experimental ("expressão" — 100,0%; "clarificação" — 95,8%).
3. A adequação na categoria "validação" foi significativamente maior no grupo experimental (χ^2 observado igual a 8,46 para χ^2 crítico igual a 3,84).

R E S U M O

Este trabalho é o estudo da comunicação terapêutica estabelecida pela aluna do curso de graduação em enfermagem, ao se relacionar com paciente em unidade de internação de hospital psiquiátrico.

Após o destaque da importância da comunicação em enfermagem e da ênfase dada ao uso da comunicação terapêutica no relacionamento da aluna com o paciente, na revisão de literatura, é apresentado o referencial teórico no qual se baseia o presente estudo.

As 25 técnicas de comunicação terapêutica, listadas para este estudo, são apresentadas uma a uma, no modo como são ensinadas às alunas, população alvo deste estudo, no total de 48 — 24 no grupo controle e 24 no grupo experimental.

O objetivo geral do presente estudo foi verificar a influência de um instrumento de ensino de comunicação terapêutica (Anexo III) sobre o aprendizado e os específicos foram verificar as modificações provocadas pela utilização do mesmo instrumento sobre a frequência e sobre a adequação do uso das técnicas de comunicação terapêutica.

O instrumento de ensino utilizado foi eficiente para provocar aumento na frequência do uso das técnicas de comunicação terapêutica.

No estudo da adequação do uso das técnicas verificou-se que a população do grupo controle e a do grupo experimental foram capazes de ajudar os pacientes a expressarem e a clarificarem suas experiências. Na categoria validação, entretanto, houve um aumento significativo no grupo experimental (79,2%) em relação ao grupo controle (33,3%).

Uma das contribuições deste estudo foi a constatação

de que "manter o paciente no mesmo assunto" é uma medida de relacionamento terapêutico na qual a aluna vale-se de várias técnicas de comunicação terapêutica.

S U M M A R Y

This paper deals with undergraduate student-patient therapeutic communication in psychiatric nursing courses.

The author discusses the importance of communication in nursing, emphasizes the use of therapeutic communication in student-patient relationship and presents the conceptual basis supporting this study.

Twenty-five techniques of therapeutic communication were listed for this study. They were presented one-by-one as they were discussed in the class room.

The data for this study were obtained from the communication record of forty-eight students with their patients; 8597 interactions verbatim were analysed for this study.

The major purpose of this study was to determine the effectiveness of teaching this therapeutic communication. The specific objectives were to verify the modifications provoked by the use of the teaching instrument on the frequency and adequation in the utilization of therapeutic communication techniques.

The findings suggested that the teaching increased the frequency of use of the techniques of therapeutic communication by the nursing students.

No differences were found for adequation in the "expression" and "clarification" categories. There was, however, a significant difference in the case of "validation" category when control and experimental groups were compared.

One contribution of this study was the verification of that "to maintain the patient in the same theme" is a therapeutic conduct of the nurse-patient relationship. Its use asks for the utilization of several other techniques.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E. Conceptualization in nursing research. In: _____. Better care through nursing research. Macmillan, New York, 1965. cap.4, p.68-90.
- AGUILERA, D.C. Components of psychiatric nursing. In: _____. Review of psychiatric nursing. Saint Louis, C.V. Mosby, 1977. cap.3, p.37-58.
- ALTSCHUL, A.T. Go and talk to the patients. Nurs. Mirror, Sussex, 130(15):41-6, Apr.10, 1970.
- AMORIM, M.J.A.B. Enfermagem — profissão humanitária? Rev. Bras. Enf., Brasília, 32(4):359-68, out./dez. 1979.
- ARANTES, E.C. O ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 26(6):438-46, dez. 1973.
- _____ et alii. Relacionamento terapêutico: considerações teóricas e relato de uma experiência. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 13(3):217-23, dez. 1979.
- ARTEBERRY, J.K. The disturbed communication of a schizophrenic patient. Perspect. Psychiatr. Care, Hillsdale, 3(5):25-37, Sept./Oct. 1965.
- BATTEN, J.D. Face to face communication. Nurs. Digest, Wakefield, 5(1):89-90, Feb. 1977.
- BECKER, R.S. Interpersonal relations in the basic program. Amer. J. Nurs., New York, 55(8):952-5, Aug. 1955.
- BEHYMER, A.F. Interaction patterns and attitudes of affiliate students in a psychiatric hospital. Nurs. Outlook, New York, 1(4):205-7, Apr. 1953.

- _____. Patient care: meeting the needs of emotionally ill patients through nursing. In: NATIONAL LEAGUE FOR NURSING. Concepts of nursing care. New York, 1957. Section A, p.1-6.
- BENJAMIN, A. A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 1978. 195p.
- BERNSTEIN, L. et alii. Teaching nurse-patient relationships: an experimental study. Nurs. Res., New York, 3(2):80-4, Oct.1954.
- BEROUD, E.S. et alii. Bioestatística. São Paulo, EPU, 1980. 325p.
- BEVIS, O. Conceptual framework the knowledge component. In: _____. Curriculum building in nursing. 3.ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1982. cap.5, p.99-177.
- BIRD, B. Conversando com o paciente. São Paulo, Manole, 1975. 312p.
- BOJAR, S. The psychotherapeutic function of the general hospital nurse. Nurs. Outlook, New York, 6(3):151-3, Mar. 1958.
- BOWER, F.L. A model for implementing the planned care: the nursing care plan. In: _____. The process of planning nursing care. 3. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1982. cap.6, p.169-95.
- BRAMMER, L.M. The helping relationship: process and skills. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973. 170 p.
- BRÍTEZ FARIÑA, E. et alii. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo grávido-puerperal: aspecto psicossocial. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 18(1):5-12, abr. 1984.
- CARKHUFF, R.R. O relacionamento de ajuda para pais, professores e psicólogos. Belo Horizonte, CEDEPE, 1976. 188 p.

- CARTER, F.M. Psychosocial nursing: theory and practice in hospital and community mental health. 2. ed. New York, Macmillan, 1976. 538 p.
- CAUDILL, W. et alii. Social structure and interaction process on a psychiatric ward. Amer. J. Orthopsychiatr., New York, 22(2): 314-34, Mar. 1952.
- CLARK, J.M. Communication in nursing. Nurs. Times, London, 77(1): 12-8, Jan. 1, 1981.
- COHEN, S.P. Communication. In: SUNDEEN, S.J. et alii. Nurse client interaction: implementing the nursing process. Saint Louis, C.V. Mosby, 1976. cap. 4, p.68-95.
- CONANT, L.H. Use of Bale's interaction process analysis to study nurse-patient interaction. Nurs. Res., New York, 14(4):304-9, Dec. 1965.
- COSPER, B. How well do patients understand hospital jargon? Amer. J. Nurs., New York, 77(12):1932-4, Dec. 1977.
- DAUBENMIRE, M.J. et alii. A methodologic framework to study nurse-patient communication. Nurs. Res., New York, 27(5):303-10, Sept./Oct. 1978.
- DAVIS, A.J. The skill of communication. Amer. J. Nurs., New York, 63(1):66-70, Jan. 1963.
- DIERS, D. & LEONARD, R.C. Interaction analysis in nursing research. Nurs. Res., New York, 15(3):225-8, Sept. 1966.
- DOANE, E.H. Making communications effective. Nurs. Outlook, New York, 2(8):420-2, Aug. 1954.
- EDWARDS, B.J. & BRILHART, J.K. Communication in nursing practice. Saint Louis, C.V. Mosby, 1981. 245 p.

- EPSTEIN, C. A estudante de enfermagem. In: _____ . Interação efetiva na enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1977. cap. 9, p. 147-72.
- FAGIN, C.M. Psychotherapeutic nursing. Amer. J. Nurs., New York, 67(2):298-304, Feb. 1967.
- FERRAZ, E.R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 12(3):167-9, dez. 1978.
- FIELD, Jr., W.E. Watch your message. Amer. J. Nurs., New York, 72(7):1278-80, July 1972.
- FUERST, E. V. et alii. Uso das habilidades comunicativas. In: _____ . Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro, Integramericana, 1977. cap. 13, p. 113-22.
- GARCIA, T.J.M. Aplicação do processo de comunicação pela enfermeira obstétrica. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 4(6):303-7, nov./dez. 1978.
- GATTÁS, M.L.B. O relacionamento de pessoa a pessoa: vivência da enfermeira com pacientes psiquiátricos em unidade de hospital geral. Ribeirão Preto, 1981. 215p. (Dissertação de Mestrado — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
- GERBER, C.B. & SNYDER, D.F. Language and thought. Perspect. Psychiatr. Care, Hillsdale, 8(5):230-7, Sept./Oct. 1970.
- GILBERTSON, E. The challenge of communication in interpersonal relations. In: NATIONAL LEAGUE FOR NURSING. Concepts of nursing care., New York, 1957. Section A, p. 16-7.
- GOLDIN, P. & RUSSEL, B. Therapeutic communication. Amer. J. Nurs., New York, 69(9):1928-30, Sept. 1969.

- GONÇALVES, M.M. da C. Estudo de respostas emocionais apresentadas pelo paciente por ocasião da internação hospitalar. São Paulo, 1977. 84p. (Dissertação de Mestrado — Escola de Enfermagem da USP).
- GOULART, M.C.S. O enfermeiro como elemento de reabilitação do doente mental crônico hospitalizado. Ribeirão Preto, 1982. 127p. (Dissertação de Mestrado — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
- GREGG, D.E. The psychiatric nurse's role. Amer. J. Nurs., New York, 54(7):848-51, July 1954.
- _____. The therapeutic roles of the nurse. Perspect. Psychiatr. Care, Hillsdale, 1(1):18-24, Jan./Feb. 1963.
- GRIVER, J.A. Communication skills for getting ahead. AORN J., Denver, 30(2):242-9, Aug. 1979.
- HABER, J. Facilitative communication. In: HABER, J. et alii. Comprehensive psychiatric nursing. 2. ed. New York, MacGraw-Hill, 1982. cap.11, p.231-47.
- HAMESH DAS, D.M. Skills of communication. Nurs. J. India, New Delhi, 66(5):113-4, May 1975.
- HAYS, J.S. Analysis of the nurse-patient communications. Nurs. Outlook, New York, 14(9):32-5, Sept. 1966.
- HAYS, J.S. & LARSON, K. Interacting with patients. New York, Macmillan, 1970. 282p.
- HEIN, E. Communication in nursing practice. Boston, Little Brown, 1973. 242p.
- HENDERSON, V. & NITE, G. Communications, human relations, learning, health goals and guidance. In: _____. Principles and practice of nursing. 6.ed. New York, Macmillan, 1978. cap.16, p.911-91.

- HOFLING, C.K. et alii. Comprensión de las relaciones entre enfermera y paciente. In:_____. Enfermería psiquiátrica. 2. ed. México, Interamericana, 1970. cap.3, p.23-60.
- HOLMES, M.J. What's wrong with getting involved? Nurs. Outlook, New York, 8(5):250-1, May 1960.
- HORTA, W. de A. Avaliação do histórico de enfermagem por estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(4):198-202, set./out. 1975.
- _____. Processo de enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1979. 99p.
- IVESON-IVESON, J. The art of communication. Nurs. Mirror, Sussex, 156(5):47-8, Feb. 2, 1983.
- JACKSON, J.K. Communication is important. Amer. J. Nurs., New York, 59(1):90-3, Jan. 1959.
- JASMIN, S. & TRYGSTAD, L.N. Nurse-patient relationship. In:_____. Behavioral concepts and the nursing process. Saint Louis, C.V. Mosby, 1979. cap. 3, p.30-46.
- JOEL, L.A. & COLLINS, D.L. Preparing for the one-to-one. In:_____. Psychiatric nursing: theory and application. New York, MacGraw-Hill, 1978. cap. 10, p.115-29.
- JOHNSON, B.S. & MILLER, L.C. The interpersonal reflex in psychiatric nursing. Nurs. Outlook, New York, 15(5):60-3, May, 1967.
- JOHNSON, J.E. et alii. Interpersonal relations: the essence of nursing care. Nurs. Forum, Hillsdale, 6(3):324-34, Aug. 1967.
- JOHNSON, M.K. Communication. In:_____. Mental health & mental illness. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1971. cap. 5, p.19-25.

- JORGE, D.R. Efetividade da comunicação do pessoal de enfermagem na passagem do plantão. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 27(2):150-63, abr./jun. 1974.
- JOURARD, S.M. The manners of helpers and healers: the bedside manner of nurses. In: _____. The transparent self. New York, D. Van Nostrand, 1971. cap. 20, p.179-88.
- KALKMAN, M. Individual psychotherapy. In: KALKMAN, M. & DAVIS, A. J. New dimensions in mental health psychiatric nursing. New York, McGraw-Hill, 1980. cap. 22, p.478-98.
- KAMIYAMA, Y. Assistência centrada na identidade social: aspectos psicossociais do cuidado de enfermagem ao paciente de hepatite infecciosa. São Paulo, 1979. 191p. (Tese de Livre Docência — Escola de Enfermagem da USP).
- KANDLER, H. et alii. A study of nurse-patient interaction in a mental hospital. Amer. J. Nurs., New York, 52(9):1100-3, Sept. 1952.
- KARSHMER, J.F. Rules of thumb: hints for the psychiatric nursing student. J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. Thorofare, 20(3):25-31, Mar. 1982.
- KING, I.M. Dynamics of nursing. In: _____. Toward a theory for nursing. New York, John Wiley, 1971. cap. 6, p.87-106.
- KOIZUMI, M.S. O atendimento da enfermeira em relação à necessidade de auto-imagem. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(2):69-74, maio/jun. 1975(a).
- _____. Comunicação com paciente afásico. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(4):203-8, set./out. 1975(b).
- KREUTER, F.R. What is good nursing care? Nurs. Outlook, New York, 5(5):302-304, May, 1957.

- KRIZINOFSKY, M.T. Evolution of the communication model of therapy.
In: KNEISL, C.R. & WILSON, H.S. Current perspectives in psychiatric nursing. Saint Louis, C.V. Mosby, 1976. cap.14, p.148-63.
- KYES, J. & HOFLING, C.K. Comunicações. In:_____. Enfermería psiquiátrica. 4. ed. México, Interamericana, 1982. cap.9, p.57-166.
- LEMOS, V. de B.S. Reflexões em torno do relacionamento enfermeiro psiquiátrico-paciente, baseado na história da pessoa. Ribeirão Preto, 1982. 211p. (Dissertação de Mestrado — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
- LEWIS, G.K. Communication: a factor in meeting emotional crisis. Nurs. Outlook, New York, 13(8):36-9, Aug. 1965.
- LITTLEJOHN, S.W. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro, Zahar, 1982. 407p.
- MANASER, J.C. & WERNER, A.M. Instruments for study of nurse-patient interaction. New York, Macmillan, 1964. 224p.
- MANFREDA, L.M. Communication skills. In:_____. Psychiatric nursing. 9. ed. Philadelphia, Davis, 1973. cap.21, p.262-76.
- MASLOW, A.H. A theory of human motivation. In:_____. Motivation and personality. 2. ed. New York, Harper & Row, 1970. cap.4 , p.35-58.
- MATHENEY, R.V. & TOPALIS, M. Princípios generales de enfermería psiquiátrica: la enfermera y el paciente. In:_____. Enfermería psiquiátrica. 3. ed. México, Interamericana, 1962. cap.6, p.76-97.
- MAY, R. O homem a procura de si mesmo. Petrópolis, Vozes, 1973. 230p.

- MEADOW, L. & GASS, G. Problems of the novice interviewer. Amer. J. Nurs., New York, 63(2):97-9, Feb. 1963.
- MELLOW, J. Nursing therapy as a treatment and clinical investigative approach to emotional illness. Nurs. Forum, Hillsdale, 5(3):64-73, Aug. 1966.
- MERENESS, D.A. & KARNOSH, L.J. Técnicas de comunicação en la enfermería psiquiátrica. In: _____. Elementos de enfermería psiquiátrica. México, La Prensa Médica Mexicana, 1964. cap.4, p.32-44.
- MERENESS, D.A. & TAYLOR, C.M. Communications as a basis for establishing a relationship. In: _____. Essentials of psychiatric nursing. 10. ed. Saint Louis, C. V. Mosby, 1978. cap.4, p.74-90.
- MEYERS, M.E. The effects of types of communication on patients' reactions to stress. Nurs. Res., New York, 13(2):126-31, Aug. 1964.
- MINZONI, M.A. et alii. Enfermagem em saúde mental. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 3(5):350-5, nov./dez. 1977.
- MORIMOTO, F.R. A technique for measuring interactions of patients and persornnel in mental hospitals. Nurs. Res., New York, 4(2): 74-8, Oct. 1955.
- MOSS, F.T. & MEYER, B. The effects of nursing interaction upon pain relief in patients. Nurs. Res., New York, 15(4):303-6, Dec. 1966.
- NAKAMAE, D.D. Eliminação: uma necessidade básica do homem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29(1):80-7, jan./mar. 1976(a).
- NAKAMAE, D.D. Preparo do paciente para a alta hospitalar: descrição de uma situação. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29(2):36-9, 1976(b).

- NIGHTINGALE, F. Notes on nursing. 2. ed. Philadelphia, Lippincott, 1946. p.54-76.
- O'BRIEN, M.J. Communications and relationships in nursing. 2. ed. Saint Louis, C. V. Mosby, 1978. 141p.
- ODEN, G. The outline of the normal thought process. In: BURD, S.F. & MARSHALL, M.A. Some clinical approaches to psychiatric nursing. London, Macmillan, 1963. cap.1, p.3-10.
- ORLANDO, I.J. The dynamic nurse - patient, relationship: function, process and principles. 16. ed. New York, G.P. Putnam's, 1961. 91p.
- PEITCHNINS, J.A. Therapeutic effectiveness of counseling by nursing personnel: review of the literature. Nurs. Res., New York, 21(2): 138-48, Mar./Apr. 1972.
- PENDALL, R.J. Speaking with people. Nurs. Outlook, New York, 2(2): 96-7, Feb. 1954.
- PEPLAU, H.E. Interpersonal relations in nursing. New York, G.P. Putnam's, 1952. 330p.
- _____. Principles of psychiatric nursing. In: ARIETI, S. American handbook of psychiatry. New York, Basic Books, 1959. cap. 92, p.1840-56.
- _____. Talking with patients. Amer. J. Nurs., New York, 60(7):964-6, July 1960.
- _____. Interpersonal techniques: the crux of psychiatric nursing. Amer. J. Nurs., New York, 62(6):50-4, June 1962.
- _____. Psychotherapeutic strategies. Perspect. Psychiatr. Care, Hillsdale, 6(6):264-70, Nov./Dec. 1968(a).
- _____. Principios básicos para orientación del paciente. Washington, OPAS/OMS, 1968. 60p.(b).

- _____. Foreword. In: HAYS, J.S. & LARSON, K. Interacting with patients. New York, MacMillan, 1970. p. vii-x.
- PERESTRELLO, D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982, 244p.
- PIERINI, M.A. et alii. Atuação da enfermeira em exames e cirurgias endoscópicas urológicas. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(5):276-85, nov./dez. 1975.
- PLUCKHAN, M.L. The nurse - patient relationship in the home setting. Denver, 1970. 124p. (Dissertation - Faculty of the Graduate School of Arts and Science, University of Denver).
- RAMOS, T.A.G. & MORAES, E. Papel da enfermeira junto a mães de crianças hospitalizadas. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29(2):45-55, abr./jun. 1976.
- REZENDE, A.L.M. de. O processo de comunicação como instrumental da enfermagem. Enf. Novas Dimens. São Paulo, 2(2):98-111, maio/jun. 1976.
- ROBINSON, A.M. Communicating with schizophrenic patients. Amer. J. Nurs., New York, 60(8):1120-3, Aug. 1960.
- RODRIGUES, M.L. A comunicação no processo de supervisão em enfermagem. Rev. Bras. Enf. Brasília, 29(2):91-6, abr./jun. 1976.
- ROGERS, M.E. Man: a unified whole. In: _____. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, F.A. Davis, 1971. cap. 6, p.43-8.
- RUESCH, J. The therapeutic process from the point of view of communication theory. Amer. J. Orthopsychiat. New York, 22(4): 690-700, July, 1952.
- _____. Synopsis of the theory of human communication. Psychiatry, Washington, 16(3):215-43, 1953.

- _____. Psychiatry and the challenge of communication. Psychiatry, Washington, 17(1):1-18, 1954.
- _____. Disturbed communication. New York, Norton, 1957. 337p.
- _____. Comunicación terapéutica. Buenos Aires, Paidós, 1964. 339p.
- _____. Valores, comunicación y cultura. In: RUESCH, J. & BATESON, G. Comunicación: la matrix social de la psiquiatria. Buenos Aires, Paidós, 1965. p.9-23.
- _____. Communication and psychiatry. In: KAPLAN, H.I. et alii. Comprehensive textbook of psychiatry III. 3. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1980. cap.4, p.443-58.
- SALZANO, S.D.T. Instrumento de comunicação e enfermagem: estudo da implantação de um modelo de comunicação escrita entre as equipes das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 17(3):235-52, dez. 1983.
- SANTOS, A.L.V.dos. Contribuição ao estudo da comunicação paciente-equipe de enfermagem, relativa à medicação. São Paulo, 1972. 49p. (Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP).
- SCHORR, N.A. Communicating for success. Int. Nurs. Rev., Geneva, 30(3):73-6, May/June, 1983.
- SCHULLMAN, J.L. et alii. The therapeutic dialogue: a method for the analysis of verbal interaction. Springfield, Charles C. Thomas, 1964. p.8-16 e 87-115.
- SIEGEL, S. Estatística não paramétrica. São Paulo, McGraw-Hill, 1975. 350p.
- SILVA, M.D.A.A. da & CEZARETTI, I.V.R. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrada nas necessidades básicas. Rev. Paul. 2(2):35-41 nov /dez. 1982.

- SIMMONS, J.A. The nurse - patient relationship in psychiatric nursing. Philadelphia, W.B. Saunders, 1969. 189p.
- SKIPPER, J.K. et alii. What communication means to patients. Amer. J. Nurs., New York, 64(4):101-3, Apr. 1964.
- SMITH, C. Communication skills. Nurs. Times, London, 75(22):926-29, May 31, 1979.
- SMOYAK, S.S. The psychiatric nurse as a family therapist. New York, John Wiley, 1975. 251p.
- SOUZA, M.F. Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico. Porto Alegre, 1976. 54p. (Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem da UFRS).
- STEFANELLI, M.C. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 15(3):239-45, dez. 1981.
- _____. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 17(1):39-45, abr. 1983 (a).
- _____. A comunicação terapêutica. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 3(3):103-4, maio/jun. 1983 (b).
- _____ et alii. Apoio como medida terapêutica no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 15(1):43-8, abr. 1981.
- _____ et alii. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 16(3):245-53, dez. 1982.
- STRONG, P. Relationships in psychiatric nursing. Nurs. Mirror, Sussex, 131(8):35-8, Aug. 21, 1970.

- STUART, G.W. & SUNDEEN, S.J. The therapeutic nurse-patient relationship. In: _____. Principles and practice of psychiatric nursing. 2. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1983. cap.3, p-61-114.
- SULLIVAN, H.S. The interpersonal theory of psychiatry. New York, Norton, 1953. 393. (a)
- _____. Conceptions of modern psychiatry. New York, W.W. Norton, 1953. 298p. (b)
- _____. The psychiatric interview. New York, W.W. Norton, 1970. 246p.
- SUNDEEN, S.J. et alii. Communication. In: _____. Nurse-client interaction. Implementing the nursing process. Saint Louis, C. V. Mosby, 1981. cap.4, p.77-133.
- TOPALIS, M. & AGUILERA, D.C. The nurse, the patient and the community. In: _____. Psychiatric nursing. 7. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1978. cap.6, p.118-51.
- TOPF, M. A behavioral checklist for estimating the development of communication skill. J. Nurs. Educ., Thorofore, 8(4):29-34, Nov. 1969.
- TRAIL, I.D. Establishing relationships in psychiatric nursing. New York, Springer, 1966. p.1-6.
- TRAVELBEE, J. Intervention in psychiatric nursing: process in the one-to-one relationship. Philadelphia, F.A. Davis, 1969. 280p.
- TUDOR, G.A. A sociopsychiatric nursing approach to intervention in a problem of mutual withdrawal on a mental hospital ward. Psychiatry, Washington, 15(2):193-217, 1952.
- VENINGA, R. Communication: a patient eye-view. Amer. J. Nurs., New York, 73(2):320-2, Fev. 1973.

- VIEIRA, T.P. O processo de comunicação na enfermagem. Salvador, Centro Editorial e Didático, 1978. 108p.
- WALKE, M.A.K. When a patient needs to unburden his feelings. Amer. J. Nurs., New York, 77(7):1164-6, July 1977.
- WANDELT, M.A. & AGER, J.W. Guides and instructions for observations ratings. In:_____. Quality patient care scale. Detroit, Appleton - Century - Crofts, 1974. Section I, p.34-50.
- WEBSTER, M.E. Communicating with dying patients. Nurs. Times, London, 77(23):999-1002, June, 4, 1981.
- WIEDENBACH, E. The helping art of nursing. Amer. J. Nurs., New York, 63(11):54-7, Nov. 1963.
- WILSON, L.M. Listening. In: CARLSON, C.E. Behavioral concepts & nursing intervention. 2. ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1970, cap.8, p.153-70.
- WILSON, H.S. & KNEISL, C.R. Communication between client and nurse. In:_____. Psychiatric nursing. Menlo Park, Addison - Wesley. 1979. cap.5, p.100-26.
- WLODY, G.S. Effective communication techniques. Nurs. Manage. Chicago, 12(10):19-23, Oct. 1981.
- WRIGHT, E.M. & BURGESS, A.W. Nurse-patient interaction. In: BURGESS, A.W. Psychiatric nursing in the hospital and the community. 3. ed. Englewood-Cliffs, Prentice-Hall, 1981. cap.5, p.52-74.
- YEARWOOD-GRAZETTE, H.S. An anatomy of communication. Nurs. Times, London, 74(41):1672-9, Oct. 12, 1978.
- YURA, H. & WALSH, M.B. Epilogue. In:_____. Human needs and nursing process. New York, Appleton-Century-Crofts, 1978. cap.9, p.319-22.

A N E X O S

Data: Antecedentes: a) Avalie as ocorrências havidas durante a sua ausência, considerando também as condições emocionais em que você e o paciente se dirigiram para a entrevista.

Local: b) Descreva sucintamente o comportamento do paciente desde o momento de sua chegada à unidade e como foi a abordagem para a entrevista.

Hora: c) Se houver necessidade de mudança, formule outro objetivo.

Duração:

Nº:

Comunicação do paciente	Comunicação do estudante	Comentários
Reprodução da comunicação verbal e não verbal do paciente.	Reprodução da comunicação verbal havida e da não verbal que tenha percebido.	<p>a) Sentimentos de ambos que tenham sido percebidos durante a entrevista.</p> <p>b) Comentários e suposições sobre as situações surgidas e que são feitos após a reprodução do diálogo.</p> <p>c) Fenômenos, problemas e sintomas identificados nesta interação formal</p>

Comunicação do Paciente	Comunicação do estudante	Comentários

Avaliação:

Avalie esta interação considerando a consecução do objetivo proposto.

Com base nesta avaliação, qual será o objetivo para a próxima entrevista? Como pretende atingi-lo?

ANEXO II

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

EXPRESSÃO

1. Permanecer em silêncio.
2. Ouvir reflexivamente.
3. Verbalizar aceitação.
4. Verbalizar interesse.
5. Usar frases incompletas.
6. Repetir comentários feitos pelo paciente.
7. Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente.
8. Fazer pergunta.
9. Fazer pergunta relativa aos dados comunicados.
10. Introduzir problema relacionado.
11. Devolver a pergunta feita pelo paciente.
12. Usar frases descritivas.
13. Manter o paciente no mesmo assunto.
14. Permitir ao paciente que escolha o assunto.
15. Colocar em foco a idéia principal.
16. Verbalizar dúvidas.
17. Dizer "não".
18. Estimular expressão de sentimentos subjacentes.

CLARIFICAÇÃO

19. Estimular comparações.
20. Solicitar que esclareça termos incomuns.
21. Solicitar que precise o agente da ação.
22. Descrever os eventos em seqüência lógica.

VALIDAÇÃO

23. Repetir a mensagem do paciente.
24. Pedir ao paciente para repetir o que foi dito.
25. Sumarizar o que foi dito na interação.

ANEXO III

Exemplos de comunicação aluna-paciente

EXEMPLO Nº 1

Paciente: — Eu me sinto desorientada, sozinha, longe de todos.

Enfermeira: — A senhora já passou por experiência semelhante alguma vez?

EXEMPLO Nº 2

Paciente: — Nós fomos ao pátio ontem.

Enfermeira: — Percebi que o senhor podou a trepadeira. Como se sente senhor José?

EXEMPLO Nº 3

Paciente: — Sabe, ontem nós assistimos ao "show" de um cantor. Estava bom.

Enfermeira: — Continue, eu estou acompanhando o que o senhor diz.

EXEMPLO Nº 4

Paciente: — Vocês parecem mortas. Minha mãe me trouxe aqui. O médico veio. A enfermeira não.

Enfermeira: — A senhora estava dizendo que sua mãe a trouxe e ...

EXEMPLO Nº 5

Paciente: — Quero alta. Já posso dirigir e entregar mercadoria nos supermercados.

Enfermeira: — Como o senhor acha que se sentirá começando a trabalhar agora?

EXEMPLO Nº 6

Paciente: — Tenho seis filhos. Minha mãe olha, mas preciso ir embora. As crianças dão muito trabalho, fazem um barulho danado.

Enfermeira: — Se for para casa agora, sem terminar o tratamento, acha que dará conta de todo o trabalho com a casa e com as crianças?

EXEMPLO Nº 7

Paciente: — Detesto casa desarrumada. Mesmo agora, depois que fiquei doente, eu não paro quando estou em casa.

Enfermeira: — Dá impressão de que a senhora sempre foi uma pessoa muito ativa.

Paciente: — Hum! Como assim?

EXEMPLO Nº 8

Paciente: — Eu iria sofrer muito se me casasse com ele.

Enfermeira: — O que a senhora quer dizer com "sofrer"?

EXEMPLO Nº 9

Paciente: — Eu queria que meu filho continuasse no exército. É tão bonito. A senhora não acha?

Enfermeira: — O que a senhora acha?

EXEMPLO Nº 10

Enfermeira: — Senhor Pedro, ouça e veja se compreendi corretamente: segundo o senhor afirmou, sua esposa disse que sua filha não quer visitá-lo e que o senhor não acredita nisso.

Paciente: — Só que não é minha filha, é minha enteada.

EXEMPLO Nº 11

Paciente: — Ah! eu queria dizer uma coisa. Meu médico não vem há 15 dias. Meus filhos estão em casa. (Ao dizer isto parou de sorrir, esfregou os olhos com as mãos).

Enfermeira: — A senhora acha que seu tratamento está demorando?

EXEMPLO Nº 12

Enfermeira: — Como era sua doença no início?

Paciente: — Tive uma fase de depressão. Agora estou assim... com a minha despersonalização.

Enfermeira: — Como era o seu relacionamento com a sua família?

Paciente: — Bom. Mas a minha cabeça ficava vazia. Minha doença era...

Enfermeira: — E com seus irmãos?

EXEMPLO Nº 13

Enfermeira: — Como você se relaciona com seu irmão?

Paciente: — Bem.

Enfermeira: — Bem, como?

Paciente: — A gente brincava, dava até briga.

Enfermeira: — Brigas...

Paciente: — É, mas a gente se gostava.

EXEMPLO Nº 14

Enfermeira: — A senhora recebeu visita? Quem veio visitá-la? Trouxeram roupa?

Paciente: (Em silêncio, olhando a enfermeira com olhar fixo, esfregando as mãos uma na outra).

EXEMPLO Nº 15

- Enfermeira: — Então, sobre o que nós conversaremos hoje?
 Paciente: — Sobre o café, a família, a casa, o trabalho.

EXEMPLO Nº 16

- Paciente: — O médico disse que vou ter que fazer o exame do vidrinho; não faço não!
 Enfermeira: — Sr. José, quando o senhor tiver vontade de urinar, avise o funcionário a fim de que ele colha urina para exame. O senhor terá de urinar um pouco no vidro para mandar ao laboratório.

EXEMPLO Nº 17

- Paciente: — Minha perna doeu. Chamei a enfermeira, Dona... Ela mandou ficar quieto e para não perturbar.
 Enfermeira: — Conte como isto aconteceu.

EXEMPLO Nº 18

- Paciente: — Não queria ficar em casa e pulei da janela... (Silêncio).
 Enfermeira: — O senhor disse que pulou da janela de sua casa ...
 Paciente: — Ah! Aí veio o meu tio e ...

EXEMPLO Nº 19

- Paciente: — Cada um tem motivo na vida.
 Enfermeira: — Não entendi, Sr. X, poderia repetir o que disse?

EXEMPLO Nº 20

- Paciente: — O que a senhora quer ouvir? Não tenho nada para falar.

- Enfermeira: — Se o senhor não quiser falar agora eu aguardo.
(Após, silêncio de 30 segundos.)
- Paciente: — Só os grandes podem resolver.Os lá de cima. Só eles.(Continuou a falar fluentemente.)
- Enfermeira: — (OuvIU o paciente por aproximadamente 5 minutos, olhando para ele, sentada adequadamente e tentando compreender a sua mensagem.)

EXEMPLO Nº 21

- Paciente: — Telefone para a minha família trazer roupa limpa e levar a suja.
- Enfermeira: — Não, senhor José. Na visita será feita a troca de roupa suja pela limpa.

EXEMPLO Nº 22

- Paciente: — Do segundo casamento, em 1947 tive 2 filhos: Roberto e José. José é filho de Maria, minha primeira esposa. É mais novo que Roberto.
- Enfermeira: — Senhor Pedro em que ano nasceu José?

EXEMPLO Nº 23

- Paciente: — ... então chega por hoje, né?
- Enfermeira: — Sim. Hoje nós falamos sobre sua esposa, seus filhos. Gostaria que o senhor pensasse sobre o o que disse, para conversarmos mais na próxima entrevista.

EXEMPLO Nº 24

- Paciente: — Não sei se mando a carta que escrevi para meu namorado.

Enfermeira: — Mas ele vai gostar de saber que você se lembra dele. Se fosse eu, mandaria.

EXEMPLO Nº 25

Paciente: — Ontem eu me senti sozinha no mundo; não sei porquê.

Enfermeira: — Será que não foi porque a senhora mudou de ala?

EXEMPLO Nº 26

Paciente: — ... quando vou para a fila as pessoas me traem.

Enfermeira: — Que pessoas?

EXEMPLO Nº 27

Paciente: — Eu não conheço as pessoas aqui.

Enfermeira: — Você tem conversado com elas?

Paciente: — Não dá, elas são estranhas.

Enfermeira: — Estranhas como?

EXEMPLO Nº 28

Paciente: — A mãe vem e a gente faz festa no Natal, dá bebida né? como diz o outro.

Enfermeira: — A senhora não quer falar sobre sua mãe?

EXEMPLO Nº 29

Diálogo de 30 segundos.

Enfermeira: — A senhora se dava bem com seu marido?

Paciente: — Dava bem sim.

Enfermeira: — Como ele era para a senhora?

Paciente: — Ele sempre foi muito bom para mim.

Enfermeira: — Até hoje?

- Paciente: — Até hoje.
- Enfermeira: — Vocês tinham discussões ou as têm atualmente?
- Paciente: — Não, nunca teve briga, nem discussão.
- Enfermeira: — No início de casados vocês saíam, passeavam?
- Paciente: — A gente ia no cinema, na casa de parentes, essas coisas.
- Enfermeira: — E financeiramente, como era a situação de vocês ?
- Paciente: — Sempre fomos pobres. Até hoje não tenho casa própria.

EXEMPLO Nº 30

- Enfermeira: — Gostaria que o senhor escolhesse sobre o que falar hoje.
- Após 3 minutos de silêncio o paciente disse:
- Sobre minha internação.