

ENSINO DE RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga¹, Raimunda Nobre Damasceno²,
Maria de Lourdes Gomes Calixto³

FRAGA, M. N. O. et alii. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica – dificuldades e perspectivas. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 39(2/3): 94-102, abr./set., 1986.

RESUMO. As autoras relatam o modelo de ensino de relacionamento terapêutico adotado na disciplina Enfermagem Psiquiátrica. O estudo tem como objetivo principal divulgar a tentativa de adaptar os princípios de relacionamento terapêutico às questões específicas da realidade da assistência de enfermagem a pacientes psiquiátricos hospitalizados e às dificuldades inerentes ao aluno iniciante nesta área. Além da revisão de literatura, o estudo traz o relato de um caso, assim como discorre sobre as dificuldades percebidas na vivência de seis anos de ensino; contém uma análise dos resultados e das limitações do modelo e propõe medidas para tornar a intervenção de enfermagem mais efetiva para o paciente considerando o contexto sócio-econômico, político e familiar de sua internação.

ABSTRACT. The authoress relate the teaching model of therapeutic relation adapted in the discipline psychiatric nursing. The study has as main purpose to divulge the attempt to fit questions of the reality of the nursing assistance to psychiatric patients hospitalized and difficulty inherent to the student in the beginning this field. Beyond the revision of the literature, the study brings the report of a case, as though it exsatiates on the difficulty perceived in the live liness of sex years of teching; it contains an analysis of the results and it proposes measures in order to become the nursing intervention more actual for the patient considering the social-economical, political and familiar context of his internment.

INTRODUÇÃO

Há várias décadas, a Psiquiatria vem passando por um processo de auto-crítica e conseqüentes tentativas de dinamização e humanização da assistência ao paciente. A enfermagem, enquanto profissão inserida neste setor, procura modernizar sua atuação. A enfermagem psiquiátrica vem, então, sendo obrigada a repensar sua prática. A descoberta dos psicotrópicos, o advento das terapêuticas psicológicas e sócio-ambientais colocaram-na numa situação em que suas habilidades tradicionais de vigilância, controle e outras puramente mecânicas ou técnicas tornaram-se insuficientes ou desnecessárias. Percebe-se, entre as enfermeiras psiquiátricas, uma tendência crescente de seguir um modelo com bases psicossociais dando ênfase ao relacionamento terapêutico e às ações comunitárias.

Diversos autores nacionais e estrangeiros (ARANTES¹, ARRUDA², DANIEL³, FUKUDA⁴, IRVING⁵, KYES & HOFLING⁶, ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DE SAÚDE⁷, STEFANELLI¹², TRAVELBEE¹³, têm-se preocupado em pesquisar e escrever sobre relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. Os estudos tentam mostrar os resultados obtidos com diferentes métodos, mas ainda restam indagações. Por exemplo, no relacionamento terapêutico, tenta-se mobilizar as potencialidades das pessoas na busca de segurança e auto-realização, mas o que de fato ajuda emocionalmente as pessoas ainda não está bastante esclarecido (DANIEL³). Se existem indagações, o aprofundamento é necessário.

Há seis anos o relacionamento terapêutico vem sendo motivo de reflexão e discussão principalmente na ocasião em que se realiza a prática da disciplina Enfermagem Psiquiátrica. A inquietação vem da confrontação com fatores que terminam por marcar uma razoável distância entre o que se aceita ou defende em teoria e aquilo que se consegue realizar de fato.

Imperfeições curriculares, desproporção entre

1. Docente do Departamento de Enfermagem da U.F.C. Mestra em Enfermagem Psiquiátrica.

2. Docente do Departamento de Enfermagem da U.F.C. Aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Social da U.F.Pb.

3. Aluna do Curso de Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da U.F.C. Monitora da disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

número de docentes e de alunos e entre o número de enfermeiras e de pacientes, papel ambivalente da enfermeira no hospital psiquiátrico, distorções da política de saúde e previdenciária, além de atenção insuficiente ou indevida às questões familiares e sócio-econômicas do paciente são alguns dos elementos que dificultam o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente.

Este trabalho é um marco formal que documenta o resultado de reflexões dos alunos e das autoras sobre a problemática acima referida. Objetiva destacar a necessidade de que a enfermeira psiquiátrica atue numa perspectiva mais global e dinâmica, compreendendo os determinantes de sua condição atual enquanto busca alternativas que lhe possibilitem uma atuação realmente terapêutica.

REVISÃO DE LITERATURA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresenta-se a seguir uma breve amostra dos princípios conceituais e metodológicos que embasam o tema relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. Entretanto, um aprofundamento maior sobre o assunto é possível ser obtido em consulta às fontes relacionadas no capítulo Bibliografia deste trabalho.

Entre várias pré-condições para que se processe o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente destaca-se a ocorrência de empatia entre os envolvidos.

A empatia, às vezes, é confundida com simpatia. Entretanto, esta pode se dar de modo inconsciente e costuma estar associada a sentimentos de pena, compaixão, reprovação. Tais sentimentos levam a enfermeira a perder a objetividade no relacionamento com o paciente, o que põe em risco o caráter terapêutico da relação. Já a empatia comporta uma operação intelectual que se associa ao esforço para compreender o outro (TRAVELBEE¹³).

A empatia é tida também como uma habilidade a ser desenvolvida pela enfermeira ao longo de sua vivência profissional pois não se encontra pronta e acabada uma enfermeira que, coincidentemente, tenha vivenciado as mesmas experiências do paciente sob seus cuidados (IRVING⁵).

É fácil falar com o paciente quando não há preocupação quanto aos efeitos de nossas palavras e ações sobre o comportamento do mesmo. Só quando a enfermeira é consciente da importância de sua comunicação e responsabiliza-se por ela é que a interação com o paciente torna-se terapêutica (PEPLAU⁸).

O relacionamento terapêutico enfermeira-paciente não é um acontecimento casual, é meta a ser atingida, função específica da enfermeira. É uma interação que se planeja, que tem objetivos definidos. Com a evolução do processo de relacionamento as duas pessoas envolvidas modificam seu comportamento construtivamente (TRAVELBEE¹³). Esta é uma visão de que o relacionamento enfermeira-paciente deve ocorrer seguindo uma metodologia, guiando-se por uma sistemática pautada em objetivos a serem atingidos.

Há quem analise o relacionamento terapêutico com maior profundidade e conferindo maior expansão ao papel do terapeuta colocando que o objetivo

da relação terapêutica não é só a resolução de problemas mas a aquisição, por parte do cliente, de elementos que o capacitem a enfrentar os percalços presentes e futuros de maneira mais integrada e independente (ROGERS⁹).

O relacionamento terapêutico é definido como uma seqüência de interações entre a enfermeira e o paciente que se dão durante certo período de tempo, sendo natural que ocorra certo grau de envolvimento emocional, uma vez que ambos têm sentimentos e emoções. Tal envolvimento emocional deve ocorrer em nível terapêutico (STEFANELLI¹²). O comprometimento emocional equilibrado é que vai assegurar essa condição, pois ajuda o terapeuta a racionar mais claramente sobre os problemas identificados e a separar os problemas do paciente das necessidades pessoais do terapeuta (DANIEL³).

Por outro lado há quem conceba o relacionamento terapêutico numa perspectiva mais complexa, considerando-o extensivo à família e à própria equipe de saúde, englobando uma metodologia para identificação e determinação das necessidades das pessoas ajudadas (DANIEL³).

As concepções sobre relacionamento terapêutico não são de todo coincidentes. Observe-se a forma como duas autoras esquematizam seus métodos.

O relacionamento terapêutico divide-se, para TRAVELBEE¹³, em quatro fases:

- Fase de pré-interação – a enfermeira escolhe o paciente, colhe dados sobre ele no relatório médico, no de enfermagem e com outras pessoas envolvidas no cuidado do paciente. Concomitante a esta fase a enfermeira precisa: a) compreender suas idéias, sentimentos e pensamentos; b) conceituar o que ela deseja obter durante a interação. Inicia-se com a observação não participante e depois participante.

- Fase introdutória ou inicial – começa com o primeiro encontro, caracteriza-se pelo estabelecimento do compromisso de ajuda, pelo conhecimento mútuo baseado em suposições e inferências tanto por parte do paciente quanto da enfermeira. Nesta fase é comum o paciente recorrer a estratégias de controle tais como: manipulação, testagem para avaliar a segurança e competência da enfermeira e se pode ou não confiar nela.

- Fase de identidades – caracteriza-se pelo conhecimento mútuo crescente, em que o paciente insiste em suas tentativas de testar a capacidade da enfermeira em estabelecer limites e reger-se por eles; caracteriza-se também pela crescente capacidade de cada um em perceber o outro como ser humano singular.

- Fase de término – dá-se quando, por alguma razão, o relacionamento deve ser interrompido. Nesta fase podem acontecer fenômenos como: sentimento de gratificação, indiferença, dependência, independência ou interdependência.

Outra autora (DANIEL³) esquematiza seu modelo numa perspectiva mais global. Diz que no processo de relacionamento terapêutico distinguem-se os seguintes estágios ou etapas:

- 1ª Etapa – conhecimento mútuo; promoção da confiança; desenvolvimento de empatia; permissão de dependência; orien-

tação quanto ao lugar e atividades; estabelecimento do compromisso de dar e receber ajuda; observação; identificação de problemas; diagnóstico de enfermagem; planejamento do atendimento; determinação do modo de ação.

2ª Etapa — técnicas de comunicação; uso de atividades terapêuticas; promoção de atividades terapêuticas; documentação das observações de enfermagem; resolução de problemas; orientação de familiares; preparação para a independência; estimulação para a tomada de decisões.

3ª Etapa — preparação para a separação; orientação de familiares; preparo para a alta; obtenção de repercussão; avaliação do processo; prognóstico de enfermagem; documentação do processo.

METODOLOGIA

O trabalho vem-se realizando ao longo de seis anos de ensino de Enfermagem Psiquiátrica e inicialmente o modelo adotado foi pautado no proposto por ARANTES¹. No decorrer da experiência o esquema central foi sofrendo algumas alterações e hoje o essencial daquilo que se concebe e procura executar está relatado nos parágrafos seguintes.

Percebe-se o relacionamento terapêutico como um processo de conhecimento e crescimento mútuo, inserido num período de tempo definido em que a enfermeira, embasada em conhecimentos prévios e metodologia específica, procura estabelecer condições externas e internas para que o cliente consiga enfrentar os problemas atuais e futuros com maior autonomia.

Entende-se também que o processo é uma aprendizagem constante na formação de atitudes e adoção de medidas terapêuticas, pois estas estão condicionadas à história de vida do paciente, às suas necessidades, às características pessoais da enfermeira, às condições ambientais imediatas e à existência ou não de trabalho em equipe dentre outras.

Considera-se que os objetivos do relacionamento terapêutico não devem estar restritos aos problemas emocionais do paciente e à sua pessoa. O planejamento deve incluir estratégias visando atendê-lo globalmente, inclusive em suas necessidades físicas e visando sua problemática sócio-familiar numa perspectiva dinâmica. Para tal, deve-se recorrer a supervisões, assessorias e encaminhamentos intra e extra-institucionais.

No decorrer da experiência, as autoras têm-se preocupado com a complexidade de fatores com os quais a enfermeira psiquiátrica deve lidar, para conseguir caracterizar como terapêutica a sua atuação. Nos muitos momentos de discussão e reflexão surgiram elementos que, naqueles instantes, eram tidos como novos. Posteriormente, foi-se descobrindo que as concepções das autoras aproximam-se do que é defendido por DANIEL³. Ela também destaca que no desempenho do relacionamento terapêutico, além de sua própria personalidade e preparo técnico-científi-

co, a enfermeira pode recorrer ao processo de enfermagem, ao trabalho em equipe, à promoção de um ambiente e atividades terapêuticas e ao trabalho com familiares.

Com base nos pressupostos acima referidos, o ensino de relacionamento terapêutico dá-se como está descrito a seguir.

No decorrer da parte teórica da disciplina são fornecidos e discutidos os elementos teóricos essenciais sobre comunicação e relacionamento terapêutico.

No início da parte prática é distribuído e discutido um roteiro contendo as informações e tópicos necessários ao entendimento da metodologia a ser aplicada no processo de relacionamento terapêutico aluno-paciente (V. Anexo 1). O aluno passa cerca de uma semana observando o paciente para, então, escolhê-lo. Escolhido o paciente, o aluno apresenta-se, propõe o relacionamento, explica os objetivos e a forma como o mesmo será desenvolvido. Se o paciente concordar, será firmado contrato de ajuda.

Ao escolher o paciente, o aluno é orientado para seguir alguns critérios preferenciais:

- Paciente internado há poucos dias para que o período de relacionamento seja relativamente extenso.

- Paciente de primeira internação ou de poucas internações. Com isso, tenta-se influir para que o aluno em processo de aprendizagem, tenha mais chances de intervir satisfatoriamente. Se ele escolhe um paciente crônico as possibilidades de resultados positivos estão sensivelmente diminuídas.

- Paciente com alguma condição de diálogo ou, na ausência desta condição, paciente com o qual o aluno sintá-se fortemente motivado a interagir.

- Antes da escolha do paciente, evitar consultar seu prontuário ou ler sobre sua patologia para evitar impressões apressadas e preconceitos.

Escolhido o paciente, o aluno realiza a primeira interação e traça o Plano de Interação correspondente. Estes serão analisados em encontro com a docente responsável pela supervisão do aluno. Busca-se, com isso, ajudá-lo em suas dificuldades de abordagem ao paciente. Após a primeira reunião de supervisão, o aluno poderá aprazar uma próxima ou solicitar apenas quando sentir novas dificuldades.

Diariamente o aluno realiza interação com o paciente, identifica problemas, traça objetivos e define estratégias para a solução dos problemas tanto do paciente quanto seus. A avaliação do Plano de Interação é feita no dia seguinte, uma vez que o aluno passa apenas cinco horas no hospital e seria por demais imaturo fazer avaliação de problemas tão complexos em período de tempo tão curto (Vide Anexo 2).

Na realidade, percebe-se este método como uma adaptação do processo de enfermagem à área de psiquiatria. Ao invés de Plano de Cuidados, chama-se Plano de Interação. Ao invés de Problemas de Enfermagem, recorre-se apenas ao termo Problemas. Isso visa dar ao aluno oportunidade de analisar suas próprias dificuldades e traçar estratégias para cres-

cer emocionalmente. Ao invés da coluna Prescrição de Enfermagem, utilizam-se duas outras, a de Objetivos e a de Estratégias. Na primeira coluna, são lançadas as grandes metas a serem atingidas na ajuda ao paciente. Na segunda, são relacionadas as formas possíveis, percebidas pelo aluno como capazes de encaminhar a resolução da problemática identificada. Quanto às particularidades da coluna Avaliação (V. Anexo 2).

ANÁLISE DAS DIFICULDADES E SUGESTÕES

Análise das Dificuldades

Toda a problemática analisada a seguir tem implicações sobre o ensino de relacionamento terapêutico, sobre a aprendizagem e crescimento profissional do aluno e, por conseguinte, sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente. No intuito de facilitar a leitura, apresenta-se a problemática dividida em três grupos: a) ligados à política e instituições de assistência psiquiátrica; b) ligados às condições de ensino e c) ligados ao aluno e ao paciente.

a) Ligados à política e instituições de assistência psiquiátrica:

A assistência psiquiátrica tem sido severamente criticada por sua condição precária, caótica, massivamente curativa e não preventiva pelos seus escasos serviços ambulatoriais, internações longas e altas taxas de reinternações. Ao invés de contribuir para a cura do doente, faz o oposto institucionalizando-o e tornando crônicos seus infortúnios. Assim sendo a prática de enfermagem psiquiátrica dá-se predominantemente de acordo com o modelo hospitalar de prestação de serviços.

Convém lembrar que referido modelo tem como pauta característica a expropriação do profissional pela empresa privada, com salários baixos, precárias condições de trabalho e pequeno número de técnicos para um grande número de pacientes. Tais fatores encadeiam-se e praticamente tornam impossível a atualização de conhecimentos. Desatualizada e sobrecarregada, a enfermeira vê-se, geralmente, junto com outros profissionais, numa prática acrílica e não-científica onde os impasses entre a problemática psiquiátrica e a problemática social do paciente não são refletidos. Sem condições de trabalho e, na maioria das vezes, sem preparo específico, a enfermeira passa a ter uma atuação apenas mecânica, administrativa e distante. A sobrecarga de trabalho dificulta a supervisão adequada do pessoal auxiliar e este fato, por sua vez, favorece a adoção de maior número de medidas de vigilância e contenção do que de medidas terapêuticas.

Somos de parecer que o contexto da instituição é de grande importância para o sucesso do relacionamento enfermeira-paciente, ou seja, a instituição deve ter características de ambiente terapêutico.

Ambiente terapêutico é entendido como um conjunto harmonioso de condições planejadas que favorecem o tratamento, recuperação e educação em saúde. Entre tais condições deve haver equilíbrio de funcionamento e número suficiente de pessoal qualificado para prestar atendimento. Prevê a atuação de

profissionais tecnicamente habilitados o que faz claro contraste com ambientes onde as pessoas comportam-se como “guardas” ou “fiscais”. No ambiente terapêutico, os profissionais devem promover a interação, participação conjunta e tomada de decisões em comum (DANIEL³).

A realidade da média das instituições psiquiátricas, como descrita anteriormente, autoriza afirmar que elas não constituem ambiente terapêutico de fato.

Nestas instituições, a enfermagem vê-se numa posição bastante contraditória e ambivalente. Se, por um lado, um dos princípios do relacionamento terapêutico diz que a pessoa ajudada deve decidir se aceita ou não o mesmo, por outro, a internação psiquiátrica, sendo geralmente involuntária, quase que anula tal possibilidade. A enfermeira vê-se, então, diante de algumas questões e conflitos: até que ponto está tendo uma atuação terapêutica? até que ponto está servindo de instrumento da instituição para adaptar o paciente às normas e rotinas da mesma? está ou não servindo apenas de guardião e vigilante?

Embora as qualidades acima relatadas estejam diretamente ligadas às enfermeiras, em sua prática os alunos também se ressentem pois têm de conviver com uma realidade em que seu papel profissional não está suficientemente claro.

b) Ligados às condições de ensino:

O ensino de relacionamento terapêutico tal como concebido neste trabalho é árduo, apesar de ser gratificante. É árduo porque, para desenvolver-se a contento, requer acompanhamento direto e supervisão individual de cada aluno. Para satisfazer tal requisito, considera-se que a relação professor-aluno deve girar em torno de um para cinco. Infelizmente, na realidade, cada professor tem acompanhado até dez alunos.

Outra dificuldade é a bibliografia especializada disponível que geralmente é importada e tem elevado custo.

O relacionamento interpessoal de ajuda, embora instrumento fundamental em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica deve, desde os semestres iniciais, ser incorporado ao longo do currículo. O currículo, todo ele, deve estar voltado para um enfoque preventivo (OMS⁷). Quanto a isso, especificamente, tem-se algumas dificuldades pois, na Escola onde nasceu a presente experiência, a disciplina Enfermagem Psiquiátrica está situada no último semestre da Graduação. Como se sabe, o aluno, na maioria das vezes, chega nesta disciplina com uma série de preconceitos e, mesmo descobrindo uma realidade gratificante ao desenvolver o processo de relacionamento terapêutico, não tem oportunidades formais, dentro desta estrutura curricular, para sedimentar a aprendizagem. No que concerne à disciplina Enfermagem Psiquiátrica o currículo ainda não atende ao requisito de estar predominantemente, voltado para a prevenção. Como resultado disso, a maioria das enfermeiras psiquiátricas é lotada em hospitais, e, mesmo trabalhando em instituição com estrutura ambulatorial, regra geral, não têm uma atuação sistemática marcante junto à clientela e comunidade. O aluno também se ressentem com este problema, pois no desenrolar do relacionamento terapêutico, se bem sucedido, ao final poderia refe-

renciar o paciente já de alta hospitalar para enfermeiras que trabalhassem a nível de saúde mental comunitária. Como tal encaminhamento não é possível, esvai-se a chance de acompanhamento do paciente a longo prazo e de avaliar a intervenção terapêutica do aluno.

c) Ligados ao aluno e ao paciente:

Os problemas que vêm sendo descritos, na verdade, associam-se, intimamente, com os que serão dispostos a seguir.

No processo de relacionamento terapêutico, o estudante vivencia na prática o que já viu em teoria. Em tal experiência ele está envolvido enquanto ser humano e procura fazer uso terapêutico de si mesmo. Para que os desgastes emocionais sejam compreendidos e minimizados faz-se necessária a supervisão direta do processo (FUKUDA⁴; O.M.S.⁷; STEFANELLI¹²). Nos seis anos de trabalho, este princípio nem sempre tem sido atendido devido à relação desproporcional entre o número de docentes e de estudantes.

Por ser sua primeira experiência em relacionamento terapêutico com o paciente, o aluno chega ao campo de prática com um nível de ansiedade muito elevado. A ansiedade é manifestada através de comportamentos e atitudes que traduzem suas idéias preconcebidas e inseguranças. São comuns: tendência a consultar o prontuário do paciente mesmo sendo orientados a não fazê-lo; tendência a aconselhar e fazer juízo do que o paciente diz ou faz; tendência a “trabalhar” apenas os problemas do paciente e a fugir de refletir sobre suas ações, atitudes e sentimentos ante o mesmo; vulnerabilidade e confusão ante às demandas do paciente sobre licenças, aposentadoria etc. A última dificuldade acontece pelo desconhecimento que o aluno novato tem das normas e burocracias previdenciárias e do hospital.

Tal como a enfermeira, ante a realidade do hospital psiquiátrico, o aluno comporta-se de maneira ambivalente ou verbaliza conflito ante algumas situações: como proceder para não servir de instrumento de adaptação do paciente ao hospital mas ajudá-lo a resolver seus problemas de forma mais integrada e independente? Como defender as condições adequadas ao relacionamento terapêutico, se no hospital algumas pessoas adotam atitudes completamente contrárias e até chegam a desqualificar seu esforço para ajudar o paciente?

Muitas vezes o aluno toma iniciativas que deveriam ser do próprio paciente. Em supervisão com o aluno sobre a ambivalência de tais atitudes, geralmente ele termina por verbalizar que, no hospital psiquiátrico, o paciente é tão desvalorizado e desacreditado em suas demandas, que se torna indispensável uma intervenção da enfermagem para conseguir algo de concreto e positivo.

Em sua experiência de relacionamento terapêutico com o paciente, o aluno depara-se ainda com dificuldades resultantes da problemática de vida do próprio paciente. Estabelecido o compromisso de ajuda, ele enfrenta pelo menos uma das situações seguintes: o paciente não resolveu internar-se, voluntariamente, fato que por si só já o deixa predisposto contra o hospital e as pessoas que ali trabalham; realizada a perícia médica do INPS (Instituto Nacional de Previdên-

cia Social) que concede a licença, a família interfere no processo de relacionamento levando o paciente de alta a pedido; o paciente foge do hospital e não retorna; terminado o prazo de internação estipulado pelo INPS para o diagnóstico do paciente, o mesmo recebe alta; independente de seu estado de saúde.

Por fim, vem a dificuldade sentida pelo aluno quanto ao acompanhamento do paciente dentro de uma perspectiva global. Devido à forma como o currículo e a assistência psiquiátrica são estruturados, o aluno sai com uma visão fragmentada ou distorcida da problemática do paciente e do tipo de assistência que deve ser prestada ao mesmo. Sem uma formação introdutória, ele chega à disciplina, depara-se com a grande responsabilidade de desenvolver-se em seu aspecto específico, o relacionamento terapêutico, e nem sempre obtém uma visão global da problemática do paciente e sua família.

Sugestões

Tomando por base as dificuldades analisadas anteriormente, foram elaboradas algumas sugestões que possam servir de alternativa para solucioná-las. As três primeiras são gerais e de caráter político, as demais são de caráter profissional:

- Inserção em lutas gerais da sociedade brasileira pelos direitos básicos da população, notadamente o direito a uma assistência de saúde condigna.
- Luta à frente de suporte às entidades de classe da enfermagem pela definição de uma política de saúde que privilegie, na prática, os aspectos preventivos, inclusive no setor psiquiátrico.
- Luta dentro das próprias instituições psiquiátricas pela definição de uma política justa de educação continuada que possibilite o aperfeiçoamento de enfermeiras e pessoal auxiliar.
- Criação de Grupos de Interesse Clínico em Enfermagem Psiquiátrica para o aprofundamento de conhecimentos e busca de modelos operacionais compatíveis com as dificuldades existentes e efetivos para a saúde mental da clientela.
- Criação, dentro dos próprios hospitais psiquiátricos, de núcleos de estudo de relacionamento terapêutico para refletir sobre as atitudes adotadas frente ao paciente.
- Empenho de docentes e enfermeiras de serviço para elaboração e publicação de maior quantidade de bibliografia especializada sobre relacionamento terapêutico em enfermagem.
- Ênfase no ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica aos aspectos preventivos e psicossociais da assistência à saúde mental.
- Definição de estratégias interprofissionais para terapia familiar dos casos novos.

CONCLUSÃO

Pretende-se continuar a metodologia aqui esboçada dando maior ênfase, na teoria, aos objetivos e etapas do relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. Na prática da disciplina, haverá ênfase também na operacionalização de estratégias que visem a transformação da realidade que foi descrita, notadamente

aquelas contidas nas sugestões relacionadas no capítulo anterior.

FRAGA, M. N. O. et alii. The therapeutic in the psychiatric nursing; difficulty and perspectives. *Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3): 94-102, Apr./Sept., 1986.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANTES, E. C. O ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. *Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 26(6): 438-46, out./dez. 1973.*
2. ARRUDA, M. J. B. *Relacionamento terapêutico em psiquiatria.* Recife, Editora Universitária, 1980.
3. DANIEL, L. F. *Atitudes interpessoais em enfermagem.* São Paulo, EPU, 1983.
4. FUKUDA, I. M. K. et alii. Comportamento manipulativo e relacionamento terapêutico. *Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 16(1):67-74, abr. 1982.*
5. IRVING, S. *Enfermagem psiquiátrica básica.* 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
6. KYES, J. J. & HOFLING C. K. *Enfermaria psiquiátrica.* 3.ed. México, Interamericana, 1977.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Informe del Comité del Programa de Libros de Textos de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatria.* Washington, 1978. (Publicación Científica, 363).
8. PEPLAU, H. E. *Interpersonal relations in nursing.* New York, Putnan's, 1952.
9. ROGERS, C. *Tornar-se pessoa.* Lisboa, Moraes, 1960.
10. SARANO, J. *O relacionamento com o doente; dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes.* São Paulo, EPU, 1978.
11. SATIR, V. *Terapia do grupo familiar.* Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
12. STEFANELLI, M. C. et alii. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. *Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 16(3): 245-3, dez. 1982.*
13. TRAVELBEE, J. *Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona.* Colombia, Carvajal, 1979.

ANEXO 1

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

01. APRESENTAÇÃO:

O presente instrumento destina-se a obter informações e detectar problemas do paciente para propor alternativas de solução.

Este instrumento será utilizado pelos alunos, individualmente, durante as atividades práticas da disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Será desenvolvida em uma instituição psiquiátrica previamente escolhida pelos professores responsáveis pela disciplina.

A escolha do paciente será feita pelo aluno após uma semana de atividades práticas. O aluno deverá manter o relacionamento terapêutico com o paciente até o final do período de atividades práticas.

02. OBJETIVOS:

Ao concluir a aplicação do presente instrumento, o aluno deverá ter alcançado os seguintes objetivos:

- Utilizar os princípios de comunicação e relacionamento terapêutico na abordagem ao paciente escolhido.
- Identificar os possíveis fatores pessoais e familiares que desencadearam o desequilíbrio do paciente.
- Identificar as principais necessidades do paciente.
- Identificar suas próprias dificuldades na abordagem e assistência ao paciente psiquiátrico.
- Demonstrar respeito pela pessoa do paciente, aceitando sua dependência momentânea enquanto oferece condições para recuperação.
- Planejar a assistência de enfermagem ao paciente, executá-la e avaliá-la.

03. INSTRUMENTO:

3.1. Identificação:

- Nome
- Idade
- Estado Civil
- Grau de Instrução
- Procedência
- Ocupação e Profissão
- Residência

3.2. Antecedentes pessoais e familiares:

- Condições de vida (hábitos, intoxicações por fumo, álcool, sono, com quem reside, etc.)
- Condições sócio-econômicas.
- Situação do paciente dentro da família antes e depois da internação.
- Comportamento do paciente que acarretou a internação e quem decidiu trazê-lo para o hospital.
- Informações relativas à saúde dos pais, avós, irmãos, tios etc., se faleceram, de que faleceram e com que idade.

3.3. Outras informações:

- Comportamento do paciente dentro do hospital, e suas condições físicas e mentais até o início da interação com o aluno.
- Diagnóstico médico e sintomas que o justificaram, tratamento a que foi submetido em internações anteriores.

3.4. Dados complementares sobre a interação:

- Incidentes ocorridos no dia anterior ou durante as horas que precederam a entrevista.
- Comportamento do paciente no hospital durante as horas que precederam a entrevista.
- Descrição do ambiente em que se deu a entrevista.
- Condições emocionais do paciente e do aluno no início da entrevista.
- Descrição da comunicação aluno + paciente.

3.5. Plano de interação:

O plano de interação deverá ser traçado diariamente atentando para:

- a. Problemas detectados – relacionar problemas tanto da paciente quanto do aluno.
- b. Elaborar o plano de interação formulando os objetivos para a resolução dos problemas surgidos, verificando e determinando o que precisa ser modificado no comportamento do paciente e aluno.
- c. As estratégias – definição de recursos a serem utilizados para resolução dos problemas identificados.

3.6. Avaliação

Será efetuada diariamente descrevendo:

- Os objetivos que foram ou não atingidos;
- Os fatores que impediram a consecução dos objetivos;
- Os progressos que foram ou não conseguidos na interação aluno x paciente até a presente data.

ANEXO 2

ESTUDO DE CASO

Para exemplificar a metodologia usada, fez-se um extrato do relacionamento terapêutico aluno-paciente. O que aqui é apresentado são os dados da primeira e última interação e um Plano de Interação.

1. IDENTIFICAÇÃO:

M. F. S., casada, 42 anos, alfabetizada, natural de Quixadá, sem trabalhar há 4 anos, internou-se nesta instituição em 06 de setembro de 1984.

2. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

2.1. Condições de vida (hábitos, intoxicação por fumo, álcool, sono, com quem reside, condições sócio-econômicas).

A paciente mora com o esposo e o filho. Estes andam à procura de emprego. A família depende exclusivamente da pensão que a paciente recebe do INPS (cerca de 60 mil cruzeiros). A casa tem 2 cômodos, é feita de tijolo, com piso de barro batido, coberta de telha, não tem local certo para o lixo e não há sanitário. Cria galinha e porco no pequeno quintal. A paciente demonstra ter bons hábitos de higiene ambiental e corporal. Refere não ter vícios, dorme pouco, tem muitos pesadelos e acorda assustada durante a noite. Religião Católica.

2.2. Situação do paciente dentro da família antes e depois da internação:

Refere ter ficado doente desde quando trabalhava em fábrica de castanha, porque usava as duas mãos e os dois pés ao mesmo tempo, tinha que descascar no mínimo 20 quilos de castanha por dia. Antes da primeira internação mantinha bom relacionamento com a vizinhança e com todos de sua casa. Refere não ter, atualmente, ninguém da família que possa lhe ajudar.

2.3. Comportamento do paciente que acarretou a internação e quem decidiu trazê-la para o hospital.

Refere ter vindo para o hospital, às 3 horas da manhã, sozinha. Sentia uma forte dor de cabeça, chorava, e agredia os que dela se aproximassem. (sic). A paciente refere ter agredido seu marido com uma pedra de calçamento. Devido ao incidente, o marido disse que não a levaria ao hospital. Relata, ainda, ter tentado suicídio três vezes.

2.4. Informações relativas à saúde dos pais, avós, irmãos, tios, se faleceram, de que faleceram e com que idade.

O pai e o padrasto morreram de problemas car-

díacos. A mãe e irmãos, já falecidos, tinham problemas mentais. Não sabe informar que idade faleceram.

3. OUTRAS INFORMAÇÕES:

3.1. Comportamento da paciente dentro do hospital, e suas condições físicas e mentais até o início da interação com o aluno.

Paciente mostrava-se sociável, ajudava as companheiras mais desorientadas, colaborava com a limpeza da enfermaria. Apresentava boa aparência física apenas com pele ressequida. Mostrava-se inquieta, queixando-se de dormir pouco e reclamando apenas do barulho de uma paciente que chegara no início da noite.

3.2. Diagnóstico médico e sintomas que o justificaram, tratamento a que foi submetida em internações anteriores.

Internada com diagnóstico de neurose histérica, na guia de internação constam como sintomas: labilidade de sentimentos, irritabilidade, crises de choro, dor de cabeça e tontura. A paciente queixa-se ainda de moleza, tremores e coisa ruim na cabeça (sic). Não sabe dizer a que tratamentos foi submetida anteriormente.

4. DADOS COMPLEMENTARES SOBRE A INTERAÇÃO:

4.1. Incidentes ocorridos no dia anterior ou durante a manhã que possam influenciar o relacionamento com o aluno no presente dia

Paciente no dia que antecedeu à 1ª Interação, mandou a visita (sua vizinha) ir embora. Esta trouxe-lhe um recado do marido, ele mandou dizer que não viria visitá-la porque estava doente, devido à pedra que ela havia jogado em suas costas. Mandou ainda avisá-la que se ela não voltasse logo para casa, ele iria para a casa de uma amante (sic).

4.2. Comportamento da paciente que prececeu a entrevista.

Mostrava-se chateada, deprimida, referindo não ter dormido bem, com pesadelos e ter tomado vários banhos durante a noite e estar com dor de cabeça. Falou que não queria conversar muito naquele dia.

4.3. Descrição do ambiente em que se deu a entrevista

O ambiente estava tranqüilo sem a presença de pacientes. O local escolhido foi um banco debaixo da mangueira, perto da cantina. Horário: 9:45 às 10:15 horas.

4.4. Condições emocionais da paciente e do aluno no início da entrevista.

A paciente mostrava-se apreensiva, inquieta, inibida, sem vontade de falar, respondendo apenas o que se perguntava.

O aluno mostrava-se calmo, firme, motivador, compreensivo.

4.5. Descrição da comunicação aluno x paciente.
 ALUNA: Sou estudante de enfermagem e meu nome é L, estou aqui neste hospital fazendo estágio da Faculdade de Enfermagem.
 PACIENTE: É?
 ALUNA: Eu gostaria de poder lhe ajudar se a senhora quiser conversar comigo.
 PACIENTE: Tá, eu quero, mas eu não posso conversar muito tempo não, que fico toda me tremendo e com dor de cabeça e tonta.
 ALUNA: Nós conversaremos cerca de uma hora?
 PACIENTE: Tá certo, pois vou lhe contar desde o começo da minha história.
 ALUNA: A senhora ajudará muito, falando de sua vida, pois só assim vou fazer alguma coisa pela senhora.
 PACIENTE: Pois sim! Eu morava na Serra Azul quando era pequena e vim morar aqui com uma tia.
 Minha mãe casou duas vezes, eu filha do 1º marido, a caçula. Meus parentes morreram todos lá na Serra Azul.
 ALUNA: Seus parentes faleceram de que?
 PACIENTE: Quase todos do coração. Não gosto de relatar o meu passado. Tenho um irmão e uma irmã que também são nervosos assim como eu.
 ALUNA: E tem mais alguém na sua família que sofre dos nervos?
 PACIENTE: Minha mãe. Pois sim, eu fiquei assim quando fui trabalhar na fábrica de castanha em que a gente usava as duas mãos e os dois pés e tinha que descascar 20 quilos de castanha por dia senão dava prejuízo e caía fora do emprego. Depois eu saí de lá e fui trabalhar de engomadeira numa fábrica de confecções, aí então é que eu só vivia de licença e acabei saindo de lá.
 ALUNA: O que é que a senhora sente?

PACIENTE: Minha filha, eu fico fora de mim, doida, correndo, com o destino de sair de casa e me jogar debaixo dos carros, com dor de cabeça muito forte, já tive vontade de me jogar dentro da cacimba. O meu marido e o vizinho me amarram e acham que invento tudo isso e não entendem que estou doente.
 ALUNA: Mas quando é que a senhora sente isto?
 PACIENTE: Eu não posso ter “preocupação”. Esta semana eu fui na casa da minha irmã, na véspera de eu vir para cá, e quando eu ia chegando lá o carro atropelou e matou um menino dela e eu vi tudo e fiquei com uma dor de cabeça que não aguentava.
 ALUNA: E o que foi que levou a senhora a procurar o hospital?
 PACIENTE: Foi esta dor de cabeça, que eu estava já para morrer, e vim sozinha. Meu marido não quis vir comigo e meu filho fica com desgosto quando me vê assim e sai logo de casa.
 ALUNA: E como é seu marido? Faz tempo que a senhora é casada?
 PACIENTE: Meu marido é ruim. Olhe eu já sofri tanto. Ele já chegou a me bater. Meu filho fica chorando, faz 20 anos que casei.
 ALUNA: Qual a idade de seu filho?
 PACIENTE: Ele é um rapaz de 18 anos. Não quero mais conversar por que estou cansada e com dor de cabeça e tontura, vou me deitar senão vou cair aqui.
 ALUNA: Hoje só fiz ouvir o que a senhora estava dizendo, amanhã se a senhora quiser a gente pode continuar, eu tenho muito o que conversar para lhe ajudar. Até amanhã às 9:30 horas neste mesmo local.
 PACIENTE: Até amanhã.

1º PLANO DE INTERAÇÃO

DATA: 13/09/84

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
1. Somatização dos sintomas	1.1. Trabalhar os sintomas da paciente mostrando que não tem problemas orgânicos.	<p>Conversando com a paciente, mostrando que está completamente saudável seu corpo</p> <p>— Conversando sobre sua doença</p> <p>— Mostrando a importância de participar da Terapia Ocupacional para seu tratamento</p>	<p>(14/09/84)</p> <p>Objetivo nº 1.1. foi atingido parcialmente, paciente participou somente da Terapia Ocupacional</p> <p>Paciente mostrou-se sensível aos exemplos de resoluções de problemas, mas demonstra desespero quando fala de seus problemas.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
2. Tentativa de suicídio	2.1. Modificar o comportamento da paciente	– Dialogando com a paciente para distraí-la	Comunicou idéias suicidas em crises anteriores
		– Dando exemplos de resoluções de problemas	Apresenta resistência em falar de seus problemas.
	– Mostrando que todas as pessoas têm problemas na vida	Objetivos 2.1., 2.2., 2.3., 3.1., 3.2. parcialmente atendidos	
	2.2. Manter a vida da paciente	– Dizendo que ninguém tem o direito de tirar a vida de ninguém nem mesmo a própria	
		– Mantendo vigilância sobre a paciente	
		– Comunicando as idéias suicidas da paciente à equipe	
	2.3. Recuperar a auto-estima da paciente	– Ressaltando as qualidades da paciente	
3. Não quer falar de seus problemas	3.1. Promover melhor interação paciente x aluno	– Reafirmando os propósitos do trabalho	
		– Explicando que só a medicação não resolverá todos os problemas, embora seja importante	
	3.2. Assegurar melhor compreensão da paciente sobre seus problemas, sintomas e sentimentos	– Explicando sobre a importância de falar de seus problemas e sentimentos para melhor entender sua vida.	

SÚMULA DA 12ª INTERAÇÃO

Data: 05/10/84

Horário: 8:00 às 8:30 horas

Local: A cama da paciente, pois esta foi ao encontro da aluna para dizer que o portão que dá acesso ao local pré-escolhido estava trancado. Daí a paciente escolheu seu leito.

A paciente mostrou-se receptiva, bem humorada e chamou a aluna para ir à sua cama fazer a interação pois já tinha percebido que o portão estava fechado.

A aluna mostrou-se bem humorada, comunicativa e receptiva.

A paciente começou a interação contando que havia sonhado durante à noite e não lembrava.

Referiu estar com dor de cabeça devido a ter desaparecido um dinheiro de uma das companheiras de sua enfermagem.

Continua sentindo tremores quando algo diferente acontece no seu dia-a-dia (sic).

A aluna interferiu dizendo que ela tinha que exercitar a reagir de outra maneira diante destes pequenos incidentes da vida. A paciente referiu ter pedido à São Francisco para sair de alta.

A aluna fez uma síntese de todas as interações, mostrando os pontos positivos e negativos das interações anteriores e no que havia melhorado. Ficou em aberto para a cliente também fazer uma avaliação. Esta apenas referiu que não tinha nada para dizer e que agradecia tudo o que tinham feito por ela.

A aluna referiu que ela não tinha nada para agradecer porque foi ela quem fez tudo.