

O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO NO HOSPITAL GERAL

Leandro Barbosa de Pinho¹, Sílvia Maria Azevedo dos Santos²

RESUMO: Este trabalho objetivou sensibilizar a equipe de enfermagem de três unidades de clínica médica de um hospital geral com vistas à utilização da relação interpessoal como instrumento de cuidado. Desenvolvemos duas oficinas com abordagem problematizadora em cada unidade de clínica médica, em dias e horários previamente determinados. A primeira oficina, em cada unidade, abordou o relacionamento de ajuda com base nos referenciais de Travelbee e Rogers; a segunda, a comunicação interpessoal. A problematização evidenciou quatro eixos temáticos: a falta de motivação pessoal, as dificuldades pessoais em lidar com situações limites, as limitações institucionais e o uso intuitivo da relação de ajuda. Consideramos que a discussão constante das particularidades do trabalho hospitalar pode permitir o resgate do sentido do cuidado e do cuidador no contexto da saúde. Também pode contribuir para a construção-reconstrução do conhecimento e da prática da enfermagem e das pessoas que a formam.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do adulto; Empatia; Humanização da assistência.

INTERPERSONAL RELATIONSHIP AS AN INSTRUMENT OF CARE IN THE GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT: This work aimed to touch the nursing team of three medical clinics from a general hospital regarding the use of interpersonal relationship as an instrument of care. On scheduled days and time, two workshops were held applying a problematization approach in each one of the medical clinics. The first workshop, in each unit, approached the relationship of help founded on Travelbee and Rogers; in the second, interpersonal communication was approached. Problematization evidenced four thematic axles: lack of personal motivation, personal difficulties in dealing with borderline situations, institutional constraints and the intuitive use of help relationship. We consider that a steady discussion of the peculiarities of the hospital work can allow the rescue of care and caregiver's sense in the health context. It can also contribute to the building and rebuilding of nursing knowledge and practice and people who constitute it.

KEYWORDS: Adult health; Empathy; Humanization of assistance.

LA RELACIÓN INTERPERSONAL COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO EN EL HOSPITAL GENERAL

RESUMEN: Este estudio pretende sensibilizar el equipo de enfermería de las unidades de clínica médica de un hospital general a utilizar la relación interpersonal como herramienta del cuidado. Se desarrollaron dos encuentros con abordaje problematizador en cada una de las tres unidades hospitalarias, en días y horarios acordados previamente. En el primero encuentro, se abordó la relación de ayuda de Travelbee y Rogers; en el segundo, la comunicación interpersonal. La problematización evidenció cuatro líneas de discusión: la falta de motivación personal, las dificultades interpersonales en situaciones límites, las limitaciones institucionales y el uso intuitivo de la relación de ayuda. Se consideró que la abertura de los espacios para la problematización del trabajo hospitalario puede permitir el rescate del cuidado y del cuidador en el contexto de salud. También puede contribuir para la construcción y reconstrucción del conocimiento y de la práctica de enfermería, así como de las personas que la forman.

PALAVRAS CLAVE: Salud del adulto; Empatía; Humanización de la atención.

¹Professor Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

²Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Autor correspondente:

Leandro Barbosa de Pinho

Av. Antonio Joaquim, 365 – 78600-000 – Barra do Garças- MT.

E-mail: lbpinho@uol.com.br

Recebido: 23/04/2007

Aprovado: 18/07/2007

INTRODUÇÃO

As relações interpessoais constituem-se em instrumentos do cuidado em saúde que vem sendo utilizados pela enfermagem através das contribuições de Joyce Travelbee e Hildegard Peplau, nas décadas de 50 e 60 do século passado. Segundo elas, a relação de ajuda somente seria possível quando o enfermeiro formasse um elo entre os pacientes a quem presta cuidado e sua realidade objetiva. Assim, cada pessoa teria maior iniciativa no desenvolvimento de habilidades pessoais e uma co-participação de forma ativa nos cuidados prestados pelos profissionais⁽¹⁻²⁾.

A partir da década de 80, a temática das relações interpessoais passou a ser mais discutida nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem, principalmente na disciplina de enfermagem psiquiátrica. No entanto, mesmo sendo um conhecimento produzido por uma área específica, esse fato permitiu a socialização de novas experiências terapêuticas, refletindo-se em contribuições ao ensino e à prática assistencial do enfermeiro em todas as suas dimensões⁽³⁾.

Alguns estudos⁽⁴⁻⁹⁾ nos corroboram a importância desse referencial na prestação dos cuidados de enfermagem, acrescentando-nos ainda que, mesmo oriundo da área da saúde mental, a relação de ajuda pode-se tornar uma ferramenta compreensiva do processo de humanização da assistência em outras áreas do conhecimento da profissão, como na saúde da criança, na saúde da mulher e nos cuidados intensivos.

A prática de cuidado integral no nosso contexto social de saúde é complexa, sobretudo porque exige de todos os envolvidos uma troca emocional, nem sempre possível ou desejada ao se tratar de relações inter-humanas. Isso porque a prática tecnicista, centrada num modelo biomédico hegemônico, ainda é dominante em nosso meio, retomando um fazer rotinizado, compartimentalizado, coisificado. Nesse sentido, o que pretendemos defender é uma interlocução de dois modelos: um que cuida e outro que cura. Uma articulação de procedimentos técnicos – que são importantes – com o compromisso emocional, para compreender o valor do sujeito, de suas experiências, suas expectativas, suas necessidades e suas limitações.

Durante a disciplina de Projetos Assistenciais de Enfermagem do curso de Mestrado e embasados nessas preocupações, desenvolvemos uma proposta de sensibilização embasada nos referenciais de

relacionamento de ajuda de Joyce Travelbee⁽¹⁾ e de Carl Rogers⁽¹⁰⁾. Tivemos como objetivo oferecer um veículo que problematizasse a humanização no contexto hospitalar, ou seja, fornecer um canal de discussão, tanto das potencialidades, como das limitações do fazer humanizado em saúde. É essa experiência de sensibilização que relatamos no presente artigo.

REFERENCIAL TEÓRICO

A proposta de sensibilização da equipe de enfermagem, partiu da utilização do referencial teórico do relacionamento interpessoal de Joyce Travelbee⁽¹⁾, associado às concepções sobre empatia e comprometimento no processo do relacionamento humano de Carl Rogers⁽¹⁰⁾.

O processo de relação interpessoal de Travelbee⁽¹⁾ é dividido em quatro fases fundamentais: Fase 1 - Fase de Pré-interação: É a fase em que o enfermeiro começa a vinculação, tentando compreender a real situação de pacientes e familiares. Fase 2 - Fase Inicial: É a fase do primeiro encontro, ou seja, a recepção e a apresentação do profissional, explanando seu comprometimento em ajudar e seus objetivos com o relacionamento interpessoal. Fase 3 - Fase de Identidades: É a fase em que o paciente e sua família podem-se apresentar pouco mais hostis, testando a competência do profissional e podendo ser levemente manipulativos. É nesta fase em que os envolvidos entendem-se como seres humanos, detectando dificuldades, impotências e incompatibilidades. Fase 4 - Fase de Término: Corresponde ao fim do processo de relacionamento interpessoal, seja por alta hospitalar, desinteresse da família ou paciente, agravamento do quadro do paciente ou outras razões. Nessa etapa surgem sentimentos como os de gratificação, independência ou indiferença.

O terapeuta, para exercer uma relação centrada na pessoa com afinco, deve ser autêntico, sincero, empático e demonstrar comprometimento com a realidade do cliente. A autenticidade, a sinceridade e o comprometimento permitem ao terapeuta desvelar um profundo entendimento da vida íntima do cliente para que possa ajudá-lo. A função do terapeuta é a de perceber o mundo da forma como o cliente o vê, deixar de lado todas as percepções a partir da estrutura de referência externa e comunicar algo de sua compreensão empática a quem atende⁽¹⁰⁾.

Ser empático significa experimentar o cliente, ou seja, imergir nele e compartilhar de suas vivências

e atitudes, respeitando-o em suas individualidades. O terapeuta deve perceber os sentimentos de ódios, medos, dúvidas e esperanças através de uma identificação empática, não simplesmente emocional, sem, contudo, experimentar ele próprio esses sentimentos como se também fizessem parte dele⁽¹⁰⁾.

Trabalhar a empatia e o comprometimento, mas, principalmente, o “humano” nas relações, pode ser uma boa alternativa para a operacionalização de uma prática centrada no sujeito como um todo e no desenvolvimento de uma dimensão cuidadora em saúde. Isso porque, ao contrário da centralização em um único saber (biomédico) que condiciona o comportamento do sujeito, tornando-o um “ser inanimado”, é possível constituir um saber e uma prática em que se mesclam todos os determinantes complexos do adoecimento, em suas vertentes biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

METODOLOGIA

O Hospital no qual desenvolvemos a proposta possui convênio com o Sistema Único de Saúde, atendendo a pacientes vinculados a esse sistema em sua totalidade. Localiza-se em um bairro de Florianópolis e foi fundado em 1980. As primeiras unidades criadas foram as de clínica médica e de clínica pediátrica. Posteriormente, o centro cirúrgico, a UTI, a emergência e a maternidade.

As unidades trabalhadas nesse projeto foram as três unidades de Clínica Médica. Cada um desses setores fica sob a responsabilidade de oito enfermeiros e de, aproximadamente, 23 funcionários de nível médio, técnicos/auxiliares de enfermagem. A Clínica Médica I, possui 29 leitos e atende a pacientes nas especialidades de nefrologia, gastroenterologia, clínica médica, reumatologia, oncologia e pneumologia. A Clínica Médica II, possui, também, 29 leitos e recebe pacientes das especialidades de endocrinologia, neurologia, clínica médica, hematologia e cardiologia. Por fim, a Clínica Médica III possui 30 leitos e atende a pacientes de qualquer das especialidades citadas acima.

Desenvolvemos duas oficinas de sensibilização com cada uma das três unidades de clínica médica, com duração máxima de três horas, em dias e horários previamente determinados, totalizando seis encontros. Esses encontros aconteceram entre outubro e novembro de 2004. Na primeira oficina, abordamos o relacionamento de ajuda; na segunda, o da comunicação interpessoal. Mas antes de operacionalizá-la,

apresentamos a proposta à gerência de enfermagem da instituição e obtivemos parecer favorável ao desenvolvimento da atividade.

A participação dos funcionários nos encontros foi voluntária, ficando a cargo da chefia imediata e da própria gerência de enfermagem a liberação e divulgação das oficinas. No total, contamos com a participação de 28 pessoas, sendo seis enfermeiros e 22 técnicos/auxiliares de enfermagem.

No início de cada oficina, realizamos uma dinâmica de grupo para mobilização e motivação do pessoal. Na primeira oficina com cada unidade, foi discutida a proposta do relacionamento interpessoal; na segunda, a da comunicação interpessoal. Após cada oficina, foi aberto um espaço para discussão e problematização, tendo como temática o conhecimento das relações humanas e da comunicação interpessoal e seus reflexos como instrumentos de fazer humanizado em saúde.

Baseamo-nos em anotações livres sobre todos os pontos levantados pelos participantes de cada unidade hospitalar para compor este relato de experiência. Não fizemos a gravação dos encontros. Apenas utilizamos anotações que pudessem contemplar os pontos de discussão mais importantes. Mas, para isso, antes de cada oficina, foi apresentada a proposta ao grupo, além de combinado com eles que todas as informações registradas não conteriam nenhuma identificação dos participantes. Mesmo assim, procuramos atender aos princípios éticos que preconizam o anonimato dos sujeitos, conforme Termo de Consentimento, assinado por eles. Discutimos com eles que essas informações seriam agrupadas e organizadas posteriormente, somente para subsidiar os principais eixos de discussão. Todas as anotações foram apresentadas, após o desenvolvimento de cada grupo de problematização, aos sujeitos, para validação.

Fizemos a avaliação dos encontros de forma sistemática e contínua, após o desenvolvimento das oficinas e mediante a disponibilidade dos funcionários. Nesse espaço, sempre procurávamos estimular os participantes a expressarem suas opiniões acerca do trabalho desenvolvido nas oficinas, com vistas a identificar as necessidades de ajustes para os próximos encontros. Mantivemos os aspectos considerados positivos pelo grupo e repensamos as dúvidas, críticas e sugestões para as atividades subseqüentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O início dos encontros foi marcado pelas

dinâmicas de grupo. Elas são excelentes exercícios vivenciais que permitem o conhecimento das pessoas e a melhoria dos relacionamentos interpessoais. São excelentes estratégias para coleta de dados, discussões com a equipe e a conseqüente intervenção assistencial, promovendo a sensibilização dos participantes. Essas técnicas permitem a expressão das necessidades dos sujeitos com os quais se trabalha, a motivação pessoal, o conhecimento de si e do outro e a re-orientação de possíveis condutas inadequadas^(11,12).

Percebemos que a estratégia que mais marcou os participantes, foi a dinâmica da comunicação não-verbal, em que retirávamos uma pessoa da sala e passávamos instruções para que estimulasse o diálogo dos outros participantes. Ao contrário, os integrantes na sala apenas podiam gesticular. A dinâmica disponibilizava uma ansiedade tal que alguns funcionários desistiam do contato.

A dinâmica de grupo acima foi utilizada para melhorar a interação e mostrar que os pacientes aos quais prestamos cuidados, também reagem da forma como representamos, ou seja, resistindo, produzindo ansiedades e, por vezes, desistindo do contato. Alguns funcionários, diante disso, expressavam que às vezes se irritam quando não são correspondidos na interação.

As interações são processos de representação de um encontro entre duas ou mais pessoas, nas quais se deve haver uma reciprocidade, e não uma verticalização, em que um indivíduo, dotado de consciência e personalidade, interage com outros indivíduos e no mundo em que se situa para se consolidar como pessoa⁽¹³⁾. Nesse sentido, as reações de irritação dos funcionários a determinados comportamentos dos pacientes são reflexos do uso de mecanismos de defesa, que, no cotidiano do trabalho deles, se reproduzem na transferência e contratransferência.

A transferência foi inicialmente estudada por Freud, para designar a cura a partir de uma “neurose de transferência”. Posteriormente, com Klein, a transferência transforma-se num fator intrínseco à análise, dirigida ao objeto. Contrariamente à Freud, para quem a transferência negativa era prejudicial à análise, Klein considerava-a fundamental para se analisar as partes mais primitivas da mente. No entanto, Freud e Klein não avançaram no estudo da contratransferência. Foi, com Paula Heimann e Heinrich Racker que a contratransferência assumiu seu lugar na compreensão psicanalítica dos fenômenos do inconsciente. Para eles, a contratransferência surge como expressão de todos os afetos sentidos pelo terapeuta em relação ao paciente.

No caso da enfermagem, todos os afetos sentidos pelos funcionários em relação aos pacientes que cuidam (irritação, impaciência e intolerância às reações dele)⁽¹⁴⁾.

Relações interpessoais são processos que tem como premissa a mutualidade, ou seja, o convívio, as trocas entre os indivíduos. Por isso, as relações interpessoais são intensamente mediadas pelos sentimentos, tanto de um como pelo de outro, tanto de um pelo outro. Embora esses sentimentos interfiram nas relações, é importante que os envolvidos no relacionamento mantenham o diálogo franco e exponham suas percepções, para evitar distanciamento, superficialidade e incomunicabilidade.

Após a realização das dinâmicas de grupo, alguns desses pontos foram discutidos com os funcionários. Outros deles se concentraram nos principais eixos de discussão/problematização, sendo eles: a falta de motivação pessoal, as dificuldades pessoais em lidar com situações limites, as limitações institucionais e o uso intuitivo do relacionamento terapêutico. Discutiremos a seguir cada um.

A falta de motivação pessoal

A falta de motivação pessoal para o relacionamento com os pacientes e familiares durante os cuidados prestados foi muito expressada pelos participantes. Notávamos que a grande maioria dos profissionais presentes estava expressando cansaço físico e emocional. Alguns trabalhavam desde o início do dia, em outras instituições. Outros estavam de plantão à noite e vinham, às vezes sem descansar, diretamente aos encontros. Reclamavam que a instituição exige que se dediquem integralmente ao trabalho sem, muitas vezes, se importar se eles têm filhos para cuidar, família, amigos, enfim, uma vida externa às suas atividades profissionais.

Uma enfermeira ressaltou que o relacionamento interpessoal é um instrumento extremamente importante para o cuidado de enfermagem. Ela expressa que a instituição exige a humanização do atendimento, porém a sobrecarga de trabalho, as duras rotinas e normas, a carga horária pesada, os baixos salários e a falta de união entre os profissionais de enfermagem são fatores que levam à desvalorização da profissão, à falta de motivação e à falta de envolvimento com os pacientes. Inclusive, ela já pensou em largar o hospital em função de estar se dedicando mais ao seu trabalho do que a sua família. Para ela, o trabalho no hospital exige muito dos

trabalhadores, tanto que muitos anulam sua vida pessoal por causa da vida profissional. Os outros participantes concordaram com esse depoimento.

Embora não justifiquem a ausência de envolvimento emocional, a falta de motivação, os fatores estruturais e a falta de suporte psicológico estão presentes na vida do trabalhador de enfermagem, sendo fator limitante durante as atividades práticas da equipe no ambiente hospitalar. Alguns estudos trazem essa problemática⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Esses questionamentos parecem mostrar-nos uma necessidade de se voltar não somente para as demandas de pacientes e familiares, mas também para as de quem cuida. Resgatar o papel do cuidador e preconizar um cuidado humanizado parte do princípio de se atentar às possibilidades do próprio indivíduo que presta os cuidados, instituindo-se um espaço para que essas demandas possam ser trabalhadas, seja individualmente ou em grupo. A falta de motivação dificulta o estabelecimento do relacionamento interpessoal, que embora haja a intenção de acontecer, parece ficar na superficialidade pela pouca disponibilidade pessoal do cuidador.

O enfermeiro, como chefe da equipe de enfermagem, pode identificar as necessidades e carências dos funcionários sob sua responsabilidade, transformando limitações pessoais em potencialidades pessoais e profissionais. Cabe a ele também ajudá-los, dentro de suas competências individuais e profissionais. Isso porque toda e qualquer pessoa está sujeita às mais diversas formas de sofrimento, sejam em decorrência de problemas pessoais, ou em função da atividade profissional exercida. No caso hospitalar, é possível perceber que o trabalhador da enfermagem é um dos profissionais mais vulneráveis ao sofrimento, pois, além de todas as atribuições funcionais, ainda convive, diariamente, com situações conflituosas, estressantes e geradoras de ansiedade.

As dificuldades pessoais em lidar com situações limites

As dificuldades pessoais em lidar com determinadas situações também estiveram muito presentes nos encontros. Alguns participantes mencionaram que têm dificuldades em lidar com momentos adversos na carreira, como doença grave ou a morte. Outros informaram que a morte de um jovem é muito mais complicada que a morte de um idoso. Para eles, é mais aceitável uma pessoa idosa,

já experiente, vir a falecer. Assim, o conforto emocional da família também é mais fácil. Ao contrário, é mais difícil vivenciar uma situação em que um paciente novo esteja acometido de uma doença sem muitas perspectivas de sobrevivência.

Uma das participantes mencionou, durante uma das oficinas, que trabalha em outro hospital da cidade, referência para o acompanhamento de pacientes soropositivos. Ela colocou suas dificuldades pessoais em lidar com o sofrimento daqueles pacientes novos que enfrentam uma doença, segundo ela, fatal. Mencionou que às vezes também sofre com os problemas dos pacientes e das famílias por ela atendidas, principalmente porque a doença ainda gera estigma e exclusão social.

Era importante destacar ao grupo que as dificuldades pessoais são inerentes à condição humana e que, antes de serem profissionais, são pessoas. Por isso, em determinadas situações, é comum sofrermos mais convivendo com o sofrimento do outro, ainda mais quando a morte acontece com pessoas jovens, que, inicialmente, não “deveriam morrer”. Nesse sentido, a morte chega como um evento irreversível, que interrompe sonhos, trajetórias, perspectivas, desafios e relações. A morte é um obstáculo sem solução na vida de um profissional de saúde. A medicina sempre tentou salvar vidas. Em algumas vezes é bem sucedida, mas em muitas outras não. A morte faz parte do ciclo vital do ser humano, cabendo a cada um de nós trabalharmos com nossas próprias limitações⁽¹⁵⁾.

O tempo é definido como aquilo que sugere uma transformação, seja física ou emocional. As rugas, a flacidez na pele, a consolidação da personalidade, o fortalecimento das vinculações entre as pessoas, são formas de demonstrar que o tempo é dinâmico, assim como as nossas vidas. A morte de uma pessoa mais nova pode ser expressa com a revolta e o sofrimento inacabado para as famílias e profissionais de saúde, já que não tiveram tempo suficiente para viver e desfrutar de sua vida. Entretanto, a morte de um idoso não é igualmente sentida por eles, pois profissionais de saúde tendem a justificar sua tolerância em função de que o idoso já viveu e experimentou o que pôde de sua vida⁽¹⁹⁾.

A morte faz parte de nossa condição humana. Ela ronda nossas perspectivas, nossas atividades cotidianas, gera medo, ansiedade, sofrimento. Sentimo-nos despreparados para enfrentá-la porque, além de profissionais de saúde que lutam em favor da vida, somos pessoas, com fraquezas e limitações. Até mesmo em nossa formação profissional pouco é

falado sobre morte, em função de que pouco se conhece a respeito dela. Mais do que intervir é necessário escutar, interagir, compartilhar nossas experiências de vida, estabelecer diálogos, respeitar as reações, confortar e, também, silenciar em algumas ocasiões. Nesse sentido, entendemos que humanizar o atendimento na situação de dor, sofrimento e morte é revitalizar a relação empática do processo terapêutico, em que a reciprocidade do contato permite o entendimento do sofrimento do outro, bem como a reflexão sistemática e contínua sobre o processo de viver-morrer.

A morte deve ser encarada pelos profissionais de saúde como inerente à natureza humana. Somos seres finitos, embora às vezes possamos agir como imortais. Não sabemos nada sobre a morte, como e por que ela se deve ou acontece. É importante, portanto, prestar cuidados em que se destaque o sentir, mais do que o falar, acreditar nas potencialidades do encontro e da relação estabelecida, emergindo angústias e o significado delas, redimensionando o cuidado prestado no processo de adoecimento e finitude⁽²⁰⁾.

Possibilitar o resgate do “eu-na-experiência” é ir ao encontro à plenitude de seu ser, detectando falhas, dificuldades, consonâncias, dissonâncias, potencialidades e, nesse caso, limitações^(1,21). Permitir-lhe explicitar suas vivências, necessidades individuais e dificuldades pessoais faz parte do processo de sensibilização e contribui para a redefinição das prioridades em se tratando de um campo tão complexo como é o da saúde.

Lidar com o sofrimento e com as dificuldades pessoais dos integrantes da equipe de enfermagem deve fazer parte do cotidiano de trabalho do enfermeiro assistencial. Na condição de chefe da equipe e dotado de saberes e práticas que visem ao cuidado humano, observamos que não basta somente dedicar-se aos cuidados diretos com pacientes e familiares, mas também atentar-se para as necessidades dos funcionários, que são pessoas, têm dificuldades pessoais, problemas e demandas psicoemocionais. Possibilitar um espaço de reflexão profissional como este deve fazer parte de suas atividades assistenciais. Promover saúde mental parte do pressuposto de preparar psicologicamente a equipe para lidar com situações adversas e problemas individuais. Assim, estaremos construindo um cuidado solidário, integral.

As limitações institucionais

Outro eixo de discussão importante foi com

relação às demandas de trabalho que as unidades de clínica médica impõem. Os funcionários, em unanimidade, destacam que cada unidade tem aproximadamente 30 leitos, tendo apenas uma média de quatro ou cinco funcionários por setor e uma enfermeira supervisora. Assim, cada técnico de enfermagem chega a ficar responsável por seis pacientes, o que, para elas, se torna fator limitante ao estabelecimento do relacionamento de ajuda.

Foi unânime em todos os encontros que a maior parte das reclamações se centrou no turno da manhã. Segundo eles, as enfermarias do hospital ficam repletas de profissionais da instituição, assim como de alunos e de professores de várias universidades da região. A partir das 11 horas começam as visitas, o que agrava ainda mais a comunicação estabelecida entre os profissionais e os pacientes.

Uma das participantes reclamou bastante sobre isso. Para ela, o turno da manhã é o turno de trabalho em que mais tarefas e rotinas são feitas pela enfermagem, como banhos, curativos, medicações. Além disso, existe uma superlotação de alunos e professores, que, para a funcionária, torna-se fator agravante ao relacionamento interpessoal com pacientes, famílias e colegas de trabalho. Ela cita que durante a semana fica muito difícil sentar ao lado do paciente e discutir sobre sua condição no momento, restando apenas os horários dos cuidados para que isso aconteça e os finais de semana, quando há poucas pessoas circulando nas enfermarias.

A mesma participante também comentou que os cuidados de enfermagem que prestam são excelentes instrumentos de humanização e comunicação dentro da unidade. No entanto, às vezes nem os cuidados podem ser feitos com qualidade, em função da quantidade de pessoas no local. Ela comentou que uma paciente chegou a solicitar alta justamente pelo tumulto gerado pelos estudantes e pelos professores, que ela caracterizou como uma “feira livre”. A paciente mencionou ao médico que, em casa, não passaria por tanta dificuldade, preferindo terminar seu tratamento junto de sua família. Por sua vez, não deixa de ter razão, pois a enfermagem acaba tendo que dedicar atenção aos professores que seguidamente solicitam sua presença, ao telefone que não pára de tocar, às chefias imediatas, sobrando pouco tempo para a interação com pacientes e familiares.

Em um estudo que procurou identificar da fala de enfermeiras de dois hospitais-escola de Porto Alegre as condições consideradas desgastantes no

trabalho, constatou-se que a sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de funções que desenvolvem ao longo da jornada de trabalho é o fator que mais gera desgaste físico e emocional nas enfermeiras. Neste trabalho, observou-se que a enfermeira toma parte ativa na resolução das mais diversificadas situações que ocorrem durante a jornada de trabalho, tentando gerenciar atividades para atingirem o objetivo que é a produção. Como essas atividades repetem-se muito durante suas práticas assistenciais, às vezes se tornam contraditórias, gerando tensão e esgotamento⁽²²⁾.

A prática do “quebra-galho” é comum nos serviços hospitalares, fazendo com que a enfermeira se sinta como uma fonte inesgotável de paradoxos, à medida que deixam muitas vezes de cumprir atividades suas, inerentes à sua condição, para que se dediquem a outras, tudo perante uma jornada limitada de trabalho. Isso faz com que elas saiam esgotadas do serviço, exaustas, ao mesmo tempo em que pensam não ter cumprido com sua missão⁽²²⁾.

O sofrimento é uma instância que acomete o enfermeiro no desempenho de suas funções. Cada indivíduo que o experiencia, constrói seus mecanismos de defesa, que no plano individual, apresentam tentativas de adaptação da melhor maneira possível às condições do meio. No entanto, quando as estratégias defensivas não conseguem neutralizar o sofrimento residual, surge o desgaste, que se manifesta como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do trabalhador em função das cargas geradas pelo processo de trabalho, gerando doenças físicas e mentais⁽²³⁾.

Como pudemos notar, a sobrecarga de trabalho e o desgaste físico-emocional parecem rondar frequentemente os trabalhadores de enfermagem, o que nos faz pensar na necessidade de se constituir um espaço de discussão dentro dos ambientes hospitalares como forma de se minimizar os efeitos psicoemocionais das práticas assistenciais.

Resgatar a enfermagem como profissão formada por pessoas que lidam com outras pessoas é imprescindível para uma assistência humanizada dentro das instituições hospitalares. A enfermagem convive dia-a-dia com a dor e o sofrimento do ser humano, sendo, também, a profissão que comporta a grande maioria dos trabalhadores nas instituições hospitalares. Porém, as instituições devem reconhecer que o trabalhador em saúde é, antes de tudo, um ser humano, que têm suas limitações evidenciáveis, suas dificuldades, e que pode vir a sofrer diante de um

contexto desfavorável de processo de trabalho. Cuidar de seres humanos pressupõe, portanto, reconhecer primeiramente o ser humano que cuida e as suas solicitações. Nessa perspectiva, lidar com o sofrimento do cuidador também pode ser o começo de uma efetiva humanização do atendimento hospitalar.

O uso intuitivo do relacionamento interpessoal como relação de ajuda

Convém ressaltar que não somente de limitações, tanto de ordem pessoal como profissional, valeram-se os encontros. Em muitas ocasiões, houve descontração, receptividade e trocas de experiências muito produtivas.

Outra reação bastante característica em quase todos os encontros foi a perplexidade com o uso intuitivo da relação de ajuda, mesmo que inconscientemente. Isso se refletiu nas discussões como um alívio, ou seja, uma demonstração de que, de alguma forma, elas interagem com pacientes e familiares, bem como promovem cuidado humanizado.

Durante a problematização, uma técnica de enfermagem comentou uma experiência com um paciente. Ela disse que conseguiu formar um vínculo muito bom, a ponto de o paciente querer que os cuidados fossem sempre prestados por ela. Sua família, ao final da internação, como forma de agradecimento pela ajuda dispensada, trouxe, alguns dias depois, vários presentes para serem distribuídos para a equipe de enfermagem. Ela contou-nos que, mesmo desconhecendo a relação de ajuda como um referencial teórico, conseguiu aplicá-lo satisfatoriamente e que, com certeza, suas atitudes com os pacientes e familiares depois do reconhecimento da família do paciente seriam muito diferentes.

O término da relação de ajuda pode apresentar as mais diversas significações, que vão desde a indiferença, até a gratificação pelos cuidados prestados. Recuperar a co-responsabilidade de participação do indivíduo na experiência terapêutica faz parte do papel da enfermagem, além de ser fundamental para fortalecer vínculo afetivo-emocional, como também de garantir relativa independência às ações que são tomadas com relação à sua saúde⁽¹⁾.

A experiência vivida pela funcionária acima parece expressar uma condição em que se resgatou a profissão de enfermagem como profissão encarregada da manutenção integrada, íntima, sistematizada, empática e humanizada do prazer de viver das pessoas e do sentir-se importante no mundo⁽²⁴⁾. A

incompreensão teórica do significado do relacionamento terapêutico não inviabilizou sua aplicação prática que, mesmo de maneira inconsciente, abrangeu o doente como ser humano e a totalidade de suas relações. A empatia desenvolvida como possibilidade da garantia de um bom atendimento criou uma confiança emocional singular e um reconhecimento mútuo, refletindo-se na solicitação repetida pelos cuidados com essa mesma funcionária e nos presentes como forma de gratificação pela atenção dispensada.

A prestação de uma assistência humanizada isenta o conhecimento teórico acerca do que seja cuidado humano e solidário. Basta haver dedicação, respeito, disponibilidade, interesse e comprometimento pessoal para com o outro. Enfocar a atenção nas necessidades do indivíduo, estabelecendo relações solidárias pode ser feito por qualquer pessoa, seja ela um profissional de saúde ou não. A experiência que ora mencionamos corrobora nossa argumentação. A funcionária, mesmo sem conhecimento teórico sobre o assunto e diante de um contexto relativamente desfavorável, desgastante física e mentalmente, exerceu satisfatoriamente suas atividades com vistas ao respeito e à recuperação do paciente como um todo. Nesse sentido, a reflexão observada parece sensibilizadora, a ponto de promover a sensibilização dos outros para a prestação de um cuidado mais humano e solidário em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou algumas considerações acerca da experiência de implementação de um processo de sensibilização da equipe de enfermagem de um hospital geral, com vistas à utilização das relações interpessoais como instrumento de cuidado de enfermagem.

No decorrer das oficinas, os principais eixos de discussão se concentraram na problemática do estabelecimento das relações interpessoais. Entre essas dificuldades, destacam-se a falta de motivação pessoal, as dificuldades pessoais em lidar com situações limite e as limitações institucionais. Entre as potencialidades, pôde-se notar o uso intuitivo da relação de ajuda como instrumento do cuidado de enfermagem.

Finalmente, é possível perceber que a abertura de espaços de discussão pode ser uma alternativa para a formação de redes de relações complexas, sendo viável para as instituições de saúde. Isso porque todo o

espaço dialógico tende a “despertar”, nas pessoas, seus desejos, suas realidades, suas experiências, seus contextos de vida, suas particularidades e seus conflitos. Conhecer é poder negociar, discutir, problematizar, transformar. Transformação essa que não se reflete somente no cotidiano dos sujeitos que trabalham em saúde, mas também no conhecimento e na prática das profissões da saúde, como é o caso da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Colombia: Carvajal; 1979.
- 2 Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
- 3 Souza MCM, Alencastre MB. Produção de enfermagem psiquiátrica no Brasil: 1932-1993. Rev Bras Enferm. 1999;52(2):271-82.
- 4 Christóforo BEB, Zagonel IPS, Carvalho DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. Cogitare Enferm. 2006;11(1):55-60.
- 5 Stefanelli MC. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. Rev Escol Enferm USP. 1983;17(1):39-45.
- 6 Fraga MNO, Damasceno RN, Calixto MLG. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica: dificuldades e perspectivas. Rev Bras Enferm. 1986; 39(2/3):94-102.
- 7 Waidman MAP. Enfermeira e Família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 1998.
- 8 Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Escala; 1999.
- 9 Pinho LB, Santos SMA. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Index de Enfermería 2006;54:20-4.
- 10 Rogers CR. Terapia centrada no cliente. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- 11 Fritzen SJ. Janela de Johari: exercícios vivenciais de dinâmica de grupo, relações humanas e de sensibilidade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1985.
- 12 Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma

- modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.
- 13 Goffman E. Representações do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1985.
 - 14 Vicente LB. Psicodrama: transferência e contra-transferência. *Análise Psicológica*. 2005;2(23):79-83.
 - 15 Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
 - 16 Souza LNA. A interface da comunicação entre enfermagem e as(os) clientes em uma unidade de terapia intensiva [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2000.
 - 17 Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizador. Humanização e cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p.87-100.
 - 18 Pinho LB. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
 - 19 Lima AAF. A morte, o tempo e o cuidar. In: Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p.159-68.
 - 20 Py L, Oliveira AC. Humanizando o adeus à vida. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p.135-47.
 - 21 Buber M. Eu e tu. São Paulo: Moraes; 1974.
 - 22 Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(2):50-64.
 - 23 Souza NVDO, Lisboa MTL. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. *Rev Esc Anna Nery Enfermagem*. 2002;6(3):425-35.
 - 24 Scóz TMX. Suporte interpessoal de enfermagem: alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.