

CONSULTA DE ENFERMAGEM SUSTENTADA NA RELAÇÃO DE AJUDA: A PRÁTICA ASSISTENCIAL À PESSOA PORTADORA DO MAL DE CHAGAS

(Nursing assessment relied on a helping relationship: assistance practice to the patient suffering from Chagas disease)

Luisa Fanes
Mariluci Alves Maftum

RESUMO: Trata-se de um projeto assistencial desenvolvido com pacientes portadores do Mal de Chagas, usuários do Ambulatório de Atenção ao Paciente Chagásico, em hospital universitário de Curitiba, no período de maio de 2001 a agosto de 2002. Optou-se pelo referencial teórico, a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee. Os objetivos foram implementar a consulta de enfermagem sistematizada na relação de ajuda, caracterizar o paciente portador de Mal de Chagas, usuário do ambulatório, e elaborar tópicos orientadores para a entrevista de ajuda. Utilizaram-se os conceitos de: Ser humano, Enfermagem, Ambiente, Saúde e Doença e Relação de ajuda. O trabalho desenvolvido mostrou que a utilização da teoria possibilitou o desenvolvimento de assistência humanizada, considerando o paciente, ser humano único, com historicidade e cultura própria; favorece a participação do paciente no processo e ajuda-o a desenvolver suas potencialidades. O estudo apontou caminhos para o enfermeiro refletir sobre a assistência prestada. Concluiu-se que o conhecimento é desenhado a cada dia, através do aprendizado com o paciente, que se torna o principal sujeito do processo, pois indica e delinea caminhos e formas de ajudá-lo. Trabalhar, sustentada em um marco conceitual, orienta o percurso a ser feito e estabelece parâmetros proporcionando segurança nas ações; contribui para a autonomia do profissional e, conseqüentemente, melhora a prática educativa. Assim, o que inicialmente é corpo teórico passa a ter significado prático.

PALAVRAS-CHAVES: Comportamento de ajuda; Relações enfermeiro-paciente; Relações interpessoais; Doença de Chagas; Referência e Consulta; Assistência ao paciente.

1 INTRODUÇÃO

A fim de tornar efetiva a relação de ajuda, o enfermeiro deve comprometer-se com o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de ser resolvidas, como também tornar-se capaz de apoiá-lo naquelas situações que não podem ser modificadas (TRAVELBEE, 1982), a exemplo do portador de doença de Chagas, já que até o momento não se vislumbra possibilidade de cura, o que, no entanto, não inviabiliza o compromisso de buscar formas de tornar melhor o viver dessas pessoas.

A doença de Chagas é uma doença infecciosa e parasitária, provocada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, considerada incurável e geralmente progressiva (ALMEIDA, 2000; GONTIJO, 1998). Também é incapacitante, atingindo principalmente os indivíduos em idade produtiva. Portanto comportam repercussões importantes de ordem socioeconômica e trabalhista (ROCHA, 1998), além de contribuir na desestruturação pessoal e familiar.

Inicialmente, no desenvolvimento das atividades como enfermeira assistencial junto ao

Ambulatório de Atenção ao Paciente Chagásico, o papel que desempenhava era o de receber o paciente, aplicar o questionário epidemiológico específico do Serviço, realizar pré-consulta (sinais vitais e queixa principal), auxiliar na consulta médica, orientar os encaminhamentos para a realização de exames diagnóstico-terapêuticos específicos. Estes procedimentos rotineiros, que até então eram considerados “consulta de enfermagem”, começavam a se tornar cansativos, repetitivos, monótonos, resultando em angústia traduzida pelo vazio sentido após cada atendimento.

A questão era a seguinte: que papel estava desenvolvendo? Que tipo de assistência era esta que vinha realizando? Os questionamentos e as inquietações aumentavam e me moviam a reavaliar as concepções de atendimento, traduzidas no pensamento de TRAVELBEE (1982), que caracteriza como assistência humanizada aquela na qual o paciente deve ser entendido e visto como ser humano singular e único, com todas as suas inúmeras possibilidades e com direito a receber assistência de qualidade de outro ser humano único e integral, o enfermeiro.

Atuava, porém sentindo que algo interferia nessa relação com o paciente, porque ela não fluía livremente, não satisfazendo do ponto de vista de uma relação de ajuda. Caracterizava-se mais por um fazer 'pesado' que gerava mal-estar, angústia, insatisfação. Desconfiava de que tudo isso estava sendo produzido pela falta de clareza no papel do que deveria desempenhar e da falta de envolvimento com o paciente. Duvidava e intuía que estes sentimentos de desconforto resultavam da ausência de comprometimento com o paciente que comparecia às consultas no ambulatório. O que deveria na realidade ser questionado era o fato, claro ou não, de quem eram essas pessoas e o que estavam buscando e, por outro lado, era de se pensar que, talvez, estas mesmas questões devessem ser respondidas por mim. Afinal quem sou e o que busco como ser humano e profissional? E, neste ponto, outra questão surgia: mas se trago inerente em mim idéias humanistas de assistência, por que estava desenvolvendo ações mecânicas, rotineiras e angustiantes?

TRAVELBEE (1982) enfoca que, não havendo comprometimento do enfermeiro com o paciente, a relação de ajuda não se efetiva. O resultado que se evidencia de uma relação supérflua é que enfermeiro e paciente acabam experienciando uma relação que já nasce 'trincada'. A autora fala desta sensação, quando enfatiza que, para estabelecer uma relação de

ajuda com outra pessoa, um dos principais obstáculos a ser superado é que o enfermeiro pode desejar não se comprometer com o paciente e, então, inexoravelmente, a relação de ajuda não se solidifica. Ainda, ensina que o verdadeiro antídoto contra a imaturidade do compromisso emocional é aprender a comprometer-se em um nível maduro e que a qualidade profissional, ao contrário, faz com que o enfermeiro cresça como ser humano, até o ponto de poder se permitir comprometer-se com outro ser humano.

Esses incertos sentimentos do profissional somavam-se a relatos dos pacientes durante os encontros semanais, que vinham despertando minha atenção, em parte, por serem queixas comuns e por trazerem também carga de dor, tristeza, sofrimento, medo e preocupação com a direção que vão dar às suas vidas, uma vez que portam em seu corpo um “parasita”. Muitas são as dúvidas que neles afloravam quanto à cura da doença e a sensação de que sua capacidade física se encontrava comprometida. Outras eram as queixas compartilhadas como cansaço físico e mental, dores no corpo, preocupação com o mau funcionamento do intestino, insônia, falta de expectativas, medo de ter sua capacidade para o trabalho diminuída ou de se sentir incapaz, falta de vontade, desânimo, falta de esperança, futuro incerto, sonhos 'machucados'.

Dentre tudo isso, o que mais impressionava era o transparecer da apatia presente no rosto da maioria desses pacientes. Algo que não dá para verbalizar, mas dá para sentir como estranha sensação sem cor, sem cheiro, sem gosto, e que tem a capacidade de mexer conosco enquanto profissionais de saúde. Alguém já disse que, “de todos os sentimentos, nada se compara com a apatia”, essa estranha indiferença diante de tudo, difícil de ser entendida e principalmente de ser trabalhada, porque é como se a pessoa decidisse ausentar-se de si própria.

TRAVELBEE (1982) enfoca que o enfermeiro se torna instrumento de ajuda que pode atuar de maneira compreensiva, colocando sempre o paciente no centro de sua assistência. Para isso ele deve ser capaz de perceber as necessidades do paciente, unindo-se a ele ajudando-o a adquirir atitudes necessárias, para que se previna e enfrente a experiência de adoecer, bem como colaborar para que possa encontrar significados para estas experiências.

As reflexões aqui explicitadas atuaram como força impulsionadora para pensar e repensar a minha prática cotidiana, levando a questionamentos sobre o papel do enfermeiro diante do ser que sofre e adoece. Além disso, as idéias de Travelbee não permitem quietude, antes movem o

profissional a se perguntar: que ações poderão ser realizadas junto ao paciente (por exemplo, o chagásico), tornando a assistência de enfermagem mais humanizada?

A crença de que a relação interpessoal do enfermeiro e paciente deve ser embasada nos pressupostos da relação de ajuda sustentou a presente proposta, que foi desenvolver um *Projeto Assistencial de Enfermagem junto à pessoa portadora de Mal de Chagas, usuária do Ambulatório de Atenção ao paciente Chagásico de um hospital universitário de Curitiba*, com o os objetivos de implementar a consulta de enfermagem sistematizada na relação de ajuda, caracterizar o paciente portador de Mal de Chagas, usuário do ambulatório e elaborar tópicos orientadores da entrevista de ajuda.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo teve como eixo norteador o aporte teórico da relação de ajuda, à luz do referencial de TRAVELBEE (1982). A escolha desse referencial deveu-se ao fato de que os pressupostos básicos da autora estão centralizados no modelo humanista, alicerçados na interação pessoa a pessoa, através da relação de ajuda. Tem como uma de suas principais premissas a assistência de enfermagem que instrumentaliza o paciente, para que possa prevenir problemas e que promova o seu crescimento e o prepare de modo a perceber seus próprios sentimentos, enfrentar suas crises ou procurar ajuda profissional. Além de capacitá-lo a encontrar sentido para sua existência.

A autora propõe etapas em seu método interpessoal, que as considera condutoras das interações de enfermeiro e paciente e alerta que não são, necessariamente, etapas seqüenciais, já que muitos aspectos de uma etapa podem aparecer em outras, isto é, sobrepostas, reforçando o caráter dinâmico, como é toda a comunicação entre pessoas.

BECK (1999) descreve as etapas do método de Joyce Travelbbee, e as aplica em seu trabalho com familiares de pacientes internados em UTI. São elas: o *encontro original*, *identidades emergentes* ou *definição de identidades*, *empatia*, *simpatia* ou *solidariedade* e a *fase da afinidade* ou *rapport*.

2.1. ETAPAS DO MÉTODO INTERPESSOAL DE TRAVELBEE SEGUNDO BECK (1999).

Primeira fase – O Encontro Original

É a fase do primeiro contato, das primeiras impressões e apreciação na busca de se tentar conhecer os valores um do outro. O propósito do enfermeiro no primeiro encontro não é apenas reunir informações, mas obter informações do paciente, objetivando conhecê-lo.

Segunda fase - Identidades Emergentes ou Definição de Identidades

Nesta fase, enfermeiro e paciente começam a ver um ao outro como ser humano único, demonstrando interesse um pelo outro; há melhor conhecimento mútuo. Nesse encontro, o enfermeiro deve ter a capacidade de levar o paciente a identificar e enfrentar os seus problemas atuais, formar conceitos, ensaiar novos padrões de comportamento, viver estes conhecimentos em todas as suas relações e encontrar sentido para sua doença.

Terceira fase - Empatia

Esta é a fase da identificação e previsão do comportamento, em que as experiências semelhantes e a vontade de compreender o outro se reforçam.

Quarta fase – Simpatia ou Solidariedade

É o momento da troca, tanto de sentimentos como de experiências. O vínculo emocional está criado entre o enfermeiro e o paciente; é o momento em que o enfermeiro deseja ajudar o paciente a enfrentar suas crises e a aliviar seu sofrimento.

Para TRAVELBEE (1982), o vínculo e o compromisso com o paciente permitem ao enfermeiro trabalhar para que ele se capacite a satisfazer as necessidades daquele que busca ajuda, quer dizer: o paciente converte-se no interesse fundamental do enfermeiro que objetiva suportar com ele seus problemas existenciais.

Quinta fase - Rapport ou Afinidade

Este é o momento em que enfermeiro e paciente vivem a interação deliberada e planejada. Constitui-se de uma série de experiências de aprendizagem e estratégias de adaptação, em que ambos desenvolvem habilidades cada vez maiores para relacionarem-se de forma pessoal e criativa. Nessa fase, o enfermeiro conclui que a expectativa do paciente na realidade é esperar que ele possua conhecimentos, habilidades e preparação para ajudá-lo a enfrentar a realidade, descobrir soluções práticas para seus problemas, não se afastar da comunidade e sentir-se satisfeito ao se comunicar e conviver socialmente com os demais.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este trabalho foi desenvolvido no período de maio de 2001 a agosto de 2002. Foi alicerçado nos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e doença, enfermagem e relação de ajuda com base na Teoria das Relações Interpessoais de TRAVELBEE (1982). Os aspectos éticos foram salvaguardados com termo de consentimento assinado pelos participantes, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O projeto assistencial foi desenvolvido no Ambulatório de Atenção ao Paciente Chagásico, e contava naquela época com 150 pacientes inscritos no Programa, com atendimentos nas quartas e sextas-feiras, no período da manhã, perfazendo em média 10 consultas semanais.

Este serviço conta com a colaboração de professores e médicos residentes de cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Universidade. O objetivo central do ambulatório é organizar, no SUS (Sistema Único de Saúde), um modelo de assistência integral de saúde para a pessoa portadora de mal de Chagas, visando a fornecer uma cobertura universal de ações preventivas e curativas, além de orientações previdenciárias e trabalhistas (CUNHA, 1997).

O programa também visa a prover a padronização de condutas e aplicação de métodos propedêuticos, avaliar os pacientes quanto à possibilidade de tratamento específico, acompanhar periodicamente repercussões orgânicas e funcionais, orientação de saúde: médica, enfermagem, psicológica, facilitação nas articulações com a rede hemoterápica, visando a centralizar a orientação dos pacientes. Serve também de referência e contra referência institucional, desenvolvimento de trabalhos técnico-científicos e de pesquisas. Interrelaciona-se com a Secretaria de Saúde do Estado, notadamente com o Serviço de Epidemiologia no levantamento de dados epidemiológicos na região metropolitana e Estado.

De modo geral, a trajetória do paciente portador de mal de Chagas inicia-se nos Bancos de sangue dos diversos serviços e regiões do país, quando vai doar sangue. Quase sempre, é nesse momento que o paciente é informado de que não mais poderá ser doador, pois tem no seu sangue “um parasita” (fala comum dos pacientes no ambulatório), e a partir daí, é orientado a

procurar o Ambulatório do Hospital, único serviço especializado na cidade para esse tipo de tratamento.

3.2. POPULAÇÃO

Foram marcadas inicialmente duas consultas para cada sexta-feira, independentemente de o paciente estar vindo pela primeira vez ou retorno.

Devido a que o ambulatório conta apenas com uma enfermeira e o projeto assistencial está alicerçado nas premissas da relação de ajuda de TRAVELBEE (1982), a consulta nessa modalidade despende maior tempo; e ainda a primeira consulta apresenta características diferentes das subseqüentes, como, por exemplo, o preenchimento de questionário epidemiológico, que demora de 10 a 15 minutos, optou-se por iniciar a proposta com esse pequeno número de consultas diárias. As consultas novas duram em média 45 minutos e os retornos 30 a 35 minutos.

O convite para participação foi feito quando esses pacientes procuraram o ambulatório para consultas normais, sendo-lhes explicado a proposta do projeto assistencial. Como não houve recusa por parte de nenhum paciente, ao preencher as datas dentro dos seis meses subseqüentes, incluindo os retornos mensais e bimensais ou outros, encerrou-se o convite. Na medida em que alguns retornos foram sendo espaçados, novos pacientes foram incluídos, de forma que atualmente todos são consultados utilizando a metodologia da relação de ajuda.

3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Primeiramente, foi feita uma caracterização dos pacientes registrados no Programa, utilizando os dados do questionário epidemiológico de uso rotineiro no ambulatório. Os dados levantados foram os referentes ao sexo, à idade e vivência na infância em área endêmica, a fim de delinear o perfil dos participantes do estudo conforme QUADRO 1, a seguir.

QUADRO 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INSCRITOS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE CHAGÁSICO, DE ACORDO COM O SEXO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA, 2002.

Sexo	Faixa etária							Total por sexo
	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81+	
Homens	4	6	30	30	9	1	-	80
Mulheres	2	11	38	13	4	1	1	70
TOTAL	6	17	68	43	13	2	1	150

Os dados acima apontam para uma maior incidência na faixa etária de quarenta e um a sessenta anos, faixa de maior produtividade humana. Dos 150 pacientes que freqüentam o serviço, identificamos que 140 viveram a infância (0 a 12 anos), em área endêmica. A prevalência de infância em área consideradas endêmicas foi muito acentuada. Esses dados corroboram o exposto por ROCHA (1998) e GONTIJO (1998), de que o mal de Chagas é considerado também uma doença incapacitante que incide, em sua fase crônica, em grupos populacionais de idade produtiva e áreas endêmicas, apresentando repercussões de ordem socioeconômica e previdenciária.

Na seqüência, iniciaram-se as consultas de enfermagem, utilizando o guia abaixo, com tópicos orientadores, elaborado a partir das etapas do Método Interpessoal de TRAVELBEE (1982) e de RODRIGUES (1996).

TÓPICOS ORIENTADORES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE MAL DE CHAGAS	
1. Acolher o paciente cordialmente, demonstrando respeito e disponibilidade (ouvir reflexivamente o que a pessoa fala).	7. Humanizar o atendimento, não ter medo de se revelar como pessoa humana para o paciente. Ser autêntico.
2. Ser empático, aceitá-lo como ele é, sem impor condições ou julgamentos, respeitando seus desejos pessoais, ser e estar com ele durante os encontros.	8. Esforçar-se por merecer a confiança do paciente, sendo seguro, consistente, confiável, responsável.
3. Demonstrar interesse, permitindo ao outro ser independente, ajudando-o a reconhecer sua identidade pessoal, seu próprio caminho; reforçar a responsabilidade por sua própria pessoa e seu modo de viver.	9. Ajudar o paciente a concentrar-se no tema exposto, no tempo aqui e agora.
4. Ser solidário: participar ativamente do encontro e demonstrar disposição no aqui e agora.	10. Cuidar para não permitir que nossos sentimentos ou atitudes ameacem o paciente.
5. Utilizar toda comunicação verbal e não-verbal para identificar a natureza do problema, analisando os prós e contras; clarear as idéias.	11. Ajudar o paciente a estabelecer prioridade e tentar superar barreiras, buscando sua significação e implicações biopsicosociais.
6. Ajudar o paciente a considerar e explorar alternativas.	12. Concentrar-se sempre na pessoa do paciente e não em seus problemas.
	13. Apresentar sentimentos positivos, sendo afetivo, caloroso, sensível e apoiá-lo em suas atitudes positivas.

Fonte: Adaptado de RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem Psiquiátrica: saúde mental, prevenção e intervenção*. São Paulo: EPU, 1996.

4 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

As consultas ocorrem na sala própria do ambulatório, com mobiliário disposto de forma que enfermeiro e paciente fiquem próximos e de frente um para o outro. MUNARI e RODRIGUES (1997) e MUCHIELLI (1994) afirmam que é importante que a entrevista de ajuda ocorra em local amplo, ventilado, com acomodações adequadas, de preferência mesas com cadeiras que permitam que as pessoas possam olhar-se de frente, olhos nos olhos e com privacidade.

A destreza na aplicação da entrevista de ajuda, utilizando roteiro, foi sendo gradativamente assimilada e adaptada, à medida que as consultas foram acontecendo, passando a fluir com mais facilidade. Com isso o tempo de interação com cada paciente passou de 40 para 30-35 minutos. Apesar de algumas literaturas preconizarem o tempo ideal de uma consulta em torno de 1 hora, o tempo que estava sendo gasto nas interações de modo geral contemplava os pacientes. A diminuição do tempo ocorreu não só pelo domínio da aplicação do guia de entrevista, mas pela própria dinâmica dos pacientes. Com o passar do tempo, a hora imperceptivelmente foi concedendo espaço para 30 minutos, sem, no entanto, causar prejuízos ao diálogo. Porém, quando há uma fala perturbadora, fato ou momento constrangedor, este tempo é prorrogado.

O retorno do paciente ao ambulatório faz-se segundo a gravidade do seu quadro, sendo determinado pelo profissional médico. Estes retornos podem ser quinzenais, em função de agravos ou quando o paciente aceita participar do tratamento específico, com medicação que requer controle laboratorial, avaliação e acompanhamento médico, que dura em média dois meses e meio; ou retornos que variam com intervalos de um mês até um ano. Uma vez que esses pacientes apresentam doença crônica, a assistência é por tempo indeterminado.

4.1. O CAMINHO PERCORRIDO

Na seqüência, será relatado como foram vivenciados os encontros com os pacientes portadores do mal de Chagas durante o processo terapêutico baseado nas etapas com o Método Interpessoal de Travelbee descrito por BECK (1999).

Primeira fase: O Encontro Original

Nesta etapa, o contato com o paciente era iniciado com cumprimento e aperto de mão, dizendo bom dia de forma clara e com um sorriso harmonioso. No início da relação interpessoal, paciente e enfermeiro não se conhecem, sendo necessário estabelecer entre si um clima de confiança (MAFTUM, 2000).

Ser acessível e demonstrar acessibilidade ao paciente, mantendo o processo de resolução de problemas em suspenso, enquanto se buscam maneiras de ajudar o paciente a enfrentá-los, deve ser uma meta constante do enfermeiro desde o primeiro contato (TRAVELBEE, 1982).

Embora não seja fácil, o paciente que procura ajuda almeja encontrar alguém que o ouça atentamente, que seja capaz de ter atitude positiva para com ele, ou seja, atitude de calor, atenção, afeição, interesse e respeito, FUREGATO (1996). Desta forma, após saudação inicial, é solicitado ao paciente que se acomode e, caso venha acompanhado de alguém, é deixado livre para escolher se deseja a presença ou não deste durante a consulta. Apresento-me informando: meu nome, quem sou, as rotinas (dias da semana, horário de funcionamento, telefone) com o intuito de inteirá-lo do ambiente e da proposta de tratamento.

É importante lembrar que ao fornecer informação ou orientar, o enfermeiro deverá fazê-lo usando termos concretos, em linguagem clara e concisa, acessível ao paciente. Deve evitar termos técnicos, jargão profissional, siglas, vocabulário rebuscado. As explicações também devem ser precisas, lógicas, audíveis (STEFANELLI, 1993).

Na consulta, é solicitado primeiramente que o paciente fale livremente sobre o que desejar; e após, informá-lo de que é necessário fazer algumas perguntas, pertinentes à rotina do tratamento, e que será preenchido um questionário com informações a respeito dele, tratando-se de um procedimento somente da primeira consulta.

O primeiro encontro possui características que são específicas, incluindo três finalidades concomitantes e que culminam entre si: diagnóstica, terapêutica e fixação de um contrato. Nelas busca-se a identificação mútua, que se traduz em um momento de reconhecimento e de observação. É a hora em que o enfermeiro procura conhecer melhor a queixa e a história do paciente, centrar sua atenção nas 'dicas' dadas por ele através da comunicação verbal e não-verbal. É o momento de exercitar o "ouvir terapêutico" da outra pessoa, como também de fixar contratos tais como hora, próximo encontro, objetivos e o que se espera do relacionamento (RODRIGUES, 1996).

Durante o primeiro contato, busco captar o paciente, percebê-lo, conhecê-lo com o intuito de observar seu estado emocional, afetividade, linguagem, humor, ansiedade e outros. São os primeiros passos dados na direção do outro. No encontro inicial já é possível ir analisando alguns aspectos do paciente, como seu estado emocional, humor, afetividade, através da observação de dados primários captados pelos sentidos e reações instintivas do enfermeiro (RODRIGUES, 1996).

Em seguida, pergunto se há algo que ainda deseja falar e que se sinta livre para fazê-lo; em caso afirmativo, passo a explorar melhor a comunicação trazida, pedindo que verbalize como se sente e como tem procurado resolver as questões. Na seqüência, aproveito para saber o que ele espera do atendimento.

Neste instante do contato, tenho observado que falas de senso comum têm-se apresentado em relação ao que o paciente espera encontrar no ambulatório e dizem respeito ao 'remédio para curar o Chagas', 'a carta do médico para a previdência, para encostar ou aposentar' e a busca pelo 'atendimento médico'. Constata-se a mudança de sentimentos e comportamentos de que a vida deixou de ser normal no momento em que o paciente tomou conhecimento de que tem uma doença. Na maioria das falas, durante o primeiro encontro, quando é abordado seu entendimento do Mal de Chagas, um dos fatos relevantes é a relação que o paciente faz entre a doença de Chagas, o trabalho e a aposentadoria. Trazem a crença de que não conseguirão mais trabalhar como antes, até em tarefas leves e rotineiras em suas casas. Esta crença se estende para a atividade física, pois o paciente externa o pensamento de não poder mais exercitar-se por ser portador de Chagas.

O ser humano está exposto a todas as contingências em sua existência, incluindo tudo aquilo que escapa ao seu controle, a partir do momento em que se torna vulnerável a um universo independente, a pessoa sofre e adocece (TRAVELBEE, 1982).

Procuro colocar-me no diálogo com o intuito de ajudar, esclarecendo quando necessário, compreendendo e, na medida do possível, tentando diminuir a angústia, tensões existentes, sem pensar em fórmulas, receitas, mas agindo como pessoa que escuta, que tem problemas, como alguém que também precisa aprender a viver bem e melhor e que sabe que algumas coisas são possíveis de serem mudadas, e outras precisam ser aceitas ou pelo menos aguardarem até se aprender a lidar melhor com elas. Enfim, procuro estar na consulta como pessoa, não esquecendo que recebi formação profissional.

Dando seqüência, explico ao paciente que passaremos a ter encontros nas quartas ou sextas-feiras, durante o agendamento normal e que iremos conversar sobre assuntos que dizem respeito a ele e a sua saúde. Teço explicações também sobre a rotina do ambulatório, esclarecendo que ele será atendido, em um primeiro momento, pelo profissional enfermeiro; a

seguir, na consulta denominada de geral, na qual participam o médico, o enfermeiro e o assistente administrativo, aproveitando para explicar qual é a função de cada profissional que irá atendê-lo daquele instante em diante. Reafirmo os dias do funcionamento do ambulatório, o horário, número do telefone e solicito que ele forneça um número de telefone para que se possa localizá-lo, se necessário. Caso o paciente não tenha mais nada a dizer ou perguntar, dou por encerrado o primeiro encontro.

O pacto que o enfermeiro deve ter com o paciente, no propósito de ajudá-lo a recuperar-se, inclui informá-lo sobre o seu modo de trabalhar, como e quando serão os encontros de ajuda, qual a duração e de que forma irão comunicar-se, no caso de se ausentarem durante alguma consulta, quais os motivos dos encontros e a permissão para analisarem esta interação. É necessário proporcionar os limites dentro dos quais podem existir segurança e desenvolvimento (TRAVELBEE, 1982). O respeito pelo paciente passa necessariamente pelo direito às informações, que é uma atitude de respeito.

Na relação de ajuda o enfermeiro centra sua atenção na pessoa do paciente, no aqui e agora. Não cabe ao enfermeiro aprofundar os aspectos da personalidade do paciente nem a pretensão de fazer análise. Importa ser terapêutico, compreender o que o paciente comunica, identificar suas necessidades e agir procurando ampará-lo nas suas decisões, orientando quando necessário (FUREGATO, 1999).

Não se espera um diagnóstico definitivo e completo logo no primeiro encontro com o paciente, porque nem sempre isto é possível, mas pode-se ter caminhado um pouco no processo terapêutico. Um simples aperto de mão, um sorriso pode modificar ou provocar uma alteração; isto pode ser terapêutico (RODRIGUES, 1996).

Segunda fase: Identidades Emergentes

É o momento em que começam a ser notadas particularidades e diferenças de cada um. Durante a fala do paciente procuro observar e ouvi-lo atentamente, centrar minha atenção na sua pessoa e ao mesmo tempo explorar todas as possibilidades que possam estar clareando sua fala, a fim de tornar efetiva a ajuda em função de suas necessidades, no momento.

Nessa fase, já se torna possível para o enfermeiro esboçar estratégias de ajuda a partir daquilo que ele traz como algo que o incomoda muito, assusta ou de que tenha pouca compreensão, ou mesmo não entenda. Isso ocorre normalmente a partir da segunda consulta.

Foi-se delineando um novo jeito de conduzir a consulta de enfermagem com a utilização do roteiro já mencionado. Centro também a atenção no que convencionei chamar pontos macros da entrevista, ou seja, informações quanto à alimentação, sono, funcionamento intestinal, descanso, desânimo, tristeza, falta de esperança, incertezas, trabalho, lazer e atividades físicas. Ao discutir com o paciente estes pontos, pode-se estar influenciando na melhora da sua qualidade de vida. A escolha pelos pontos macros ocorreu em função da observação das queixas normalmente trazidas pelo paciente, como medo das situações que poderão advir, preocupação com a dor e o sofrimento, o medo dos 'estragos' que o Chagas possa fazer, e principalmente a pouca auto-estima.

É importante perceber quais são os assuntos colocados com mais freqüência pelo paciente, apesar da convergência e similaridade das situações expostas, e mantê-lo em foco bem como tomar cuidado especial com as queixas, mesmo que o paciente traga sempre a mesma, o que também tem sido comum no ambulatório. STEFANELLI (1993) enfoca que é preciso prestar atenção naqueles assuntos que são trazidos com mais freqüência pelo paciente, pois normalmente eles dizem respeito a problemas que denotam a sua ansiedade.

Quando nos depararmos com situações que, no momento, não apresentem solução, trabalhemos a esperança. TRAVELBEE apud FUREGATO (1999, p.94) diz que "a esperança se caracteriza como estado mental marcado pelo desejo de conseguir alcançar uma meta acompanhada de certo grau de expectativa positiva".

Ao planejar e executar as ações de enfermagem, o enfermeiro precisa ter claro que tem limitações profissionais e pessoais, de que há problemas que não poderá ajudar o paciente a resolver. Além disso, enfermeiro e paciente passam a lidar melhor com os sentimentos que envolvem o significado da existência, ao criarem entre si vínculo terapêutico, isto é, confiança e compromisso (FUREGATO, 1999).

Terceira fase: Empatia

É o momento de se colocar no lugar do outro, de passar a enxergar como os olhos do outro. Nesta etapa, que normalmente coincide com o terceiro encontro, o paciente e enfermeiro já podem prever o comportamento um do outro, porque as barreiras foram sendo dissipadas gradativamente e aqui já se encontram laços afetivos, decorrentes da formação do vínculo estabelecido.

No momento em que ocorre no paciente o sentimento de confiança, ele então será capaz de expor-se a si mesmo e a seus problemas e, ter esperança de sair beneficiado desta relação com o enfermeiro (TRAVELBEE, 1982). A empatia é um dos fatores mais importantes na promoção de mudanças e de aprendizagem. É penetrar no mundo perceptivo do outro e sentir-se completamente à vontade dentro dele (ROGERS apud FUREGATO, 1999).

Logo após as saudações iniciais, peço ao paciente que verbalize o que desejar. A seguir, pergunto como se tem sentido desde nosso último contato, caso ele não tenha mencionado ainda. Além disso, nesta fase, procuro salientar meu interesse pela sua pessoa, procurando compartilhar suas experiências, alegrias, tristezas, dúvidas, seu momento atual de vida, revendo com ele sua fala do último encontro. Na seqüência, passo a trabalhar as questões, ou queixas trazidas e os pontos macros.

Em relação ao ponto macro alimentação, verifico com o paciente quais são os alimentos e líquidos mais utilizados, discutindo os benefícios e riscos respectivos, considerando também os resultados dos exames diagnóstico-terapêuticos e da história relatada pelo próprio paciente, incluindo seus hábitos.

Para entrarmos no mundo dos sentimentos e concepções pessoais do outro é necessário exercitar a empatia. Para que isso ocorra é imprescindível ouvir, que é muito mais que escutar, é compreender o que o outro expressa, alcançando os significados que ele dá e entender a realidade como ele a entende (FUREGATO, 1999).

A ênfase nos cuidados alimentares se deve ao fato de a grande maioria dos pacientes apresentar mau funcionamento intestinal, colesterol e triglicéridios aumentados, hipertensão e vida sedentária. O mal de Chagas pode apresentar-se na forma gástrica e cardíaca; mas a maioria dos pacientes, usuários do ambulatório, se encontra na fase leve ou indeterminada da doença, isto é, sem lesão ou com lesão leve nestes órgãos. Assim, a doença ainda não é fator

responsável por tais alterações, donde se deduz que isto se deve aos hábitos, o que se confirma através da história do próprio paciente, não requerendo preocupação em relação à doença em si, mas à alimentação e sua relação com os hábitos e cultura.

Outro aspecto dos pontos macros diz respeito ao sono e descanso. No caso de informar que não consegue descansar quando dorme, que dorme pouco e mal, ou então que tem insônia freqüente, discuto com ele esses fatores, orientando alguns exercícios respiratórios relaxantes para antes de dormir, uso de banho morno e de alimentos leves no jantar entre outros. As situações percebidas que necessitam de ajuda dos demais profissionais são discutidas na consulta geral.

Quanto ao ponto macro de sintomas sugestivos de depressão, a tentativa é levar o paciente a verbalizar qual o seu entendimento a respeito e que expresse, usando algum exemplo de como ela é sentida e vivida por ele. Durante o diálogo, discuto com o paciente medidas alternativas que podem minimizar esses sintomas e caso necessário encaminha-se ao serviço de psicologia do hospital.

Na seqüência, discute-se o trabalho e o lazer. Neste diálogo são explanadas as questões sobre o trabalho atual do paciente ou no caso de estar aposentado as atividades que desenvolve em casa ou como 'bico'. As questões se referem ao que sente, como percebe sua atividade e o que ela lhe traz. De modo geral, percebe-se que a questão do trabalho se encontra na dependência da doença de Chagas. Nas falas fica evidente a associação doença e incapacidade. Dessa maneira, faz parte do tratamento esclarecer e desmistificar a doença. A tentativa de vincular a saúde às condições concretas de vida da pessoa mostra de determinada forma o interesse em explicitar o caráter social da doença (VERDI apud BRODERSEN, 1997).

Em relação ao lazer, as discussões são de como ele o utiliza em sua vida diária, isto é, o que faz normalmente para se divertir e o que ele considera lazer. É solicitado que procure fazer alguma atividade que lhe traga bem-estar. Também que fale sobre seu bairro, sua cidade e que atividades de lazer são oferecidas em sua comunidade. Aproveito para levantar se ele faz parte de algum grupo de trabalho comunitário e teço comentários positivos sobre este tipo de atividade. Isso é possível, pois vários pacientes são aposentados e dispõem de tempo para essas atividades.

“Uma atitude positiva é muito mais que uma frase colocada. Não há frase que substitua um olhar afetuoso, nem um aperto de mão caloroso, nem um abraço protetor. A atitude positiva é a manifestação do comportamento verbal e não-verbal” (FUREGATO, 1999, p.79).

A escolha da atividade física como um dos pontos macros do guia de ajuda se deve em função da observação de alterações nos exames diagnóstico-terapêuticos de alguns pacientes, que sugerem falta de preparo físico. Entre elas, encontra-se peso acima da média, colesterol e triglicéridios elevados, hipertensão e preparo físico inadequado. Essas orientações são feitas após a certificação de que os pacientes, pelos resultados dos exames, podem desenvolver atividades físicas.

A discussão deste ponto é trabalhada no sentido de o paciente se convencer de que precisa, muitas vezes, mudar de atitude, perceber o seu sedentarismo, peso excessivo e inadequado preparo físico. Busca-se reforçar os riscos a que ele está exposto pela não mudança de comportamento.

Durante esta etapa as falas começam a ficar mais ricas e colaboram para a diminuição da tensão, angústia, solidão, fazendo bem ao paciente e ao enfermeiro, pois implica compreensão, confiança e solidariedade. Neste ponto da interação, o enfermeiro dá prosseguimento às orientações, faz modificações, implementa e inclui novos cuidados, se necessário.

O enfermeiro deve direcionar todos os seus esforços no sentido de evitar qualquer situação que possa vir a desumanizar o paciente que ele assiste. É sua tarefa buscar sempre a humanização do atendimento, a fim de não colocar em risco a integridade e bem-estar do paciente por ele assistido (TRAVELBEE, apud BECK, 1999).

Nessa fase, a aproximação com o paciente se efetiva e o relacionamento passa a ser mais prazeroso. Passa a ser perceptível o crescimento da afabilidade, descontração e intimidade, o que permeia as demais fases da comunicação de ajuda nos encontros subseqüentes.

Quanto às orientações em si, é colocado para o paciente que elas fazem parte dos acordos entre enfermeiro e paciente e que cada um é responsável por uma parte do pacto firmado livremente, cabendo tarefas específicas a cada um.

Quarta fase: Simpatia

É momento de ensinar, de rever e de reaprender. Diante das dificuldades colocadas pelo paciente e do não cumprimento de metas, se for o caso, procura-se rever com ele o que pode estar acontecendo: o entendimento das metas traçadas; falta de vontade de mudar comportamento etc. Em caso afirmativo, pressupõem mais empenho e efetividade do enfermeiro na ajuda, incluindo auto-avaliação de seu comportamento. Para GONZÁLES (1999), o enfermeiro e o paciente devem estar abertos para ensinar e também para aprender.

Caracteriza-se esta fase pelos 'estalos' e possibilidades que podem ocorrer desde o primeiro encontro. Para BECK (1999), é o momento em que o enfermeiro deseja aliviar a causa do sofrer do paciente e de suas dores; implica solidariedade.

A aprendizagem é fator importante porque possibilita a aquisição de conhecimentos e informações essenciais, para que alguns comportamentos sejam adquiridos ou modificados, a partir do exercício de novas tarefas ou de atos programados; também aparecem como resultado da convivência.

Quinta fase: Afinidade ou rapport

Nesta etapa do processo de interação, o círculo se fecha e ao mesmo tempo pressupõe continuidade, reavaliação, crescimento, maturidade, implementação, desenvolvimento, interação. Torna-se possível avaliar se a relação de ajuda se estabeleceu; se houve o compartilhar de experiências, sentimentos, emoções, pensamentos; se os laços de confiança se estabeleceram, ocorrendo o envolvimento necessário entre enfermeiro e paciente, levando à interação. Aqui se pressupõe a interação terapêutica o enfermeiro avalia a efetividade de sua ajuda. Uma das maneiras de saber se houve interação terapêutica é o enfermeiro saber se utilizou a si próprio como instrumento terapêutico.

A relação de ajuda traz para o enfermeiro a condição de proporcionar ao paciente a oportunidade de realizar escolhas responsáveis, dentro de uma atmosfera na qual se espera que sejam capazes de tomar decisão por si mesmos, sendo estas cada vez mais maduras e responsáveis (FUREGATO, 1999). Implica tornar o paciente o mais independente possível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que ocorreu a decisão de trabalhar com os conceitos de relação de ajuda e a interação pessoa a pessoa, baseada em TRAVELBEE (1982), junto ao paciente portador de Doença de Chagas, não tinha a menor idéia de como iria praticar a relação de ajuda nos encontros ou como concretizar a prática e a teoria do processo de interação. O conceito de ajuda tinha significado teórico e parcial; mas até então não era plausível, não vislumbrava como seria a prática desse 'ajudar'. Aos poucos, durante as consultas, fui depreendendo os conceitos teóricos e incorporando-os ao dia a dia da assistência prestada e aprendia em cada consulta. Na seqüência dos encontros, foram sendo feitas adequações, utilizando o conhecimento e a experiência adquirida ao longo do caminho.

O estudo dessa Teoria, bem como consultas a outras literaturas sobre o tema ajudaram na implementação da proposta. Este conhecimento foi sendo desenhado, cada dia, através do aprendizado com o próprio paciente, que se tornou o principal articulador do processo, indicando e delineando o caminho de como poderia ajudá-lo, ao trazer para a interação sua queixa, emoção, sentimento, necessidade, medo, angústia, incerteza, sonho, enfim seu ser pessoal e histórico. Assim, o processo da relação de ajuda, paulatinamente foi recebendo 'sopros' que moldavam sua forma na prática. O que era apenas corpo teórico passou a ter significado.

Trabalhar estabelecendo um marco conceitual é bom, porque orienta o percurso a ser feito, estabelece parâmetros e proporciona segurança nas ações. Durante o percurso foi possível verificar que tanto os conceitos utilizados neste estudo quanto o processo de comunicação terapêutica foram alcançados através da vivência. Constata-se a concretização da relação de ajuda através da comparação dos progressos atuais em relação ao trajeto percorrido desde o primeiro encontro.

Percebe-se que há maior aproximação e liberdade entre enfermeiro e paciente, expresso por comportamento espontâneo, mais solto. Na medida em que a pessoa vai aprendendo a ouvir-se a si próprio, começa a aceitar-se; conforme vai expressando seus sentimentos e afetos e verificando atitudes de interesse e aceitação no enfermeiro, o paciente vai-se mostrando como realmente é e passa a agir de maneira construtiva em relação a si próprio e aos demais (ROGERS Apud RODRIGUES, 1996).

Trabalhar com pessoas, dentro de uma concepção biopsicossocial e espiritual, requer do enfermeiro o seu próprio desenvolvimento, o que favorece uma compreensão de si mesmo e, conseqüentemente, contribui para estabelecer um relacionamento mais solidário com o paciente e a equipe de trabalho. Fica evidenciado, para aqueles que participam do processo, que é impossível enxergar o outro como pessoa, se não nos percebermos como tal, o que é favorecido pelo contato pessoa a pessoa, pela vivência, que é um jeito de perceber, trocar, compartilhar e aprender com as experiências (GONZÁLES, 1999).

O processo de interação pessoa a pessoa é aprendizado contínuo. Muitas vezes não sabemos como nos comportar, ou como sermos profissionais. Por vezes reificamos e desumanizamos o paciente, a assistência e a nós próprios. KUENZER apud BRODERSEN (1997) coloca que o maior desafio dos profissionais da saúde, comprometidos com a verdadeira qualidade de vida, reside em um novo paradigma que deverá fundamentar-se em um princípio educativo que vislumbre a omnilateralidade, para avançar em uma nova prática profissional.

A opção de trabalhar a relação de ajuda levou a caminhos que eu não vislumbrava a princípio. TRAVELBEE (1982) enfatiza que a relação de ajuda, pessoa a pessoa, é a essência da enfermagem.

O experienciar uma teoria tornou-se prazeroso e enriquecedor, facilitando a compreensão da prática cotidiana. Foi possível perceber que a enfermagem, ao trabalhar conceitos e referenciais na prestação do cuidado, desenvolve um tipo de conhecimento fundamental para a autonomia profissional e o desenvolvimento de um saber próprio, humanizado e capaz de contribuir para a melhoria de práticas educativas que resultarão em qualidade de saúde e de vida para as pessoas.

ABSTRACT: It is an assistance project to patients suffering from Chagas disease, users of the "Day Clinic for the Patients Suffering from Chagas Disease" at a Teaching Hospital in Curitiba/Brazil, from May/2001 to August/2002. The theoretical background chosen was Joyce Travelbee's Theory of Human to Human Relationship. It aimed to implement nursing assessment based on a helping relationship, outline a profile of the patients suffering from Chagas disease- the clinic's users - and work out some guidelines for a helping interview. The following concepts were used: Human Being, Nursing, Environment, Health/Disease, Helping Relationship. The work undertaken pointed out that the theoretical approach used has enabled to render humanized care, considering the patient a unique human being, with his/her own background and culture, favoring his/her participation in the process and fostering his/her potentialities. The study brought about nurses' pondering on delivered caring. It was concluded that knowledge is fostered through daily learning with the patient who becomes the main agent in the process, delineating ways and pointing manners to be assisted. Work relied on a concept guideline shows the way to be followed, sets

parameters - and consequently, confidence in actions - contributes for professional autonomy and leads to improvement in the educational practice. Thus, the initial theoretical body has changed into meaningful practice.

KEY WORDS: Helping behavior; Chagas Disease; Nurse-patient relations; Patient care; Interpersonal relations; Referral and consultation.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Carlos Chagas hoje**. Disponível em: < [http:// www.gazetaminas.com.br](http://www.gazetaminas.com.br)>_Acesso em: 08 dez. 2000.

BECK, C. L. C. Sofrimento e esperança: vivências com familiares de pacientes internados em UTI. In: GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C. ; DENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Palloti, 1999. p. 61-157.

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

BRODERSEN, G. **Percepção popular da condição de saúde: construção de um conceito**. Curitiba, 1997. 103 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Curso de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Paraná.

CUNHA, C. P. da . Implantação do ambulatório de atenção ao paciente chagásico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1997. (digitado).

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999.

GONTIJO, E. D. (Org.). Atenção referencial ao paciente chagásico e integração ao SUS. In: RIBEIRO, L. P. et al. **Manejo clínico em doença de Chagas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998. p. 7-12.

GONZALES, R. M. B. A autopercepção: um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: GONZALES, R. M. B. ; BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. L. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Palloti, 1999. p. 13-60.

MAFTUM, M.A. **A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso técnico de enfermagem**. Curitiba, 2000. 87 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

MUCCHIELLI, R. A. **A entrevista não-diretiva**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MUNARI, D. B. ; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

ROCHA, M. da C. (Org.). Avaliação medicotrabalhista. In: RIBEIRO, L. P. et al. **Manejo clínico em doença de Chagas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 1998. p. 124-128.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: EPU, 1996.

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

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. 2. ed. Cali: Organización Panamericana de la Salud, 1982.