

**A relação de ajuda não-diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado<sup>1</sup>****Non-directive support to caregivers of incapacitated elderly****La relación de ayuda no-directiva junto al cuidador de un anciano incapacitado**Tatiane Mitleton Borges Ramos<sup>I</sup>, Luiz Jorge Pedrão<sup>II</sup>, Antonia Regina Ferreira Furegato<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Estudo desenvolvido a partir de um relatório de conclusão da disciplina EERP-5731 Relacionamento Interpessoal Enfermeiro - Paciente, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

<sup>II</sup> Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: [mitleton@usp.br](mailto:mitleton@usp.br).

<sup>III</sup> Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: [lujope@eerp.usp.br](mailto:lujope@eerp.usp.br).

<sup>III</sup> Enfermeira - Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: [furegato@eerp.usp.br](mailto:furegato@eerp.usp.br).

**RESUMO**

O Brasil está na posição de um país estruturalmente envelhecido frente ao aumento da expectativa de vida de sua população. No ano de 2007, mais de 7% da população tinha idade de 60 anos ou mais, devido à melhoria na qualidade de vida e a diminuição da taxa de natalidade. O objetivo desse estudo foi analisar a interação de um profissional com um cuidador de uma pessoa idosa, com base na teoria da relação de ajuda não-diretiva. Para isso, foi gravado o processo interativo entre o profissional e o participante, posteriormente transcrito na íntegra, literalmente, e analisado conforme as teorias da relação de ajuda não-diretiva e da relação interpessoal em enfermagem. Os resultados mostraram que o processo interativo estabelecido proporcionou, ao participante, um momento de reflexão sobre a sua vivência na função que assumiu de cuidador, e, mostrou também, os benefícios trazidos pela relação de ajuda não-diretiva na medida em que possibilitou, ao participante, uma maior compreensão e consciência do momento em que vive, trazendo a ampliação da congruência entre seus sentimentos e pensamentos. Mostrou, finalmente, a contribuição que a relação de ajuda não-diretiva pode ter nas propostas de acolhimento das novas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**Descritores:** Condutas terapêuticas; Família; Idoso; Acolhimento.

**ABSTRACT**

The increase in life expectancy in Brazil sets it as a structurally old country. In the year 2007, more than 7% of the population was aged 60 years or more, due to an improve in quality of life and decrease in the birth rate. The study aimed to analyze the interaction of a professional with a caregiver of an elderly, based on the non-directive support relationship theory. The interactive process between professional and participant was recorded, subsequently fully transcribed, literally, and analyzed according to the theories of non-directive support relationship and interpersonal relationship in nursing. Results showed that the interactive process established afforded the participant a moment of thought about the experiences this person had in the role of caregiver, and also showed the benefits brought by the non-directive support relationship. The relationship enabled, for the participant, a better understanding and conscience of the moment they live, increasing the congruence between feelings and thoughts. Finally, it showed the contribution the non-directive support relationship can have on the proposals of welcoming, of the Single Health System new guidelines.

**Descriptors:** Therapeutical approaches; Family; Aged; User embracement.

**RESUMEN**

El Brasil está en la posición de un país estructuralmente envejecido, debido al aumento de la expectativa de vida de su población. En el año de 2007, más de 7% de la población tenía 60 años de edad o más, debido a la mejoría en la calidad de vida y disminución de la tasa de natalidad. El objetivo del estudio fue analizar la interacción de un profesional con un cuidador de un anciano, con base en la teoría de la relación de ayuda no-directiva. Para esto, fue grabado el proceso interactivo entre profesional y participante, posteriormente transcrito en su totalidad, literalmente, y analizado conforme las teorías de relación de ayuda no-directiva y de relación interpersonal en enfermería. Los resultados mostraron que el proceso interactivo establecido proporcionó al participante un momento de reflexión acerca de su vivencia en la función de cuidador. Mostró también los beneficios traídos por la relación de ayuda no-directiva, ya que permitió al participante una mayor comprensión y consciencia del momento que vive, ampliando la congruencia entre sus sentimientos y pensamientos. Finalmente demostró la contribución que la relación de ayuda no-directiva puede tener en las propuestas de acogimiento de las nuevas directrices del Sistema Único de Salud.

**Descriptorios:** Conductas terapêuticas; Família; Anciano; Acogimiento.

## INTRODUÇÃO

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2005, o número de pessoas com mais de 60 anos é superior a 18 milhões, o que corresponde a cerca de 10% da população total. Um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) quando sua taxa de idosos ultrapassa 7% da população total<sup>(1)</sup>.

Isso se deve, em parte, ao aumento da expectativa de vida que tinha média de 64 anos de idade na década de 90, e será cerca de 73,3 anos em 2025<sup>(2)</sup>. Soma-se a isso a melhora na qualidade de vida da população brasileira e a diminuição da taxa de natalidade, o que leva o Brasil a ter, segundo o último censo, cerca de 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais<sup>(3)</sup>.

Conforme dados do IBGE<sup>(3)</sup> de acordo com o censo realizado no ano 2000, o número da população de idosos residentes na região sudeste com 60 anos ou mais era de 4.984.058. O total relativo desse número foi de 7,9, o maior total relativo se comparado as outras regiões do país. A região sudeste, portanto, possui a maior população idosa do Brasil, tanto em números absolutos quanto relativos, e deve fornecer políticas públicas para atender a essa população específica.

O aumento da expectativa de vida e os contextos sócio econômicos precários em que grande parte da população idosa se encontra, contribui para o aumento da prevalência e incidência da incapacidade funcional<sup>(4)</sup>. A incapacidade é definida como resultante da interação entre a disfunção do indivíduo, – seja ela orgânica e/ou da estrutura do corpo – a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, sendo que os fatores ambientais podem atuar como obstáculos ou facilitadores para a execução dessas atividades<sup>(5)</sup>.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) mostram que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar *per capita*<sup>(6)</sup>. A baixa renda da população idosa e o difícil acesso aos serviços de saúde agrava ainda mais a situação de incapacidade funcional das pessoas com 60 anos ou mais.

Como meio para suprir essas defasagens as recentes diretrizes para a política nacional de saúde têm como prioridade a população idosa e o acolhimento dessa população pelo SUS. O acolhimento traz princípios para organizar o serviço de uma forma usuário-centrada ao garantir: a acessibilidade universal para os usuários; a reorganização do processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; a qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Pretende-se que o usuário participe efetivamente do modo de

produção em saúde por meio da construção de significados sobre o serviço de assistência, suas práticas e cumprimento de demandas<sup>(7)</sup>.

O Programa Saúde da Família traz em suas diretrizes a proposta de atendimento usuário-centrada. É a primeira política de apoio a família vulnerável, porém ainda não conta com equipes de reabilitação<sup>(8)</sup>.

Em decorrência da escassez do oferecimento desse tipo de atendimento às populações de baixa renda, a família muitas vezes assume o papel de cuidador do idoso incapacitado. Porém essa família nem sempre tem condições de assumir responsabilidades pelo cuidado do idoso de forma eficiente. Geralmente algum membro da família tem de se sacrificar para exercer essa função. É comum que algum familiar pare de trabalhar para cumprir os cuidados específicos para com o idoso dependente<sup>(9)</sup>.

Há também em decorrência desse novo rearranjo familiar: o luto antecipado, sobrecarga do papel do cuidador, desajustamento familiar perante a crise, aumento dos riscos de saúde do cuidador e mudanças em sua auto-estima<sup>(9)</sup>.

A relação de cuidado domiciliar do idoso pela família não é nova. A família é elegida como a primeira fonte de cuidados para os idosos e a figura feminina é geralmente a escolhida para exercer essa função<sup>(10)</sup>. No entanto esse papel não é desempenhado sem dificuldades e transtornos. Há sobrecargas físicas e emocionais no ato de cuidar do outro. Entre elas destacam-se: o isolamento social, as mudanças e as insatisfações conjugais, as dificuldades financeiras e os déficits na saúde física e no autocuidado do cuidador<sup>(11)</sup>.

O desgaste psicológico é grande, pois, um dos motivos que levam o familiar a escolher a função de cuidador do idoso são as obrigações morais e as questões religiosas e culturais. Destaca-se os conflitos emocionais que surgem da ação do cuidar, pois ao mesmo tempo que o cuidador sente estar-se sacrificando, gratifica-se pelo sentimento de estar cumprindo seu dever moral e ético. Essas redefinições de papéis decorrentes da dependência do idoso promovem uma reestruturação familiar que provoca alterações na rotina e na dinâmica de toda a família<sup>(12)</sup>.

Diante dessa situação de crise torna-se importante que as instituições de saúde dêem atenção as necessidades de saúde destes cuidadores. O cuidador é o elo entre o idoso e a equipe multiprofissional<sup>(13)</sup>. É importante, pois, estabelecer o diálogo com esse cuidador e apreender as suas necessidades e dificuldades. Cabe aos profissionais oferecer além de cuidado e atenção, educação para que os cuidadores possam exercer a sua função de forma a não prejudicar a própria saúde. Resultará disso a maior permanência do idoso em seu lar, o favorecimento da familiaridade e a diminuição dos

riscos e custos em internações hospitalares e intuições de longa permanência.

A partir da abertura desse espaço de diálogo entre profissional e cuidador é que surge a necessidade de se estabelecer as bases metodológicas da relação de ajuda.

A relação de ajuda ocorre quando o profissional cria e mantém com o cliente uma relação na qual este tem a oportunidade de experimentar uma boa relação consigo mesmo para compreender-se melhor na situação que vivencia. É por isso que essa relação deve-se centrar no momento presente (aqui e agora), mas sempre tendo em mente o processo de transformação. Perceber o outro no momento presente é uma forma de respeito e compreensão<sup>(14)</sup>. O cliente que se submete a uma relação de ajuda não-diretiva pode adquirir maior congruência, ou seja, comportamentos e atitudes mais adequados ao contexto e que sejam satisfatórios para si e para os outros<sup>(14)</sup>.

A relação de ajuda de orientação não-diretiva não focaliza o problema da pessoa com quem o profissional estabelece o vínculo, mas centra-se na pessoa, em seu desenvolvimento funcional, maturidade e nos recursos internos que utiliza para enfrentar os conflitos. Essa comunicação na orientação não-diretiva se dá de forma estruturada e tecnicamente reconhecida<sup>(14)</sup>. Difere, portanto, de uma conversa comum, pois almeja que o indivíduo restitua as falhas de comunicação onde ele deixou de comunicar-se bem consigo e com os outros<sup>(15)</sup>.

Um requisito fundamental para a relação de ajuda é a empatia. Nela, o profissional busca conhecer profundamente os problemas do cliente e a sua maneira de pensar. Por meio desse conhecimento pretende ajudar o cliente a enfrentar e resolver seus problemas conforme o seu próprio ponto de vista. Para isso é necessário que o profissional esteja em uma verdadeira relação de ajuda com o outro, visando, através de sua doação, a capacitação da parte ajudada. Para compreender os sentimentos e concepções do cliente o profissional deve estar disposto a aceitar os comportamentos e atitudes do outro sem preconceitos. Só assim poderá ajudá-lo a compreender suas dificuldades e tomar atitudes positivas perante elas.

Essa aceitação incondicional deve ser feita também através dos próprios atos do profissional. Assim, deve-se estar atento a gestos, olhares, e tons de voz que podem se mostrar ameaçadores e punitivos ao cliente.

É de fundamental importância o terapeuta adotar internamente uma atitude de profundo respeito e de aceitação total de seu cliente, para que este possa ser compreendido enquanto pessoa<sup>(16)</sup>. O homem necessita de um clima permissivo para que possa fazer simbolizações corretas e ter liberdade experiencial para as elaborações interiores<sup>(15)</sup>. Dessa

forma, ressalta-se a importância do terapeuta não-diretivo mostrar-se congruente, ao respeitar a pessoa não apenas através de palavras, mas também através de atos e atitudes em sua postura profissional frente ao outro.

A relação de ajuda é, pois, um instrumento de grande valor para se estabelecer uma comunicação direta, esclarecedora e eficaz ao compreender de maneira aberta e livre de preconceitos a situação vivenciada pelo cuidador familiar do idoso incapacitado.

É objetivo deste estudo analisar a interação de uma profissional psicóloga com uma cuidadora de uma pessoa idosa incapacitada, com base na teoria de relação de ajuda não-diretiva.

## MÉTODO

Essa pesquisa fez parte de uma pesquisa maior denominada "Pesquisa e ensino das relações interpessoais na enfermagem", cujo projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo USP (nº 0151/2001).

Trata-se de um estudo de caso que, por meio do referencial teórico da relação terapêutica não-diretiva<sup>(14-20)</sup>, pretendeu analisar a interação de uma profissional psicóloga com uma cuidadora de uma pessoa idosa incapacitada.

A relação terapêutica não diretiva fundamenta-se, de modo geral, em uma abordagem terapêutica centrada na pessoa atendida, onde a sua história e conceitos são compreendidos a luz de suas próprias perspectivas e visão de mundo. Para que essa relação se estabeleça preceitos como a empatia, congruência e aceitação incondicional já citados anteriormente, são indispensáveis.

A interação deu-se na casa da própria cuidadora, que morava na região oeste da cidade de Ribeirão Preto-SP, em um bairro de classe média baixa. A cuidadora, a quem chamarei de Sandra, tinha 54 anos de idade, era solteira e aposentada devido invalidez no serviço. Ela e a mãe viviam em uma residência pequena de três cômodos e se sustentavam com a aposentadoria de Sandra, que tinha um salário mínimo de renda.

Sandra tornou-se cuidadora da mãe há cerca de 1 ano e meio quando esta caiu e fraturou o quadril. A mãe de Sandra se submeteu a duas cirurgias. Na primeira colocou pinos. Com a quebra dos pinos, foi internada novamente para a colocação de uma prótese. No entanto, a partir do acidente, não conseguiu mais andar, e, na época da entrevista, iria se submeter a sua terceira cirurgia.

As atividades da cuidadora eram: dar banho na mãe, levá-la ao banheiro, alimentá-la e mudá-la de posição em vários momentos do dia. A mãe de Sandra tinha 84 anos e se encontrava em bom

estado mental. No período da entrevista a cuidadora se submeteu a uma cirurgia de hérnia de disco, mas não pode repousar para desempenhar os cuidados com a mãe.

Sandra, sujeito do estudo, foi escolhida devido a um conhecimento prévio do caso através da vizinhança do bairro onde morava.

No primeiro contato, foram explicados os objetivos da pesquisa. Foi informado à participante que seria realizada uma “conversa” onde ela pudesse contar a sua vivência ao ser cuidadora de sua mãe acamada. Informou-se que os dados seriam coletados por intermédio de um gravador de voz, se a participante concordasse. A participante concordou com o uso do gravador e com a participação na pesquisa, e, assim, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A interação aconteceu em maio de 2008 e teve duração de 70 minutos. Foi realizada na casa da própria participante, na sala de estar, numa disposição frente a frente, com apoio em uma mesa.

O conteúdo da gravação foi transcrito na íntegra e literalmente. Somado a esses dados foram acrescentados as expressões não verbais registradas pela pesquisadora durante a entrevista.

A análise foi baseada nos conteúdos de vários autores que trataram da relação terapêutica não-diretiva<sup>(14-20)</sup>. A “Pesquisa e ensino das relações interpessoais na enfermagem” é integrada à disciplina EERP-5731 Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. Devido a isto os relatos da experiência profissional de cada aluno presente na disciplina serviram como base para a análise dessa interação.

## APRESENTAÇÃO DA INTERAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA

O horário marcado para a interação foi o das 14 horas, mas, logo no seu início, Sandra solicitou que esse horário fosse postergado para as 16 horas, o que foi aceito, partindo do princípio de que a empatia tem o seu princípio em posturas dessa natureza, principalmente porque era necessário todo um esforço na tentativa de compreensão e respeito à Sandra como pessoa, pensando que o horário inicial marcado para a conversa não seria propício no sentido de oferecer um clima permissivo, capaz de trazer a ela a confiança e liberdade para dizer sobre seus receios, angústias e resistências.

A interação então começou às 16 horas, mas logo nos primeiros momentos de interação foi percebido certo receio da participante em se expressar da maneira que lhe era habitual. Apesar da tentativa de se desenvolver um clima de aceitação e abertura para o diálogo, notava-se que a presença do gravador era um fator que bloqueava uma comunicação livre, franca e sem receios, ilustrado pelos dizeres que segue:

Sandra: - ... *porque a bunda está doendo muito (coloca a mão na boca e indica o gravador, parece envergonhada ao ter dito a palavra “bunda” enquanto a entrevista estava sendo gravada).*

Nesse momento é indicado à participante, através de um gesto, que não haveria problemas em dizer nomes que a moral social consideraria chulos, gesto esse, que tentou deixar a participante mais à vontade e disposta a expressar seus pensamentos e sentimentos.

O começo da conversa foi marcado por perguntas fechadas tais como: “Eu queria saber, o que a sua mãe tem?” “Qual é o problema dela?” “A sua mãe tem quantos anos?”. Entretanto acredita-se que o modelo pergunta-resposta não colabora para o desenvolvimento de uma atmosfera de relacionamento positivo e cordial, onde o entrevistado pode conhecer-se melhor e descobrir os recursos internos para enfrentar o problema que vivencia<sup>(17)</sup>. Por essa razão há um alerta para a necessidade de se avaliar as perguntas que, ao serem feitas, são realmente úteis para o entrevistado ou entravará o relacionamento compreensivo. Deve-se propiciar sempre a possibilidade de abertura para o diálogo e estar atento às limitações que as perguntas fechadas ocasionam. Porém, em algumas situações, é necessário obter informações e esclarecimentos. Ao se fazer questionamentos, tudo depende do modo como se verbaliza as interrogações e de se ter a sensibilidade do momento de interromper o fluxo de pensamentos e sentimentos do entrevistado<sup>(17)</sup>. Assim, na interação, alguns pedidos de maiores esclarecimentos foram feitos, mas sempre na tentativa de não prejudicar o fluxo discursivo, como no exemplo abaixo:

Entrevistadora: - ...*quando você diz “avoando”, significa...*

Sandra: - ...*correndo.*

Entrevistadora: - ...*um-hum.*

Sandra: - ...*correndo, eu vou correndo.*

Entrevistadora: - ...*para ir e voltar logo para a casa?*

Sandra: - ...*para voltar logo.*

Há complicações no uso da expressão “por que” nas perguntas diretas<sup>(17)</sup>. Esta expressão possui uma conotação punitiva devido aos entraves na comunicação ocasionados pelo fato dessa expressão ser mal interpretada pelo entrevistado, seja porque compreenda que está sendo punido pelo entrevistador, seja porque realmente não saiba a resposta da questão onde se usou o “por que”. Assim, ela deve ser evitada o máximo possível, mas se for usada, deve ser feita em um contexto onde o entrevistado não perceba a atitude do entrevistador como ameaçadora, e entenda que o uso do “por que” foi simplesmente para obter maiores esclarecimentos das informações. Na interação foi usado o “por que” na seguinte frase: “você acha que você emagreceu, por quê?”. Essa pergunta foi feita por se entender

que a participante possuía certa reflexão sobre o assunto questionado e não entenderia a pergunta como uma punição.

Há também ocasiões em que o cliente ou entrevistado faz perguntas no sentido de pedir informações, como aconteceu nesses segmentos da interação:

Sandra: - ...*como você chama?*

Entrevistadora: - *(a pesquisadora diz o nome).*

(...)

Sandra: - ...*porque já podia dar para dormir e fazer tudo de uma vez, não é?*

Entrevistadora: - ...*um-hum.*

Nas intervenções terapêuticas existem atividades informantes e atividades estruturantes<sup>(19)</sup>. A atividade estruturante é o ato de o terapeuta determinar ao cliente quais acontecimentos, valores e objetivos deve julgar significativos. A atividade informante são intervenções do terapeuta orientadas para o esclarecimento de questões do cliente. Na intervenção não-diretiva o terapeuta usa a atividade informante para que o cliente possa, através das informações recebidas, efetuar ele próprio a atividade estruturante. Assim, perguntas que afetam apenas indiretamente o tratamento psicoterápico e que servem para facilitar o esclarecimento do cliente, podem ser respondidas pelo terapeuta<sup>(15)</sup>. No caso da interação descrita acima, ambas as perguntas foram respondidas, porque o terapeuta considerou que elas possuíam uma atividade informante apenas.

O uso de respostas verbais como "an-han" e "um-hum" foram empregadas diversas vezes na interação. O uso desse tipo de resposta geralmente indica que o entrevistador está dando abertura para que o entrevistado se expresse e está entendendo o que o outro diz, porém, pode também ser percebida como um sinal de aprovação ou crítica do que foi dito<sup>(17)</sup>. Portanto, dá margem a ambigüidade. Na interação com Sandra, essa resposta verbal foi usada geralmente com o sentido de compreensão:

Sandra: - ...*um (médico na nova equipe que atendeu a mãe de Sandra) encostou na parede, de lá. Ficou de boca aberta. E o outro (médico) de cabeça baixa, aqui, mas não olhou na minha mãe.*

Entrevistadora: - ...*um-hum.*

Mas em alguns momentos, certas expressões verbais que queriam ser transmitidas pela terapeuta com o sentido de compreensão, foram, talvez, compreendidas por Sandra como se tivessem o sentido de aprovação. É o caso desses segmentos:

Sandra: - ...*não pôs nem a mão. Porque eu falei, "ó, ela (mãe de Sandra) é pesada na mesa, vocês (médicos) não vão poder por ela". Porque médico não vai agüentar, o sobrinho do Lucas (vizinho) põe ela sozinha lá, né. Porque é ele quem leva. Aí só fez assim, olhou, tudo bem, "vamos tirar o antibiótico dela, até vir no retorno.". Tem dias que eu faço curativo três vezes porque vaza demais...*

Entrevistadora: - ...*tudo bem...*

(...)

Sandra: - ...*nós estamos com medo, eu e a Marta (irmã de Sandra) [silêncio]. E assim é minha vida...*

Entrevistadora: - ...*tudo bem (pausa), obrigada pela conversa.*

(...)

Sandra: - ...*por isso que eles (médicos) tiraram o antibiótico para limpar o corpo, para por aquele de bolsinha. Quinhentos reais cada bolsinha...*

Entrevistadora: - ...*tá bom.*

(...)

Sandra: - ...*mas é que a (enfermeira) verdadeira mesmo é essa que vem, que ela mora para cá, então ela já veio até visitar ela (mãe de Sandra) aqui (casa de Sandra). E de dia... que é o período da manhã até meio-dia, da meio-dia até as sete é outra (enfermeira) e das sete já é outra (enfermeira). Que das noite já é mais tranqüilo, né.*

Entrevistadora: - ...*um-hum.*

Apesar da existência de perguntas diretivas, a terapeuta tentou utilizar técnicas compreensivas que consistem em exprimir com os próprios termos o que foi percebido daquilo que o cliente manifestou<sup>(15)</sup>. O terapeuta não julga, avalia ou interpreta, mas procura seguir o ritmo de desenvolvimento do próprio cliente, sem acelerá-lo ou retardá-lo. Tentou-se isso nos seguintes segmentos:

Sandra: - ...*minha cunhada, só tem ela que me ajuda. E a Marta quando vem de noite. Aqui, (mostra os pulsos) estou com os pulsos até abertos.*

Entrevistadora: - ...*está com os pulsos até abertos.*

(...)

Sandra: - ...*porque os alunos é... do jeitinho que "tava" lá não olhou nem na cara dela. Um encostou na parede e o outro escreveu. Aí só levantou, deu uma olhadinha, "não vamos dar mais antibiótico. Vamos cortar os antibióticos.". Viemos (Sandra e a mãe) embora. Agora quarta-feira é o retorno e eu não sei como vai ser.*

Entrevistadora: - ...*então você sentiu um descaso dos médicos.*

Sandra: - ...*dos médicos, dessa vez.*

Entretanto apesar dos esforços em emitir respostas não-diretivas, a transcrição mostra respostas classificadas como "elucidação" <sup>(15)</sup>. A elucidação possui o componente da inferência e aproxima-se da interpretação. Precisa ser usada com cautela, pois através dela o profissional pode impor valores e julgamentos próprios sobre o cliente, rompendo o clima de permissividade, respeito e livre aceitação do outro<sup>(16)</sup>.

Em alguns casos a terapeuta considera ter havido inferências e imposições de ideias e valores sobre a participante. São os casos:

Sandra: - ...*também as coisas que são dadas, que você consegue arrumar, duram muito pouco, parece que...*



Entrevistadora: -...é essa (almofada) que ela comprou durou muito pouquinho. A única que ainda está inteira é essa cadeira de banho aí, ó, que deram para ela, que salvou.

(...)

Entrevistadora: - ...então a senhora diz que a sua vida está um pouco complicada...

Sandra: - ...a minha vida está complicadíssima.

(...)

Entrevistadora: - ...e você só sai para cuidar de sua saúde.

Sandra: - ...só, só.

Entrevistadora: - ...para o essencial.

(...)

Sandra: - ...as meninas, as minhas colegas estão conversando comigo, tem hora que elas falam: "acorda Sandra! Tua mãe está em boas mãos. É a tua irmã que está lá." Então manda eu acordar.

Entrevistadora: -...é que parece que você assumiu a responsabilidade.

(...)

Sandra: - ...é, porque eu tive que fazer um eletro. Porque eu fui para o psiquiatra, porque eu estava numa situação, andando a noite inteira e fumando dois maços de cigarro.

Entrevistadora: - ...muita ansiedade.

Sandra: - ...é, aí meu médico aqui, o Dr. X, encaminhou para o psiquiatra.

No primeiro segmento houve uma generalização, pois foi transmitido pela profissional que todas as coisas dadas duravam pouco. Fato que não ocorre, pois Sandra respondeu dizendo que "a cadeira de banho" ainda estava inteira. No segundo segmento a terapeuta usa a expressão "um pouco complicada". Porém esse parece não ser o sentimento de Sandra, que diz que sua vida está "complicadíssima". No terceiro segmento a terapeuta faz a inferência de que a saúde seria para a participante "essencial", julgamento este que não foi transmitido por Sandra. No quarto segmento a profissional faz a inferência de que a participante teria assumido a "responsabilidade" de cuidado da mãe. Apesar do discurso da participante conduzir a esse raciocínio, ele não foi expresso por Sandra. No quinto segmento também há uma inferência, pois a terapeuta classifica o comportamento da participante como "ansiedade", sem que ela tivesse dito que se sentia ansiosa.

Ao voltar-se agora o foco de atenção às falas da participante nota-se em diversos momentos da interação uma identificação de Sandra com a mãe doente. Assim poder-se-ia dizer que a participante adota uma postura simpática com a condição doentada da mãe:

Sandra: - ...porque aqui está tudo com ferida (indica em seu corpo onde estariam as feridas).

Entrevistadora: - ...em você?

Sandra: - ...nela (mãe de Sandra).

Quando diz das feridas da mãe, Sandra parece ter em si o sentimento de dor. Esta impressão é transmitida de maneira tão direta à terapeuta que esta última entende que as feridas são de Sandra e não de sua mãe. O sentimento de empatia é essencial para que se possa compreender o outro em sua vivência<sup>(18)</sup>. No entanto, empatia é diferente da simpatia, esta, consequente da identificação. A identificação pode ser nociva em alguns momentos<sup>(18)</sup>, pois quando uma pessoa se identifica a outra, a primeira projeta seus pensamentos e sentimentos na situação vivenciada pela última. Assim, a pessoa que realmente está vivendo aquela situação não será compreendida em sua dor, valores, julgamentos e sentimentos.

No que tange a relação interpessoal entre profissionais de saúde e paciente, vê-se na interação que alguns conceitos que seriam base para o bom estabelecimento de um relacionamento interpessoal não são considerados na prática de atendimento. O vínculo que o paciente desenvolve junto aos profissionais parece não ser respeitado pelo serviço de saúde frequentado por Sandra e sua mãe. Observa-se esse fato no relato:

Sandra: - ...agora o dela... ela teve retorno faz 15 dias. Mudou toda a equipe.

Entrevistadora: - ...mudou.

Sandra: - ...o médico dela foi embora. Não olharam (alguns médicos da nova equipe) na cara dela.

A mudança de toda equipe interrompe com o processo de "identificação", uma das fases do processo interpessoal<sup>(20)</sup>. Dessa forma, todo o processo interpessoal que se inicia desde a entrada do paciente ao serviço, até a sua saída, depara-se com uma interrupção pela mudança de equipe, o que dificulta uma interação terapêutica com vistas em um ser humano integral, onde os aspectos psíquicos e sociais do paciente são considerados, além do biológico.

A empatia é um dos instrumentos mais importantes para o profissional que realmente deseja ajudar o outro<sup>(14)</sup>. No relato de Sandra observa-se que alguns profissionais não foram empáticos e que algumas atitudes beiram a falta de respeito e ao descaso.

Sandra: - ...o médico dela foi embora. (alguns médicos da nova equipe) Não olharam na cara dela. Simplesmente só levantou o curativinho, olhou... do jeito que estava aqui escrevendo, não olhou. (...) Porque os alunos é... do jeitinho que "tava" lá não olhou nem na cara dela. Um encostou na parede e o outro escreveu. Aí só levantou, deu uma olhadinha, "não vamos dar mais antibiótico. Vamos cortar os antibióticos.". Viemos embora. Agora quarta-feira é o retorno e eu não sei como vai ser.

(...)

Sandra: - (Sandra fala sobre a última internação da mãe) ..., foi um aperto para mim. O banho da manhã

*eu que tinha que dar. Eu que tinha que enrolar ela lá na cama para ajudar por fraude. Enquanto elas (enfermeiras) arrumavam a cama, o banho era sempre eu quem dava. Então para mim não adiantou nada. Eu fiquei lá três meses, porque ela é de idade e sempre tinha que ter um acompanhante. Então se der uma dor de barriga no meio do dia, ninguém vem tirar ela da cama, manda ela fazer na roupa.*

(...)

Sandra: - ...nós estamos com um pouco de medo.

Entrevistadora: - ...por causa dessa nova equipe. (Sandra acena que sim com a cabeça).

A relação interpessoal, quando com um enfoque humanista, tem a finalidade e é estruturada para ajudar o outro<sup>(14)</sup>. A relação de ajuda não-diretiva centra-se sobre a própria pessoa considerando-a em seu aspecto humano e não apenas se restringe ao seu problema. Vê-se nos segmentos transcritos acima exatamente o oposto, pois na pessoa em questão é focalizada apenas a ferida e não o ser humano que esta por trás de sua doença. Em conseqüência, a relação terapêutica não se faz, o que produz como resultado o sentimento de medo e insegurança com relação à nova equipe de saúde.

Antes os principais interesses das intervenções em enfermagem centravam-se em desenvolver a saúde das pessoas. Atualmente a enfermagem visa oferecer serviços de saúde preventivos e curativos, o que faz com que as práticas da enfermagem se ampliem para funções educativas e terapêuticas<sup>(20)</sup>. O processo de enfermagem será educativo e terapêutico somente quando enfermeiro e paciente puderem se conhecer e se respeitar mutuamente, realizando assim uma verdadeira relação interpessoal. Uma relação interpessoal é aquela em que as pessoas em contato conhecem-se o suficiente para que possam enfrentar os problemas que surjam de forma cooperativa<sup>(20)</sup>.

Na comunicação interpessoal, a ajuda terapêutica que o enfermeiro pode dar, dirige-se para uma mudança da percepção do paciente, onde este, através de uma elaboração interior que se dá também pelo relacionamento interpessoal, possa olhar e se comportar frente ao mundo de maneira transformada<sup>(14)</sup>.

O novo médico e algumas enfermeiras que atenderam em internações anteriores a mãe da participante parecem possuir uma atitude que propicia o relacionamento interpessoal:

Sandra: - ...é. Só que esse (médico) que pegou o cargo do lugar do médico Y me parece que ele é um pouco melhor. Porque ele chegou feliz, "Dona W (mãe da participante), como vai?! E a senhora!" Para mim também deu a mão, cumprimentou.

(...)

Sandra: - ...eu estou com a impressão de que ele (médico da nova equipe) vai ser um pouco melhor

que o médico Y. Agora a equipe dele eu não sei não. Eu estou com um pouco de medo.

(...)

Sandra: - ...uma da noite... porque deu esses problemas, desses dias aqui, de eu sozinha aqui sem saber o que eu fazia, deu lá (no hospital). E a "G" (enfermeira) quando chegou, falou: "W!" Saiu todo mundo da enfermagem, de tanto que era carniça. Só que não deram remédio. (enfermeira G): "Vamos lavar!". Aí catou aquelas bacias de hospital, as panaiada. Com cuidado, porque aquela (enfermeira G) teve uma paciência com a minha mãe.

(...)

Sandra: - ...é, e ela (enfermeira G) já veio até aqui (casa de Sandra) ver ela (mãe de Sandra).

No hospital os enfermeiros têm a responsabilidade de promover o crescimento pessoal do paciente atendido e assim desenvolver e melhorar o contexto social desse local<sup>(20)</sup>. Dessa forma, posturas empáticas de respeito e atenção desses profissionais propiciam uma abertura onde as dúvidas, questões, medos, angústias e decisões podem ser compartilhados entre paciente-família-profissional, formando assim uma verdadeira relação interpessoal com finalidades terapêuticas.

O segmento que está transcrito abaixo parece indicar que a relação empática do médico da nova equipe de profissionais, com a participante e sua mãe, promoveu a possibilidade de que a participante estivesse mais próxima e aberta frente a esse profissional para expor suas reclamações, dúvidas e angústias:

Sandra: - ...portanto eu vou falar: doutor, aconteceu isso, assim, assim, na última internação dela. Ela reclamou muito. Eu estou desconfiada que ela não anda por causa de tanta anestesia que deram.

Esse relato mostra o importante instrumento que é a relação de ajuda compreendida por uma visão empática, compreensiva e não-diretiva, e as mudanças ocasionadas por sua utilização nos contextos assistenciais em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a relação de ajuda não-diretiva realizada atingiu alguns de seus objetivos, pois, de modo geral, possibilitou um clima compreensivo e de respeito, permitindo que a participante colocasse seus sentimentos em relação à situação vivenciada de maneira tranqüila e aberta. Durante a interação observou-se que a participante refletiu sobre as dificuldades, medos e mudanças que ocorreram após o acidente de sua mãe, e os recursos de auxílio que podem ser buscados como apoio para enfrentar as dificuldades. Pode-se dizer que Sandra, ao ter mais consciência do momento em que está vivendo, tornou seus pensamentos e sentimentos mais congruentes.

Vários pontos foram abordados e refletidos, o que possibilitou uma maior conscientização sobre determinados aspectos.

Sandra analisou as dificuldades que vem experimentando desde o momento em que sua mãe ficou incapacitada de andar. Refletiu sobre a sua responsabilização para com o cuidado da mãe, e a sua tentativa de dar a ela uma melhor alimentação e conforto. Relatou as novas coisas que teve de aprender como, por exemplo, cozinhar novos alimentos e fazer os curativos. Refletiu sobre a sua preocupação de dar sempre o melhor para mãe e o sentimento de remorso que poderia vir a ter se sua mãe falecesse sem que tivesse seus desejos e vontades atendidos. Da mesma forma, dizia da sua dificuldade em se retirar do papel de cuidadora, pois, mesmo quando realizava outras atividades, estava preocupada com o bem-estar de sua mãe.

A dificuldade financeira para comprar os objetos de cuidado necessários, como por exemplo: remédios, esparadrapos, cadeira de rodas, etc., também agravava ainda mais a situação emocional da participante e de sua mãe e a adequada condição do cuidar. A debilidade da saúde da cuidadora era algo que também dificultava a execução do papel ao qual assumiu. A saúde de Sandra, que já estava debilitada antes do acidente da mãe, agravou-se com a assunção do papel de cuidadora.

No entanto, alguns aspectos positivos foram analisados na interação. No começo, Sandra afirmava a sua dificuldade em cuidar sozinha de sua mãe. No entanto, em momentos posteriores, ela começou a considerar a ajuda que recebia de seus vizinhos, de sua irmã e de sua cunhada, que mostrou ser alguém em que Sandra confiava muito e na qual poderia conferir os cuidados da mãe caso necessitasse sair para tratar de alguns interesses pessoais.

Além da possibilidade de ajuda dos vizinhos e familiares, o posto de saúde próximo a sua casa e as enfermeiras que lhe auxiliaram em períodos anteriores de internação, e com quem ainda mantinha alguns vínculos, e, ainda, o novo médico do hospital em que sua mãe iria ser internada, mostraram-se como novos pontos de auxílio e acolhimento.

No momento da interação, a mãe de Sandra iria realizar mais uma cirurgia, e Sandra revelava o medo sobre essa nova internação, denotando especial preocupação à anestesia. Foi mostrando, pouco a pouco, que se sentia insegura também com a nova equipe de profissionais que iriam atender a sua mãe. O fato da equipe se mostrar pouco empática e compreensiva fez com que Sandra temesse a nova cirurgia e relembresse as dificuldades vivenciadas por ela em internações anteriores, quando as enfermeiras não cumpriam algumas de suas obrigações e demandavam o cuidado para ela.

Sandra expressou na interação, que as atitudes pouco empáticas e pouco compreensivas de alguns profissionais geraram nela um sentimento de ansiedade e insegurança. Durante a interação, Sandra considerou as qualidades do novo médico, que apresentava uma postura empática, e decidiu ir conversar com ele sobre seus medos e dúvidas, antes da cirurgia da mãe.

Essa atitude mostra que uma postura empática e compreensiva dos profissionais favorece uma melhor comunicação entre profissional e usuário e um melhor atendimento e acolhimento. Diante das novas diretrizes do SUS que traz como proposta o acolhimento das necessidades do usuário e um serviço usuário-centrado, a relação de ajuda não-diretiva pode ser um instrumento de grande contribuição para que a proposta de acolhimento realmente se efetive.

## REFERÊNCIAS

1. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(3):535-46.
2. Pan American Health Organization [Internet]. Washington: Pan American Health Organization. [update 2009 jun 15, cited 2009 jun 15]. Plan of action on health and aging: older adults in the Americas 1999-2002. Available from: [http://www.paho.org/English/HPP/HPF/AGN/csp25\\_1\\_2.pdf](http://www.paho.org/English/HPP/HPF/AGN/csp25_1_2.pdf)
3. IBGE [Internet]. Brasília: IBGE, 2000. [update 2009 jun 15, cited 2009 jun 15]. Pesquisa nacional por amostra de domicílios e censo demográfico 2000. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/a14.htm>
4. Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health*. 2003;(24):195-208.
5. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
6. Lima-Costa MFF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
7. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, RA, orgs. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005. p. 181-194.
8. Ministério da Saúde. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.



9. Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para as famílias de idosos dependentes. *Acta paul. enferm.* 2007;20(4):397-403.
10. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. esc. enferm. USP.* 2006;40(4):493-500.
11. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004;12(1):115-21.
12. Vilaça CM, Barreiros DS, Galli FA, Borçari IT, Andrade LF, Goulart MA et al. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2005. [cited 2009 dez 30];7(2):221-26. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/pdf/RELAT\\_O\\_02.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/RELAT_O_02.pdf).
13. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidadores no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):438-43.
14. Furegato ARF, Scatena MCM, Hespanholo GC, Roncolato LT. O ensino do relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente: avaliação dos alunos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2001 [cited 2009 dez 30];3(1). Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista3\\_1/ensino.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/ensino.html).
15. Rudio FV. Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. Petrópolis: Vozes; 2003.
16. Rogers CR. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
17. Benjamin A. A entrevista de ajuda. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
18. May R. A arte do aconselhamento psicológico. Petrópolis: Vozes; 2004.
19. Pages A. Orientação não-diretiva em psicoterapia e psicologia social. São Paulo: Forense e EDUSP; 1976.
20. Oliveira, P, Nóbrega, M, Silva, A, & Ferreira-Filha, M. Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Paciente Internados em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2006 [cited 2009 dez 30];7(1):54-63. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/pdf/ORIGIN\\_AL\\_05.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGIN_AL_05.pdf).

Artigo recebido em 03.11.08.

Aprovado para publicação em 30.09.09.

Artigo publicado em 31.12.09.