

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
A RELAÇÃO DE AJUDA A UM GRUPO DE CLIENTES COM  
PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO

Josete Luzia Leite \*  
Rita de Cássia Belfort Aguiar \*\*  
Márcia Lopes Carvalho \*\*\*

ReBEn/01

LEITE, J.L. e Colaboradoras — A Relação de Ajuda a um Grupo de Clientes com Problemas de Locomoção. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 211-223, 1981.

RESUMO

O estudo relata a experiência vivenciada pelas autoras numa Unidade de Cirurgia Vasculard de uma Instituição Governamental.

Enfatizam a importância da relação de ajuda a um grupo específico de clientes, alicerçadas no modelo de Carkhuff.

No desenvolvimento do estudo, valorizam as ações da enfermagem na tentativa de maximizar os efeitos positivos da relação de ajuda.

SUMMARY

This study, relates the author's experience in a Service of Vascular Surgery at a Public Institution.

They emphasize the importance of the interpersonal relationship, to a specific group of patients, following the Carkhuff's model.

The development of this study, shows the significance, of the nursing procedures in trying to become major the positives effects of the interpersonal — relationship.

\* Livre Docente em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UNI-RIO — Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica — UNI-RIO — Enfermeira Chefe da Unidade de Cirurgia Cardiovascular — HSE — INAMPS — Rio de Janeiro.

\*\* Chefe de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado — HSE — INAMPS — Rio de Janeiro.

\*\*\* Enfermeira da Unidade de Cirurgia Cardiovascular do Hospital dos Servidores do Estado — HSE — INAMPS — Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO

Desde os tempos de Florence Nightingale, identificavam-se as necessidades dos clientes e os ajudava. Pode-se assegurar, segunda Andrade (1980), que, fosse por intuição, inteligência ou por qualquer forma de observação ou percepção, mesmo por amor, Florence atingiu o nível perfeito de qualidade, a concepção real e exata da totalidade da prática da enfermagem em forma de ajuda.

Seguiram-se a Florence, continua Andrade, muitas outras enfermeiras, que agiram profissionalmente, aplicando processos de relação de ajuda. Permanecem recentes os estudos de Peplau, com a sua determinação das fases das Relações Interpessoais Enfermeira-Paciente.

Fase de orientação — busca de conscientização das necessidades sentidas e não sentidas, busca de ajuda.

Fase de identificação — o paciente esclarece suas dúvidas, reconhece a situação, seleciona o agente a quem pedir ajuda.

Fase de exploração — utilização intensa da ajuda dos agentes selecionados, exploração mais profunda dos valores oriundos do relacionamento e reconhecimento de que a exploração gera o atendimento das próprias necessidades.

Fase de resolução — em que o atendimento das necessidades anteriormente sentidas, ou identificadas no processo, faz o paciente pô-las de lado, afastá-las e, num processo de adaptação constante, suas aspirações são ajustadas com novos objetivos.

A enfermeira deve, portanto, assumir responsabilidade na assistência integral, identificando os problemas dos clientes. Para tal, as funções da enfermeira nos hospitais devem ser relacionadas à metodologia da assistência, tomando o processo de Enfermagem, segundo Carvalho et alii (1979), com a sucessão de eventos que ocorrem no

âmbito da relação de ajuda, que se desenvolve entre a enfermeira e a pessoa assistida.

Pelo fato de comemorar-se o Ano do Deficiente Físico, escolhemos como assistidos os portadores de enfermidades vasculares reversíveis ou não, que acarretam no indivíduo problemas de locomoção total ou parcial, conduzindo-o, às vezes, à incapacidade física. E, por estarmos cômicos de que a enfermagem abrange uma série de relações que facilitam a minimização de toda gama de situações e assume responsabilidade identificando os problemas dos clientes, elaboramos o presente trabalho cujos objetivos são:

- Tecer considerações sobre a relação de ajuda.
- Traçar o perfil do enfermeiro como agente de ajuda.
- Relacionar o modelo de relação de ajuda de Carkhuff e as ações de enfermagem ao paciente com problemas de locomoção.
- Formular uma estratégia de ação em que o enfermeiro desenvolva uma relação de ajuda dentro do modelo de Carkhuff.

## IMPORTÂNCIA E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

Kamiyama (1972) ressalta que é de responsabilidade da enfermeira explicar os cuidados administrados, esclarecer dúvidas sobre a doença, tratamento, medicação, exames, ocorrências inesperadas no plano assistencial, dentro dos limites impostos pela ética, responsabilidade profissional, potencialidade do paciente e respeitando-se sua área de trabalho na equipe de saúde multiprofissional.

Lofredi (1972) enfatiza que toda relação desenvolvida por profissionais exige a responsabilidade de estabelecer interações, que conduzam as pessoas a

responderem produtivamente as exigências que lhe são impostas pelas experiências que vivenciam; e,

Carvalho (1980) — A assistência de enfermagem acontece como ajuda nas atividades cotidianas, como apoio às condições de ajustamento e como recurso facilitador de mudança no estilo de vida das pessoas.

Tendo em vista estas afirmativas, achamos oportuno, no desenvolvimento deste trabalho, elaborar uma estratégia de ação da enfermeira, baseada no modelo de Carkhuff, para fundamentar teoricamente a totalidade da prática da enfermeira na relação de ajuda.

Justificamos esta pretensão porque Carvalho (1980), ao referir-se à relação de ajuda e à totalidade da prática de enfermagem, lembra que “sendo a relação de ajuda a última instância da totalidade da prática, o desafio mais premente é encontrar mecanismos favoráveis à enfermagem como processo de ajudar”. E questiona as enfermeiras a fim de orientá-las em qualquer tentativa de assistência de enfermagem em termos de relação de ajuda.

## METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a seguinte:

Decidiu-se que o grupo a ser trabalhado seria o de portadores de arteriopatas orgânicas. Admitiu-se que o cliente em estudo poderia ser apenas um incapacitado físico ou ter apenas um envolvimento social.

Utilizou-se a unidade de internação de cirurgia cardiovascular de um hospital governamental no período de dezembro de 1980 a abril de 1981.

Escolheu-se o modelo de relação de ajuda de Carkhuff, por ter sido o mesmo estudado e debatido em tema oficial do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem no ano p. p.

Escolheu-se o agente de ajuda, ou seja, a enfermeira que seria o “facilita-

dor”, o líder. A escolha recaiu sobre dois elementos que apresentaram melhores condições para desenvolver a relação de ajuda. Estas condições seriam: aceitação, alto senso de responsabilidade, ética pessoal, social e profissional. A responsabilidade do líder seria a de facilitar a expressão dos sentimentos e pensamentos por parte dos membros do grupo “ajudado”.

Caracterizou-se o estudo nas dimensões facilitadoras da relação de ajuda segundo os níveis de funcionamento pessoal.

Promoveram-se reuniões com os “líderes” a fim de estabelecer a metodologia para aplicação e desenvolvimento da relação de ajuda.

Os clientes foram divididos em cinco grupos de seis a dez, com idade que variou entre 30-55 anos, independente de sexo, escolaridade, ocupação e estado civil. A duração das reuniões foi de uma a duas horas, em um período de três semanas, o que foi possível porque este tipo de cliente tem uma média de permanência hospitalar relativamente longa.

A fundamentação, o desenvolvimento do trabalho e a classificação da estratégia de ação da enfermeira constituem capítulos das “Considerações Gerais”, resultados e conclusões.

## 1. DESENVOLVIMENTO

### 1.1 — CONSIDERAÇÕES GERAIS

#### 1.1.1 — O reflexo da tecnologia sobre o homem

A conquista do espaço, a criação de máquinas sofisticadas, a eletrônica e a cibernética colocaram o homem numa situação jamais imaginada. Embora os êxitos da ciência tecnológica sejam reais, magníficos, não devem deixar o homem perder a consciência dos seus limites ou torná-lo uma simples função da técnica.

Um dos mais sérios perigos da tecnologia é a crise de identidade do ho-

mem, que é baseada na alienação. Hoje o que vale é o "status", e se sabe que o conceito de "status" na atual sociedade tecnológica, significa que cada um vale por aquilo que possui e não por aquilo que ele é.

Para a solução dessa crise de identidade não existem atalhos psicológicos, mas a solução está na transformação fundamental do homem alienado em homem ativo e conscientizado. Ele tem que sair da sua robotização.

Entretanto, o que devemos temer, diz Lippert, não é a máquina do homem, mas o homem máquina. Não é a televisão ou o rádio que ameaçam mecanizar a sua vida, e sim a pobreza interior.

O homem esforça-se por descobrir suas qualidades humanas e conhecer a si mesmo, em meio a inúmeros problemas; ver melhor um ao outro fazer contatos e expressar seus sentimentos em relação às pessoas que o cercam. Está havendo uma transformação e uma crescente valorização do humanismo.

As Empresas e as Instituições de Ensino oferecem cursos de dinâmica de grupo e de relações interpessoais, por que todos os setores da vida humana estão invadidos por mutações profundas, provocadas não só pela inteligência do homem, mas também por sua atividade criadora.

Enfim, todos nós estamos afetados por um desencadeamento desenvolvimentista que teve início nas últimas décadas. E esse processo de mudança reflete-se na enfermagem.

Nesta área, diz Epstein, "em que a preocupação com a vida e a morte, a pobreza e a abundância, o conhecimento e a ignorância, bem como os sentimentos e a inteligência convergem para algumas das mais básicas "relações humanas, a enfermeira é uma das principais envolvidas".

E Rogers acentua: "a Enfermagem se preocupa com as pessoas, saudáveis e doentes, ricos e pobres, jovens e velhos, onde quer que esteja no trabalho

e na recreação. Preocupa-se com os seres humanos, somente alguns dos quais estão doentes".

Portanto, as relações interpessoais são mais predominantes e intensas na enfermagem do que em outras profissões.

#### 1.1.2 — O cliente com problemas de locomoção

"Nada é tão prático como uma boa teoria"

K. Levin

Aresi (1980) enfatiza que o "nosso mundo é chamado o mundo de comunicações". Os meios de comunicações são tão rápidos e eficientes que parece não existir mais distâncias, no entanto, o homem percebe-se só. Está, mais do que nunca, centrado em si.

Nesse auto centrismo ele se defende de qualquer barreira que possa dificultar ou impedir a satisfação de suas necessidades. Nesta situação encontram-se não apenas indivíduos sadios, mas também os incapacitados.

Questionamos: como o enfermeiro atende às necessidades do cliente com problemas de locomoção que permanecem mais tempo no hospital? Lembremos aqui o processo saúde-doença de Lavell e Clark em que a enfermagem utiliza-se de um conjunto de medidas de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação do cliente. No caso do cliente em estudo ele está situado na segunda e terceira fases de prevenção, o que no diagrama dos níveis de aplicação do autor citado corresponde ao quarto e quinto níveis, uma vez que a incapacidade instalou-se. A partir desse momento a enfermagem mobiliza meios para a prevenção terciária, concorrendo para prevenir seqüelas, limitar danos, reabilitar o indivíduo desenvolvendo toda a potencialidade física e psíquica que lhe resta.

A experiência vivida por nós, junto a esta clientela, possibilitou-nos observar

uma elevada incidência de mudanças de comportamento que vão desde o mau humor, apatia, raiva, agressividade, solidão, desesperança, chegando ao desejo de morrer “para deixar os outros dormirem”.

Estas mudanças de comportamento variam se o cliente é idoso, adolescente ou criança e são de tal monta que na maioria das vezes sobrepujam as necessidades biológicas.

A identificação do problema do cliente/paciente deve ser feita dentro de um pensamento científico. O indivíduo pode apresentar um ou mais problemas, e cada problema pode criar uma ou mais necessidade.

Paim (1976) expõe aspectos do processo de enfermagem, entre os quais a determinação dos três elementos básicos para a prescrição de enfermagem (domínios, propósitos e dependências), que estão ligados à identificação de problemas e necessidades do cliente/paciente.

Para Nóbrega (1977), a identificação de um problema é desenvolvida através da percepção da enfermeira, do seu raciocínio, quando procura avaliar a evidência do fato, o que corresponde à análise, inferências, interpretação ou valorização do que percebeu e finalmente, síntese da análise realizada anteriormente, sobre os dados encontrados.

Orlando, citado por Nóbrega (1977), limita-se à identificação de problemas e necessidades de ajuda, realizada através de um processo que se inicia pela observação do comportamento do paciente, seguida da reação da enfermeira a qual se constitui de três fases: percepções do comportamento do paciente, pensamento estimulado pelas percepções e sentimentos em resposta a essas percepções e pensamentos.

Esta tarefa não é fácil porque deve haver harmonia entre cliente/enfermeiro, no estabelecimento das prioridades da assistência, objetivando a participa-

ção ativa do indivíduo e da família no tratamento, efetuando, assim, uma relação de ajuda.

Cresce a importância, portanto, a assistência integral ao ser humano incapacitado, ou seja, a atenção às necessidades humanas afetadas. Entre elas, exemplificarmos como prioritárias, o aquecimento, a motilidade e a locomoção.

Ao nos referirmos a necessidade de aquecimento, (proteção do membro afetado, do frio, com algodão em rama e ataduras a fim de aumentar o fluxo sanguíneo), é importante orientar o cliente e os familiares quanto ao uso do fumo, porque este, atuando sobre o sistema nervoso simpático, produz vasoconstricção cutânea.

Lembramos também as atividades físicas, como deambulação (mesmo com muleta ou outro apoio), e a orientação à família quanto à facilidade de progressão da doença, chegando até a mutilação.

A enfermeira cônica desta realidade contribui de maneira efetiva e decisiva para controlar e minimizar os efeitos negativos das mudanças de comportamento destes clientes, facilitando-lhes a compreensão e a aceitação dessas mudanças de sua vida. Aqueles que sofreram mutilações devem ser orientados para atuarem no processo de reabilitação, isto é, enfrentarem novas situações no lar e na sociedade. Entendemos pois, como afirma Handerson (1965) “a função mais característica da enfermeira é fazer pelas pessoas aquilo que elas não podem fazer por si sós, empenhando-se para torná-las independentes o mais rápido possível”. Esta função voltada para as necessidades dos clientes, apresenta-se como relação de ajuda.

### 1.1.3 — Relação de ajuda

A descoberta do imenso poder da relação interpessoal não é a única de décadas recentes.

Embora o entendimento entre duas pessoas nem sempre seja completo, Roger (1967) afirma que as relações interpessoais tornam-se significativas “quando existe entre os participantes um desejo mútuo de entrar em contacto e de comprometer-se num processo de comunicação”.

É necessário, pois, que se estabeleça uma relação interpessoal, onde os participantes se interessem, como pessoas, através de suas próprias experiências. Constata-se que um certo tipo de relacionamento pode beneficiar os indivíduos em geral, independente de seu diagnóstico. Embora muito discutidas e discutíveis podem estas vivências favorecer mudanças pessoais significantes e enriquecedoras. A relação a dois, antes vista como a única conveniente a estes fins, foi transposta à situação de grupo, com as mesmas respectivas premissas de cada corrente teórica. Embora, desde Freud, estivesse presente a importância da relação através da transferência afetiva, foi Rogers (1957) que definiu explicitamente o conceito de relação de ajuda, “relação na qual pelo menos uma das partes procura promover, na outra, o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. O outro, nesse sentido, pode ser um indivíduo ou um grupo. Em outras palavras, a relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.

A relação de ajuda pode ocorrer e ocorre em área não profissional, mas deve estar obrigatoriamente presente nas chamadas profissões de ajuda (Lofredi-1976). A mesma autora definiu a profissão de ajuda como “aquela que, baseada em conhecimentos especializa-

dos, aplica uma técnica aos problemas existenciais dos outros, com o objetivo de possibilitar-lhes manejar com maior eficácia os dilemas e paradoxos da condição humana”. E continua afirmando que a aplicação das técnicas aos problemas existenciais não pode ser realizada apenas de forma científica, pois exige mais do que um esquema externo. É necessário que se estabeleça uma relação interpessoal, onde os participantes se interessem como pessoas, através de suas próprias experiências.

Para Lofredi (1976), as relações interpessoais que o indivíduo estabelece podem facilitar ou inibir seu processo de amadurecimento. As relações facilitadoras são aquelas que favorecem a liberação de uma atitude consciente que permite ao indivíduo “aprender” a enfrentar suas dificuldades e, por isso, são chamadas de relação de ajuda.

A expressão relação de ajuda extrapola, portanto, os limites das relações desenvolvidas no contexto estritamente terapêutico. É utilizada para designar toda relação desenvolvida por profissionais, cuja função exige a responsabilidade de estabelecer interações que conduzam as pessoas a responderem produtivamente às exigências que lhes são impostas pelas experiências que vivem. Os autores que estudam a relação de ajuda são unânimes em insistir sobre o caráter estrutural da mesma, o que lhe garante o significado coerente. No entanto, procuram, através de pesquisas, identificar os elementos que a compõem e que são responsáveis por sua qualidade. Esses elementos podem ser agrupados em duas categorias: as dimensões da relação e os estágios do processo.

#### 1.1.3.1 — Dimensões da relação da ajuda

Resultam da combinação de elementos que estão mais relacionados com a estrutura da relação do que com o de-

envolver do processo. Em outras palavras, são os elementos na ausência dos quais, a relação não se estabelece e, portanto, o processo não se desencadeia.

O esquema abaixo foi elaborado com o objetivo de sintetizar, de forma representativa, o pensamento dos especialistas, uma vez que engloba os elementos indicados pela maioria dos autores (Lofredi-1980).

As dimensões relacionais variam em um "continuum", cujos extremos facilitam sua identificação.

- a) **unicidade/generalidade:** refere-se ao caráter ímpar e ao mesmo tempo similar da relação. Ímpar, porque os participantes se apresentam e se aceitam tal qual como são, ou seja, autenticamente. Como decorrência, cada relação estabelecida é única, uma vez que a extensão e a profundidade do nível de aceitação do facilitador é diferente para cada ajudado, para cada situação, e varia, também, segundo os conteúdos expressos. Genérico, porque nessa variabilidade há uma constância pela similitude entre os vários momentos de uma mesma pessoa, entre situações e até entre os diferentes tipos de relação, como a pastoral, a amorosa, a pedagógica, por exemplo.
- b) **afetividade/cognitividade:** refere-se aos conteúdos afetivos e cognitivos que se expressam pela comunicação verbal e não verbal que estão presentes, com maior ou menor intensidade, em toda relação. São os fatores afetivos que desencadeiam e sustentam o processo pela sensibilização mútua dos participantes. Mas, os sentimentos desencadeados para adquirirem significado precisam ser traduzidos cognitivamente. É a situação que determina o nível ótimo de conteúdo emocional e cognitivo, e será o estabelecimento desse ótimo, a garantia do equilíbrio da relação e da aquisição de novas percepções.
- c) **concretude/ambigüidade:** refere-se à consistência da estrutura, da relação que deve ser suficientemente aberta para permitir a colocação de sentimentos, necessidades, propósitos, ainda que de forma ambígua, não clarificada, tal como está sendo percebida; mas, suficientemente concreta para que os participantes se percebam como agentes do processo e não como sujeito e objeto, onde um outorga ao outro a responsabilidade da experiência. A estrutura varia segundo o tipo de relação e dos conteúdos expressos, mas será sempre constituída por estímulos e respostas, que têm por meta a mudança de comportamento. Há, portanto, um sentido orientado para o alcance dessa meta. Assim como na dimensão anterior, nesta também há um nível ótimo, onde a percepção da meta e do papel de cada participante da relação se intensifica. Quem ajuda se coloca à disposição do outro, dando-lhe a liberdade de aceitar ou rejeitar o que lhe parece apropriado, selecionar recursos e descobrir formas mais adequadas de ação.
- d) **segurança/insegurança:** refere-se ao caráter fundamental da relação, responsável por sua qualidade. Depende do nível de confiança depositado na pessoa que oferece ajuda. Esta é vista como acessível e aberta, constante e estável, competente no apoio que oferece. Em contrapartida, o outro participante de relação se sente livre para continuar ou acabar a relação em qualquer momento; livre, porque não é julgado; e livre, porque a solução que procura será uma descoberta própria e não

uma imposição social, institucional ou pessoal. Algumas relações são estabelecidas por força de função, como as de pai-filho; professor-aluno, enfermeira-doente. Nesses casos está implícito ter havido uma aceitação prévia, pelo menos por parte de quem exerce a função. No entanto, essas relações só se tornarão facilitadoras, quando ambos os participantes a aceitarem livremente, sem constrangimentos e sem desconfiças. Essa dimensão envolve os problemas relativos à responsabilidade e à ética pessoal, social e profissional.

#### 1.1.3.2 — Estágios do processo

São os passos de um processo natural para a resolução de um problema. Eles podem não ocorrer em uma exata seqüência, as colocações e abordagens do ajudado irão determinar a seqüência e a duração de cada estágio.

Segundo Lofredi (1980), o processo caminha de uma colocação inicial para uma tomada de consciência da mensagem que deve ser captada pelo facilitador. Aí, ocorre a transformação do problema em um propósito de mudança para chegar à meta almejada pelo ajudado. Este percebe que precisa reformular-se e isto ser-lhe-á facilitado pela experiência e competência do agente de ajuda. Afinal, ele experimenta os resultados e verifica como se sente a respeito deles. O ciclo poderá recomeçar, aprofundando-se a experiência. (Pág. 7)

#### 1.1.4 — O modelo de relação de ajuda de Carkhuff

Segundo Lofredi (1980), a origem do modelo de relação de ajuda de Carkhuff resulta dos estudos e experiências realizados pelo autor, quando membro da equipe de Carl Rogers, no Wisconsin Psychiatric Institute, nos primeiros anos da década de 60. A influência da base

rogeriana se faz sentir no modelo de Carkhuff, principalmente: — pelo conceito de relação de ajuda desvinculado da terapia; — pela evolução conceitual das dimensões do modelo; — pela linha básica de pesquisa. O afastamento entre Rogers e Carkhuff ocorreu a partir do desinteresse do primeiro em identificar e utilizar o inteiro leque das condições que possibilitam a mudança, limitando-se a trabalhar sobre as condições, que chamou de “necessárias e suficientes para a mudança”: “empatia, consideração positiva incondicional e congruência”.

Carkhuff (1969), partindo da evidência de que aconselhamento e terapia são aspectos de aprendizagem e reaprendizagem interpessoal, estende esse conceito às relações humanas, em geral. A relação terapêutica, a relação de ajuda e a relação interpessoal apresentam um núcleo comum de condições facilitadoras da experiência humana e se diferenciam pelos níveis de atuação.

Essas condições estariam relacionadas com a “pessoa que ajuda” — o facilitador — com a “pessoa que recebe ajuda” e com o “contexto ambiental”. A consequência dessa relação é a colocação em segundo plano das técnicas e enfoques teóricos, que apresentam a “vivência interpessoal, o caminho para assumir a própria vida de forma efetiva; ao mesmo tempo oferece aos outros a mesma possibilidade.

Carkhuff forma sua equipe de trabalho e a relação de ajuda extrapola os limites profissionais da terapia e do aconselhamento e envolve todas as relações interpessoais. No entanto, o Modelo só assume personalidade própria quando utiliza a experiência da relação com uma forma de aprendizagem, onde o facilitador “ensina” através da sua atuação o que é diferente e oposto de Rogers. O processo de relação de ajuda do modelo de Carkhuff baseia-se em duas proposições.



Características das Dimensões Facilitadoras da Relação de Ajuda Segundo os Níveis de Funcionamento Pessoal (Modelo de Carkhuff)

Níveis de Funcionamento Pessoal	Dimensões Facilitadoras da Relação de Ajuda					Imediatividade
	Empatia	Respeito	Concretude	Autenticidade	Confronto	
1	As expressões não são percebidas ou são de formadas	Visão negativa do outro e da relação	Generalizações incertas	A expressão é diferente da observação	As discrepâncias não são percebidas	Não há diálogo por falta de captação do emergente
2	As expressões são empobrecidas em seu conteúdo	Pequeno interesse por sentimentos e experiências	O material relevante é colocado de forma vaga	A expressão aproxima-se da observação	Não há comparação entre as discrepâncias	A reação é mecânica de parte a parte
3	Os participantes da relação procuram um sentido comum	Interesse positivo por sentimentos e experiências	Há algum aproveitamento do material relevante	Não há discrepâncias entre expressão e observação	Abertura à comparação entre as discrepâncias	Captação do emergente na relação
4	Compreensão profunda das expressões	Profundo interesse pelas comunicações	O facilitador estimula a discussão do material especificamente relevante	As expressões autênticas (positivas e negativas) não destrutivas são utilizadas	Clarificação das discrepâncias através das comparações realizadas	Discriminação e interpretação do emergente
5	O facilitador soma-se significativamente dos sentimentos dos expressos ou subjacentes	Valorização das possibilidades do outro como pessoa livre	A discussão centraliza-se em sentimentos e experiências relevantes	As expressões são aceitas e trabalhadas	A comparação entre as discrepâncias leva a uma nova forma de ação	Total aproveitamento do emergente

- toda aprendizagem ou reaprendizagem interpessoal pode ser positiva ou negativa; — os resultados positivos ou negativos estão relacionados com o nível das dimensões facilitadoras (empatia, respeito, autenticidade, concretude, confronto e imediaticidade) e de ação orientada, oferecidas pela pessoa considerada “mais conhecedora” a quem chama de facilitador.

A base dessas afirmações situa-se na suposição de existência de um núcleo comum de dimensões, presentes em qualquer tipo de relação interpessoal, e por cujos efeitos é responsável. Enfatiza que “essas dimensões” em si mesmas são partes inerentes à personalidade humana, mas que as técnicas para comunicá-las podem ser apreendidas e utilizadas.

## 2. APLICAÇÃO DA TEORIA DA RELAÇÃO DE AJUDA DE CARKHUFF A CLIENTES COM PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO

A aplicação da teoria da Relação de Ajuda de Carkhuff a clientes com problemas de locomoção torna-se possível pela simplicidade de operacionalização, mantendo as características de um processo científico.

Contando-se com um modelo operacionalizado em termos de habilidades do facilitador e da pessoa que recebe ajuda, intentamos traçar o perfil da enfermeira como modelo, isto é, como agente de ajuda.

### Perfil da Enfermeira.

- Responsabilizar-se pela “relação de ajuda”.
- Estar treinada para desenvolver essa atividade.
- Intervir com profissionalismo (incentivação à prática).
- Agir de acordo com o Código de Ética.

- Demonstrar segurança.
- Atuar em clima de confiança dentro de uma atmosfera aberta.
- Estabelecer um autêntico relacionamento-comunicação.
- Desenvolver as dimensões facilitadoras do modelo de Carkhuff, a saber:
  - Empatia
  - Respeito
  - Concretude
  - Autenticidade
  - Confronto
  - Imediaticidade

É, pois, sob este perfil que a enfermeira deverá proceder nas diferentes situações de ajuda.

Segundo Andrade (1980), “Agente de Enfermagem” é toda pessoa qualificada legalmente de acordo com as normas constitucionais e com a decorrente legislação de ensino e do exercício da profissão de enfermagem no país.

Partindo da definição de Carkhuff, caberá à enfermeira oferecer elementos ao ajudado, no caso o paciente, para que ele compreenda seus problemas de saúde e aprenda a enfrentar as situações de vida.

O objetivo do Agente de Enfermagem é favorecer um relacionamento tal, onde seja facilitada a experiência de uma nova relação através da qual haja possibilidade de crescimento, isto é, modificação no comportamento do ajudado.

Como o agente de enfermagem oferecerá uma relação de ajuda significativa?

- 2.1 — Os recursos facilitadores serão as ações do agente de ajuda, que no caso da assistência de enfermagem serão as ações de enfermagem. Como não podemos determinar a ação para cada situação, tentamos organizar as ações para ajudar os clientes em suas dificuldades.

SITUAÇÃO DO CLIENTE OU PROBLEMA IDENTIFICADO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM
Queixas, medo Mau humor, apatia, raiva, agressividade, solidão, desesperança, incapacidade. Auto ex terminio. Idade e profissão do paciente Causas determinantes da mutilação Treinamento da muleta e da prótese "Membro fantasma" Preparo para a independência - alta. Retorno ao trabalho (insegurança)	Somar as contribuições do ajudado Sintonizar as reações emocionais, as formas de expressões Reduzir a agressividade Associação livre de idéias	Habilidade do enfermeiro para compreender profundamente o que o cliente sente Tomada de situação Aprofundamento de conhecimento e compreensão
	Discernimento de atitudes e sentimentos. Triagem	Habilidade de aceitar comportamento e atitude do cliente para articular meios de alcançar níveis ideais
	Mais precisão na compreensão	Avaliação das alternativas. Maior abertura do relacionamento enfermeiro/cliente a fim de criar um ambiente favorável para o mesmo aceitar ou rejeitar o que lhe parece apropriado.
	Saber ouvir Intensidade na comunicação	Intercomunicação
	Formular a comunicação Explorar	Habilidade de comparar percepções divergentes e transformá-las em relações construtivas
Intentar perceber o subjacente	Trazer a tona relações anteriormente vivenciadas levando a uma nova forma de ação	

Como a enfermeira ajudará a um cliente com problemas de locomoção?

Para que ocorra a mudança e o crescimento desejados, os elementos interativos que permitem a operacionalização (o atender, o responder, o iniciar e o orientar) devem ser trabalhados paralelamente com as ações de enfermagem.

Assim, esquematizamos um modelo de relação entre o processo de ajuda no modelo de Carkhuff e o processo de ajuda nas ações de enfermagem, como desenvolvimento de relações interpessoais.

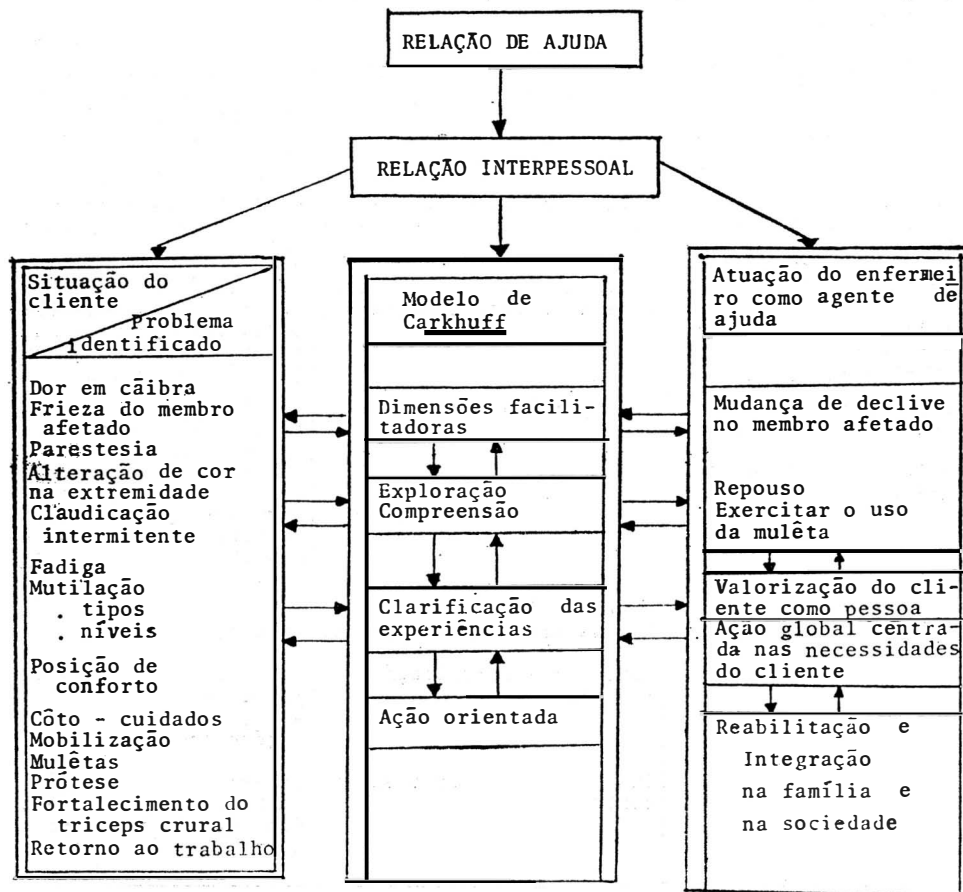
### 3. RESULTADOS

As ações, muito embora realcem versatilidade, amplitude e dinamismo da

atuação da enfermagem, devem estar em adequação com as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade.

O pré-estabelecimento do perfil do enfermeiro é necessário para uma perfeita integração e vivência autêntica no sentido de facilitar a exploração da relação de ajuda. Esta vivência fornece ao "facilitador" a capacidade de transmitir as mensagens à pessoa ajudada.

Antes de iniciarmos as sessões, promovemos reuniões a fim de que o facilitador (no caso a enfermeira) conseguisse apreender as dimensões facilitadoras e os níveis de funcionamento que determinaram a maneira como se pro-



cessaria a interação. Nestas reuniões foram discutidas a utilização das técnicas relativas à tomada de decisão ou à resolução de problemas, bem como às alternativas de ação.

Inicialmente, as possibilidades de compreensão empática foram muito poucas, mas à medida que se conseguiu compreender "os ajudados", o processo de relação de ajuda tornou-se mais fácil, levando-se a uma ação construtiva.

Em todas as sessões procuramos seguir as etapas apresentadas por Lofredi (1976), para um processo de ajuda eficiente.

As reações individuais e em grupo foram identificadas. Ouvimos queixas e

tentamos elucidar a fim de conquistarmos a confiança dos pacientes.

Entre os cinco grupos ajudados, dois apresentaram problemas mais profundos além da doença. Pudemos presenciar três depoimentos, nos quais os pacientes manifestaram intensa preocupação com a segurança econômica de seus familiares, pois, com a amputação de uma das pernas, estavam incapacitados para exercer a profissão, e após a alta ainda não estariam reabilitados para exercer outra função. O fato de serem impedidos de trabalhar deixava-os furiosos consigo mesmos.

Dois grupos relacionaram problemas mais específicos com a doença e um

grupo apresentou maior necessidade de ajuda, talvez por terem um nível de instrução mais baixo.

Alguns pacientes desejaram mudar de comportamento, outros tiveram dificuldades, inicialmente de compreender satisfatoriamente; outros apresentaram bloqueios impedindo-os a uma comunicação efetiva.

As alternativas foram avaliadas após cada sessão. Abordamos os problemas surgidos eventualmente e, através de uma série de perguntas e respostas, houve a participação efetiva do facilitador e do ajudado.

#### 4. CONCLUSÕES

Diante do exposto concluímos que:

- Os objetivos do trabalho, ao que nos parece, foram alcançados.
- Da atitude profissional da enfermeira dependerá o progresso do paciente no processo de ajuda.
- A relação de ajuda prepara a enfermeira para demonstrar habilidades pertinentes ao desenvolvimento da prática de enfermagem.
- As técnicas utilizadas no processo de ajuda de Carkhuff adaptam-se à prática de Enfermagem.
- As relações interpessoais com a metodologia que foi desenvolvida neste estudo permitem sua aplicação a pacientes com outros problemas.
- Pelo resultado da avaliação, o estudo deve ser continuado e, se possível, a nível de ensino.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, M.D.L. — *A Enfermagem e a Relação de Ajuda* — Tema oficial do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF — 1980.
2. BUZZI, A. — *Introdução ao pensar* — Rio — Vozes — 1972.
3. CARVALHO, V. et all — *Reflexões sobre a prática de enfermagem*. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, ABEn, Fortaleza, 1979.
4. CARVALHO, V. — *A Relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem*. Tema oficial do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF — 1980.
5. ELLUL, C. — *A técnica e o desafio do século*, Rio, 1968.
6. EPSTEIN, C. — *Interação efetiva na enfermagem*. São Paulo, EDUSP, 1977.
7. FROMM, E. — *A revolução da esperança*, Rio, Zahar, 1969.
8. HANDERSON, V. — *Princípios básicos de los cuidados de enfermería* — OPAS-OMS-EMA, 2.<sup>a</sup> ed., 1965.
9. LEITE, J. L. — *Importância da orientação de enfermagem no pré-operatório de pacientes com afecções cardíacas*. São Paulo. Enfoque, 9(3) 408, 1980.
10. LIPPERT — *Delo finito a lo finito*. Bilbao, 1967.
11. LOFREDI, L. E. — *Estudo experimental sobre a atitude do orientador educacional no aconselhamento, relacionada com formação, experiência e idade*. Tese de Mestrado. Departamento de Educação — PUC — Rio de Janeiro, 1972.
12. LOFREDI, L. E. — *Paradigma de orientação educacional; baseado no modelo de relação de ajuda de Carkhuff*. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.
13. LOFREDI, L. E. — *Relação de ajuda* — Tema oficial do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF, 1980.
14. NÓBREGA, M. R. S. — *Identificação de problemas de clientes que podem ser assistidos pela enfermeira*. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, Santa Catarina, 1977.
15. PAIM, L. — *Problemas, Prescrições e Planos* — Caderno Científico — ABEn n.º 1, 1978.
16. ROGERS, C. R. — *Tornar-se pessoa*. São Paulo, M. Fontes, 1977.
17. ROGERS, C. R. — *A pessoa como centro*. São Paulo, EPU-EDUSP, 1977.
18. ROGERS, C. R. — *Terapia centrada no cliente*. São Paulo, M. Fontes, 1975.
19. SHERTZER, B. e STONE, S. C. — *Manual para el asesoramiento psicológico*. Paidós, 1972.