

SÉRIE ENFERMAGEM



ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM SUAS DIMENSÕES ASSISTENCIAIS

ORGANIZADORAS

MAGUIDA COSTA STEFANELLI

Professora Titular pela EEUSP.

Doutora e Mestre em Enfermagem pela USP.

ILZA MARLENE KUAE FUKUDA

Doutora e Mestre em Enfermagem pela EEUSP.

IVALDA CANÇADO ARANTES

Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP.



Copyright © 2008 Editora Manole Ltda., por meio de contrato com as autoras.

Projeto gráfico e editoração eletrônica: Texto & Arte Serviços Editoriais

Capa: Eduardo Bertolini

Imagem do frontispício – Cuidadoras hospitalares no Hôtel-Dieu, Paris, 1521

Logotipo: Copyright © Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo (ABEn-SP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais /
organizadoras Maguida Costa Stefanelli, Ilza Marlene Kuae Fukuda,
Evalda Caçado Arantes. – Barueri, SP – Manole, 2008
(Série Enfermagem)

Bibliografia

ISBN 978-85-204-2197-0

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Psiquiatria – Enfermagem
I. Stefanelli, Maguida Costa. II. Fukuda, Ilza Marlene Kuae.
III. Arantes, Evalda Caçado. IV. Série.

08-01687

CDD-610.7368
NLM-WY 87
-WY 160

Índices para catálogo sistemático :
1. Enfermagem psiquiátrica: Ciências médicas
610.7368

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer
processo, sem a permissão expressa dos editores.

É proibida a reprodução por xerox.

1ª edição – 2008

Editora Manole Ltda.

Avenida Ceci, 672 – Tamboré

06460-120 – Barueri – SP – Brasil

Fone: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021

www.manole.com.br

info@manole.com.br

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Dedicamos esta obra:

**Ao Walter, às nossas filhas Marisa, Mônica e Cláudia
e aos netos Daniel, Felipe, Marina, Raquel e Gisele
pelo carinho, atenção, estímulo e cuidado.**

MAGUIDA COSTA STEFANELLI

**Ao Yotaka e aos nossos filhos Juliana e Fábio,
pelo apoio, incentivo e reconhecimento.**

ILZA MARLENE KUAÉ FUKUDA

6. Stefanelli MC. Comunicação com cliente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe, 1993.
7. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
8. Ruesch J. Comunicación terapêutica. Argentina: Paidós, 1964.
9. Ruesch J, Bateson G. Comunicación: la matriz social de la psiquiatria. Buenos Aires: Paidós, 1965.
10. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton, 1953.
11. Parry J. Psicologia da comunicação humana. São Paulo: Cultrix, 1972.
12. Bradley JC, Edinberg MA. Communication in the nursing context. 3ª ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1990.

RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO ENFERMEIRO-CLIENTE

EVALDA CANÇADO ARANTES
MAGUIDA COSTA STEFANELLI
ILZA MARLENE KUAÉ FUKUDA



PONTOS A APRENDER

1. Conceituar relacionamento terapêutico.
2. Identificar as diferenças entre relacionamento social, de ajuda e terapêutico.
3. Discorrer sobre os componentes básicos para o relacionamento terapêutico.
4. Discorrer sobre os objetivos do relacionamento terapêutico.
5. Descrever as fases do relacionamento terapêutico e seus ingredientes.
6. Discutir sobre a implementação do relacionamento terapêutico nos diferentes serviços de assistência à saúde mental, nos diferentes níveis de assistência.
7. Utilizar os princípios de relacionamento terapêutico de acordo com a situação de cada cliente.



PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem em saúde mental, enfermagem psiquiátrica, relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente, papel do enfermeiro.



ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Conceito de relacionamento terapêutico. Componentes essenciais do relacionamento terapêutico. Impasses terapêuticos. Supervisão. Fases do relacionamento terapêutico. Considerações finais. Propostas para estudo. Referências bibliográficas.

INTRODUÇÃO

O relacionamento terapêutico (RT) foi criado, desenvolvido e implementado na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica por Peplau, que iniciou sua vida profissional em 1932, logo após a gra-

duação. Dedicou-se à enfermagem em saúde mental e psiquiátrica durante sua vida profissional até 1994, quando faleceu. Procurou acompanhar o desenvolvimento técnico-científico com suas descobertas, sempre alertando os enfermeiros de todas as áreas para que se mantivessem atentos à evolução do conhecimento científico, considerando as várias dimensões da pessoa, estejam elas onde estiverem.^{1,4}

Peplau desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem fundamentada em sua experiência prática na aplicação de seus princípios em hospitais psiquiátricos, na assistência domiciliar e ambulatorial, nos serviços de saúde mental na zona urbana e rural. Sua motivação para a dedicação ao desenvolvimento de sua teoria, como se referiu ao conhecimento produzido, surgiu ou acentuou-se principalmente após sua experiência na Segunda Guerra Mundial, na convivência desenvolvida durante a assistência de enfermagem prestada aos soldados feridos, principalmente àqueles que apresentavam problemas mentais.

Desenvolveu sua teoria com o apoio de seus pares, a quem preparava para implementá-la. Promoveu com eles seminários e sessões de discussão, orientando, adaptando e aprimorando sua teoria a partir da observação dos resultados obtidos na prática.

A teoria de Peplau baseia-se na própria experiência obtida durante a prática e o ensino, supervisionando e discutindo o relacionamento terapêutico com seus pares. É categórica quando diz que nunca preconizou o enfermeiro como modelo, mas como profissional que, ao desempenhar seu papel, contribui para o desenvolvimento dos clientes pela aprendizagem por meio da experiência rumo à independência e autonomia possíveis, com o objetivo de lhes proporcionar uma vida digna.^{3,5}

Seu grande mestre e amigo foi Harry Stack Sullivan,⁶ que acreditou em seu potencial. Ele criou a própria teoria – Teoria Interpessoal da Psiquiatria – que fundamentou o desenvolvimento da de Peplau. Estas teorias permitem a integração das diferentes necessidades do ser humano – social, psicológica, biológica, cultural, espiritual e intelectual. Talvez isso explique o interesse de enfermeiros da área de saúde mental na utilização da teoria de Peplau na atualidade, como pode ser visto na literatura nacional¹¹⁻¹⁶ e internacional,⁷⁻¹⁰ por meio das publicações de enfermeiros que a testam, validam e utilizam. O relacionamento, portanto, continua sendo utilizado, em âmbito

mundial, no ensino, na pesquisa e na clínica de enfermagem, em sua totalidade ou em partes pela aplicação de seus princípios desta teoria no processo de lidar com desafios interpessoais que interferem na vida diária do cliente ou usuário.

A grande contribuição de Peplau foi não só a criação de sua Teoria como também a publicação desta em 1952,¹ apesar de tê-la terminado em 1948.

É imprescindível mencionar Travelbee,¹⁷ sua grande discípula e seguidora, que contribuiu, em muito, para a operacionalização do relacionamento terapêutico. No entanto, a vida privou, muito cedo, os enfermeiros do convívio com ela. Travelbee foi influenciada no seu trabalho por Vitor Frankl, criador da terapia do sentido da vida. Ela evidenciou a importância de ajudar o cliente a encontrar um sentido na experiência com a doença e, conseqüentemente, um sentido para sua vida. Incluiu o *encontrar sentido na experiência da doença* entre os objetivos do relacionamento.

As autoras deste capítulo são seguidoras de Peplau e de sua teoria. Procuram seu desenvolvimento, suas adaptações e aplicação nos diferentes contextos da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, com teses e dissertações e outras publicações sobre a utilização desta no seu todo ou em partes.¹¹⁻¹⁷

CONCEITO DE RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

O relacionamento terapêutico constitui-se em um processo com várias etapas ou fases com características próprias, atividades, fenômenos que surgem durante o desenvolvimento de suas diferentes etapas e desafios, ou problemas, que exigem supervisão para seu desenvolvimento.

Alguns peritos da área o consideram como o processo de enfermagem em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica; outros percebem-no como a competência essencial para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Defendem a aplicação do RT à pessoa assistida ou tratada em qualquer tipo de serviço de saúde mental, embora seus princípios se apliquem a qualquer situação de enfermagem.

O RT enfermeiro-cliente é o foco do enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica. O conceito de RT foi ampliado e adaptado a partir

da revisão da literatura de estudiosos da área.^{1,2,4,18-21} Para tal, o enfermeiro vale-se de sua competência em comunicação terapêutica. A competência do enfermeiro em RT é essencial para o cuidado em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, oferecendo ao cliente uma assistência que o mantenha como ponto central do cuidado.

Relacionamento terapêutico é uma série de interações planejadas, com objetivos em curto, médio e longo prazos elaborados em conjunto com o cliente e sua família, com foco em suas necessidades e singularidades. O principal objetivo é desenvolver o potencial e a capacidade do cliente, visando ao crescimento para enfrentar os desafios que ele vivencia na promoção, na manutenção ou na recuperação da sua saúde mental e da sua reintegração na sociedade. Desse modo, o cliente aprende a conviver com a interdependência necessária, a independência e a autonomia para exercer a cidadania plena, com seus direitos e deveres.

Torna-se necessário apresentar a distinção do conceito de RT de *relacionamento social* e *relação de ajuda* para que as diferenças entre um e outro sejam clarificadas.

O relacionamento social caracteriza-se essencialmente como relação de amizade, companheirismo, socialização ou como contato para a realização ocasional de uma atividade.

Na relação de ajuda, não há a exigência de que um indivíduo assuma a responsabilidade pelo outro. Implica mais na disposição de ajudar a quem necessita de apoio e atenção em um dado momento da vida. Como exemplo, é possível citar o caso da relação entre pais e filhos, aquela entre o líder comunitário e a comunidade, em cooperativas, entre outros. A relação de ajuda é centrada no auxílio ao outro para tentar resolver o problema presente, não na promoção, na manutenção ou na recuperação da saúde. Muitas vezes, elas podem estar incluídas, mas este não é o objetivo.

COMPONENTES ESSENCIAIS DO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

O desenvolvimento do RT exige do enfermeiro, além do conhecimento sobre manifestações de comportamento decorrentes de riscos à saúde mental e de transtornos mentais, domínio sobre os componentes essenciais do relacionamento; os recursos terapêuticos como estabelecimento de limites e oferecimento de apoio; a comunicação humana e a competência em comunicação terapêutica.

No desenvolvimento da assistência de enfermagem, o enfermeiro interage com o cliente durante todo o tempo, valendo-se da comunicação verbal ou não-verbal. Ao conviver com o cliente por mais tempo, principalmente quando se trata de doença crônica ou outro transtorno que exija cuidado por tempo mais prolongado, ambos experimentam uma variedade de fenômenos, sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir beneficemente em RT se a pessoa estiver consciente de que estes existem. Podem surgir a qualquer momento e exigem conhecimento sobre como lidar com eles.

Os componentes essenciais do RT podem ocorrer ora como fenômenos ora como desafios no desenvolvimento das diferentes fases. Entre eles estão: autoconhecimento; capacidade de amar e ser amado; aceitação e não-julgamento; dependência aceita, interdependência e independência; empatia e envolvimento emocional; confiança; e respeito mútuo.^{10,14,19-24}

AUTOCONHECIMENTO

É o desenvolvimento da capacidade de conhecer as próprias atitudes que estão presentes e que dão vida ao comportamento do ser humano. Nem sempre são conscientes, mas a pessoa tem de se esforçar para reconhecê-las, pois só assim poderá compreender o próprio comportamento. O esforço para se autoconhecer deve acompanhar todo o curso da vida. A atitude forma-se a partir de crenças, valores, padrões culturais, que são aprendidos nas interações com outras pessoas desde o nascimento e determinam seu modo de ser ou seu comportamento. Quanto mais a pessoa se conhece, mais consciente ela é de suas atitudes e da influência destas em suas ações ou em seu modo de ser.

CAPACIDADE DE AMAR E SER AMADO

Todo ser humano tem necessidade de amar e ser amado. Amor é a capacidade de demonstrar afeto por outra pessoa de modo reflexivo sem esperar reciprocidade. Amar o cliente significa experimentar e demonstrar a ele compreensão, aceitação, respeito, paciência, proteção, segurança, entre outros.

As manifestações de comportamento do enfermeiro que expressam amor ao cliente é que o levam a sentir-se amado. Mesmo ações que parecem insignificantes para alguns podem ser valiosas para o cliente.

Exemplo: o cliente, ao retornar ao ambulatório, disse ao enfermeiro: *eu nunca vou me esquecer daquele copo de água que me ofereceu*. O cliente estava com muita sede, mas sempre que ele se aproximava do bebedouro, outro cliente ameaçava agredi-lo.

É nos atos mais simples que o cliente começa a perceber e a experimentar a sensação de ser amado e respeitado. O enfermeiro também deve analisar como se encontra a satisfação de suas necessidades de amar e ser amado para se conhecer melhor e compreender as necessidades e os anseios do cliente.

ACEITAÇÃO E NÃO-JULGAMENTO

A pessoa que sofre, sobretudo, por experimentar um transtorno mental e toda a sobrecarga que isso traz, em decorrência de preconceitos sociais, perda de emprego entre outros, experimenta ansiedade em diferentes níveis. Às vezes, isso o leva a apresentar comportamentos não aceitáveis socialmente. O enfermeiro deve aceitar o cliente como ele é, demonstrando compreensão e aceitação empática do porquê ele age daquela maneira no momento em que o comportamento se manifesta. É a expressão de seu transtorno. Agindo assim, é propiciada ao cliente a oportunidade de experimentar segurança e confiança.

Para que ocorra a aceitação dentro de limites terapêuticos, o enfermeiro tem de ser genuíno, ou seja, ter consciência dos sentimentos que surgem durante o processo de relacionamento com o cliente e ter habilidade em comunicá-los com *propriedade*. Isso é essencial para a construção de confiança mútua e é o que permite ao enfermeiro ser mais flexível e autêntico, sem perder sua identidade profissional nem ser inadequado.

Não se preconiza a aceitação tácita do comportamento do cliente e sim de sua pessoa. O enfermeiro, quando necessário, deve estabelecer limites ao comportamento manifestado, seguindo os passos preconizados para tal, com competência e humanismo, explicando ao cliente o que é o limite, por que está sendo estabelecido e quais são as expectativas em relação a ele (vide Capítulo 22).

DEPENDÊNCIA ACEITA, INTERDEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA

Ao experimentar alteração nos padrões de comportamento habituais, a pessoa vivencia situação de dependência com oscilação de intensidade. No RT, essa dependência tem de ser aceita pelo enfermeiro e ele precisa estar alerta para percebê-la e demonstrar aceitação desta, sem estimulá-la.

Assim que as condições do cliente permitirem, o enfermeiro deverá ajudá-lo a aceitar a interdependência necessária e saudável e estimular a independência possível para cada cliente em particular.

O enfermeiro não deve fazer as coisas pelo cliente, mas sim junto dele, ajudando-o a perceber seus pontos fortes e a testá-los dentro de limites seguros, valorizando seus esforços e progressos rumo à independência. Encorajar o cliente a usar seus próprios recursos reduz seus sentimentos de desesperança e dependência. Ao estimular a participação do cliente no movimento da dependência para a independência, pode-se analisar e avaliar o seu potencial para mudança.

EMPATIA E ENVOLVIMENTO EMOCIONAL

No mundo das relações interpessoais, o conceito de empatia é muito discutido. Inicialmente, precisa-se esclarecer as confusões existentes entre empatia, identificação e simpatia. A identificação não é considerada terapêutica no relacionamento entre enfermeiro e

cliente, pois nesta situação o enfermeiro estaria assumindo o lugar do cliente e perderia sua identidade profissional, pois passaria a “viver” a vida do cliente. Na simpatia, estão envolvidos aspectos de piedade, comiseração e concordância com o cliente; há risco de se estabelecer analogia ou projeção do próprio comportamento no do cliente, com perda da objetividade, além de prejuízo para a capacidade de ajudar o cliente.

O conceito de empatia é multidimensional e contém aspectos cognitivos, emocionais, comunicacionais e relacionais. Há autores em busca de um mecanismo neuronal que explique o fenômeno da empatia.¹⁰ É a tentativa de sentir o mundo do outro como ele o percebe, com seus sentimentos e suas emoções.

Para que ocorra a empatia tem de haver a percepção da situação do cliente, considerando os pensamentos e os sentimentos que o envolvem. Essa compreensão tem de ser a ele transmitida de modo verbal ou não-verbal, com validação da acurácia da mesma. A compreensão empática ocorre quando se consegue estabelecer a comunicação empática, ou seja, quando se consegue transmitir ao outro que ele é compreendido tal qual ele vivencia seu mundo.

O enfermeiro deve adquirir maturidade suficiente a ponto de poder experimentar a empatia sem que haja envolvimento emocional prejudicial aos objetivos, portanto, não-terapêutico. A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, ao envolvimento emocional e ao respeito mútuo que ocorrem no relacionamento terapêutico. No relacionamento, é esperado que surja o envolvimento emocional em algum grau. A intensidade deste na situação enfermeiro-cliente, porém, deve permanecer dentro de limites terapêuticos para minimizar o efeito da subjetividade.

Esses dois aspectos, empatia e envolvimento emocional, são fundamentais para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro a fim de lhe oferecer assistência individualizada, respeitando suas crenças, seus valores e sua cultura.

A empatia implica manter o mundo do outro como foco central da interação. Inclui:

- Percepção acurada dos sentimentos e perspectivas do cliente em relação à situação vivenciada;
- Comunicação da própria percepção ao cliente e validação da compreensão desta;
- Atuação terapêutica sobre esta compreensão.

CONFIANÇA

É o sentimento de fidedignidade em relação ao outro. A confiança permite à pessoa aprender como lidar com o mundo e a resolver os desafios que se apresentam. As características de confiança incluem respeito, honestidade, consistência e a crença no potencial do outro.

A demonstração de congruência, aceitação, interesse genuíno, empatia e consistência ajudam o cliente a se aceitar como ele é. Flexibilidade, cumprimento de promessas feitas, manutenção de contato visual, respeito ao silêncio do cliente, atendimento das possíveis preferências, planejamento das atividades diárias e promoção do alívio da sua ansiedade podem propiciar o surgimento mais rápido da confiança, embora às vezes esse processo possa ser demorado.

RESPEITO MÚTUO

Ter respeito pela pessoa é acreditar em sua dignidade e seu valor, independentemente de seu comportamento; aceitar a pessoa que cada ser humano é sem julgá-la. É a demonstração de sentimento empático e de interesse genuíno pelo cliente, associada ao fato de que o cuidado dele não é apenas mais uma tarefa; trata-se de uma oportunidade para auxiliá-lo a desenvolver seu potencial e seus recursos pessoais para enfrentar a situação vivenciada. Assim, o enfermeiro torna-se respeitado como profissional, estabelecendo o respeito mútuo, fortalecendo a confiança entre os dois. O respeito é transmitido ao outro principalmente por ações, portanto, mais de modo não-verbal do que por meio de palavras.

IMPASSES TERAPÊUTICOS

Os papéis do enfermeiro e dos clientes são bem definidos e as necessidades do cliente não se confundem com as do enfermeiro. A busca constante é para levar o cliente a encontrar satisfação de suas necessidades ou seus meios para enfrentar, na vida diária, os desafios decorrentes do seu transtorno. Para se manter como profissional, dentro de um clima de confiança, respeito mútuo e empatia, o enfermeiro tem de estar consciente de que alguns impasses podem surgir e estes têm de ser analisados e enfrentados. A resistência, a transferência e a contratransferência fazem parte desses impasses.^{10,21-25}

RESISTÊNCIA

A resistência pode ser considerada uma comunicação intrapessoal inconsciente ou semi-consciente, que pode ser percebida no comportamento do cliente como relutância em tomar conhecimento de situações que provocam ansiedade, ou como fuga à verbalização de seus sentimentos e pensamentos, ou dificuldade em mudar de comportamento, mesmo quando é reconhecida esta necessidade. É mais comumente observada na fase de trabalho do RT, quando o cliente analisa o que precisa ser enfrentado e constrói, em conjunto com o enfermeiro, alternativas viáveis para seu viver cotidiano.²³

TRANSFERÊNCIA

Transferência é uma reação inconsciente e inadequada de uma pessoa em relação à outra. Ela ocorre quando uma pessoa (cliente) desloca ou projeta (transfere) para outra de sua vida atual (o enfermeiro) padrões de comportamento e reações emocionais aprendidas ou comuns em relacionamentos anteriores com pessoas significativas. É mais freqüente com figura de autoridade. No relacionamento enfermeiro-cliente, o profissional deve estar preparado para identificar quando ocorre a transferência, para não responder de forma inadequada. Este aspecto requer avaliação da situação pelo enfermeiro e exige um bom grau de autoconhecimento por parte dele, para não responder inapropriadamente. A transferência pode ser percebida facilmente na intensidade das respostas do cliente ao enfermeiro.

A transferência, em geral, está relacionada à necessidade de afeição, respeito ou dependência. Podem ser considerados dois tipos de transferência como os mais freqüentes no relacionamento enfermeiro-cliente: a *transferência hostil* pode se manifestar pela resistência do cliente em continuar com o relacionamento ou por meio de testes para avaliar o conhecimento do enfermeiro. Em geral, isso ocorre com hostilidade (competitividade) após a leitura pelo cliente sobre seu transtorno ou algo que tenha sido abordado no RT. Na *transferência da reação de dependência*, o cliente passa a ver o enfermeiro, com quem tem interações mais freqüentes, como alguém que pode resolver todos os seus problemas. Supervaloriza o enfermeiro, elogia-o e exige cada vez mais dele; se o cliente não percebe os efeitos desejados, torna-se hostil e rancoroso.^{10,23,25}

CONTRATRANSFERÊNCIA

A *contratransferência* é a resposta inadequada do enfermeiro evocada pela reação manifestada pelo cliente na transferência. Contratransferência, portanto, é a resposta emocional do profissional ou terapeuta ao processo de transferência do cliente. Esta resposta envolve, também, a projeção de sentimentos subjacentes do profissional. Evidencia-se a importância do autoconhecimento para evitar respostas sem propriedade.

Dependendo da situação, o enfermeiro pode estimular, sem perceber, a dependência do cliente ou adotar um comportamento defensivo, fazendo uso indevido de sua autoridade como profissional, prejudicando a confiança mútua surgida no processo e o desenvolvimento da independência do cliente. Outra condição que pode surgir é a identificação com o cliente, manifestada pela superproteção dele.^{10,23,25}

SUPERVISÃO

O enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica, muitas vezes, depara-se com situações conflitivas que precisam ser discutidas com outro enfermeiro com mais experiência e conhecimento do relacionamento enfermeiro-cliente.²¹ Diante da escassez de enfermeiros na área em

foco, o supervisor pode ser um de seus pares ou outro especialista da equipe terapêutica com o mesmo nível de formação e com mais experiência.

A supervisão pode ser individual ou em grupo, dada a carência de enfermeiros nos serviços de saúde mental. A experiência das autoras deste capítulo com enfermeiros cursando especialização mostrou que isso é possível, com resultados satisfatórios, ampliando o conhecimento de todos ao vivenciarem o compartilhamento de idéias e de experiências. Há, porém, necessidade de mais estudos a respeito; contudo, tem-se de considerar que a supervisão é essencial no desenvolvimento do RT.

A supervisão deve ser agendada com o participante e ocorrer no mínimo uma vez por semana. Na experiência realizada com a supervisão em grupo de três a seis enfermeiras cursando a especialização, verificou-se que o ideal é ter um supervisor à disposição, para discussão e esclarecimentos de situações que não podem aguardar a reunião semanal de supervisão.

A supervisão pode ser centrada na pessoa do cliente ou do profissional ou em ambos.²⁴ No desenvolvimento do conhecimento sobre o RT, defende-se a integração dos três modos, porque dessa maneira pode-se falar realmente em crescimento ou amadurecimento mútuo – cliente e enfermeiro como pessoa, sendo que este último desenvolve-se também como pessoa. Ao abranger esses três modos como centro da supervisão no RT, vem a certeza de que este processo democrático contribui para o crescimento de ambos e reflete no cuidado do cliente, que também passa a reconhecer seu potencial para mudança.

FASES DO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

O RT é apresentado em quatro fases, cada uma com suas características próprias, atividades, fenômenos e desafios (problemas). Dependendo da situação do cliente, pode haver superposição destas fases ou a não-percepção da ocorrência de uma delas. Classicamente, consideram-se as fases de pré-interação, inicial, de trabalho propriamente dito ou de continuação, e de término ou final.^{10,19,21,23-25}

FASE DE PRÉ-INTERAÇÃO

A característica desta fase é o *conhecimento do cliente* pelo enfermeiro para a obtenção de dados sobre o comportamento dele e sobre ele próprio, construindo assim a primeira impressão do cliente. Posteriormente, o enfermeiro deve validar os dados obtidos com os membros da equipe e, se possível, com a família, porém sem expor as informações obtidas. Valer-se das estratégias de comunicação terapêutica.

De posse dos dados validados, o enfermeiro analisa-os minuciosamente e forma a percepção mais acurada do cliente; passa a analisar suas atitudes e seus sentimentos em relação a ele, para obter uma percepção mais real do cliente, reavaliando sua primeira impressão. A partir de então, toma a decisão de iniciar o processo de relacionamento terapêutico. Essa análise já se constitui em experiência de crescimento pessoal e profissional.^{10,18,19,21,23-25}

Podem surgir como *desafio* para o enfermeiro elementos que o levam a não aceitar inicialmente o cliente em decorrência da sua identificação com ele ou por identificá-lo como algum membro de sua família e até mesmo com alguma situação vivenciada anteriormente. Quando estes emergem, ele tem de avaliar muito bem seus sentimentos antes de tomar decisão de assumir o compromisso de RT. O ideal é discutir o assunto na sessão de supervisão, antes de iniciar o processo do RT, o que marca a passagem para a fase seguinte.^{10,18,19,21,23-25} Resumidamente, as atividades desta fase são:

- Obtenção e validação dos dados adquiridos pela observação do comportamento e pela entrevista com o cliente.
- Análise da atitude e dos sentimentos em relação ao cliente e à família.
- Tomada de decisão em relação ao desenvolvimento do relacionamento.
- Identificação preliminar dos problemas percebidos a partir dos dados obtidos e devidamente registrados.

FASE INICIAL

A fase inicial do processo do RT tem como característica o *conhecimento mútuo* entre enfermeiro e cliente. São duas pessoas estranhas que se encontram para firmar o *contrato do RT*, com foco no aqui e no agora do cliente e nas perspectivas de vida para o cotidiano.^{10,18,19,21,23-27} Como todo o relacionamento que se inicia, um provoca no outro inúmeras reações positivas ou negativas que precisam ser analisadas e exigem o autoconhecimento por parte do enfermeiro. É comum surgirem reações de transferência e contratransferência. Deve-se estar atento para percebê-las, pois podem provocar reações inadequadas, que prejudicam a evolução do RT.

O enfermeiro aborda o cliente chamando-o pelo nome, conservando título, se houver. Apresenta-se e informa seu nome, com o título utilizado na unidade de serviço, horário e dias da semana em que trabalha, sua disponibilidade geral, como é a rotina diária do serviço e a previsão do término.

Após essa atividade, explica ao cliente quais são os objetivos do relacionamento terapêutico e como será desenvolvida com ele o RT, o horário reservado especificamente para interagir com ele, quantas vezes por semana isso ocorrerá e a duração de cada interação. De acordo com a política do local de trabalho e o número de clientes atendidos, esse tempo pode variar de 15 a 30 minutos. A duração do processo também deve estar claro para o cliente, bem como a possibilidade da sua continuidade no domicílio, em ambulatório ou em qualquer outro serviço de saúde mental. O cuidado diário com o cliente pode ser realizado pelo enfermeiro isoladamente ou como membro da equipe de assistência ou por meio da visita domiciliar, se existir. Se não houver, precisa ser criada.

Informar sobre o caráter confidencial da relação e os registros da mesma, considerando os limites da confidencialidade do RT. O cliente tem o direito de saber que os dados serão discutidos com um supervisor e que quando surgirem fatos que outro profissional específico ou a equipe de saúde mental precise tomar conhecimento, isso será informado obedecendo alguns critérios. Primeiro, solicitar ao cliente que ele mesmo o faça, dando-lhe o tempo que se pode esperar para tal. Se houver riscos iminentes para a vida ou a integridade dele ou dos demais a sua volta, a comunicação deve ser imediata. O

enfermeiro deve convidar o cliente para irem juntos, oferecer-se para acompanhá-lo ou, segundo a gravidade do fato, deixar claro que ele comunicará a situação ao profissional indicado ou à equipe, pois há necessidade de cuidado imediato para sua proteção e para evitar danos aos demais.

Informar ao cliente que o foco do RT é ele e que terá liberdade para abordar o assunto que precisar, porém considerando sempre que deverão ser centrados nele. Se insistir em obter dados pessoais do enfermeiro, deixar claro que isso não o ajudará em nada e que o importante é como ele percebe a sua situação e, depois, redirecionar a atenção para os problemas do cliente.

As informações sobre o RT deverão ser dadas em seqüência, respeitando porém o ritmo do cliente para absorvê-las. O enfermeiro deve usar o senso de oportunidade, flexibilidade e propriedade para dosar as informações e ter em mente que elas precisam ser oferecidas ao cliente. Ele deve conhecer os parâmetros de sua liberdade para sentir-se livre para agir. Essa situação torna-se uma possibilidade de aprendizado para o desenvolvimento da independência e da autonomia do cliente.

Firmar o compromisso do RT com o cliente é uma das principais atividades dessa fase; as outras são a *obtenção da confiança* do cliente e a *clarificação dos objetivos* do RT como responsabilidade de ambos, pois sem a participação do cliente não haverá a consecução dos objetivos elaborados (Quadro 21.1).

É necessário ter em mente que, durante o estabelecimento do RT, o enfermeiro ouve o cliente sem caráter de julgamento, procurando perceber e respeitar seus valores, suas crenças e suas opiniões etno-culturais.

Uma vez efetivado o termo do compromisso do RT, realiza-se *entrevista com a família* para obtenção de mais dados e nova *validação dos já adquiridos* e analisados na fase de pré-interação, tendo sempre o cuidado para evitar confrontação com os dados do cliente. Colhem-se, então, novos dados que integrarão o planejamento das intervenções de enfermagem. Após ouvir o cliente e a família e tomar conhecimento das informações disponíveis no serviço sobre o cliente, o enfermeiro volta sua atenção para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e para os resultados esperados iniciais. A obtenção da confiança constitui-se no objetivo e na principal atividade dessa fase.

Quadro 21.1 Estabelecimento do compromisso do relacionamento terapêutico.

Apresentação: nome e títulos de ambos, funções;
Disponibilidade do enfermeiro (dias e horário de trabalho);
Objetivos do RT;
Local e horário da interação;
*Cliente como foco central do RT;
Registro das informações;
Privacidade;
Caráter confidencial;
Liberdade e responsabilidade do cliente.

Os *fenômenos* que caracterizam esse período precisam ser identificados e analisados para não haver prejuízo ao desenvolvimento do processo. São eles: *falta de confiança, teste, manipulação e rejeição*.

A *falta de confiança* é um fenômeno natural, pois trata-se de dois estranhos que se encontram em uma situação delicada e, muitas vezes, conturbada para o cliente. Em consequência desta, surgem o *teste*, a *manipulação* e a *rejeição* como mecanismos, conscientes ou não, para verificar se o enfermeiro é pessoa fidedigna, se realmente está preparado para atendê-lo, se realmente tem interesse em ajudá-lo e se a disponibilidade dele é real. O cliente pode, ainda, dizer que não quer participar ou chegar atrasado para o encontro agendado com o enfermeiro, parte formal do RT. Às vezes, ocupa-se em alguma atividade no horário estabelecido.

O enfermeiro deve permanecer no local combinado pelo tempo que foi estipulado ao firmar o compromisso. Se o cliente chegar posteriormente, informá-lo quanto tempo resta e recebê-lo sem julgamento. O caso a seguir é um exemplo de *manipulação*, no qual o enfermeiro percebeu sua presença e aproveitou para demonstrar ao cliente o quão ele era importante, reduzindo, assim, os prejuízos ao RT, estimulando o desenvolvimento da auto-estima do cliente.

Cliente – O senhor é importante mesmo. Nossa! Nunca vi um enfermeiro ser tão procurado. Jóia. Vamos deixar a conversa para mais tarde.

Enfermeiro – Muito obrigado pelo que o senhor disse, mas compromisso é compromisso. Vamos lá, agora é sua vez.

O cliente esboçou um sorriso e o acompanhou. Depois de alguns dias comentou com o enfermeiro como se sentiu importante com a reação dele naquele dia.

A rejeição é expressada por meio da recusa em participar do processo ou, após aceitá-lo, não comparecer aos encontros agendados; este comportamento pode ocorrer logo no início ou depois da realização de poucas entrevistas com o enfermeiro.

Os *desafios* ou *problemas* mais comuns nesta fase são: *medo do desconhecido, preconceito ou tabu em relação ao transtorno mental, vivência e aceitação da rejeição do cliente e ansiedade* decorrente destes, sendo que o dois primeiros têm relação direta com valores e crenças culturais do enfermeiro, que precisam ser analisados com o supervisor, mas, em geral, desaparecem ao conviver com o cliente, em uma situação de aprendizado e crescimento.

A aceitação da rejeição é algo que o enfermeiro deve também discutir com o supervisor. Uma vez cumprida as atividades e vencidos os desafios, ambos são impulsionados à fase seguinte.

FASE DE CONTINUAÇÃO

De posse dos dados já obtidos e validados sobre o cliente e a família, com os diagnósticos de enfermagem iniciais identificados, o enfermeiro começa a fase de continuação ou de trabalho propriamente dito. Nesta fase, o enfermeiro elabora, com a participação do cliente, os resultados esperados. Se, no momento, o cliente não tiver condições de colaborar, o enfermeiro, na medida do possível, valendo-se para tanto das estratégias da comunicação terapêutica, tenta discuti-los com o cliente conforme for ocorrendo a remissão das alterações no comportamento dele, caracterizando-se assim esta fase.^{10,12,18,19,21,23-27}

Característica: trabalho conjunto na construção de possibilidades para solução dos desafios que se apresentam para o cliente.

Atividades

Com a atenção direcionada para a situação atual do cliente, o enfermeiro inicia a *validação dos desafios* já identificados, a *obtenção de dados novos e a priorização das intervenções de enfermagem*. Deve-se evitar a obtenção de dados apenas para satisfação de sua curiosidade e centrar o foco na obtenção de informações que lhe permitam identificar os aspectos fortes do cliente para enfrentar os desafios. Ao percebê-los, ele sente-se mais confiante e começa a recuperar sua auto-estima, que o predispõe a visualizar novas possibilidades de alternativas para sua recuperação.

Inicia-se, então, o estudo de possibilidades para solução dos problemas de acordo com a realidade do cliente e de sua família. Faz-se uma análise dos elementos favoráveis existentes, ao mesmo tempo considerando também os desfavoráveis que possam surgir, para que o cliente não seja surpreendido por eles nem apresente ansiedade intensa.

A seguir, o cliente, apoiado pelo enfermeiro, escolhe as possibilidades mais adequadas à atual situação. O enfermeiro promove junto ao cliente ou com sua anuência a discussão destas com a família. Destaca-se a importância do apoio do enfermeiro ao cliente para a consecução dessas metas.

Cria-se, a seguir, ambiente seguro para que o cliente possa *testar a possibilidade escolhida*. Quando não há possibilidade concreta de ser testado, pode-se fazer a análise sobre como seria na prática, preparando o cliente para superar problemas que possam surgir. Destaca-se aqui o papel das oficinas abrigadas, que podem contribuir muito para a reintegração social do cliente.

Se necessário, faz-se uma *redefinição das alternativas* e reiniciam-se os passos descritos.

Fenômenos

Os *fenômenos* que acontecem nesta fase foram apresentados no tópico “Componentes Essenciais” deste capítulo.

- Aceitação mútua;
- Dependência aceita;

- Confiança;
- Empatia;
- Envolvimento emocional;
- Interdependência;
- Independência.

Problemas

Quando começa o trabalho conjunto e o cliente se vê na situação de enfrentamento dos desafios, podem surgir os problemas esperados nesta fase, como a ambivalência entre confiança e falta de confiança, rejeição, teste e manipulação, que na fase inicial apareceram como fenômenos. O que os diferencia no RT é a presença do enfermeiro, que não pode adotar condutas semelhantes às que ocorrem em um relacionamento social. Na situação terapêutica, as manifestações de comportamento que permitem identificar os problemas referidos são esperadas e o enfermeiro é preparado para agir adequadamente. Nessa fase, também é comum a transferência.

O cliente pode deixar de comparecer no local e na hora para a interação formal, como estipulado no estabelecimento do compromisso do RT; ter reações de hostilidade em relação ao enfermeiro, deixar de seguir o plano terapêutico elaborado com a participação dele e ter manifestações sem propriedade de ansiedade e raiva.

O enfermeiro deve aceitar o comportamento do cliente como evolução do RT, dialogar com ele a respeito de seu comportamento e, se necessário, estabelecer limites observando o preconizado para este recurso e informar ao cliente sobre a continuidade do que fora combinado previamente. O enfermeiro aproveita o momento para fazer auto-avaliação de sua atuação no processo de relacionamento e verificar se há necessidade de novas estratégias.

Quando o RT tem evolução dentro dos parâmetros esperados, a passagem desta fase para a final, às vezes, ocorre sem que ambos percebam o momento exato.

FASE DE TÉRMINO

O RT, em geral, termina quando se vivencia a consecução de suas metas. É comum o enfermeiro perguntar a si mesmo ou ao super-

visor: “O que mais eu tenho que fazer”, “Qual o objetivo agora? Quando chego sou muito bem recebido pelo cliente, mas ele não precisa mais de mim”. Há, entretanto, outros acontecimentos que levam ao término do RT. Entre eles, têm-se: a alta do cliente, caso ele esteja internado ou em tratamento em algum serviço de saúde mental; transferência do cliente para outro serviço de saúde mental ou para outra especialidade em consequência de outra doença grave que exija atendimento imediato e especializado; abandono do tratamento; deslocamento do enfermeiro para outro local e, no caso de estudante, o término do estágio.^{10,12,18,19,21,23-25}

O preparo para o término começa na fase inicial, por ocasião em que se firma o compromisso do RT. Este preparo deve ser lembrado, ao longo do processo, valendo-se do senso de oportunidade.

A característica desta fase é a *consecução dos objetivos*. Percebe-se no comportamento do cliente melhora do desempenho social, presença de comportamentos mais adequados às situações e senso de identidade mais desenvolvido.

No desempenho das atividades desta fase, o enfermeiro, além do *preparo para o término*, faz com o cliente a *análise do progresso, ganhos e dificuldades ocorridos* e a *elaboração e a análise final dos planos realísticos para a vida cotidiana futura*, sendo esta a atividade central desse período.

As atividades reforçam no cliente seus sentimentos de confiança e autoconfiança, a auto-estima e a perspectiva de lutar por qualidade de vida melhor; para alguns clientes, há o aprendizado de que é possível viver com uma qualidade de vida melhor, mesmo quando se tem um transtorno para a vida toda, como no caso de transtorno bipolar. O término de um RT bem-sucedido evidencia que este é um aprendizado do cotidiano pela experiência. Eles aprendem a ver que são pessoas com direitos e deveres.

O término é uma situação difícil para cliente e enfermeiro e, freqüentemente, desperta em ambos, em gradação diversificada, sentimentos e emoções dos mais variados, como tristeza e perda, que devem ser analisados e considerados como aceitáveis nessa fase final que implica uma separação.

Os fenômenos que surgem nessa fase são *gratificação e independência* rumo à autonomia, sem menosprezo da interdependência aceita quando houver necessidade.

O cliente pode sentir-se abandonado ou rejeitado, devendo o enfermeiro aproveitar essa oportunidade para desenvolver mais uma experiência de aprendizado. Ao perceber a presença desses sentimentos, oferecer oportunidade para o cliente expressá-los, orientando-o que esses sentimentos são aceitáveis perante essa situação. Essa pode ser uma experiência ímpar de aprendizagem, pois talvez o cliente nunca tenha tido oportunidade de vivenciá-la.

Manobras defensivas de manipulação podem surgir em relação à ansiedade da separação e da perda. O cliente pode não comparecer ao encontro final, ser hostil com o enfermeiro, recusar-se a analisar o processo como um todo e a reconhecer que houve crescimento.¹⁰

O enfermeiro deve procurar aceitar essas reações como comportamentos da vida diária das pessoas e aproveitar o momento para ajudar o cliente a perceber isso, valendo-se das estratégias de comunicação terapêutica. Pode perguntar ao cliente se ele já experimentou a experiência de separação anteriormente e solicitar que ele a descreva, pontuando para ele os pontos positivos que foram utilizados na experiência anterior, ajudando-o a perceber como eles podem auxiliá-lo a enfrentar a situação atual, associando as forças da experiência já vivida ao que foi aprendido durante o RT, rumo a sua independência.

Não se pode esquecer que o enfermeiro é uma pessoa, um ser humano que também pode experimentar sofrimento com a separação. Ele tem de estar atento e passar por sessões de supervisão para compreender seus sentimentos e não reagir inadequadamente, por exemplo, não aceitando o término e alimentando a dependência do cliente.

Foram descritos os desafios do término: *síndrome de separação, rejeição e manipulação*. Alguns autores consideram estes como um único fenômeno. Outros o abordam separadamente, mas na realidade são partes de um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar este texto, destaca-se que quem introduziu o relacionamento terapêutico no Brasil foi Evalda Cançado Arantes, uma das autoras deste capítulo. Ela teve o prazer de aprendê-lo com uma docente que fora aluna de Travelbee. Daí seu conhecimento sobre o assunto e sua história.

Alerta-se o enfermeiro sobre a possibilidade de se desenvolver o RT nos locais em que os clientes se encontram, sejam eles locais para internação, hospital-dia, ambulatório e, se necessário, até em residência terapêutica ou outros, para um viver mais saudável no seu dia-a-dia.

Os enfermeiros devem lutar pela criação de serviços adequados de atendimento domiciliar para dar continuidade ao atendimento integral do cliente e da família. A convivência cotidiana entre o cliente e sua família, na maioria das vezes, é conturbada e a continuidade do RT no domicílio pode ser essencial para a redução de recorrências e recaídas. A utilização deste propicia o desenvolvimento do processo de amadurecimento mútuo do enfermeiro e do cliente.

A experiência das autoras na prática e no ensino do RT e o retorno de alunos de graduação e especialização ao longo destes anos, comentando sobre a utilidade do conhecimento adquirido para melhor administração de suas vidas no dia-a-dia, no relacionamento familiar e profissional, permitem-lhes a afirmação dos esforços para que o uso do RT seja realmente integrado à prática cotidiana do fazer do enfermeiro em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Muitos deles já o utilizam de alguma forma, porém não dispõem de supervisão sistematizada e sofrem as conseqüências da sobrecarga de atividades em face da escassez de enfermeiros, além da falta de estímulo para continuarem utilizando este processo.

Destaca-se que as autoras deste capítulo estão desenvolvendo a operacionalização do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente para a prática diária, face à realidade atual da assistência de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Provisoriamente, o estão denominando de terapia do cotidiano de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (TCESM), com algumas adaptações ou restrições ao modelo inicial, apresentado por Peplau e, posteriormente, por Travelbee.

PROPOSTAS PARA ESTUDO

- Centre a atenção no processo de enfermagem desenvolvido com um cliente que tenha manifestado comportamento indicativo da presença de algum transtorno mental, do qual tenha cuidado por uma semana.

- Pense ativamente sobre o relacionamento ocorrido entre ele e você.
- Tente identificar no conteúdo apresentado neste capítulo quais aspectos do RT estiveram presentes no seu desempenho.
- Faça a avaliação da propriedade com que foram utilizados e como poderia ter sido mais terapêutico na relação com o cliente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam'Sons, 1952.
2. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q* 1997; 10(4):162-70.
3. Peplau HE. The evolution of the psychiatric clinical nurse specialist: an interview with S. Lee Spray. *Perspect Psychiatr Care* 1999; 35(3):27-37.
4. Peplau HE. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nurs Sci Q* 1992; 5(1):13-8.
5. Peplau HE. *Princípios básicos para orientación del paciente*. Washington: OPAS/WHO, 1968.
6. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: WW Norton, 1953.
7. Doane GH, Varcoe C. Relational practice and nursing obligations. *ANS Adv Nurs Sci* 2007; 30(3):192-205.
8. Shattell M, Starr SS, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs* 2007; 16(4):274-84.
9. Rask M, Brunt D. Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. *Nurs Inq* 2007; 14(2):169-76.
10. Varcarolis EM. The clinical interview in communication skills. In: Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC. *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. 5th ed. Saint Louis: Elsevier, 2006. p. 171-96.
11. Stefanelli MC. *Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente*. Tese [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1995.
12. Stefanelli MC. Introdução à comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Campos EC. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole, 2005. p. 63-72.

13. Campoy MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. *Rev Latin Am Enfermagem* 2005; 13(2):165-72.
14. Stefanelli MC, Arantes EC, Fukuda IMK. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. *Rev Esc Enferm USP* 1982; 16(3):245-53.
15. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3):7-324.
16. Lopes MVO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 2(39):202-10.
17. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: FA Davis, 1966.
18. Travelbee J. *Intervención en enfermería psiquiátrica*. Carvajal: Cali, 1982.
19. Hofling CK, Leininger MB. *Enfermería psiquiátrica*. 2ª ed. México Interamericana, 1970.
20. Stefanelli MC. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1981; 15(3):239-45.
21. Travelbee J. *Interventions in psychiatric nursing*. Philadelphia: FA Davis, 1979.
22. Arnold E, Boggs K. *Interpersonal relationship: professional communication skills for nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1989.
23. Stuart GW, Laraia MT. Relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 46-84.
24. Townsend MC. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidado*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 391-424.
25. Fortinash KM, Holoday-Worret PA. *Psychiatric nursing care plan*. 3ª ed. Saint Louis: Mosby, 1999. p. 255-60.
26. Shattell M. Nurse bait: strategies hospitalized patients use to entice nurses within the context of the interpersonal relationship. *Issues in mental health nursing* 2005; 26:205-23.
27. College of Nurses of Ontario. *Practice Standards. Therapeutic nurse-client relationship*. Ontário, 2004.

RECURSOS TERAPÊUTICOS EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

MAGUIDA COSTA STEFANELLI
ILZA MARLENE KUAE FUKUDA
EVALDA CANÇADO ARANTES
HIDEKO TAKEUCHI FORCELLA



PONTOS A APRENDER

1. Discorrer sobre a importância da descrição da experiência do cliente, sentimentos e pensamentos a respeito dela.
2. Descrever operacionalmente o conceito de apoio.
3. Discorrer sobre as formas de oferecer apoio.
4. Conceituar limite.
5. Identificar situações em que há necessidade de implementação do limite.
6. Descrever os passos para a implementação de limite.
7. Conceituar ambiente terapêutico.
8. Descrever as características do ambiente terapêutico.
9. Adquirir conhecimento sobre recursos terapêuticos para aplicação nas diferentes situações da assistência de enfermagem.



PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, comunicação terapêutica, apoio, limites, ambiente terapêutico.



ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Descrição de experiência, pensamentos e sentimentos. Oferecimento de apoio. Implementação de limite. Ambiente terapêutico ou terapia do meio. Ações do enfermeiro psiquiátrico e em saúde mental no ambiente terapêutico. Considerações finais. Propostas para estudo. Referências bibliográficas.