

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ALBERT LENG RUBER DE AZEVEDO

ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM:

o sentido da comunicação em Saúde Mental

RIO DE JANEIRO

2014

Albert Lengruber de Azevedo

ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM:
o sentido da comunicação em Saúde Mental

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo.

Rio de Janeiro
2014

Azevedo, Albert Lengruber de

Abrindo o jogo com graduandos de Enfermagem: o sentido da comunicação em Saúde Mental / Albert Lengruber de Azevedo. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2014.

138 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

Orientador: Silvia Teresa Carvalho de Araújo

1. Comunicação. 2. Saúde Mental. 3. Graduandos de Enfermagem. – Teses. I. Araújo, Silvia Teresa Carvalho (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

**ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM:
o sentido da comunicação em Saúde Mental**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 10/06/2014.

MEMBROS EFETIVOS

.....
Prof^ª Dr^ª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, EEAN/UFRJ
Presidente

.....
Prof^ª Dr^ª Mariluci Alves Maftum, UFPR
1^ª Examinadora

.....
Prof^ª Dr^ª Lílian Hortale de Oliveira Moreira, EEAN/UFRJ
2^ª Examinadora

MEMBROS SUPLENTES

.....
Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo, EEAP/UNIRIO

.....
Prof^ª Dr^ª Maria Manuela Vila Nova Cardoso, EEAN/UFRJ

DEDICATÓRIA

Ao Eterno, na representação de um Deus vivo.

HOMENAGEM

À Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, que com toda sua essência me lapidou para o mundo da comunicação na Enfermagem hospitalar, e me fez enxergar o quão gritante é a influência dos sentidos corporais na identificação da “estrutura escondida” que paira sobre o universo humano. Suas reflexões, ensinamentos, acreditação, apoio constante, palavras sensatas, orientações intensas e a maneira com que percebe o mundo, tornaram-me uma pessoa melhor. Foste mais que uma Orientadora nessa “construção diária” que é a vida.

AGRADECIMENTOS

Aos que me prepararam para vida e para o mundo, meus pais, Alcir Lengruber de Azevedo e Rita de Cássia de Assis. Vocês fizeram com que eu compreendesse, a cada dia, mesmo que silenciosamente, que a vida é muito curta para se ter aquela velha opinião formada sobre tudo.

Aos meus irmãos: Daniele Lengruber de Azevedo Aguiar e Alcir Lengruber de Azevedo Júnior, que me fazem acreditar que na vida tudo se conquista quando se é determinado.

À minha Madrinha Arlinda Regina Viana Azevedo, que cedeu seu coração como ventre para que nele eu pudesse habitar. Tenho tanto orgulho de tudo o que aprendi com você! Meus passos foram guiados pelas suas orações, meu mundo se transformou com a sua musicalidade. Mais que uma Madrinha, você é um exemplo de mãe, amiga e mulher.

Aos pacientes em sofrimento psíquico, pois sem eles eu não me reconheceria como enfermeiro. Vocês foram os grandes responsáveis para que eu pudesse “perceber” o Ser humano além da doença, a Enfermagem como uma profissão caritativa e o cuidado como um elemento motriz da vida.

Aos graduandos de enfermagem, sujeitos desta pesquisa, que trouxeram suas histórias pessoais e/ou profissionais e me permitiram nelas me deleitar para abrir o jogo sobre a comunicação, os comportamentos, a interação e o cuidado na área hospitalar de saúde mental. Sou grato por cada frase, expressão e apontamento compartilhado. A todos, o meu muito obrigado!

Aos Professores do Programa Curricular Interdepartamental X, nas pessoas de Hércules Rigoni, Lílian Hortale, Virgínia Dutra e Jaqueline Silva que, com muita presteza, cederam espaço no cronograma da disciplina para a realização da coleta de dados.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Clientes de Alta Complexidade, nas pessoas de: Lílian Felipe, Giselle Barcellos, Joselena Aquino, Débora Ribeiro, Castorina Duque, Thalita Torchi, Alessandra Moreira, Bruna Tavares, Soraia Furtado, Dóris Cruz, Viviane Ganem, Verônica Louzada e Keila do Carmo. Vocês, “pessoas”, fizeram parte desta construção.

Aos colegas do Curso de Mestrado Graciete Costa, Gabriela Adão, Keila do Carmo, Fábio Guilherme e Veronica Haddad, por trazerem suas contribuições nos momentos em que mais me sentia limitado, restrito ao desenvolvimento deste estudo.

À Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que me recebeu de braços abertos, como o “Cristo Redentor”, e me permitiu (re)configurar uma nova identidade profissional.

Aos Professores que fizeram parte da construção deste estudo: Mariluci Alves Maftum, Lilian Hortale de Oliveira Moreira, Maria Manoela Vila Nova Cardoso, Lia Carneiro Silveira, Nébia Maria Almeida de Figueiredo. O meu muito obrigado por cada palavra, pelos apontamentos, reflexões e retorno às angústias e inquietações. Que o Eterno continue abençoando a vida de cada uma, sempre!

Ao Departamento de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, nas pessoas de Sônia Xavier e Jorge Anselmo, por se mostrarem sempre disponíveis quando precisei.

AZEVEDO, Albert Lengruber de. Abrindo o Jogo com Graduandos de Enfermagem: o sentido da comunicação em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2014.

Estudo cujos **objetivos** foram identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente na hospitalização em Saúde Mental; e descrever como as percepções sensoriais influenciam na interação e cuidado na hospitalização. **Método:** qualitativo, exploratório e descritivo. O cenário para coleta de dados foi uma sala de aula de uma instituição pública de ensino superior, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa foram vinte e três graduandos de enfermagem, inscritos no Programa Curricular Interdepartamental X (PCI-X), do sétimo período do curso, que demonstraram interesse em relação ao objeto, e aceitaram, por demanda espontânea, participar dos dois momentos propostos. Deixaram de participar do estudo três graduandos, pois não estiveram presentes no segundo momento. Sua privacidade foi garantida através da identificação por letra “E”, inicial da palavra “Entrevistado”, seguido por numeral, conforme exemplo: (E1, E2, E3,..., E23). A pesquisa atendeu aos preceitos da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com o protocolo nº 260.221. Os instrumentos utilizados, como forma de produção do conhecimento, denominam-se “Jogo da Sorte” e “Técnica de Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”, ambas desenvolvidas por Araújo (2000) e readaptadas para esse estudo. Antes das atividades de produção de dados foi realizado um café da manhã, denominado de “café afetivo” - cuja proposta é a socialização e a afiliação do facilitador ao grupo pesquisado. Após o aceite do grupo e assinatura do termo de consentimento, se deu início a dinâmica de relaxamento ao som de uma música instrumental. A produção individualizada de desenhos, palavras e frases, após questão de pesquisa sobre a percepção da comunicação do paciente na hospitalização, permitiu a enunciação e discussão coletiva da produção. Todas as etapas foram gravadas, e os depoimentos transcritos, analisados e triangulados, o que resultou em duas categorias, intituladas: A comunicação percebida pelos sentidos e o sentido da comunicação. **Resultados:** A produção demonstra a comunicação percebida, verbalizada e indicativa de intervenção, aproximação, escuta ampliada e atenção. Os sentidos corporais percebem comportamentos, linguagens, mecanismos de defesa, aproximação, e necessidades de melhorias no cuidado. **Conclusão:** Os sentidos corporais registram e expressam a comunicação verbal e não verbal do paciente por meio da sensação, do comportamento e das condições do corpo que emanam necessidades de cuidado. Em contexto, permitem sensibilizar os graduandos para a amplitude de cada sentido e para uma comunicação pontual, capaz de atender as demandas do paciente. Conscientes, os graduandos assumiram a comunicação para dimensionar as concepções teóricas sobre o comportamento não verbalizado que dificulta a interação e o cuidado na área da saúde mental.

Descritores: Comunicação. Saúde Mental. Estudantes de Enfermagem.

AZEVEDO, Albert Lengruber de. Opening the game with undergraduate nursing students: the meaning of communication in mental health. Dissertation (Master's in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil, 2014.

Study whose **objectives** were to identify the sensory perceptions of nursing students about patient communication in the hospital for Mental Health; and describe how the sensory perceptions influence the interaction and care during hospitalization. **Method:** qualitative, exploratory and descriptive. The scenario for data collection was a classroom of a public institution of higher education located in the city of Rio de Janeiro. Survey participants were twenty-three nursing students, enrolled in the Curriculum Program Interdepartmental X (PCI-X), the seventh period of the course, who showed interest in the subject matter, and accepted, by spontaneous demand, participate in two proposed times. They ceased to participate in the study three graduate students, because the second times were not present. Your privacy is ensured through the identification letter "E" word initial "Respondent" followed by numeral as such: (E1, E2, E3,..., E23). The study met the provisions of Resolution nº 466, of December 12, 2012, was approved by the Research Ethics Committee of Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, with Protocol 260 221. The instruments used as a means of knowledge production, are called "Game Of Chance" and "Experience Technical Sociocomunicantes of the Senses", both developed by Araújo (2000) and re-purposed for this study. Before the data production activities was carried out breakfast, called "affective coffee" - whose purpose is socializing and the affiliation of the facilitator to the group researched. After the acceptance of the group and signing the consent form, if initiated dynamic relaxation to the sound of instrumental music. The individualized production of drawings, words and phrases, following research question on the perception of the patient communication in the hospital enabled the enunciation and collective production discussion. All steps were recorded and transcribed, analyzed and triangulated testimonials, which resulted in two categories, titled: Communication perceived by the senses and the sense of communication. **Results:** The production demonstrates the perceived communication, verbalized and indicative of intervention, approach, enhanced listening and attention. The body senses perceive behaviors, languages, defense mechanisms, approach, and needs improvements in care. **Conclusion:** The body senses record and express verbal and nonverbal communication of the patient by feeling, behavior and body conditions emanating care needs. In context, allow sensitize graduates to the amplitude of each direction and a specific communication, able to meet the demands of the patient. Aware, the graduates took the communication to scale the theoretical conceptions about the unspoken behavior that hinders the interaction and care in mental health.

Descriptors: Communication. Mental Health. Nursing Students.

AZEVEDO, Albert Lengruber de. Abriendo el juego con los estudiantes de enfermería de pregrado: el significado de la comunicación en salud mental. Disertación (de Maestría en Enfermería). Escuela Anna Nery de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, Brasil, 2014.

Estudio cuyos **objetivos** fueron identificar las percepciones sensoriales de los estudiantes de enfermería sobre la comunicación del paciente en el hospital para la Salud Mental; y describir cómo las percepciones sensoriales influyen en la interacción y el cuidado durante la hospitalización. **Método:** cualitativo, exploratorio y descriptivo. El escenario para la recolección de datos fue un salón de clases de una institución pública de educación superior ubicada en la ciudad de Río de Janeiro. Participantes en la encuesta fueron veintitrés estudiantes de enfermería, inscritos en el Plan de Estudios Programa Interdepartamental X (PCI-X), el séptimo período del curso, quien mostró interés en el tema, y aceptó, por la demanda espontánea, participar en dos tiempos propuestos. Ellos dejaron de participar en el estudio tres estudiantes de posgrado, porque la segunda vez no estuviera presente. Su privacidad está asegurada a través de la letra de identificación "E" inicial de palabra "Demandado", seguido por el número como por ejemplo: (E1, E2, E3,..., E23). El estudio cumplió con las disposiciones de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012, fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro, con el Protocolo 260 221. Los instrumentos utilizados como medio de producción de conocimiento, se les llama "Juego de azar" y "Experiencia Sociocomunicantes técnicas de los Sentidos", desarrollados por Araújo (2000) y re-utilizados para ese estudio. Antes de que las actividades de producción de datos se llevó a cabo el desayuno, el llamado "café afectiva" - cuyo propósito es socializar y la afiliación del facilitador para el grupo investigado. Después de la aceptación del grupo y firmar el formulario de consentimiento, si inicia la relajación dinámica al sonido de la música instrumental. La producción individualizada de dibujos, palabras y frases, a raíz de la pregunta de investigación sobre la percepción de la comunicación con el paciente en el hospital permitió a la enunciación y colectiva discusión producción. Se registraron todos los pasos y transcritas, analizados y testimonios, que se tradujo en dos categorías, tituladas triangulados: Comunicación percibido por los sentidos y el sentido de la comunicación. **Resultados:** La producción demuestra la comunicación percibida, verbalizado e indicativo de la intervención, el enfoque, el aumento de la escucha y la atención. Los sentidos del cuerpo perciben comportamientos, lenguajes, los mecanismos de defensa, enfoque, y necesita mejoras en la atención. **Conclusión:** Los sentidos del cuerpo se registren y que expresa la comunicación verbal y no verbal del paciente por medio de la sensación, de comportamiento y condiciones corporales que emanan necesidades de atención. En el contexto, permitir sensibilizar a los graduados a la amplitud de cada dirección y una comunicación específica, capaz de satisfacer las demandas del paciente. Consciente, los graduados tomaron la comunicación a escala las concepciones teóricas sobre el comportamiento tácito que dificulta la interacción y la atención en salud mental.

Descriptores: La Comunicación. La Salud Mental. Estudiantes de Enfermería.

AZEVEDO, Albert Lengruber de. Ouverture du jeu avec des étudiants en soins infirmiers de premier cycle: le sens de la communication en matière de santé mentale. Mémoire (en soins infirmiers de Master). Anna Nery École des sciences infirmières, Université Fédérale de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brésil, 2014.

Étude dont les **objectifs** étaient d'identifier les perceptions sensorielles des étudiants en soins infirmiers sur la communication patient à l'hôpital pour la santé mentale; et décrivent comment les perceptions sensorielles influencent l'interaction et de soins durant l'hospitalisation. **Méthode:** qualitative, exploratoire et descriptive. Le scénario pour la collecte des données était une salle de classe d'un établissement public d'enseignement supérieur situé dans la ville de Rio de Janeiro. Les participants au sondage étaient vingt-trois étudiants en soins infirmiers, inscrits dans le curriculum du Programme interministériel X (PCI-X), la septième période de cours, qui ont montré un intérêt dans le sujet, et a accepté, à la demande spontanée, participer à deux fois proposées. Ils ont cessé de participer à l'étude de trois étudiants des cycles supérieurs, parce que la deuxième fois ne sont pas présents. Votre vie privée est assurée par la lettre d'identification "E" mot initial "défendeur" suivie par le numéro en tant que tel: (E1, E2, E3,..., E23). L'étude a atteint les dispositions de la Résolution n° 466, du 12 Décembre 2012, a été approuvé par le comité d'éthique de l'école de soins infirmiers Anna Nery, Université fédérale de Rio de Janeiro, avec Protocole 260 221. Les instruments utilisés comme un moyen de production de connaissances, sont appelées "jeu de hasard" et "Expérience Sociocommunicantes techniques des Sens", tous deux développés par Araújo (2000) et re-conçu pour cette étude. Avant les activités de production de données a été effectuée le petit déjeuner, appelé "café affective" - dont le but est la socialisation et l'affiliation de l'animateur pour le groupe étudié. Après l'acceptation du groupe et en signant le formulaire de consentement, si elle est amorcée relaxation dynamique au son de la musique instrumentale. La production individualisée de dessins, de mots et de phrases, la question suivante de la recherche sur la perception de la communication avec le patient à l'hôpital a permis à l'énonciation et la discussion de la production collective. Toutes les étapes ont été enregistrées et transcrites, analysées et témoignages, qui ont abouti à deux catégories, intitulées triangulées: Communication perçue par les sens et le sens de la communication. **Résultats:** La production démontre la communication perçue, verbalisé et indicative de l'intervention, l'approche, l'écoute et l'attention accrue. Les sens du corps perçoivent des comportements, des langues, des mécanismes de défense, approche, et a besoin d'améliorations dans les soins. **Conclusion:** Le corps perçoit dossier et exprimer la communication verbale et non verbale du patient par le sentiment, le comportement et le corps conditions émanant besoins de soins. Dans ce contexte, permettra de sensibiliser les diplômés à l'amplitude de chaque direction et une communication spécifique, capable de répondre aux exigences du patient. Conscient, les diplômés ont pris la communication à l'échelle des conceptions théoriques sur le comportement tacite qui empêche l'interaction et les soins en santé mentale.

Descripteurs: Communication. De la Santé Mentale. Étudiants en Soins Infirmiers.

LISTA DE E IMAGENS

Imagem 1	Produção artística de graduandos de enfermagem - Técnicas “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	47
Imagem 2	<i>Sentido Coração:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	59
Imagem 3	<i>Sentido Olfato:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	66
Imagem 4	<i>Sentido Paladar:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	71
Imagem 5	<i>Sentido Audição:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	78
Imagem 6	<i>Sentido Visão:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	88
Imagem 7	<i>Sentido Tato:</i> “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) – Adaptadas	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Gênero, estado civil, idade dos graduandos de enfermagem e vivências anteriores com paciente em sofrimento psíquico	49
Quadro 2	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Coração</i>	54
Quadro 3	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Olfato</i>	61
Quadro 4	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Paladar</i>	67
Quadro 5	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Audição</i>	73
Quadro 6	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Visão</i>	83
Quadro 7	O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. <i>Sentido Tato</i>	90

SUMÁRIO

TRILHANDO O CAMINHO - COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA DE PESQUISA	17
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
▪ Objeto de Estudo	20
▪ Questões Norteadoras	23
▪ Objetivos	24
▪ Contribuições	24
▪ Plano de Disseminação	25
OS ELEMENTOS NORTEADORES DA PESQUISA	26
2. O TEMPO/ESPAÇO DA ENFERMAGEM NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.....	27
2.1 BASES CONCEITUAIS: POR UMA NOVA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	32
DELINEANDO AS ETAPAS DO ESTUDO	36
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
▪ Cenário	38
▪ Sujeitos	38
▪ Critério de Inclusão e Exclusão	38
DESCREVENDO OS ENCONTROS	40
3.1 PRIMEIRO ENCONTRO	41
3.2 SEGUNDO ENCONTRO	44
O EU, O TU E O NÓS POR INTEIRO NA ENFERMAGEM	48
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
▪ Primeira Categoria – A comunicação percebida pelos sentidos	53
▪ Segunda Categoria – O sentido da comunicação	96
▪ Produtos de Pesquisa	117
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	128
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
B – Formulário 1: Jogo da Sorte	130
C – Formulário 2: Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes	131
D – Produto de Pesquisa: Vídeo Educativo	132
E – Submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa	133
F – Solicitação para Autorização de Cenário de Pesquisa	134
G – Declaração de Orçamento Financeiro	135
ANEXOS	136
A – Autorização para a Pesquisa	137
B – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	138

Tudo é tão “normal”

*Não me repugne porque ouço vozes, vejo coisas, pessoas e outras mais.
Não me repugne porque não vivo no seu mundo “real”,
ou porque vivo no meu mundo “irreal”.
Não me atire pedras,
Tenho corpo, tenho mente, tenho alma.
Tenho vida.
Auxilia-me!*

Albert Lengruber de Azevedo

TRILHANDO O CAMINHO...

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA DE PESQUISA

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente Dissertação de Mestrado, inserida ao Núcleo de Pesquisa Enfermagem Hospitalar (NUPENH), da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), desenvolvida a princípio para ampliar o processo de ensino e de aprendizagem dos campos teórico e prático em Saúde Mental, valoriza as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem relativas à comunicação do paciente na hospitalização, e seus efeitos na interação e cuidado.

O termo “paciente sofrimento psíquico” será utilizado no decorrer desse estudo para fazer referência à pessoa que se encontra em sofrimento, àquela que recebeu um diagnóstico específico, o de uma doença mental, e que em sua essência pode não ser sofredor.

O interesse pela temática emerge do tempo na trajetória profissional da Enfermagem, sendo este o grande responsável por despertar meus sentidos e aguçar minhas percepções para as representações, significados, sentimentos, obstáculos e sensações, por vezes aversivas, outras não, no cuidado em saúde mental. De tal modo, parece inexplicável como o estigma, o medo e a dúvida, experimentados durante todo aprendizado da profissão, geram em mim curiosidade, estranheza, temeridade, encantamento e fascinação.

Na área da Saúde, as primeiras experiências de cuidar foram como Auxiliar de Enfermagem, em um Serviço da Atenção Básica. As diversas atividades que desempenhava nesse serviço, direcionavam o cuidado para a promoção, prevenção e reabilitação de crianças, adolescentes, adultos e idosos, nas mais diversas faixas etárias e gênero, com diversos diagnósticos clínicos, dentre esses o de uma doença mental.

Após alguns anos atuando nesse serviço, houve a oportunidade de aperfeiçoar os conhecimentos na área da Enfermagem - curso para formação de Técnicos em Enfermagem. Nessa época, em especial no estágio curricular do curso, em uma instituição hospitalar, especializada em doenças mentais e psiquiátricas, ocorreram minhas primeiras observações acerca da influência da comunicação na interação e cuidado na hospitalização.

E, na retrospectiva sobre o que vivenciava durante o estágio curricular do curso, algumas imagens relativas às atitudes de cada estudante ficaram retidas no meu inconsciente, como o distanciamento com os pacientes, o fato de evitarem sentar próximo, conversar, interagir, prestar a atenção, olhar nos seus olhos, apertar suas mãos, fazer um afago, puxar a cadeira, ouvi-los e/ou até mesmo sorrir.

Subsequente a essa experiência, iniciei a graduação em enfermagem, e nessa oportunidade, transcorrido pouco mais de seis semestres cuidando de pessoas hospitalizadas e

não hospitalizadas, senti a necessidade de direcionar meus conhecimentos para uma área específica, a saber, a saúde mental.

Iniciei as atividades profissionais como enfermeiro na área da saúde mental após dois anos de formado, especificamente em um hospital especializado em doenças mentais e psiquiátricas. Nessa época, a interação com os pacientes era constante, o que permitia percebê-los e, igualmente, ser percebido por eles, observar como se comunicavam com o outro, como agiam e interagiam no ambiente, como aderiam às modificações diárias deste serviço.

À época, os pacientes apresentavam padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesses e de atividade. Alguns aderiam limitadamente ao que lhes era proposto, agitavam e torciam as mãos, os dedos e/ou o corpo com frequência, enquanto outros apresentavam expressões faciais usualmente inexpressivas, que se caracterizavam muitas vezes a partir do contato visual direto; os gestos e expressões, considerados “comuns” pela equipe de enfermagem, nem sempre revelavam um ato comunicativo por parte do paciente.

Essa maneira com que percebo a comunicação dos pacientes na hospitalização em saúde mental encontra-se relacionada com o que Kapczinski; Quevedo; Izquierdo (2011) descrevem como “maneirismos”, ou seja, movimentos involuntários que caracterizam o modo próprio dos pacientes se comunicarem com o mundo exterior, realizados muitas vezes sem uma finalidade específica.

Após dois anos atuando com essa clientela, surge a oportunidade de lecionar a disciplina Saúde Mental em um Curso de Especialização vinculado a um setor das Forças Armadas. E nessa experiência, em especial na supervisão de estudantes do nível médio - Auxiliar de Enfermagem, no estágio curricular do campo prático hospitalar, o medo do desconhecido e de ser agredido por um paciente era diário, e estava explícito nas expressões corporais dos estudantes, ao passo que diante de uma alteração no comportamento do paciente, notava-se um distanciamento, tanto dos discentes como dos demais pacientes.

Esse distanciamento visível, e que se repetia com frequência nessa experiência de ensino e de aprendizagem com estudantes na área da saúde mental, favoreceu a construção de um laboratório vivo para o exercício do autoconhecimento e da autoanálise, a partir das percepções sensoriais e do reconhecimento das ações, atitudes, posturas e comportamentos adotados na interação com pacientes na hospitalização.

Ao valorizar o que foi contextualizado, e considerando as vivências e inquietações emergentes da formação e atuação profissional, delimitou-se como **Objeto de Estudo** a percepção sensorial de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente na

hospitalização em Saúde Mental, e seus efeitos na interação e cuidado.

A concepção de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não única e exclusivamente ausência de enfermidade, há tempos coloca a doença no plano da industrialização, plano esse marcado pela valorização das tecnologias, utilização de insumos, medições, efetivação de parâmetros biológicos e de prognósticos médicos, e suas implicações para o tratamento do paciente.

O que é considerado normal em uma pessoa pode não ser em outra; não há rigidez nesse processo, cuja fronteira é imprecisa para alguns e perfeitamente precisa para outros (SANTOS et al. 2011). Quem estabelece o estado da doença é, nessa perspectiva, o sofrimento, a dor, o prazer, os valores, enfim os sentimentos expressos pelo corpo subjetivo, que adoece (DIB; ABRÃO, 2013).

E, pensar na Saúde Mental nesse contexto é pensar a partir de um dualismo, o do corpo e o da mente, onde as diferentes teorias e os julgamentos subjetivos podem auxiliar as pessoas a adquirirem habilidades importantes para seu cotidiano e qualidade de vida; a refletir sobre os comportamentos, ações, reações, manifestações e atitudes, capazes de produzir e/ou reproduzir interferências na sua saúde física e/ou biológica, na de sua família e vida social.

Diversas são as condições clínicas presentes na hospitalização na área da saúde mental, e que podem alterar significativamente a vida das pessoas e de sua família, suas emoções e cognições; interferir na conquista de competências, desenvolvimento social, crenças, gerência, e prevenção de outras doenças (HART; JORM; PAXTON, 2012). A depressão, a ansiedade, a bipolaridade, a esquizofrenia e o retardo mental, são condições clínicas que envolvem alterações no comportamento da pessoa, e que por vezes inviabilizam a constante interação.

Na tentativa de identificar no Estado da Arte o que tem sido produzido sobre a temática da comunicação na área da saúde mental, diversas buscas foram realizadas nas bases eletrônicas LILACS, MEDLINE, BIREME, CINAHAL; e no PORTAL CAPS - o que permitiu encontrar o *locus* do conhecimento científico para, a partir dele, construir novos saberes em prol da Enfermagem.

Para tanto, foram utilizados primeiro, individualmente, os descritores: *comunicação; saúde mental; estudantes de enfermagem*, e depois combinações diversas entre eles. O operador booleano “and” foi adotado com a finalidade de refinar essa da busca.

Os critérios adotados para sua realização considerou grande parte dos estudos disponíveis na íntegra, nos idiomas Inglês e Português. A predeterminação de recorte temporal entre 1983 e 2014 incluiu a primeira publicação sobre a temática. Ressalta-se que

nesse recorte não foi evidenciado, em nenhuma das bases levantadas, estudos nos idiomas: Espanhol e Francês. Foram excluídas nessa busca cartas, editoriais, produções não relacionadas ao objeto, e estudos com duplicidade nas bases.

A busca individualizada e combinada utilizando os descritores permitiu encontrar 116 (cento e dezesseis) estudos, sendo 05 (cinco) desses desenvolvidos no Brasil, no idioma Português; e 111 (cento e onze) desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), no idioma Inglês. O assunto principal abordado foi: estudantes de enfermagem: (74); Bacharelato em Enfermagem: (51); Atitude do Pessoal de Saúde: (39); Competência Clínica: (24); Comunicação: (13); Docentes de Enfermagem: (12); Enfermagem Psiquiátrica: (11); Ensino: (9); Comunicação Interdisciplinar: (8); Relações Interprofissionais: (8); Papel do Profissional de Enfermagem: (7); Relações Enfermeiro-Paciente: (7); Diversidade Cultural: (6); Comportamento Cooperativo: (6); Educação em Enfermagem: (6); Competência Profissional: (5); Atitude Frente à Saúde: (5); Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde: (5); Aprendizagem Baseada em Problemas: (5); Empatia: (5), demonstrando assim a incipiência de estudos acerca da temática.

Para tanto, uma nova busca foi realizada, considerando a utilização de palavras: *comunicação, Enfermagem, percepção, interação, graduando de enfermagem, ensino de Enfermagem, aprendizagem de Enfermagem, doença mental, sofrimento psíquico, distúrbio mental, sentimento, emoção, sentidos corporais, órgãos dos sentidos, cuidado*. Foram encontradas na área de Enfermagem 02 (duas) teses, tendo uma como tema “a comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso técnico em Enfermagem”, e a outra “os sentidos corporais na aprendizagem da comunicação verbal e não verbal no cuidado hospitalar”. Essa evidencia, por sua vez, ratifica a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da temática da comunicação nesse campo de atuação.

O acesso aos estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Clientes de Alta Complexidade (CEHCAC), integrante ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) da EEAN/UFRJ, possibilitou a leitura atenta das produções desenvolvidas por Araújo (2000), pioneira na abordagem da comunicação e na compreensão da semiologia da expressão não verbal no cuidado de Enfermagem nos seus diferentes contextos, assim como dos estudos desenvolvidos sob sua orientação: Saes (2003), Duque (2005), Cruz (2006), Moura (2007), Coelho (2008), Cameron (2008), Koeppe (2009), Bax (2010), Vidal (2010), Oliveira (2011), Coelho (2012), Cardoso (2013), o que permitiu reconhecer os sentidos corporais como caminho para se construir novos saberes para o ensino do cuidado.

Etimologicamente, a palavra *comunicar* origina-se do Latim *communicare*, que significa "pôr em comum" (SILVA, 2012). Trata-se de um conjunto de movimentos integrados que calibram, regulam, favorecem, mantêm e, por si só, tornam possível a relação entre as pessoas.

Segundo Silva (2012), a comunicação pode se apresentar nas formas verbais e não verbais. A forma verbal exige a utilização de palavras pronunciadas ou escritas, e a não verbal todas as formas de comunicação associadas aos gestos, silêncio, expressões faciais, entonação no timbre da voz, intensidade do toque, aparência física, condições ambientais, postura corporal, posição adotada e distanciamento entre os corpos na interação.

Uma pessoa pode ser influenciada pela expressão corporal em 55% dos casos, pelo tom de voz em 38%, e pelo conteúdo verbal em 7% (ARAÚJO, 2000; SILVA, 2012). Corroborando outro estudo no cuidado de alta complexidade, a comunicação não verbal do paciente percebida por estudantes de enfermagem, pode chegar a 100% (ARAÚJO, 2000).

Comunicar é uma necessidade humana, de tal modo semelhante a respirar e/ou a beber água. É um recurso importante para a apreensão das dúvidas que surgem no decorrer da relação e que, por vezes, encontra-se pautada na confiança entre as pessoas (MORAIS et al. 2009). Não existe comunicação totalmente objetiva, isso porque ela se faz entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte com seus subjetivismos, experiências, culturas, valores, interesses e expectativas.

Na Enfermagem, especificamente, a comunicação se apresenta como o caminho para perceber as necessidades do paciente. É ela que permite o reconhecimento cultural da profissão, pois fala sobre o Ser como ele é. Comunicar, em linhas gerais, envolve a visualização de como nos apresentamos àqueles que iremos cuidar; a compreensão do que queremos em um senso comum; qual é a capacidade de perceber, de fato, a nossa interação; qual é o nível de troca de informação que somos capazes de ter com alguém que está precisando de ajuda, acalento e encorajamento; e de identificar o que as pessoas necessitam enquanto cuidado.

Na área da saúde mental, a comunicação é compreendida como algo constitutivo do Ser Humano, algo a ser investigado e entendido, isso porque coloca em "suspensão" alguns critérios considerados como "normalidade nosográfica", considerando como "normal" toda a capacidade humana de se comunicar (SILVA et al. 2000). Trata-se de um processo natural, uma tecnologia, uma arte, uma situação, uma ciência social capaz desvendar os comportamentos dos outros e as peculiaridades expressas dentro do campo interacional.

Para Silva (2012), a comunicação é o denominador comum nas relações humanas. É o

que auxilia as pessoas a compartilharem suas experiências, ideias e sentimentos cotidianos; a se relacionar como ser interdependente, modificando a si mesmo e toda sua realidade; é o que define com exatidão o grau de complexidade das respostas do corpo, enfermo ou não; é um elemento inerente aos seres humanos desde a sua concepção; e o que pode melhorar a qualidade da assistência à saúde, pois em todos os contextos revela sentimentos internalizados, e, sobretudo, a cultura de cada pessoa.

Segundo Barbier (2002), a comunicação é como a visão de um escultor diante da pedra, que, para fazer surgir sua arte, deve, antes de tudo, passar pelo trabalho do vazio, do impreciso, retirando todos os excessos, para ao fim mostrar sua forma, do inacabado para o que não se finaliza.

Comunicar na área da saúde, antes de qualquer obrigatoriedade acadêmica, exige a valorização da relação com o paciente; posteriormente, situá-lo nessa relação, isto é, ajudá-los na compreensão sobre quem é ele, suas necessidades, vontades, fragilidades; para depois, então, falar sobre sua doença. Pela complexidade desse processo, percebe-se que ele vai muito além da realização de Técnicas de Enfermagem.

E, ao considerarmos a comunicação, especificamente na relação com pacientes em sofrimento psíquico, alguns pontos devem ser valorizados pelos envolvidos: saber a hora de falar e de calar; discutir temas relevantes e apropriados a cada situação; saber ouvir, mesmo que seus pensamentos divirjam dos pensamentos do outro (TRAVELBEE, 1979). Comprometer significa transcender, interessar-se pelo bem-estar do outro, e esse compromisso ultrapassa todas as dimensões que envolvem a vida humana, pois vai além daquilo que é esperado, muito além das objetividades.

De tal modo, esse estudo intencionou responder às seguintes **Questões Norteadoras**:

- O que o graduando de enfermagem percebe como comunicação quando cuida de pacientes hospitalizados em saúde mental?
- Como essa percepção influencia na sua própria comunicação com o paciente?

Ao investigar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente em sofrimento psíquico, e seus efeitos na interação e cuidado, o que se pretende é saber como acontece essa comunicação, e que reações desencadeiam, especificamente nesses graduandos, as alucinações auditivas e/ou visuais, as falas coerentes ou incoerentes e as alterações do comportamento. Em síntese, apreender as linguagens não verbais que surgem diariamente na hospitalização.

Para responder às questões acima, foram estabelecidos os seguintes **Objetivos**:

- Identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente na hospitalização em Saúde Mental;
- Descrever como as percepções sensoriais influenciam na interação e cuidado na hospitalização.

Mesmo não sendo uma novidade absoluta para formação profissional do enfermeiro, a valorização da comunicação, ainda pouco abordada no ensino, favorece uma discussão sobre os comportamentos adotados em saúde mental, e que quando não compartilhados durante essa experiência podem funcionar como empecilho para cuidar na hospitalização. A interação não deve, portanto, ser conduzida verticalmente, todos devem se reconhecer juntos, aprender a partir das oportunidades, repensando ações, comportamentos e atitudes (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011).

Neste estudo, os sentidos corporais serão utilizados para identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem relativas à comunicação do paciente na hospitalização. Em contexto, eles permitem compreender como é a relação com o outro, a comunicação de “si mesmo”, o reconhecimento do seu “eu terapêutico” (TRAVELBEE, 1979; PEPLAU, 1990). Para Araújo (2000), os sentidos corporais são canais de comunicação utilizados associadamente; eles são capazes de formar um padrão de comunicação a partir dos significados apreendidos do mundo; eles podem garantir a captação da mensagem, muito embora sua compreensão necessite considerar o ponto de referência, isto é, um ponto de partida.

Ainda que a comunicação tenha contexto, os sentidos corporais são fortes aliados no ensino e na aprendizagem, quando associados aos conhecimentos técnico e científico, e tornam-se abrangentes e de qualidade quando faz brotar nos envolvidos a capacidade de se colocar no lugar do outro, de ver o mundo através de suas pupilas e lentes (ARAÚJO, 2000). Compreender através da visão é mais do que simplesmente olhar; é morar e demorar no corpo, no tempo e no espírito.

Este estudo visou as seguintes **Contribuições**: para o ensino de Enfermagem, que seja dado maior enfoque à comunicação, pois coloca em relevo o aspecto subjetivo da profissão. No que tange à pesquisa, permitirá reflexões importantes sobre a produção de conhecimento, a partir dos sentidos corporais na tradução da comunicação durante a prática do cuidar, além de fortalecer os estudos centrados na comunicação e no ensino do cuidado hospitalar, realizados pelo Grupo de Pesquisa e Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade, do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar da EEAN / UFRJ. Em

relação à assistência, destacará a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes hospitalizados, buscando melhorar a interação e, subsequente o cuidado.

O **Plano de Disseminação** dos resultados do estudo contempla a publicação de artigos em revistas Internacionais, *Qualis A*, sobre como o graduando percebe a comunicação do paciente em sofrimento psíquico, e sobre a influência da Comunicação e comportamento na interação e cuidado na hospitalização em saúde mental; a apresentação em eventos de pesquisa Nacionais e Internacionais, dentre os quais: VII Seminário Internacional de Núcleos de Pesquisas na Enfermagem (SINPEN), Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), 21º Pesquisando em Enfermagem, 65º e 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem e IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental.

OS ELEMENTOS NORTEADORES DA PESQUISA

2. O TEMPO/ESPAÇO DA ENFERMAGEM NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

Os primeiros relatos sobre a origem das doenças mentais ocorreram na Grécia, e possui relação direta com a possessão de espíritos malignos no organismo da pessoa e/ou a evasão da sua alma terrena. Acreditava-se, pois, que as frases enigmáticas por eles proferidas aproximavam os homens das ordens dos deuses que habitavam Olimpo (AMARANTE, 2011).

Ainda na Grécia, outra concepção sobre a origem das doenças mentais era a de que ao se movimentar pelo corpo, o útero atingia o cérebro, causando nas mulheres falta de ar, palpitações e até mesmo complicações maiores. Para tanto, recomendava-se, como terapêutica, o casamento das moças solteiras e viúvas, além de banhos vaginais com ervas, cuja finalidade era atrair o útero para o seu local de origem (AMARANTE, 2011).

Em Roma, Galeano afirmava de que a retenção do líquido feminino decorrente da abstinência sexual causava envenenamento do sangue, o que originava as convulsões (AMARANTE, 2011). E, a partir das causas somáticas, pela primeira vez deu-se a descrição de *histeria*¹, atribuída ao descolamento do útero (*histero*) por falta de atividades sexuais (Op. Cit. 2011). A causa da histeria, até então entendida como sexual-mecânica, passou a ser compreendida como sexual-bioquímica, diferentemente do que afirmava o paradigma grego.

Na Renascença e no Mercantilismo, a doença mental ganhou uma nova identidade, passando a ser considerada ociosidade e preguiça (AMARANTE, 2011). Aqueles que se encontravam perambulando pelas ruas e/ou constituíssem ameaça para a sociedade, eram passíveis de aprisionamentos em cadeias e porões dos castelos.

A partir do final do século XVIII, a doença mental começou a ser considerada como objeto de intervenção médica, passível de cura, com necessidade de um local específico para o seu tratamento (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Com a observação do paciente e dos seus sinais e sintomas, a medicina moderna aprimorou seus saberes, por intermédio do conhecimento empírico (PAES, 2009). Diante disso, criaram-se os hospícios, considerados à época como espaços apropriados para os pacientes. Então, conforme a evolução e a descrição da doença pela medicina, deu-se início ao emprego de uma linguagem própria, assim como a sistematização da observação e a organização da experiência vivida junto à pessoa enferma.

O reconhecimento da Psiquiatria como especialidade, assim como a criação de espaços hospitalares especializados, aconteceu por intermédio de William Tuke (1732-1822) e Vincenzo Chiarugi (1759-1820), respectivamente, na Inglaterra e na Itália (AMARANTE,

¹ Terminologia descrita na Psicanálise como uma neurose complexa, que se caracteriza por instabilidade emocional.

2011). Em 1793, Philippe Pinel (1745-1826) iniciou a organização do primeiro hospital psiquiátrico, situado na França, sendo influenciado pela Revolução Francesa e seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, pelo fortalecimento do pensamento positivista e, subsequentemente, pela medicalização do hospital (Op. Cit. 2011).

Ao chegar ao Brasil, Pinel trouxe ideias que provocaram um movimento em prol da construção de instituições como as da Europa, tendo como lema “Aos loucos, o hospício!”. Com isso, foram construídos e inaugurados na segunda metade do século XIX, no Rio de Janeiro e em São Paulo, os dois primeiros hospícios brasileiros, hospitais destinados ao tratamento de pacientes em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2011).

O termo *hospital* origina-se do Latim “*hospitale*” que significa hospedaria, hospedagem. Sua origem remete há séculos, uma vez que a história registra a existência de hospitais cristãos nos anos 369-372 d.C. com a missão de dar abrigo, alimento e acalento às almas por meio da caridade, dádiva que deveria possuir o bom cristão, além de praticar a palavra de Deus, servindo ao próximo necessitado, com a preocupação de salvar a alma, sem visar a cura ou o tratamento físico (AMARANTE, 2011).

À época, essas almas eram os devassos, as prostitutas, os pobres, os delinquentes, os desabrigados, os leprosos, os que viviam em sofrimento psíquico e aqueles que estavam morrendo. Essa forma de cuidado subsistiu na Europa até meados de 1780, e somente no século XVIII, com o desenvolvimento da medicina e a entrada dos médicos no hospital, passou a ser considerada, ainda que em caráter experimental, como instrumento terapêutico e de cura.

Na segunda metade do século XIX, no Brasil, a Enfermagem não possuía distinção profissional nem funcional, mas retratava o cuidado que era realizado por religiosas e leigas. Os primeiros a desenvolverem a profissão como ocupação foram aqueles que atuavam nas instituições psiquiátricas, denominados “enfermeiros práticos” (PAES, 2009). Cabe ressaltar que, no Brasil, a Enfermagem Psiquiátrica tem início com a criação da primeira escola profissional de enfermeiros, em 1890, no Rio de Janeiro; surge como profissão no final do século XIX, e no século XX torna-se uma especialidade com papéis e funções únicas.

A partir dos primeiros anos do século XX, o conceito de institucionalização de pacientes em sofrimento psíquico difundiu-se por todo o Brasil, encarcerando milhares de pessoas nos manicômios e hospícios (BRASIL, 2004). Pelo princípio do isolamento vigente à época, as pessoas ficavam separadas das demais para serem observadas e conhecidas; subsequentemente, esse isolamento permitia que fossem gerenciadas.

Concomitantemente a esse período, houve a mercantilização da doença mental, principalmente no início da década de 40, fato que pode ser observado pelo número de leitos psiquiátricos disponíveis na ocasião: 56 mil (PAES, 2009). Essa mercantilização possibilitou a visualização de alguns elementos presentes no hospital, que dificultavam o cuidado a esses pacientes como, por exemplo, o despreparo dos profissionais de saúde, o espaço físico para a movimentação dos pacientes, os locais para realização de grupos terapêuticos, além dos resquícios de concepções convencionais que eles representavam um risco para os outros pacientes.

A primeira e mais conhecida instituição psiquiátrica do Brasil foi o Hospício Pedro II, situado na cidade do Rio de Janeiro, que era a capital imperial (PAES, 2009). Com o início do funcionamento dessa instituição, houve necessidade de contratação de mão de obra menos onerosa para realizar os serviços auxiliares no atendimento aos até então considerados “alienados”.

Com a Proclamação da República, ocorrida em 15 de novembro de 1889, o Estado e o Clero sofreram uma quebra de aliança, que resultou na saída das irmãs de caridade da direção das diversas Santas Casas de Misericórdia existentes no Brasil, iniciativa que deixou sem assistência as pessoas enfermas nelas internados (PAES, 2009). Após esse fato, designou-se a responsabilidade de manutenção dos hospitais ao Estado, e sua direção, aos médicos.

Nesse mesmo ano o Hospício Pedro II foi separado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados (BELMONTE *et al.* 1998). Com a saída das religiosas, houve uma crise de pessoal nos hospitais e, principalmente no hospício, tendo em vista que neles a quantidade de pacientes era superior à das Santas Casas de Misericórdia. Essa situação fez com que o Governo Provisório da Primeira República instituísse, nas dependências do Hospício Nacional de Alienados, a criação primeira escola profissionalizante em Enfermagem no Brasil² (PAES, 2009).

Seu objetivo era transformar os enfermeiros práticos em profissionais capazes de atuar no hospício e na Santa Casa de Misericórdia. Seu currículo de formação consistia em adquirir noções práticas de higiene hospitalar, curativos, noções gerais de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias e aplicação de balneoterapias, entre outras atividades (SOUZA; MOREIRA; PORTO, 2005).

² Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), criada através do Decreto nº 791 em 23 de setembro de 1890. É considerada a primeira Escola de Enfermagem do país. E, em 17 de setembro de 1942, através do Decreto Lei nº 4725, sua denominação foi alterada para Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. Posteriormente, pelo Decreto Lei 7055, de 18 de novembro de 1944, a Escola recebeu a denominação de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), que permanece até a presente data.

Em 1923 foi fundada, no Rio de Janeiro, aquela que é hoje a Escola de Enfermagem Anna Nery. Inicialmente denominada Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1926 teve seu nome modificado para Escola de Enfermagem D. Ana Nery. Esta Escola demarcou, no Brasil, a implantação de um modelo de ensino e de prática de Enfermagem moderna, segundo os princípios do modelo Nightingaleano, acrescida da vinda de enfermeiras norte-americanas, que desempenharam o papel de agentes civilizadores, primeiramente junto aos sanitaristas brasileiros, mas, principalmente, na orientação cotidiana de suas jovens alunas, não só modelando-lhes o comportamento, mas também imbuindo-lhes uma mística correspondente à criação de uma nova profissão feminina que, por mais de meio século, mediante processo continuado do movimento colonizador, seguiu adotando as técnicas, os modelos assistenciais e os paradigmas teóricos da Enfermagem de seu país.

O curso de Enfermagem visava a formação de enfermeiras sanitaristas para atuar na área de saúde pública. Dentre as disciplinas do currículo havia aquela cuja ênfase destinava-se à psiquiatria, denominada “a arte de enfermeira em doenças nervosas e mentais”. Seu conteúdo teórico era ministrado por um médico psiquiatra, e nos seus primeiros anos não disponibilizava aulas práticas (SOUZA; MOREIRA; PORTO, 2005).

Por força da Lei nº 775/49, iniciaram-se os estágios e as aulas práticas de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem D. Ana Nery, uma vez que esta Lei exigia que ocorressem em todos os campos assistenciais de saúde. O estágio consistia na realização da higiene dos pacientes, na oferta da alimentação e na realização de técnicas. Dentre as dificuldades encontradas pelos professores e estudantes da época, uma delas era não haver um modelo de enfermeira em psiquiatria para que pudessem se espelhar, pois nas instituições psiquiátricas não havia enfermeiras diplomadas, sendo o serviço conduzido por pessoas sem formação superior, o que corresponderia hoje ao trabalho executado por um Técnico (PERES; BARREIRA, 2008).

Segundo Villela; Maftum; Paes (2009), até a década de 60, o ensino de Enfermagem encontrava-se direcionado para os ensinamentos de biologia, fisiologia e medicina, com ênfase nas técnicas e nos aspectos clínicos da doença, levando o enfermeiro a se ocupar principalmente de atividades burocráticas.

Após a criação da primeira Lei de Diretrizes e Bases para o Ensino (Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) fundada em 1926, sob a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Brasileiras Diplomadas, enviou ao Conselho Federal de Educação sugestões como o Anteprojeto do Currículo Mínimo. O documento foi submetido à Comissão Central de Revisão dos Currículos, que elaborou e

encaminhou àquele Conselho o Parecer nº 163/72, apresentando mudanças em sua estrutura como, por exemplo: a Saúde Pública foi transformada, passando de Especialização para Habilitação, isso por opção do graduando; e o acréscimo da habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O currículo de Enfermagem passou, então, por nova reformulação a partir da Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972 (MAFTUM, 2004). A habilitação em Enfermagem Psiquiátrica não foi, a princípio, disponibilizada.

Dentre os objetivos da nova Lei de Diretrizes Curriculares (LDB, 1996), destacam-se: permitir a construção do perfil acadêmico; formar profissionais com competências, habilidades e conteúdos, isso dentro de uma perspectiva que contemple a utilização de abordagens atuais, formação pertinente e compatível com as referências nacionais e internacionais para atuar com qualidade, eficiência e resolutividade (BRASIL, 2001).

Mesmo decorridas algumas décadas após a reformulação do currículo da Enfermagem e da Psiquiatria, percebe-se que ainda se perpetua a concepção de doença mental, conforme concebido pelos modelos da Psiquiatria convencional, pautada na exclusão social e na medicalização dos manicômios, sem haver modificações de comportamento, de concepções e de melhorias das práticas de cuidado.

Apesar de ter seu início nos anos 70 do século passado, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda se encontra em constante estruturação, que não ocorre de forma consensual (AMARANTE, 2011). Com a aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos pacientes em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, nota-se uma conquista no sentido de concretizar os ideais daqueles que se empenharam em transformar “para melhor” as formas de tratamento a essas pessoas (BRASIL, 2001a). Essa lei trouxe parâmetros normativos quanto aos direitos do paciente em sofrimento psíquico, assim como as responsabilidades do Estado na promoção da saúde mental e as formas de internação em hospitais psiquiátricos e em serviços extra-hospitalares.

A Lei 10.216/2001, por sua vez, não tem como enfoque a reformulação imediata de conceitos, por isso, no ensino de enfermeiros, deve estar conjugada a conteúdos, pela oportunidade de trabalhar questões que envolvem a forma de perceber a pessoa, o comportamento e a doença no cenário da saúde. De tal modo, ao se trabalhar diferentes constructos teóricos, é possível vencer a estigmatização que ainda prevalece em relação ao paciente em sofrimento psíquico.

Não é demais lembrar que o estigma é um invasor sutil e difícil de combater, porque tem relação direta com componentes cognitivos e comportamentais, resultantes de ideias

preconcebidas, que geram medo do desconhecido, podendo ainda ser fortalecido por fatores culturais e juízo de valores. Sendo assim, modificar a visão da sociedade em relação à pessoa em sofrimento psíquico e/ou ampliar a maneira de percebê-la, é uma tarefa difícil cuja solução não acontece de um dia para o outro, por envolver práticas e estruturas já fixadas socialmente, assim como em cada pessoa. Todavia, um dos passos para essa reversão de conceitos seja talvez a valorização da interação humana nos espaços dialógicos de formação.

2.1 BASES CONCEITUAIS: POR UMA NOVA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Os pressupostos teóricos escolhidos para dar sustentação a este estudo foram adaptados a partir das concepções da primeira teórica de Enfermagem, desde Florence Nightingale, Hildegard Peplau, que criou a Teoria da Enfermagem de Médio Alcance das Relações Interpessoais (1952), e de Joyce Travelbee que, em sua teoria, contemplou o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa na Área da Saúde Mental e psiquiátrica (1960) (GEORGE, 2000).

A escolha por essas teóricas da Enfermagem justifica-se pelo fato de suas concepções teóricas e filosóficas estarem relacionadas à visão de mundo dos pesquisadores deste estudo, além de serem elas norteadoras de quatro conceitos fundamentais que revelam a comunicação em toda sua conjuntura: o ser humano, o ambiente, a saúde-doença e a Enfermagem.

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em Reading, Pensilvânia, Estados Unidos da América, em 01 de setembro de 1909. Filha de pais imigrantes, Gustav e Otyllie Peplau, com descendência alemã, e segunda de seis filhos. Seu pai era um trabalhador analfabeto, e sua mãe, uma pessoa opressiva e perfeccionista. Quando criança, Peplau testemunhou a devastadora epidemia da gripe de 1918, uma experiência pessoal que exerceu grande influência na compreensão do impacto da doença e da morte de famílias.

Embora o ensino superior nunca tivesse sido discutido em sua casa, Hildegard Peplau possuía temperamento forte, com motivação e visão para crescer além dos papéis femininos tradicionais à época. Em 1945, ao fim da Segunda Guerra Mundial, fez parte de um grupo de enfermeiras do Exército dos Estados Unidos, dedicando grande parte do seu tempo ao Hospital de Neuropsiquiatria existente na Inglaterra. Depois da guerra, ajudou a reformular o sistema de saúde mental desse país através da promulgação, em 1946, da Lei Nacional de Saúde Mental (GEORGE, 2000).

Idealista, queria mais da vida. Sabia que a Enfermagem seria uma das poucas profissões para as mulheres de seu tempo. Nos Estados Unidos, no Bennington College, formou-se Bacharel em Psicologia Interpessoal em 1943, após estudar as instalações psiquiátricas do Bellevue and White Institute, procurando entender e desenvolver a teoria interpessoal de Harry Stack Sullivan, com a finalidade de aplicá-la à prática de Enfermagem.

Obteve os títulos de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Doutora em Desenvolvimento Curricular pelo Tachs College da Universidade de Colúmbia, onde atuou como professora e diretora do Programa Avançado em Enfermagem Psiquiátrica, de 1947 a 1953, período em que formulou sua teoria, além de ajudar a revolucionar o trabalho acadêmico de enfermeiras interessadas na temática (GEORGE, 2000).

Enquanto professora, tornou obrigatória a entrevista de Enfermagem com os pacientes, o registo e o estudo acerca dos padrões de interação, e com base nessas anotações e na própria experiência, formulou as definições de ansiedade, conflito e frustração.

Obteve formação em Psicanálise pelo Instituto William Alanos White de Nova York (GEORGE, 2000). Em 1952, lançou o livro *Interpersonal Relations in Nursing* no qual descreveu a Teoria das Relações Interpessoais, teoria essa centrada na relação entre a enfermeira e o paciente, que contribui até hoje para o desenvolvimento da Enfermagem, em especial para a especialidade de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (Op. Cit. 2000).

Sua obra gerou uma mudança na natureza da relação entre o enfermeiro e o paciente, isso porque, anteriormente, a prática de Enfermagem contemplava ações sobre, para e pelo paciente (HOWK, 2004). Peplau foi pioneira no tratamento de pacientes com alterações de comportamento e de personalidade. É lembrada pelos enfermeiros em todo o mundo como a "mãe da Enfermagem psiquiátrica". Sua influência transcendeu a especialidade da Enfermagem, gerando um profundo efeito sobre a profissão, suas práticas e as ciências de uma forma geral (GEORGE, 2000).

Enquanto líder, ela enfatizou a necessidade de avançar nos padrões educacionais, influenciando positivamente na autorregulação da prática da Enfermagem por meio do credenciamento dos profissionais. Segundo Howk (2004), Peplau trouxe grandes contribuições para a ciência de Enfermagem, assim como para a Enfermagem Psiquiátrica como especialidade, através do desenvolvimento do paradigma das relações interpessoais.

Peplau usou o conhecimento retirado da ciência comportamental, especificamente no que se conhece como modelo psicológico, para elaborar a sua Teoria. Esse conhecimento permitiu que a Enfermagem começasse a se afastar de uma orientação de doença para outra,

na qual o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos passou ser explorado e incluído nas intervenções assistenciais (HOWK, 2004).

Para o desenvolvimento de sua Teoria, elencou os conhecimentos advindos da Teoria da Personalidade, de John Dollard e Neal Miller, ao perceber que a relação entre pessoas centrava-se em mecanismos de ajuste, psicoterapia e em princípios de aprendizagem social; da Teoria de Harry Stack Sullivan, precursor na área da Psiquiatria moderna que, ao ampliar a psicanálise Freudiana básica e trabalhar a inclusão de determinantes culturais e sociais, enfatizou o desenvolvimento das relações interpessoais como um prolongamento necessário à psicanálise; da Teoria psicanalítica, para termos da teoria de aprendizagem, que auxiliou na criação de fundamentos para que os behavioristas ingressassem na área da terapia; e da Teoria do Modelo de Resposta ao Estímulo, de Ivan Petrovich Pavlov, que influenciou nos princípios de aprendizagem social, postulados por Miller (GEORGE, 2000).

A teoria de Peplau descreve quatro conceitos fundamentais que se complementam: o conceito de Enfermagem, de pessoa, de saúde e de ambiente (GEORGE, 2000). Peplau foi considerada a enfermeira do século XX e destacada na área da Psiquiatria. Faleceu em 17 de março de 1999, aos 89 anos, em sua casa na Califórnia, nos Estados Unidos. A partir do seu trabalho, o processo interpessoal passou, de forma consciente e efetiva, a fazer parte do ensino e da prática da Enfermagem (Op. Cit. 2000). Por isso, considera-se que a vida e o trabalho de Peplau produziram as maiores mudanças na prática de Enfermagem depois de Florence Nightingale, tornando-a digna de várias honrarias ao longo da sua vida (HOWK, 2004).

A segunda teórica que trouxe grandes contribuições para a Enfermagem em Saúde Mental foi Joyce Travelbee. Nascida em 1926 nos Estados Unidos da América, formou-se enfermeira pela Universidade de Nova Orleans em 1946, iniciando seu mestrado no mesmo ano, na Universidade de Yale. Em 1952, começou a trabalhar como educadora, ensinando Enfermagem Psiquiátrica. Em 1959 recebeu o título de mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado da Louisiana (GEORGE, 2000).

Na década de 60, dedicou-se à realização de pesquisas na área da Enfermagem, além de publicar seu primeiro livro, que contempla questões sobre o relacionamento interpessoal, denominado *Interpersonal Aspects of Nursing*. Em 1969 publicou seu segundo livro, em Espanhol, intitulado *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*.

Em 1970, foi nomeada Diretora da Escola de Enfermagem do Hotel Dieu, em Nova Orleans. Em 1971, seu primeiro livro foi reeditado. Em 1973, começou o programa de doutorado na Flórida, concomitantemente à função de Diretora da Educação Pós-Universitária

da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Louisiana (GEORGE, 2000). Ainda em 1973, aos 47 anos, faleceu em sua residência por causa desconhecida.

No primeiro livro, (re)discutido e complementado na segunda publicação, Travelbee traz a definição de Enfermagem psiquiátrica, demonstrando ser uma pessoa com conhecimento, interessada em ajudar os outros e a si mesma, em prevenir enfermidades, promover a saúde e ajudar os doentes a encontrar um sentido na vida, a partir de sua doença (TRAVELBEE, 1979).

Travelbee recebeu forte influência do catolicismo, o que resultou na valorização do aspecto espiritual da pessoa cuidada pela enfermeira. Foi influenciada por Jean Orlando - sua orientadora no mestrado, no que se refere ao relacionamento interpessoal. Sua teoria está fortemente embasada em Viktor Frankl, nos conceitos da Logoterapia. Apresenta ideias atuais no trabalho com pacientes em sofrimento psíquico, tanto que é uma das autoras mais usadas como referencial teórico na área de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil (GEORGE, 2000).

Os pressupostos da teoria de Travelbee contemplam que a finalidade do cuidado é conseguida através do estabelecimento do relacionamento pessoa-a-pessoa; que somos seres humanos únicos, mas similares em nossa natureza; que a maioria das pessoas experimentará – pelo menos uma vez na vida, em uma ou outra situação, a alegria, a felicidade e o amor; que todos os seres humanos vivenciarão a doença, a dor e morrerão um dia; que os termos *paciente* e *enfermeira* são estereótipos “úteis”, utilizados somente para facilitar a comunicação; que a qualidade e a quantidade do cuidado oferecido ao paciente são influenciadas pela percepção da enfermeira e do paciente; que para estabelecermos o relacionamento terapêutico, é necessário ir além dos papéis de enfermeira e paciente; que a doença e o sofrer são experiências espirituais, físicas e emocionais (TRAVELBEE, 1979).

Contempla ainda que a enfermeira estabelece um relacionamento através da comunicação; que a comunicação pode ajudar as pessoas a encontrar um significado na doença; que a bagagem filosófica do doente e de sua família ajuda a encontrar um significado na experiência da doença; que a ajuda é uma responsabilidade da enfermeira (TRAVELBEE, 1979).

A partir das reflexões teóricas aqui levantadas, percebe-se que Hildegard Peplau e Joyce Travelbee foram consideradas revolucionárias para o seu tempo porque, como enfermeiras, fizeram da profissão um caminho de percepção, em que ao olhar para si mesma e para o outro identificaram necessidades que só podem ser supridas a partir do autoconhecimento.

DELINEANDO AS ETAPAS DO ESTUDO

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O estudo encontrou inspiração na pesquisa intitulada: Os Sentidos Corporais dos estudantes no Aprendizado da Comunicação não verbal do paciente na Recepção Pré-Operatória: uma semiologia da expressão através da Sociopoética³, desenvolvida por Araújo (2000). O referencial metodológico aqui adotado contempla a utilização de algumas de suas concepções sobre comunicação, sentidos sociocomunicantes e cuidado de Enfermagem.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, uma vez que se propõe a explorar o objeto, percorrendo sobre o conhecimento compartilhado com os participantes. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória possibilita uma visão geral e aproximada sobre determinado fato. Seus objetivos principais são o aprimoramento de ideias e a descoberta de intuições. A abordagem qualitativa foi priorizada, visto que o fenômeno estudado não pode ser entendido de modo quantitativo, sendo necessária uma forma de conhecimento que permita ampliar suas interpretações, ou seja, que vá além de dados puramente objetivos (TRIVIÑOS, 1987).

Esse método de pesquisa têm suas raízes na área da Antropologia, e há tempos aparece nas práticas desenvolvidas pelos sociólogos em seus estudos sobre a vida em comunidade. Ademais, permite um maior aprofundamento acerca da realidade estudada, e contempla alguns aspectos que não podem ser numerados, possibilitando ao pesquisador um contato mais próximo com a realidade. Em resumo, *“a abordagem qualitativa requer atitudes fundamentais, dentre as quais: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”* (MINAYO, 2010).

Complementando, Chizzoti (2003) afirma que esta abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre um mundo objetivo e sua subjetividade, os aspectos importantes ao pleno conhecimento do pesquisador, e que abrangem temas que podem estar vinculados à área de interesse.

Este estudo atendeu aos preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado com o protocolo nº 260.221, de 30 de abril de 2013, após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Tese desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery, no ano 2000, que valorizou a percepção de estudantes de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem da comunicação não verbal do paciente em recepção pré-operatória. Utilizando os sentidos corporais através do método Sociopoético, cinquenta estudantes de graduação estudaram o processo de percebê-la, refletindo a respeito das experiências práticas em centro cirúrgico.

O **Cenário** para realização do estudo foi uma sala de aula de uma instituição pública de ensino superior localizada na cidade do Rio de Janeiro. A escolha deveu-se ao fato de nela ser ministrada a disciplina “Cuidados de Enfermagem a Clientes em Processo de Reabilitação I”, inserida na área de conhecimento do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar da referida instituição de ensino.

Participaram como **Sujeitos** do estudo, vinte e três graduandos de enfermagem inscritos no Programa Curricular Interdepartamental X (PCI-X) do sétimo período do curso. O **Critério de Inclusão** na pesquisa foi demonstrar interesse em relação ao objeto e manter a participação nos dois momentos propostos. Foram excluídos três graduandos, dentre os vinte e seis que se dispuseram a participar do estudo inicialmente, por não atenderem ao segundo critério de inclusão estabelecido.

Todos receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE A**) para leitura e conhecimento da proposta de pesquisa. Também foram fornecidos esclarecimentos sobre a sua realização, objetivos, previsão dos encontros, riscos, benefícios, sigilo, confidencialidade, anonimato, proteção da imagem, direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, e de se recusar a responder a qualquer pergunta em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de sua relação com a Instituição de ensino ou com o pesquisador.

Foi-lhes assegurado o anonimato nos depoimentos mediante identificação alfanumérica, com a primeira letra em maiúscula da palavra ‘entrevistado’ (**E**), seguido por um número colocado entre parênteses, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas Ex.: [(E1), (E2), (E3),..., (E23)]. Seus depoimentos foram gravados em fita magnética com a autorização prévia. Destaca-se que o material em questão ficará sob a guarda do pesquisador durante cinco (05) anos, devendo ser incinerado ao fim desse período.

No que tange aos dois momentos da pesquisa, segue-se uma breve descrição dos procedimentos adotados para realizá-la e, na sequência, a descrição de como transcorreram esses momentos.

Foi necessário o contato prévio com os professores dos campos teórico e prático de ensino da Saúde Mental, a fim de discutir a viabilidade de estar com os graduandos durante o cronograma das atividades da disciplina. A eleição pelo Programa Curricular Interdepartamental X (PCI-X) considerou todas as facilidades promovidas pela Coordenação da disciplina e seus docentes, possibilitando dois encontros durante o período letivo. Assim, no início das atividades acadêmicas de 2013, antes das práticas do estágio dos graduandos,

podemos inserir nosso objeto de interesse de forma criativa e lúdica. A ideia era realizar um novo encontro após as vivências no contexto de cuidado em saúde mental, ou seja, após o término do estágio.

Os instrumentos utilizados na produção dos dados foram denominados *Jogo da Sorte* e *Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes*, ambos adaptados, respectivamente, da tese desenvolvida por Araújo (2000).

A escolha pela utilização desses instrumentos deveu-se ao fato de permitirem aos envolvidos ampliar os sentidos para o cuidado no contexto hospitalar e, neste estudo, especificamente no âmbito da Saúde Mental. É válido lembrar que os sentidos são canais de informação na relação entre as pessoas, um eixo condutor e reflexivo que torna possível a interpretação, tradução e compreensão das reais necessidades, tanto de quem cuida, quanto de quem é cuidado, revelando-se como “comunicante socialmente” na relação sociocomunicante de um corpo.

O benefício deste estudo encontra-se relacionado ao aumento do conhecimento científico sobre como as percepções podem influenciar no cuidado de Enfermagem, a partir da interação, e de como elas tornam possível a construção de um espaço dialógico, coletivo para o compartilhamento de experiências anteriores, individuais e/ou coletivas, a partir da comunicação, junto à clientela hospitalizada na área da saúde mental e psiquiátrica.

DESCREVENDO OS ENCONTROS

3.1 PRIMEIRO ENCONTRO

Realizado no dia 02 de abril de 2013, com início às 08:00h, no Pavilhão de Aulas da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, e teve uma duração de 01:45h. Todos os graduandos compartilharam de um café da manhã, denominado “café afetivo”, conforme os diversos estudos desenvolvidos por Araújo (2000), cuja proposta é a socialização e afiliação do facilitador ao grupo pesquisado.

Inicialmente, fez-se a apresentação da pesquisa para a produção de dados. E, posteriormente, foi entregue a cada graduando, a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O teor do documento foi lido em voz alta para ciência e assinatura daqueles que manifestassem o desejo de participar do estudo.

Após o aceite em participar da atividade proposta, e como forma de estabelecer uma aproximação maior entre facilitador da pesquisa e os graduandos, seguiu-se uma dinâmica de relaxamento durante dez minutos, ao som ambiente de uma música instrumental escolhida aleatoriamente pelos pesquisadores desse estudo, denominada “Waiting for You”, de autoria do cantor norte-americano Kenny G. A técnica de relaxamento foi utilizada porque se acredita que ela permite reduzir o nível de controle consciente, facilitando o fluxo dos sentimentos e ideias (WALDOW, 2005).

E, ao se considerar o objeto deste estudo, a técnica de relaxamento favoreceu aos graduandos, permitindo uma viagem pela imaginação, um pensar com mais profundidade sobre a comunicação do paciente em sofrimento psíquico e na sua própria comunicação e interação durante o cuidado na hospitalização em saúde mental.

Os participantes foram estimulados a sentar em círculo, de forma voluntária e com os olhos fechados, a respirar profunda e pausadamente, a relaxar da cabeça aos pés. Deve-se destacar que a técnica de relaxamento é sugerida por Araújo (2000), Saes (2004), Waldow (2005), Duque (2006), Coelho (2008) e Bax (2010) em suas respectivas pesquisas.

Subsequentemente, foram lançadas as seguintes proposições: *Pensemos na comunicação do paciente ou com o paciente durante o cuidado... Como vocês percebem essa comunicação? Que efeitos essa comunicação produz sobre o cuidado em você? Como sua percepção influencia no seu cuidado ofertado à pacientes que se encontram hospitalizados?*

Igualmente, foi proposto que se projetassem mentalmente para sua interação com o paciente em sofrimento psíquico, se revisitassem, se percebessem a partir da forma com que viveram as experiências anteriores.

Dando continuidade ao encontro, foi distribuído individualmente aos graduandos o Formulário 1 - intitulado Jogo da Sorte (**APÊNDICE B**), e fornecidas orientações a partir das seguintes **questões geradoras**:

- O que você percebe como comunicação quando cuida de pacientes na hospitalização?
- Como essa percepção influencia na sua comunicação durante a interação e o cuidado em saúde mental?

Esse espaço dialógico, construído com consentimento dos graduandos, permitiu uma discussão coletiva sobre as próprias memórias relativas à comunicação na hospitalização, e viabilizou o compartilhamento das experiências individuais, recentes ou não, armazenadas no imaginário de cada um.

Esse foi um caminho para a abertura de sentimentos internalizados, isso ao se considerar as vivências no domicílio, na rua, na escola, na família e no trabalho (pois alguns já possuíam a prática como Técnico em Enfermagem nos diversos cenários assistenciais da saúde, e na graduação, no estágio extracurricular, como bolsistas da Prefeitura do Rio de Janeiro).

Os graduandos foram esclarecidos que, a partir da vivência prática e da impregnação das imagens retidas no inconsciente, estavam livres para produzir o que desejassem dentro de cada quadrado impresso na folha A4; ou seja, poderiam fazer símbolos, escrever, desenhar, colorir; deixar a expressão falar. Fazendo isso, talvez fosse possível identificar como cada um, e juntos, percebem a comunicação nesse contexto.

A Técnica do Jogo da Sorte, por considerar as diferenças individuais, trouxe informações importantes para os graduandos, desconhecidas para alguns, e permitiu a construção de um espaço dialógico durante a atividade proposta.

Após confeccionarem suas produções artísticas, todos foram estimulados a escrever, no espaço reservado no formulário, a palavra que sintetizava o que havia sido produzido. Ressalta-se que a produção era independente e que a pesquisa aconteceria a partir dessa produção, isso porque nada estava errado, tudo seria considerado um dado de pesquisa; tudo era significativo, fonte de reflexão, portanto, de diálogo para o conhecimento.

Enquanto a produção individual estava em andamento, foi possível perceber que alguns graduandos apresentavam-se receosos por ter que trazer à tona o que ainda não haviam vivenciado, e de fazê-lo de forma coletiva. Outros, diferentemente, demonstravam grande interesse em trazer para o grupo toda a “marca” gerada na infância, na adolescência, e até mesmo na juventude. Tratava-se, pois, de uma experiência nova, algo que para alguns poderia

ser estranho, conflituoso, íntimo, desconhecido pelos colegas, mas que resgatava lembranças, por vezes sequenciadas, boas e/ou ruins.

Nesse transcurso de espera para que todos concluíssem a respectiva produção artística, os graduandos foram acompanhados de perto, notando-se que começavam a conversar sobre o que haviam produzido com o colega sentado ao lado. E, quando questionados sobre o que estavam conversando, pois a interação era constante, suas respostas remetiam-se às experiências atuais nos diversos cenários hospitalares. Associado a isso, notou-se o quão presente estava a imaginação de cada um por uma demanda de cuidado; um esforço para interagir e/ou mesmo simular um caso real, de comportamento delirante, para sistematizar uma intervenção.

A princípio, a preocupação era colocar em relevo os obstáculos apresentados pelos graduandos, tendo como perspectiva estimulá-los a pensar, refletir, oportunizar a construção de novos caminhos para cuidar, aprender com a emoção a ampliar a razão para vencê-los. E também, assumir que o fato de alguém não ser totalmente seguro no que faz, não significa impotência, isso porque não se encontrou uma concepção precisa para questões “únicas”, como a do que é ser impotente.

Assumir a existência de limitações transitórias, enquanto “pessoas” e “futuros profissionais de saúde”, deve fazer parte do cotidiano da Enfermagem, porque essa atitude subsidia experiências maiores, anteriores, por vezes impeditivas à profissão. O ato de assumir é um ato de conhecimento que precisa ser pensado, pontuado, revisto e estimulado diariamente, ao longo da formação acadêmica.

Àqueles que ainda não haviam terminado sua produção artística, delimitamos um tempo de mais cinco minutos, considerando as questões norteadoras anteriormente colocadas. Essa estratégia, embora tenha acontecido livremente, buscou despertar nos graduandos a coragem e/ou o medo de demonstrar serem eles mesmos durante o processo criativo. Esse estímulo, ao mesmo tempo em que foi mediador ao ensino, favoreceu a desconstrução de conceitos sobre o paciente em sofrimento psíquico, seus comportamentos, ações e reações.

Instituir um espaço para a troca de experiências com graduandos viabilizou um amplo diálogo durante a aplicação da técnica, valorizando cada um e o grupo, desvelando diversas histórias pessoais, profissionais, impotências, limitações, acertos e necessidades individuais e/ou coletivas de comunicação com o paciente em sofrimento psíquico.

As questões anteriormente pontuadas daquilo que se espera do outro quando nos comunicamos e/ou quando eles querem se comunicar conosco foram consideradas nesse

encontro e subsidiaram a confecção da produção coletiva que, por sua vez, permitiu o reconhecimento da comunicação verbal e não verbal do paciente e do graduando no cuidado.

Essa troca de experiências subsidiou a abertura de novos caminhos para o conhecimento da comunicação na Saúde Mental, seja para aplicação no ensino ou no cuidado, na assistência ou na pesquisa. Igualmente o graduando fez pensar a respeito do estigma, do medo, da tensão, do desejo de cuidar e das limitações de como cuidar de quem é visto de maneira reduzida, limitada pela sua condição de detentor de uma doença até então incurável.

Esse momento de retroalimentação foi riquíssimo e oportunizou um mergulho nas próprias experiências passadas. E, na contagem regressiva para o término desse primeiro encontro, os graduandos verbalizaram o desejo de manutenção do espaço dialógico. Assim, foi feito um novo contato com os professores da disciplina a fim de viabilizar a continuidade da pesquisa e estabelecer um horário para o outro encontro, evitando eventuais prejuízos no cumprimento do cronograma do PCI X.

Entre o primeiro e o segundo encontro foi necessária a reclusão do facilitador para realizar a transcrição, leitura e releitura dos depoimentos, e a associação desses dados com os desenhos produzidos, permitindo a apreensão de temas e subtemas presentes nos pensamentos do grupo, considerando que alguns relatos apontaram a comunicação verbalizada de pacientes alucinados cujo conteúdo traduzia-se como surreal.

3.2 SEGUNDO ENCONTRO

Esse encontro foi realizado no dia 27 de maio de 2013, e teve início às 08:15h, mais precisamente um mês e 25 dias após as experiências de cuidado no campo prático de saúde mental, funcionando como elemento surpresa a outra atividade já planejada pelos graduandos: o encerramento da disciplina junto aos pacientes que estavam hospitalizados. O tempo de duração desse encontro foi de 01:45h.

Buscamos, de início, dar continuidade ao que havíamos produzido no momento anterior, bem como aplicar o Formulário 2 - Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes (APÊNDICE C) com os graduandos, para captar deles o que cada sentido registra sobre aquilo que sua percepção identifica como marcante quando o paciente se comunica com o ele e/ou vice-versa.

Agregamos no planejamento dessa atividade a inserção e apresentação de mais um facilitador para nos auxiliar nos registros dos dados da pesquisa, sendo esse membro do

Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Clientes de Alta Complexidade.

Realizamos, então, um novo café afetivo a fim de reestabelecer os laços e socializar nosso interesse pela pesquisa. Destacamos as transcrições e as reflexões sobre o material produzido por eles no primeiro momento, devolvendo o núcleo de sentido identificado durante a etapa de reclusão do facilitador.

O conhecimento coletivo, expresso em desenhos e/ou mesmo em conteúdos escritos, despertou nosso olhar para as subjetividades implícitas no contexto pessoal de cada graduando. As questões individuais, por vezes íntimas, permitiram compreender o quanto a produção artística gerou conhecimento sobre a própria percepção e comunicação na área da saúde mental.

Devolvemos a produção artística para cada graduando e, muito embora cada um já tivesse visitado a sua, percebemos que era preciso estimulá-los mais uma vez à reflexão sobre o que produziram. E nesse encontro, especificamente, buscamos ouvir deles qual o significado atribuíam à sua produção artística.

Para a condução desse encontro, entregamos individualmente o formulário - 2. Após, fizemos a leitura e o esclarecimento sob como deveria ser seu preenchimento. Os graduandos foram informados que teriam 10 minutos para respondê-lo, e que esperávamos que suas respostas se remetessem às experiências de comunicação que foram vivenciadas quando estiveram na prática do cuidado da saúde mental.

E, apesar de ter decorrido o tempo delimitado para construir suas respostas, o diálogo estabelecido nesse transcurso permitiu que o grupo pensasse com mais profundidade nas estratégias para adequar o ensino da saúde mental, colocando em relevo o paciente, a comunicação, a interação e o cuidado na hospitalização.

Pontuamos com eles, a partir de reflexões emergentes da prática hospitalar de saúde mental, como cada sentido é capaz despertar visibilidade sobre a comunicação do paciente cuidado. Questionamos sobre: o que o paciente revela quando cuidavam deles? Que visibilidade sobre a comunicação foi adquirida nesse contexto? O que eles perceberam como comunicação e sobre a sua própria comunicação no cuidado?

O estímulo do graduando, a partir dessas reflexões emergentes da prática profissional, permitiu a abertura de sentimentos internalizados, assim como o compartilhamento coletivo sobre as experiências de cuidado na área da saúde mental; a comunicação verbal e não verbal percebida; o dito, o não dito e o interdito no ensino, no cuidado, na interação com o paciente, com o outro graduando e consigo mesmo.

Essa viagem pelo próprio imaginário, subsidiado pelas reflexões anteriores sobre comunicação e o reconhecimento e influencia dos sentidos corporais no cuidado de Enfermagem em saúde mental, trouxeram nas produções artísticas do grupo vários apontamentos relativos à prática profissional.

Após essa etapa, houve um momento de reclusão para o facilitador realizar a leitura e releitura dos formulários, assim como a triangulação dos depoimentos com as produções artísticas produzidas no momento anterior, o que permitiu o surgimento dos subtemas e demonstrou a estrutura do pensamento individual e também coletivo do grupo, identificando como eles percebem a sua comunicação verbal e não verbal com o paciente e vice-versa, a partir de cada sentido corporal, sintetizado nas unidades temáticas.

Os desenhos produzidos representam a produção qualitativa do grupo investigado, e o que era produção individual no primeiro encontro tornou-se uma grande produção coletiva. Esses foram reorganizados com o intuito de demonstrar a convergência das percepções sobre comunicação verbal e não verbal do paciente, permitindo ao grupo pensar nas estratégias para adequar o ensino e o cuidado em saúde mental.

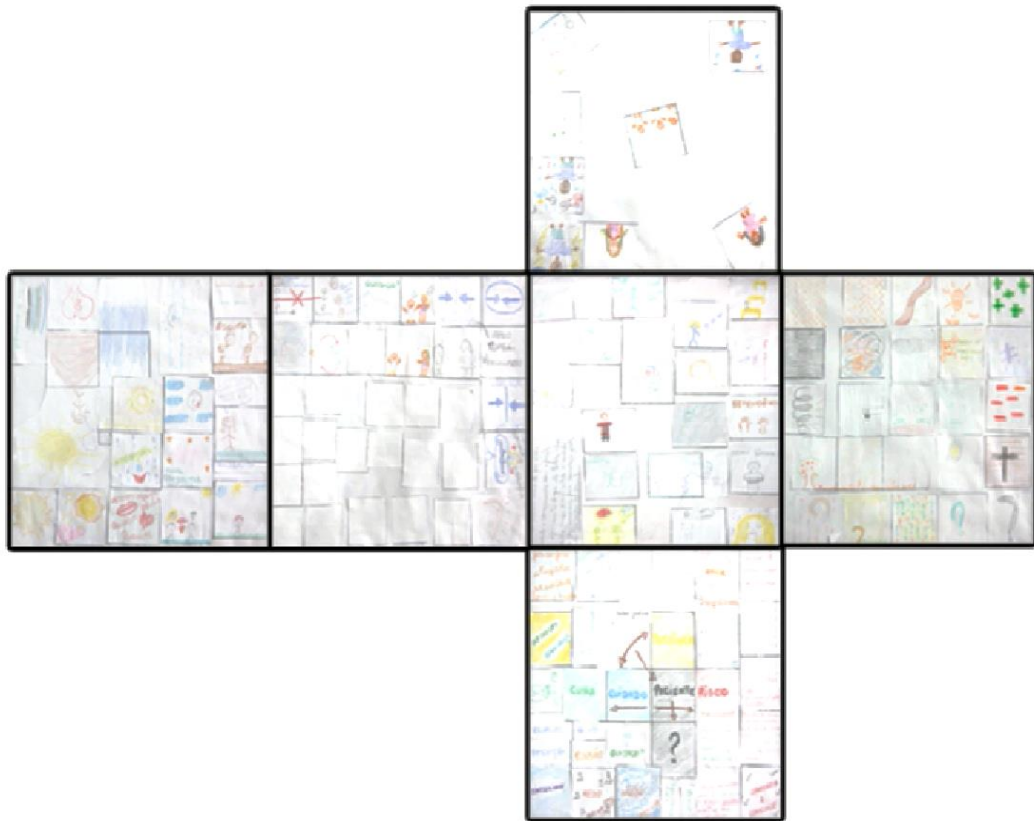
Posteriormente, foi confeccionado um enorme cubo com seis faces, e em cada uma delas foi centralizada a síntese convergente das ideias produzidas por desenhos, símbolos, palavras ou frases, por similaridade e por diferenciação de conteúdo, de acordo com os seguintes critérios: agrupamentos daqueles que se assemelhavam; os diferentes; os que colocavam em evidência a comunicação a partir da produção do grupo; aqueles que evidenciavam outras formas de comunicação, tanto do graduando quanto do paciente; aqueles que evidenciavam a influência dos sentidos no cuidado em saúde mental.

A técnica utilizada para reforçar a credibilidade do estudo foi a da triangulação dos dados, na qual a utilização de diferentes técnicas para abordar um problema de pesquisa garante uma convergência dos dados e a representação precisa da realidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os depoimentos dos graduandos compõem a análise qualitativa dos dados e baseiam-se na análise temática. Esta é uma técnica de análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (2010), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significa alguma coisa para o objetivo proposto. O núcleo de sentido é uma unidade de significação no conjunto de uma comunicação. São as ideias-eixo em torno das quais giram outras ideias (MINAYO, 2010). Ele compõe a comunicação propriamente dita, e sua presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o que se propõe estudar.

Essa etapa representa a síntese analítica pela convergência de ideias do grupo a partir da organização e agrupamento das produções artísticas em cada face do cubo, conforme imagem a seguir.

Imagem 1: Produção artística de graduandos de enfermagem - Técnicas “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) - Adaptadas.



A análise temática dos depoimentos transcritos, conforme preconiza Minayo (2010), permitiu a identificação da percepção da comunicação verbalizada e indicativa de intervenção, aproximação, escuta ampliada e atenção. Os sentidos corporais percebem os comportamentos, as linguagem, o sofrimento psíquico, os mecanismos de defesa e aproximação, e as necessidades de melhorias no cuidado. Igualmente, tornou possível a constituição das seguintes categorias: **“A comunicação percebida pelos sentidos”** e **“O sentido da comunicação”**.

O EU, O TU E O NÓS POR INTEIRO NA ENFERMAGEM

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo versa sobre o tratamento dos dados, obtidos a partir dos dois encontros com os graduandos de enfermagem, a análise das categorias e a discussão dos núcleos temáticos à luz do referencial teórico. Os dados aqui apresentados referem-se ao gênero dos envolvidos, estado civil, idade e vivências anteriores na área da saúde mental. Consideramos essas informações relevantes, pois, a partir delas fornecemos melhores esclarecimentos acerca dos envolvidos na pesquisa. Iniciamos a apresentação dos resultados pela **caracterização** dos participantes.

Quadro 1: Gênero, estado civil, idade dos graduandos de enfermagem e vivências anteriores com paciente em sofrimento psíquico.

Nº	Gênero		Idade (anos)	Estado Civil		Vivência com pacientes em sofrimento psíquico	
	Masculino	Feminino		Solteiro	Casado	Sim	Não
E.1	X		22	X			X
E.2		X	22	X		X	
E.3		X	24	X			X
E.4		X	20	X		X	
E.5		X	23	X			X
E.6		X	23	X		X	
E.7		X	21	X			X
E.8		X	24	X			X
E.9		X	24	X			X
E.10	X		20	X		X	
E.11		X	23	X		X	
E.13		X	22	X		X	
E.13		X	22	X		X	
E.14		X	25	X		X	
E.15	X		24	X			X
E.16		X	24	X			X
E.17		X	24	X			X
E.18		X	22	X			X
E.19		X	23	X		X	
E.20		X	22	X			X
E.21	X		27	X			X
E.22		X	20	X		X	
E.23		X	24	X			X

Fonte: Formulário Jogo da Sorte e Técnica de Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes. Rio de Janeiro, 2014.

Embora a Enfermagem não seja uma profissão de caráter exclusivamente feminino, as mulheres ainda a caracterizam fortemente com sua presença em grande quantidade nos mais diversos cenários assistenciais de saúde. Constata-se nesse estudo uma predominância do gênero feminino no grupo entrevistado (n: 19), no estado civil: solteiro (n: 23). A predominância do sexo feminino e de participantes solteiras pode influenciar na disponibilidade de tempo e dedicação à formação profissional. E, compartilhar percepções a partir da utilização dos sentidos permitiu reduzir significativamente a insegurança do estudante frente ao comportamento do paciente.

Na área da saúde, a enfermagem há tempos se caracteriza como uma profissão marcada pela presença maciça do gênero feminino, não apenas pelas características empíricas da profissão (mãe como primeira enfermeira), mas também pelo aspecto caritativo (mulheres consagradas e religiosas prestadoras de cuidado aos enfermos) (CHERNICHARO et al. 2011).

No cuidado na área da saúde mental, embora a figura masculina fosse a que mais se destacasse, mesmo tendo pequena experiência em relação ao cuidado (AMARANTE, 2011) a figura feminina também estava presente. Valorizavam-se aqueles com força e conhecimento sobre defesa pessoal. Eles possuíam atributos não conquistados pelas mulheres, à época. Apresentavam robustez e força física, eram corajosos, atuavam com severidade e eram coercitivos quando preciso. Dentre as funções desempenhadas por eles, destacavam-se vigiar, reprimir e controlar os pacientes.

Em relação à idade dos participantes, pode-se observar que a maioria encontra-se na faixa etária entre 20 e 24 anos (n: 21), e uma parcela menor, entre 25 e 27 anos (n: 2). Há neste estudo um padrão jovem de futuros enfermeiros, com perspectivas de realizar o cuidado diferenciado, isso ao considerarmos todo o potencial, riqueza e zelo com que descrevem suas percepções, ainda na trajetória inicial de sua vida profissional.

Sobre as vivências anteriores na área da saúde mental, treze (n: 13) estudantes afirmaram aquela ser a primeira oportunidade de exposição a pessoas em sofrimento psíquico em situação de hospitalização, seja durante a infância e/ou mesmo durante a graduação em enfermagem, o que influenciou na intensidade de interação com o paciente, seja de forma intensa ou amena, e sobre o grau de entendimento que cada um tem sobre o comportamento de si e do outro e sobre a comunicação adotada com o paciente.

Na área da saúde mental o comportamento é resultante de muitas subjetividades, e 100% da comunicação, percebida e considerada pelo estudante, é detentora de grande impacto na interação com o paciente na hospitalização.

Para Oliveira; Simões (2013), o que acontece antes da interação é o que determina a disposição entre as pessoas. Quando o graduando se vê diante de uma situação de enfrentamento, em que os comportamentos dos pacientes são emissores de mensagens não verbalizadas, é esperado haver certa dificuldade para se estabelecer uma comunicação adequada, isso porque o afluxo dos seus sentimentos entre eles pode revelar uma atitude mais fria, mais impessoal e de autocontrole.

No cotidiano social isso pode acontecer automaticamente, pois o Ser humano é incapaz de aceitar interagir com uma pessoa que ainda não conhece. E durante sua formação, o graduando se vê estimulado a refletir sobre o porquê de o paciente em sofrimento psíquico possuir certas atitudes em seu cotidiano, como a de isolar-se socialmente, que por ora inviabiliza a interação.

Entender como a comunicação é capaz de influenciar no comportamento das pessoas e nas suas peculiaridades dentro do campo interacional pode permitir momentos de troca, de interesse e de preocupação com o outro, tornando essencial a interdependência entre a integralidade e o cuidado. Esse entendimento, a princípio, é emergente das vivências anteriores de cada um, e representa o imaginário que se tem sobre os comportamentos, seja de não abertura, aceitação, ou de interação.

Para Oliveira; Simões (2013), esse elemento do processo do cuidar de pessoas, nas mais variadas condições de doença, possibilita o compartilhamento das ideias e mensagens enviadas e recebidas. De tal modo, não existe ação caritativa que não se constitua em uma ação de comunicação.

Uma das características da interação com pacientes em sofrimento psíquico é a de que ela permite o crescimento a partir do reconhecimento de si sobre o seu comportamento (TRAVELBEE, 1979). Isso pode ser constatado em um estudo desenvolvido na Holanda, que buscou compreender como as percepções de graduandos de enfermagem acerca do paciente em sofrimento psíquico podem influenciar na escolha pela especialização e atuação nesse cenário. O estudo apontou que, no primeiro ano da formação, os graduandos têm uma percepção negativa acerca desses pacientes, e que essa percepção exerce grande influência nas futuras escolhas profissionais (HOEKSTRA et al. 2010).

Segundo Happell et al. (2014), envolver os graduandos diretamente na interação com pacientes em sofrimento psíquico é fundamental, pois, além de auxiliá-los na redução do estigma, faz com que eles melhorem sua relação de cuidado (HAPPELL et al. 2014). Ter graduandos como sujeitos desse estudo foi benéfico, pois além de estimulá-los a ocupar o centro da abordagem, como elemento essencial e norteador do processo de aprendizagem,

com horizontalidade de relação, participação, compreensão e resultados, fez com que eles refletissem sobre as próprias percepções, identificando pontos fortes e fracos da comunicação na hospitalização em saúde mental.

Para Wagner et al. (2012), uma das principais barreiras para a interação com pacientes em sofrimento psíquico é a presença do estigma, que altera diretamente a vida das pessoas, tanto pela discriminação, segregação, quanto pelo estigma efetivado e as diferentes concepções da população e dos profissionais de saúde em geral relativas aos comportamentos emergentes da doença mental.

Nessa experiência, os dispositivos “Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” funcionaram como uma poderosa ferramenta na produção conhecimento, fonte de aprendizagem e desenvolvimento das capacidades intelectuais, psicoafetivas e interativas (DOOLEN et al. 2014). Dentre as características desses dispositivos destaca-se a possibilidade de garantia de construir parcerias, compromissos, apoio, alcance e autonomia durante a formação profissional.

A pesquisa proposta favoreceu a discussão entre os graduandos sobre sua comunicação com pacientes em sofrimento psíquico, reduzindo os obstáculos na forma de percebê-los. O uso de papel, técnicas cognitivas/comportamentais e informação didática específica sobre como interpretar as barreiras da comunicação com paciente para cuidar favoreceram aos graduandos, isso ao considerar sua importância no processo de conexão entre pensar e sentir (ROSENBERG; GALLO-SILVER, 2011).

O espaço dialógico durante a disciplina permitiu a escuta ampliada e sensível através dos sentidos, funcionando como dispositivo de pesquisa, ensino, aprendizagem, e autoconhecimento de graduandos, cujas percepções, efeitos, sensações e reações, influenciaram de forma positiva na interação e cuidado na hospitalização de pacientes (BJORK et al. 2014).


Exercitar com naturalidade conceitos sobre comunicação, a partir dos sentidos, durante a etapa curricular, foi positivo e relevante, visto que nem sempre o graduando encontra essa oportunidade durante sua formação (DAVID et al. 2014). Se a interação é direcionada ao paciente, o graduando deve se colocar como sujeito participativo nela, fazer uso de si mesmo e da autoconscientização, buscando solidificar essa relação (FERREIRA et al. 2013).


Promover discussões coletivas associando teoria e prática, em amplitude e profundidade de conteúdo, sobre comunicação e comportamento, estimulou o graduando a pensar sobre as posturas e abordagens necessárias para a interação na hospitalização. A


superação do medo de interagir com o paciente em sofrimento psíquico, a partir da autoconsciência, possibilitou o redimensionamento do olhar, centrando a abordagem na pessoa, com horizontalidade na participação, compreensão e resultados esperados (CURRIE et al. 2014).

De tal modo, a **primeira categoria** desse estudo intitula-se: **a comunicação percebida pelos sentidos**, conforme ilustramos no quadro sinóptico a seguir.

Quadro 2: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Coração*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão	
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal						
 Coração	E1		Sentimento de amizade e às vezes pena. Empatia						
	E2	O conhecimento teórico e o coração andam juntos	Sensibilidade ... identificar áreas que precisavam de mais atenção			Relacionamento terapêutico	Relacionamento terapêutico; Sensibilidade		
	E3				Tristeza, pena, angústia, compaixão e solidariedade				
	E4		Sensibilidade e compaixão						
	E5						Construção de relação de cuidado e confiança		
	E6			Empatia		O tipo de sentimento que o paciente desperta.			
	E7					Afeto e a gratidão de vários usuários por serem cuidados		Comunicação	

	E8	Como modifiquei meu comportamento, interesse, comunicação			O afeto e o vínculo que esses usuários tiveram durante o estágio			
	E9		Carinho e responsabilidade		Carência dele			
	E10				Os enfrentamentos diários dos usuários na convivência do sofrimento (adoecimento)			
	E11	Sensibiliza-nos de alguma forma	Sentimento		Através de uma pequena aproximação			
Coração	E12	Preciso ter cautela para cuidar do paciente						
	E13	Uma mistura de medo de estar numa situação daquela ou um familiar seu	Piedade e compaixão...				Vontade de ajudar e ser útil	
	E14				As inquietações e anseios, a sua vida, o modo com que aborda sua história de vida			

	E15				A expressão dos usuários pelas conquistas, e tristes pelo sofrimento psíquico e/ou social			
	E16				Tristeza, solidão, angústia, desesperança, pena			
	E17				Sofrimento pela condição pela qual ele se encontra			
	E18				Vontade, garra e muita coragem			
	E19		Sentimento de pena					
	E20				Afeto			
Coração	E21	Meu coração também adocece; me sinto angustiado ao ver vidas paradas					Prestar um cuidado mais humanizado	
	E22				Apesar de suas inquietudes demonstra seus anseios e planos			
	E23		Quando ele confia em você ... estabelece relação interpessoal		Contando um pouco do que é privado a ele	Sensibilizar até mesmo o profissional		

Além das palavras, podemos encontrar na comunicação um mundo subjetivo, dotado de nuances, que geram estímulos perceptíveis ou não pelo outro. E é através dessas nuances que o sentido coração se apresenta. Um olhar, o tom de voz, um meneio da cabeça, um aperto de mãos, o levantar de sobrancelhas, e/ou mesmo um franzir de cenho, podem comunicar mais que palavras. O Ser humano, por natureza, é um Ser para a comunicação; às vezes faz consciente, e outras, inconscientemente por meio de expressões corporais.

Na área da saúde, a comunicação se apresenta como um caminho para compreender o “Eu” biológico, psicológico, social, espiritual, cultural e energético, e não apenas para o reconhecimento dos sistemas funcionais (MORAIS et al. 2009). É um elemento essencial para o cuidado, que possibilita, sobretudo, perceber, a hospitalização, o adoecimento, a auto-segregação, e o estigma.

Uma ênfase sobre a comunicação no ensino de Enfermagem nos faz pensar, com maior profundidade de sentidos, em todos os elementos presentes na essência humana, no seu ciclo da vida, seu significado, ações e possibilidades. Vida e comunicação caminham juntas, formam um binômio, não se separam, pois onde finda a vida, automaticamente põe-se fim a toda possibilidade de se comunicar.

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilharam que o coração é a sede dos demais sentidos do corpo. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, nos depoimentos a seguir:

[...] Eu acho que o coração só tem comunicação quando você consegue estabelecer uma boa relação com o paciente. Se for um paciente que você não gosta, que você não se dá, acho que o coração não vai falar [...]. (E.11)

[...] coração partido (...) me deparo com o paciente naquela situação (...) me sinto (...) angustiado. É essa angústia que me faz querer ajudar mais, querer trazer um cuidado mais humanizado, fazer com que ele volte à sociedade [...]. (E.21)

Dialeticamente o coração revela o que a pessoa sente buscando empreender esforços mínimos para auxiliá-la no cuidado. Assumir o coração como sentido corporal é comunicar com precisão o universo do paciente na hospitalização, que é subjetivo e objetivo. Primeiro porque o coração é um radar inteligente na compreensão do mundo do homem, e segundo porque ele permite um entendimento acerca da relação estabelecida com o outro e consigo mesmo (ARAÚJO, 2000).

Assumir o coração como sentido corporal foi relevante para a apreensão das percepções dos graduandos relativas à comunicação do paciente hospitalizado em saúde mental. Para Araújo (2000), o coração possibilita, com amplitude e precisão, um melhor entendimento acerca dos aspectos subjetivos da comunicação. Ele é o sentido que faz os

demais sentidos sentirem; auxilia na interação, buscando torná-la abrangente e de qualidade; favorece o reconhecimento de competências para a identidade profissional; auxilia na realização e qualidade de um cuidado, seja ele instrumental, expressivo ou instrumental-expressivo, e na afinidade das relações (Op. Cit. 2000).

Nessa oportunidade, os graduandos compartilharam suas vivências anteriores com pacientes em sofrimento psíquico, suas proxemais, cinesias e paralinguagens. Eles descreveram em detalhes suas percepções, buscando atender as necessidades, vontades, singularidades e valores de cada pessoa.

O sentido coração foi considerado como aquele que desperta as percepções para a relação e cuidado. E igualmente foi apontado como um sentido de ajuda do paciente na hospitalização. O fato dos graduandos perceberem o coração partido, angustiado, desperta sentimentos e sensibilidades; permite perceber a atenção, o afeto, a gratidão, o desejo de querer ajudar, a empatia, o medo, a aproximação para prestar um cuidado de higiene e conforto, demonstrando o quão presente são as emoções na hospitalização - dada a percepção da comunicação, um ato cotidiano, simples e fundamental, essencial para a sobrevivência humana. Para eles, nesse cuidado em específico, é preciso se colocar sempre disponível, ser mais humano o possível, buscando auxiliar os pacientes a alcançarem sua socialização.

O coração é, em linhas gerais, muito mais que uma simples bomba. Ele é um centro complexo de processamento de informações objetivas e subjetivas da pessoa. Essas informações não acontecem somente pelo impulso elétrico, através dos neurônios. Elas são realizadas de diversas formas pelo músculo cardíaco. E, além de fazer o sangue circular, o coração tem uma espécie de cérebro próprio, que se comunica com o sistema nervoso autônomo e o restante do corpo a todo instante.

O coração funciona de forma independente do cérebro e do sistema nervoso. É através de seus tecidos que ele gera e distribui seu próprio estímulo, de modo a contrair e cumprir a função de bombear o sangue. O sistema nervoso do coração tem milhares de neurônios que detectam hormônios e substâncias neuroquímicas, percebem a frequência cardíaca e recebem informações sobre a pressão arterial. Essas informações são enviadas do coração pelas vias nervosas aferentes para o cérebro, e exercem um papel regulador sobre os muitos sinais do sistema nervoso autônomo, que parte do cérebro para o próprio coração, vasos sanguíneos, glândulas e órgãos.

Além do cérebro, o coração é responsável por secretar ocitocina, um hormônio conhecido como o “hormônio do amor”, da admiração, da afeição ou da adoração, cujo papel é conhecido na função do parto, na lactação e na efetivação do vínculo entre a mãe e a

criança. As concentrações de ocitocina no coração são equivalentes às do cérebro. Portanto, o coração é uma rede complexa de impulsos, sensações, estímulos, respostas e *feedbacks*, que se comunica com o corpo humano, através dos sinais elétricos e bioquímicos.

Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, através da Imagem 2: *Sentido Coração: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”* - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dele:



Para Paes; Maftum (2013), a comunicação se concretiza pela percepção dos órgãos dos sentidos, e está ligada diretamente às formas verbais e não verbais e sua compreensão. O corpo fala. E para que a sua interpretação seja plena, sem equívocos, os envolvidos precisam avançar no entendimento do que quer dizer os sinais enviados, recebidos e percebidos a todo instante, entender o que dizem os corpos durante a interação (ARAÚJO, 2000). Comunicar é, nessa premissa, um veículo de compartilhamento, compreensão, solidariedade, e empatia, que fala sobre o outro e suas necessidades.

Segundo Oliveira; Silva (2013), as expressões faciais e corporais comunicam sinais e sintomas a todo instante. A leitura dessa comunicação deve, contudo, ser atenta, seletiva e ampliada, pois pode permitir a veiculação de sentimentos de rejeição, conferindo a essa ação uma qualidade não terapêutica. Aceitar que os impulsos enviados pelo coração representam sua comunicação com os demais sentidos do corpo é avançar na aprendizagem acerca do outro. E isso pode ser compreendido no depoimento a seguir:

[...] Eu desenhei um coração! (...) no sentido de, não sei se seria oferecer um carinho, mais de afeto, de você passar afeto para o paciente. E isso influencia muito em estabelecer uma relação, a relação de afeto com o paciente. [...]. (E.13)

O termo afeto, do Latim *affectum*, significa produzir impressão. É uma palavra utilizada para se fazer referência à vida afetiva em geral. O afeto está presente no olhar, no

cuidado ao falar, na maneira de tocar, ouvir, e na preocupação com o próprio bem-estar. As expressões corporais, de uma forma geral, as nossas e as dos outros, não podem ser compreendidas se não considerarmos os afetos que as acompanham.


O amor e o ódio, dois afetos básicos que compõe a vida humana, estão presentes na vida psíquica e também nas expressões, ações e pensamentos das pessoas. Freud, quando postulou o complexo de Édipo, concebeu como conflito desses afetos básicos a ambivalência de sentimentos. E, uma das principais dimensões afetivas é a oposição entre um amor fundamentado e um ódio não menos justificado, ambos dirigidos à mesma pessoa.


Na Enfermagem a relação de cuidado enfatiza a pessoa e não a enfermidade. Na hospitalização em saúde mental essa relação pode ser compreendida como uma forma de afeto, uma comunicação acerca do vínculo, da confiança estabelecida, que acontece de maneira visceral, emancipatória e sem predeterminação, permitindo, a partir da interação, uma leitura atenta das expressões não verbais dos envolvidos.


Quando a comunicação não é efetiva, ela gera interferência na relação, e, subsequente, no cuidado (TRAVELBEE, 1979). Uma boa relação é aquela que viabiliza o estabelecimento do vínculo com o paciente, seu acolhimento, o entendimento sobre seu estilo de vida, a compreensão sobre sua saúde-doença, bem como o impacto que ela pode gerar em seu cotidiano. Um dos instrumentos que facilitam a comunicação é o bom relacionamento interpessoal que, segundo Peplau (1990), favorece a troca de informações a partir da criação de um universo afetivo, propício à identificação de problemas.

Aprender a trabalhar com a subjetividade para desenvolver uma relação construtiva, pode definir a qualidade da prática da Enfermagem (PEPLAU, 1990). A empatia no tratamento, tornando-o respeitoso, a escuta atenta e qualificada, sem julgamentos, e a utilização de uma linguagem clara, acessível, são essenciais para o cuidado de Enfermagem. O aprendiz deve, assim, tornar-se hábil não só para apreender informações, mas, sobretudo, para estabelecer uma relação de confiança com o paciente, facilitar a expressão de seus sentimentos e preocupações, buscando compreendê-lo. De tal modo, habilidades de comunicação podem e devem ser ensinadas no processo de formação.

Quadro 3: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Olfato*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal					
 Olfato	E1	Falta de cuidado com relação à higiene			Falta de cuidado	Falta de cuidado... higiene	Cuidado com relação à higiene	
	E2	Se o paciente precisa de orientações ... se o problema é social ou de saúde				Se o paciente precisa de orientações	Orientações sobre higiene	Problema social ou de saúde
	E3					Carência nos cuidados com a higiene; carência com a higiene pessoal do paciente.		
	E4	Algumas vezes identificamos mau cheiro			O mau cheiro	O mau cheiro		
	E5		Odor referente à limpeza			Limpeza; cheiro de urina	Limpeza	
	E6		O cheiro de roupa suja e urina		O cheiro de roupa suja e urina representa o autocuidado com a limpeza	Autocuidado; limpeza	Autocuidado; limpeza	
	E7				Forte odor de alguns pacientes indicava seu estado emocional e seu grau de autocuidado			

 <p>Olfato</p>	E8		Forte odor	Roupa suja com urina	Demonstrava o déficit de higiene e cuidado com roupas	Higiene e cuidados com as roupa		
	E9		O cheiro representa muito da personalidade ... identidade		O cheiro representa muito da personalidade ... identidade	O cheiro		
	E10		A higiene pode ser avaliada através do olfato		registrar as necessidades de cuidado ao portador de sofrimento psíquico	Higiene; registrar as necessidades de cuidado.	Registrar as necessidades de cuidado	
	E11	Através do olfato a comunicação que estabeço é fundamental	Se o cheiro for desagradável		Se o cheiro for desagradável	Dificuldade para estabelecer um cuidado	Comunicação	
	E12	Que o paciente tem o hábito de tomar banho várias vezes, que é tabagista			Hábito de tomar banho várias vezes, devido a um problema de incontinência urinária; que é tabagista.	Tomar banho várias vezes devido a um problema de incontinência; tabagista.		
	E13	Vontade de modificar aquele estado para uma maior aproximação	Odor forte			Haver uma maior aproximação	Modificar aquele estado	
	E14	Odor lembra a paciente			O odor lembra a paciente; um odor desagradável indica a manutenção do seu estado de autocuidado, o seu autocuidado ineficaz.	Manutenção do seu autocuidado (odor agradável); Odor fétido (autocuidado ineficaz).		
	E15	A ansiedade vivida pelos usuários durante o cuidado	O cheiro da comida servida na instituição		Ansiedade vivida ... durante o cuidado; o cheiro da comida servida	Curto período de tempo que lhes é disposto para as refeições.		

	E16	Registra um ambiente hospitalar			paciente demonstra esta muito tempo internado	Precisando respirar o ambiente extra-hospitalares; muito tempo internado.		Confinamento X liberdade
	E17	Necessidade de um melhor autocuidado				Necessidade de um melhor autocuidado		
	E18					Manter aquele ambiente, aquele paciente o mais bem tratado e limpo o possível.		
	E19	Maus tratos e higiene pessoal prejudicada			Maus tratos e higiene pessoal prejudicada	Maus tratos e higiene pessoal prejudicada	Higiene pessoal	
	E20				Suas necessidades			
Olfato	E21		A maioria possui odor característico pela falta ou má higiene			Necessidade de incentivar o autocuidado	Incentivar o autocuidado	
	E22				O próprio feromônio; seu cheiro característico de limpo, de boa higiene.	Incontinência urinária e fecal	Faz sua higiene prontamente, impossibilitando de existir odores desagradáveis.	
	E23		O cheiro, seu perfume, ou seu feromônio.		O cheiro, seu perfume, seu feromônio.			

Nada é mais marcante que um cheiro (ACKERMAN, 1992). Um odor pode ser inesperado, momentâneo ou fugaz, e pode acompanhar a pessoa por toda a vida. Basta perceber o aroma e as lembranças explodem todas imediatamente. O homem, de maneira geral, pode detectar mais de dez mil odores diferentes. O olfato, por mais preciso que seja, é um sentido mudo, que não necessita de tradutor. Isso explica a incapacidade de se descrever em palavras o cheiro de alguma coisa para alguém que nunca o tenha sentido (ARAÚJO, 2000).

Cheiramos o tempo todo sempre que respiramos (ARAÚJO, 2000). E nesse movimento alteramos e somos alterados pelo que inalamos e exalamos. Isto significa que, ao respirar, é possível perceber os odores e ser percebidos através deles. O infragmentável sentido olfativo, com expressão e criação de sentidos e representações, gera poder e produtos de subjetividades, instituídos e instituístes; faz movimentos de mudança - corpo real-emocional (objetivo, subjetivo), pois somos o que lembramos (corpo memória), segundo Araújo; Cameron; Oliveira (2011).

A olfação é o primeiro órgão dos sentidos a se desenvolver embriologicamente. Segundo Ackerman (1992), o olfato é o mais direto dos sentidos, e seu efeito é imediato. Ele é responsável por fornecer informações sobre os odores produzidos. E, embora o nariz seja responsável pelo olfato, ele pode igualmente gerar sensações olfativas profundas nas pessoas, capazes de tocar sua alma (ARAÚJO, 2000). Os cheiros, portanto, quando emanados, podem atrair, envolver, repelir, embriagar, excitar, impregnar e entorpecer as pessoas (Op. Cit. 2000).

Segundo Ackerman (1992), o Ser humano possui odores tão característicos quanto suas próprias impressões digitais. Esses odores são igualmente capazes de despertar nossos sentidos adormecidos fazendo, às vezes, nas mais diversas formas e maneiras, com que nos sintamos alegre, satisfeitos e/ou insatisfeitos, entristecidos, extasiados, auxiliando na definição concreta sobre nossa autoimagem e autoestima (ARAÚJO, 2000).

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilharam que o olfato é o sentido que identifica pessoas e cuidados a serem prestados. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, nos depoimentos a seguir:

[...] A paciente que eu acompanhei ela tem o cheiro daqui, já está impregnado nela. Ela já está aqui há muito tempo. E ela precisa sair daqui (...) deste lugar. Isso não está fazendo bem a ela (...) Ah, sei lá! Parece o cheiro de hospital, cheiro diferente do cheiro da rua [...]. (E.16)

[...] O ambiente! Até a minha casa tem um cheiro característico, que está nas minhas roupas; é um cheiro corporal (...) o que eu coloquei aqui foi que eu identifico (...) a necessidade de a gente incentivar o autocuidado desse paciente, justamente por causa da higiene pessoal. (...) muitas vezes (...) esse odor característico nem é só do ambiente (...) é do conjunto de pacientes que faz com que esse ambiente fique com esse odor [...]. (E.21)

Embora os hábitos de higiene sejam variáveis entre as pessoas, na hospitalização, os odores corporais e ambientais desagradáveis nos remetem imediatamente à deficiência no cuidado, o que é

entendido como inadmissível para um local onde se propõe restabelecer a saúde (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011). A resolução para esse problema é manter os corpos dos pacientes higienizados e deixar o ambiente limpo, reavaliando-os constantemente.

Os graduandos destacaram que, embora o mau cheiro desperte neles memória olfativa, ele está impregnado no ambiente e nos próprios pacientes pelo longo tempo de internação. E, mesmo sendo indicativo de necessidade de cuidado relativo à higiene pessoal, o mau cheiro é responsável por afastá-los do contato direto na hospitalização. O conjunto de pacientes que transitam pelo ambiente ressalta a característica do cheiro desagradável. Retirá-los mais vezes do local é apontada como uma estratégia de cuidado para romper a clausura e promover a aeração dos corpos e do ambiente.

Segundo outros graduandos, o cheiro interfere diretamente na interação com o paciente em sofrimento psíquico, aumenta o distanciamento, o medo, gera repulsa e intensifica a falta do cuidado, conforme destacamos para ilustrar:

[...] o cheiro interfere no cuidado. Porque se aquele paciente estiver com um cheiro muito forte, primeiro que você vai se afastar, não vai querer ficar ali; (...) ao mesmo tempo você vai ter que fazer alguma coisa, você sabe que vai ter que fazer um trabalho maior por aquilo. (...) eu acho que (o cheiro) afasta um pouco [...]. (E.11)

[...] o cheiro está forte, vamos sentar e conversar (...) não é igual a vamos nos afastar, com uma necessidade de modificar aquilo [...]. (E.13)

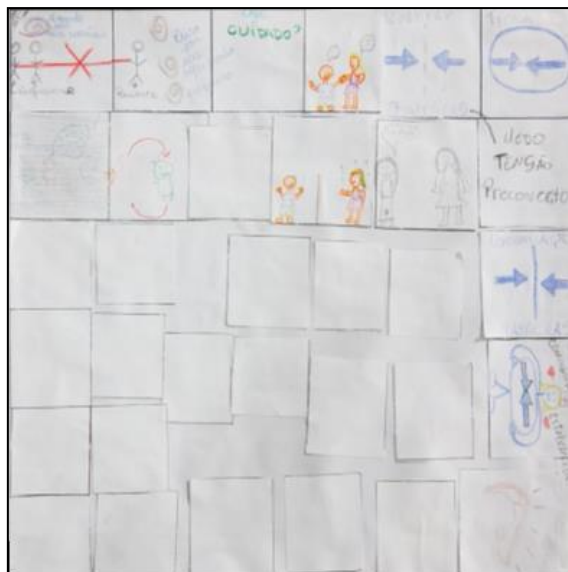
Para Ackerman (1992), o nariz possui neurônios que são renováveis a cada trinta dias. Ele é capaz de decifrar odores que nos levam a compreender manifestações corporais não verbalizadas. Nas interações, a partir do olfato podemos perceber quando uma pessoa está higienizada, se apresenta halitose, se apresentou suor, se está perfumada, se exala odor cetônico, se apresenta odor característico de processo infeccioso na garganta, se está com fosfatemia, se é tabagista, entre outras suposições. Maus odores indicam, assim, que alguma coisa errada pode estar acontecendo com a pessoa, seja pela falta de higiene ou por alterações físicas significativas de uma doença, e que necessitam de intervenção (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011).

De modo geral, o Ser humano possui acentuado odor corporal, e essa linguagem é única e complexa. Lidar com os odores que emanam do corpo do outro pode ser considerada uma experiência negativa para os graduandos (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011). Expressões de nojo ou repulsa, por mais que sejam difíceis de evitar, são fortemente criticadas em si e nos outros, por serem entendidas como inaceitáveis se ocorrerem durante o cuidado.

O graduando deve, diante de situações de maus odores, criar estratégias para envolver e despertar no paciente a essência de higienizar-se, principalmente quando ele, perdido no mundo surreal, não a prioriza como uma necessidade. Portanto, para ser sujeito ativo da aprendizagem é necessário buscar conhecimento, mobilizar a capacidade intelectual, criadora e expressiva frente às

situações com maus odores, e que necessitam de intervenção. O conhecimento de si, segundo Rodrigues; Santos; Spricigo (2012) é um recurso fundamental no ensino, pois permite o desenvolvimento do autoconhecimento, e habilita o aprendiz para o cotidiano do cuidado.


Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, através da Imagem 3: *Sentido Olfato*: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes” - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dele:





Elementos como interação, empatia, simpatia e *rapport* devem ser considerados pelos graduandos durante as experiências de cuidado. O *rapport* é a capacidade de entrar no mundo de alguém, fazê-lo sentir que você o entende e que vocês têm um forte laço em comum. É a capacidade de ir totalmente do seu mapa do mundo para o mapa do mundo do outro. É a essência da comunicação bem-sucedida, criando uma atmosfera de confiança mútua, pois é o mais importante processo em qualquer comunicação.

É preciso estimular diariamente o graduando a colocar em prática a comunicação; a falar sobre tudo aquilo que gera neles angústia e medo; a aceitar suas limitações enquanto pessoa, caso exista e/ou por ele seja considerada; a entender que questões culturais sobre o comportamento de pacientes podem exercer influência na interação e, subsequentemente, no cuidado.

Quadro 4: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Paladar*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal					
 Paladar	E1	Às vezes náuseas por sentir aquele cheiro desagradável				Cheiro desagradável		
	E2	Não utilizei ... não lembro muito da utilização desse sentido						
	E3	Não consegui associar						
	E4	Nenhum						
	E5	Nenhum						
	E6	Nenhum						
	E7	Nenhuma						

 <p>Paladar</p>	E8	Nenhuma						
	E9	Nada						
	E10	Nenhuma no que se refere ao cuidado em Saúde Mental						
	E11	Nada. Nenhuma comunicação						
	E12							
	E13	Não tenho nenhuma expressão formada sobre paladar						
	E14	Nenhuma						
	E15	Remete a como me sinto quando estou com fome						

 <p>Paladar</p>	E16				Um gosto amargo da solidão e sofrimento contidos				
	E17								
	E18	Me falta o paladar				Há uma preocupação com o paladar, com o que o paciente sente.			
	E19	Amargo							
	E20	Nada							
	E21					O cigarro pode causar um afastamento	O cigarro		
	E22	Nenhum							
	E23								

Desde a infância, de forma mais ou menos consciente, o homem avalia sensorialmente os alimentos pelas suas características. Os atributos sensoriais de maior interesse na avaliação de cada alimento são a aparência, a textura, o aroma, o odor, a fragrância e o sabor (ACKERMAN, 1992). E, dependendo da sensação que é experimentada pela pessoa ao observá-lo, não ingeri-lo pode ser esperado. Então, olfato, paladar e visão influenciam, às vezes, negativamente na ingestão de alimentos.

A importância do paladar reside em selecionar substâncias específicas de acordo com os desejos de cada pessoa, suas influências e, frequentemente, suas necessidades metabólicas. Em geral, o olfato e o paladar podem ser classificados como sentidos químicos, em virtude da sua estreita associação com a função gastrointestinal.

O gosto que se sente das coisas pode ser tão individual quanto às próprias impressões digitais (ACKERMAN, 1992). A saliva das pessoas, assim como sua composição exata, difere entre si de acordo com o tipo de alimentação, com o fato de fumarem ou não, de consumirem álcool, a hereditariedade e, talvez, até mesmo do estado de espírito (ARAÚJO, 2000). Mas a principal função da boca é guardar a língua, uma lâmina espessa e mucosa, que se exercita como um atleta durante todo o instante, imperceptivelmente (Op. Cit. 1992).

Segundo Araújo (2000), o paladar permite localizar a boca igualmente fora da região habitualmente aceita pela anatomia corporal. E, embora esse sentido não seja usado diretamente pelo profissional de saúde para examinar uma pessoa, ele é capaz de auxiliar na avaliação de estratégias educativas, seja com pacientes em sofrimento psíquico, crianças, pessoas com diabetes e hipertensão.

Do ponto de vista fisiológico, paladar e olfato estão relacionados entre si. A ausência ou alteração desses sentidos dependem do estado anatômico do epitélio nasal e do sistema nervoso central e periférico. E, dentre as condições clínicas que podem afetar o paladar, destacamos os distúrbios do sistema nervoso central e do sistema endócrino, os processos de doença localizada, as doenças que afetam o estado nutricional, além de outros fatores. Mínimas alterações na olfação podem ser um sinal precoce de distúrbios neurológicos, como a doença de Alzheimer e o Mal de Parkinson. Além disso, os distúrbios do olfato podem ser o primeiro sintoma de neoplasias, como o carcinoma de rinofaringe (PAULA et al. 2008).

Algumas doenças podem prejudicar o paladar, assim como alguns medicamentos, principalmente aqueles usados há longo tempo. O decréscimo nas funções gustativa e olfativa não possui importância apenas em termos de preferências alimentares e do prazer relacionado à comida, mas também pelo fato de estas alterações poderem resultar em perda de peso, prejuízo na imunidade e deterioração das condições de saúde do paciente.

Problemas físicos, sociais e emocionais podem interferir no apetite ou afetar a capacidade de comprar, preparar e consumir uma alimentação adequada (PAULA et al. 2008). Essa série de modificações anatômicas e funcionais, que ocorrem com frequência com os pacientes em sofrimento psíquico, são relevantes aos aspectos nutricionais.

Para Bachion (2009), o paladar não é usado diretamente na interação, ou seja, não é aplicado diretamente à pessoa. Entretanto, a partir dele é possível ter impressões gustativas de determinados odores. Alguns odores ficam tão impregnados que parecem produzir o seu sabor no paladar. Então, pode-se dizer que o sabor é o somatório das sensações olfatórias, gustativas e daquelas relacionadas às terminações nervosas localizadas no nariz e na boca.

Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, através da Imagem 4: *Sentido Paladar: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”* - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dele:



De acordo com Assis; Hartz; Valla (2004), o uso de medicamentos é o principal causador da perda de paladar. Determinadas drogas têm maior potencialidade de efeitos adversos, podendo modificar a transdução gustativa ou alterar a percepção de algum sabor. Certos medicamentos como antidepressivos e anticonvulsivantes podem acarretar alterações no paladar e olfação em vários níveis, incluindo os receptores periféricos, vias neurais quimioceptoras e/ou cerebrais, sobretudo quando usados de forma crônica e/ou associados a outros medicamentos (PAULA et al. 2008).

Pessoas com desnutrição ou em caquexia apresentam diminuição na capacidade para identificar os alimentos pelo sabor. Ademais, a má higiene bucal pode ser responsável pela diminuição da percepção gustativa, uma vez que a presença de restos alimentares sobre os corpúsculos gustativos dificulta a estimulação dos quimiorreceptores orais.

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilham que o paladar é um sentido que define, a partir da posição adotada entre o graduando e o paciente, o padrão de comunicação. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, nos depoimentos a seguir:


[...] a minha paciente estava repleta de piolho. Ah, você quer catar piolho em mim? Eu quero! Eu estou louco para sentar com ela e arrancar aqueles piolhos. Até para eu me aproximar dela, porque ela deve estar incomodada com isso. Eu não conseguia chegar perto dela porque estava numa fase em que os piolhos voavam pela franja. Então, aquilo dificultava, eu não ficava com nojo de me aproximar dela, mas dificultava um pouco a minha aproximação, porque aquilo me incomodava. Eu sentia vontade de corrigir aquilo para melhorar minha aproximação com ela. Acho que isso influencia muito no odor [...]. (E.13)


[...] Durante a experiência em si eu acho que eu fui me abrindo mais; tirando o preconceito que a gente tem; tendo mais habilidade em ouvir esse paciente, interagir, e verificar o quanto ele necessita e o quanto eu tenho a aprender com eles, o *feedback* é positivo! [...]. (E.21)


Segundo Ackerman (1992), não é possível sentir gosto à distância, por isso o paladar é compreendido como um sentido íntimo e social. É ele que define a forma de se relacionar no mundo, pois fala a partir das ligações e experiências com as coisas e as pessoas. Ao depurar melhor e mais intensamente os momentos e relações vividas, a sensibilidade gustativa pensa, permitindo conhecer melhor os sabores, porque sente o gosto da própria vida. Os graduandos consideram que há *feedback* positivo na forma de cuidar e de se relacionar com pacientes em sofrimento psíquico. E, quando o preconceito é vencido percebem que há mais habilidade de interação, visualização do quanto o paciente necessita do cuidado, e aprendizagem por ambas as partes.

O paladar é, em linhas gerais, um sentido que chega ao autoconhecimento das reações e diferenças clínicas. E, como sabiamente ressalta Ackerman (1992), "*para muitas vidas, o paladar é grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação tanto fisiológica quanto emocional que guarda grande parte das lembranças de nossa infância*". O graduando deve ser estimulado a ir além do prescrito, saber negociar, decidir, agir e reagir com pertinência, decifrando o que cada paciente sente, para, a partir disso, compreender como ele enfrenta o processo de adoecimento. Essa é uma das etapas da construção de competências para o cuidado, e seu foco deve estar direcionado para além da apreensão da experiência vivida durante a hospitalização (HAPPELL et al. 2014).

Quadro 5: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Audição*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal					
 Audição	E1		Agitação, euforia		Agitação, euforia	Agitação, euforia		
	E2	Foi o sentido mais usado, consegui aperfeiçoar			Demonstra muita necessidade de ser ouvido		Escuta ativa... Perceber que o que ele fala é importante.	
	E3		Uma carência muito grande do paciente em querer ser ouvido, em querer falar o que sente, querer atenção			Carência ... ser ouvido ... quer falar ... querer atenção		
	E4	É difícil entender o que alguns falam			Queixa de suas aflições, tristezas	Entender o que alguns falam	Entender o que alguns falam	
	E5				Fala enrolada devido ao uso de medicações	Fala enrolada	Uso de medicações	
	E6							
	E7					Não obtinham uma boa dicção	Dicção	

 <p>Audição</p>	E8	Havia usuários que não apresentavam boa dicção			Foi estabelecida através do acolhimento, nas conversas...	Acolhimento, dicção	Conversas	
	E9	Ouvi seus problemas, suas alegrias ... cresci como profissional					Ouvi seus problemas, suas alegrias	
	E10				Distúrbios de ordem do pensamento ... ecolalia, perseveração e outros distúrbios		Avaliar os distúrbios de ordem do pensamento ... detectados através da audição	
	E11	A visão junto com a audição é a combinação perfeita para o cuidado			Dor ou risada		Entender o problema e sentimentos do paciente	
	E12					Ouvir com atenção	Ouvir com atenção e prestar atenção nos detalhes	
	E13					Atenção, paciência e compaixão	Saber ouvir e ter sabedoria para estabelecer ate quando ouvir	
	E14				A forma com que ele fala, uma fala vagarosa, ou uma fala apressada, representando agitação e nervosismo			
	E15				A voz		Identificar através da audição, quem é e como se sentem	

	E16		Alguém que sofre e clama por ajuda; que precisa ser ouvido, compreendido			Ser ouvido e compreendido	Ser ouvido e compreendido	
	E17	Alguém que precisa de ajuda			A procura da comunicação; quer ser ouvido			
	E18	Receio, medo de errar, de não ser o melhor para o próximo						
	E19				Desconexão com a realidade			
	E20	Dedicação			Dedicação		Dedicação	
Audição	E21	A necessidade de ajuda; relatos de experiência de vida ... interrompidos pela patologia			Existe um indivíduo preso em cada paciente;			
	E22	Suas principais falas quando ... tangem círculos ... para terapia			Discurso coerente, porém com períodos de arborização e descarrilamento.			
	E23				Seu tom de voz, choro, maneira de expressar, gritos quando em crise			

Graças ao mecanismo utilizado pelo ouvido externo, de captar e levar o som para dentro do orifício da orelha é possível ouvir os sons duas vezes (ACKERMAN, 1992). E, em uma fração minúscula de segundos, esse som é refletido para o alto, para o fundo ou para as bordas laterais do ouvido externo, que o encaminha para o orifício captador alguns segundos mais tarde (Op. Cit. 1992). Como resultado, temos um conjunto especial de atrasos na chegada dos sons ao nosso cérebro que podem intensificá-lo, dependendo do ângulo que eles são captados.

Ao ouvir, o corpo transforma energia mecânica em energia elétrica, condução de sensações que surgem como expressões não verbais (ARAÚJO, 2000). E, nesse movimento de transformação, é comum perceber os ritmos definidores do coração, ouvir suas batidas, que indicam se ele está bem, seu funcionamento adequado (ACKERMAN, 1992). O que se deseja, de fato, é que os sons ocupem as pessoas o suficiente para provocar reflexão, pois em determinados momentos da vida, escutar e falar são ações espontâneas e de significação (BARBIER, 2002).

Escutar é uma ação imediata à interação (BARBIER, 2002). E, uma das maiores necessidades do Ser humano é ser ouvido, escutado (ACKERMAN, 1992). O ato de escutar, especialmente para aquele que vive no “campo de concentração” da doença, é capaz de favorecer a liberação de tensões, diminuir a solidão, permitir o compartilhamento de inquietudes, a abertura de novos horizontes e a criação de um sentido de comunhão. Escutar é um ato aparentemente simples, contudo, poucos dominam essa arte, poucos possuem a atitude de escutar.

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilham que a audição permite redimensionar a forma de perceber o paciente em sofrimento psíquico e o cuidado. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, no depoimento a seguir:

[...] Eu acho que através da escuta o paciente vai te dizer tudo que ele está sentindo. Às vezes um gemido de dor, um sorriso, qualquer som (...) qualquer coisa que ele reproduzir para você, tudo vai ter significado. [...] (E.11)

Segundo Paes; Maftum (2013) saber ouvir e ouvir reflexivamente é uma competência exigida no âmbito comunicacional e interacional. É difícil colocar-se em atitude de escuta, e mais difícil é escutar sem interferências, com imparcialidade, sem preconceitos. Escuta-se não só com os ouvidos, e sim com toda a pessoa. Escuta-se com os olhos, com as mãos, com os gestos, com os movimentos dos lábios, com as posturas do corpo - com o coração - aceitando todos os sentimentos do outro, seus silêncios, prantos, o respeito, a educação, a paciência.

Escuta-se quando se permite escutar em si mesmo. Tomar consciência dos obstáculos que condicionam a escuta é o caminho mais aceito para melhorá-la (TRAVELLBEE, 1979).

O ato de colocar-se disponível para escutar o paciente deve ser compreendido como uma oportunidade de aprendizagem, visto que saber ouvir exige sensibilidade, imparcialidade e doação. Na saúde mental especificamente, quando nos colocamos disponível para escutar, igualmente, buscamos conhecer o universo do outro - primeiro reconhecer quem é ele, para posterior entendimento sobre a doença e os sintomas clínicos dela emergente, e segundo, para encontrar respostas às nossas ações, reações e aproximações consentidas ou não, e que podem, por vezes, interferir na interação com o paciente, tal como compartilhado pelo graduando:

[...] quando você está escutando o que ele está falando, está dando atenção. (...) às vezes você acaba interferindo, falando alguma coisa que tem haver (...) você está só olhando pra ele, mas está ali. Por isso é bom saber ouvir. [...] (E.13)

Para Oliveira; Simões (2013), a escuta passa a existir a partir do momento em que, após a aquisição de conhecimento técnico-científico, nos colocamos disponível para ouvir o outro. Essa disponibilidade permite-nos apreender a complexidade da experiência humana, seus valores, anseios, medos, intensidade dos sentimentos e padrões de seus processos de pensamento (PAES; MAFTUM, 2013). A escuta deve, portanto, ser considerada uma possibilidade de ajuda, um caminho para enfrentar os obstáculos da vida, compreender e modificar visões de mundo.

Quando o graduando consegue se apropriar dessa escuta na interação com o paciente, há aquisição de conhecimento, habilidades de escuta, entrevista, comunicação terapêutica, aumento da confiança e diminuição da ansiedade (DOOLEN et al. 2014). O ato de escutar deve ser considerado uma oportunidade de troca de experiências, e isso implica dizer que ela não deve acontecer unidirecionalmente (JORGE et al. 2011). Caso isso aconteça essa escuta pode deixar de ser efetiva na interação.

É preciso conversar com os graduandos sobre a profundidade da escuta, instituir com eles um espaço de comunicação, buscando despertar seus conhecimentos e habilidades, estimulá-los a compreender sua finalidade. Escuta-se não apenas com os ouvidos, há uma transversalidade de sentidos nesse momento (ARAÚJO, 2000); sobretudo, quando se quer entender os sentimentos adquiridos pelo paciente na hospitalização, e que perpassam pela escuta.

A proxemia, posição adotada entre as pessoas na interação, graduando-paciente em sofrimento psíquico, é uma forma de comunicação, e que pode ser exemplificada no depoimento:

[...] a minha intenção foi procurar ouvir mesmo o paciente. As angústias (...), as preocupações, para poder ver o que se pode fazer por ele. Porque é muito fácil deixar o paciente ali calado, excluído, cabisbaixo. Agora, você ir lá, conversar com ele, ver o que está acontecendo, o que está passando na cabeça dele é outra coisa. [...] (E.17)

Ao se deparar com paciente calado, excluído e cabisbaixo, o graduando sente a necessidade de se colocar disponível para escutá-lo. Essa escuta busca, sobretudo, romper o silêncio e a clausura vivida pelo paciente em sofrimento psíquico, na tentativa de ultrapassar os muros da hospitalização. Para Hoekstra et al. (2010) é preciso entender o isolamento do paciente, pois há uma relação direta entre os sentimentos internalizados de angústia e o longo tempo de hospitalização.

Segundo Travelbee (1979), na relação com a pessoa em sofrimento psíquico, todo significado, depende, necessariamente, dos valores e princípios adquiridos a partir da relação. Esses significados precisam ser bem delineados diariamente, pois é urgente a necessidade de perceber o Ser humano, suas histórias de vida, seu desenvolvimento, seus sentimentos e seu sentir. O Ser humano é, por sua natureza, um Ser para comunicação, que vive em constante movimento, em interação, sobretudo, para aquisição de “habilidades” em “comunicar-se”.

Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, através da Imagem 5: *Sentido Audição: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”* - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dele:



Escutar é receber, e aquele que sabe escutar sabe receber a informação. Houve aquisição de conhecimento relativo à escuta pelos graduandos. Eles, de uma forma geral e

ampliada, reconheceram a comunicação na interação, e a experimentaram como medida terapêutica para perceber o paciente em sofrimento psíquico durante a hospitalização, suas vontades, anseios, tensões, medos, e necessidades de cuidado.

Para Paes; Maftum (2013) existem poucos espaços para a escuta dos anseios, tensões e sofrimentos na hospitalização. Escutar o paciente em sofrimento psíquico exige dos envolvidos sensibilidade na interação, visto que seu comportamento demonstra que ele ouve coisas muito mais do que duas vezes. Os graduandos consideram que, antes dessa experiência, eles estavam habituados a escutar apenas o que os interessava ou queriam. E isso demonstra toda a sua insegurança, fragilidade, tensão e medo de se ver sob o ponto de vista de outra pessoa. Eles foram sinalizados para a escuta, e entenderam que, enquanto estiverem armados para a interação com os pacientes, a ela nunca será efetiva.

Na experiência de cuidado de pacientes em sofrimento psíquico, o graduando reconheceu que cotidianamente, na hospitalização, é comum perceber falas que podem não possuir significado naquele momento, mas que complementar a sua comunicação verbal, há a não verbal, que possibilita a captação de outros significados, como o destaque apresentado:

[...] Eu desenhei duas pessoas. (...) no caso da escuta! Não só com o enfermeiro, mas com os profissionais. [...] (E.14)

Para Barbier (2002), a escuta é um momento de reconhecimento e de aceitação incondicional do outro. O ouvinte-sensível não julga, não mede, não compara. Ele compreende sem aderir às opiniões, identificando o que é dito ou feito. Quando aceitamos que a relação interpessoal vai além das palavras, passamos a prestar mais atenção nos sinais expressos pelo corpo, gestos, distâncias entre as pessoas e toque (SILVA, 2012); a considerar que a comunicação nos permite reconhecer a pessoa como Ser-participativo do seu cuidado (TRAVELBEE, 1979). E é esse reconhecimento, percebido pelo graduando que torna possível a identificação do que a pessoa precisa, e permite a elaboração de estratégias cotidianas para supri-las, conforme depoimentos:

[...] A dificuldade que eles apresentam. (...) Com a visão a gente consegue ver isso bem nitidamente. [...] (E.11)

[...] Quando eu olho para os pacientes, sinto “eles” muito frágeis. [...] (E.13)

O ambiente tem influência relevante na qualidade da comunicação, e ele pode interferir na percepção do emissor sobre o receptor e vice-versa (PAES; MAFTUM, 2013). O hospital pode ser considerado como uma ambiente cujo objetivo é produzir cuidados, levando em conta suas leis, economia, cultura e o estado científico e tecnológico. Como tal, ele está

diretamente ligado à cultura da empresa, que o envereda para a assistência e o burocratismo, buscando minimizar o sofrimento e o custo do tratamento (BARBIER, 2002).

O hospital pode ser considerado um lugar de excelência, onde o poder e as lutas simbólicas estão em voga diariamente. Por isso, é preciso dialogar com graduandos sobre as interferências do ambiente, despertar neles o agir com consciência, evitando prejuízos maiores, pois elas alteram a comunicação, nisso se insere a comunicação verbal e não verbal, que está presente em qualquer ambiente assistencial, bem como na interação entre as pessoas (OLIVEIRA; SIMÕES, 2013).

Ao pensar com mais profundidade sobre a dimensão da escuta dentro do ambiente hospitalar, consideramos que ela deve pressupor uma inversão da atenção. Ou seja, antes de situar o graduando para perceber a pessoa em “seu lugar”, devemos primeiramente estimulá-lo a reconhecê-la em “seu ser” (BARBIER, 2002).

E, para perceber o que o paciente em sofrimento psíquico necessitava durante a hospitalização, o graduando precisou entender a pessoa na sua essencialidade, com observação às ações e pensamentos, “o fazer” na perspectiva de auxiliá-la a compreender suas dificuldades, aprender a enfrentá-las para, a partir delas, desenvolver uma conduta de cooperação, conforme depoimento:

[...] Através da audição você pode avaliar a estrutura do pensamento, através da linguagem. Aí coloquei até a ecolalia, a perseveração, entre outras coisas que podem ser negadas através da visão (...) Eu pensei na questão da ordem do pensamento. [...] (E.10)

Para o graduando, a escuta, quando empregada de maneira sensível, permite avaliar a estrutura psíquica do paciente, perceber suas linguagens, comportamentos, sequenciamento de pensamentos, que podem ser negadas através da visão. A escuta sensível propõe um trabalho sobre o eu-mesmo, em função da relação com a realidade, com o auxílio eventual de um terceiro ouvinte. Ela começa por não interpretar, suspender todo julgamento. Ela procura compreender, por “empatia”, o sentido que existe em uma prática ou situação, segundo o “algo mais” (BARBIER, 2002).

Embora a escuta seja possibilidade nos diversos ambientes hospitalares, a comunicação na área da saúde mental permeia outras dimensões, tais como atitudes de ajuda, compreensão, disposição, escuta, disponibilidade e acolhimento, conforme depoimento:

[...] quando a comunicação é efetiva, no sentido do familiar estar presente, conversar sobre as coisas que estão acontecendo lá fora, (...) quais são suas angústias, o quadro da pessoa sempre melhorava. [...] (E.10)

O que falamos é informativo, mas o paraverbal fornece emoção às informações (SILVA, 2012). Isso indica que, mesmo na ausência de palavras, há uma gama de

possibilidades de se captar a comunicação, pois ela também se processa, de maneira inconsciente, na relação com o outro.

Para outros graduandos, a escuta e o olhar são sentidos corporais que permitem perceber o paciente em sofrimento psíquico de maneira holística, na tentativa de empreender um cuidado de Enfermagem abrangente, conforme depoimentos a seguir:

[...] uma das coisas principais seria você escutar, por mais que seja um delírio, alucinação. Porque através da escuta você pode tomar providências, por mais que a gente esteja exausto, tenha feito aquele plantão exaustivo, a escuta seria a palavra chave. (...) A escuta é uma coisa que a gente sempre aprende no decorrer do curso, mas parece que muitas vezes fica de lado, principalmente com paciente psiquiátrico. (...) só porque ele está em surto, está com problemas, o distúrbio está intensificado (...) não vamos escutar. Vamos pegar e vamos conter! [...] (E.14)

[...] escuta ativa e olhar atento são as melhores ferramentas de personalização do cuidado. É ótimo! O torna mais eficiente! (...) inclusive eu desenhei um ouvido aqui, dando essa ideia de que a gente tem que ouvir o paciente. Da importância que é ouvir esse paciente. [...] (E.15)

A escuta é uma importante técnica de comunicação terapêutica, que permite avaliar precocemente o que é dito, não dito, ou o que é interdito pelo paciente em sofrimento psíquico, ou dele, na hospitalização. A escuta se apoia na empatia (BARBIER, 2002). O ato de escutar não implica dizer que devemos entrar no mundo do outro, mas fazer dele caminho para (re) significar conceitos para tornar essa ação efetiva.

A escuta sensível aceita surpreender-se pelo desconhecido que, incessantemente, anima a vida. Por isso, ela questiona as ciências humanas e continua lúcida sobre suas fronteiras e zonas de incertezas. Ela é mais uma arte que uma ciência, pois toda ciência procura circunscrever seu universo e impor seus modelos de referência, até que se prove o contrário (BARBIER, 2002).

Concordamos com Waidman; Elsen; Marconi (2006), que o Ser humano é o ponto mais importante da relação de cuidado. Cuidar está relacionado a todas as formas de interagir com o mundo e no mundo, inclusive aquelas que podem ser consideradas não positivas. É a partir dele que passamos a valorizar, compreender e aceitar as individualidades, limitações e/ou futuras potencialidades a todo instante. Esses significados precisam, contudo, ser mais bem delineados durante a formação profissional de enfermeiros, pois é urgente a necessidade de perceber e compreender o Ser humano, suas histórias de vida, seu desenvolvimento, seus sentimentos e seu sentir.

Silveira et al. (2013), ao falarem da dimensão ontológica do cuidado, referenciam que “este” encontra-se inserido na essência humana. Cuidar nesse milênio é colocar-se no lugar daquele que necessita, é perceber as necessidades, oferecer-lhe conforto e segurança para


enfrentar e/ou adaptar-se aos mais diversos momentos, de forma mais amena e tranquila. O conceito de cuidado deve, portanto, ser compreendido não apenas como uma atitude zelosa e preocupada, caritativa com e para o outro. Ser no mundo, isso porque sua atribuição não é predeterminada.


Os graduandos identificaram que na hospitalização muitas vezes a escuta fica de lado, e a comunicação por eles percebidas resulta de uma postura para escutar, ficar ao lado do paciente, se colocar disponível, e que não se resume em contê-lo. A postura requerida para uma escuta deve, portanto, levar em consideração a possibilidade de abertura, um caminho para tornar dinâmica a relação com o outro, pois alguém só é pessoa através da existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão e de uma afetividade, todos em interação permanente.


Para Barbier (2002), a audição, o tato, a gustação, a visão, o olfato, e porque não o coração, são sentidos corporais que se aplicam à escuta, na tentativa de torná-la sensível. Por esta razão, a escuta é de uma sutileza inigualável. Escutar com os sentidos é a estratégia apontada pelos graduandos para tornar-se ativo, melhorar a escuta e a interação, na tentativa de personalizar o cuidado e tomar providências.

É preciso instituir com os graduandos um espaço para desenvolvimento da escuta; estimulá-los a compreender o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro; situá-los para perceberem as atitudes, comportamentos, sistema de ideias, valores, símbolos e mitos dos envolvidos na interação.

Quadro 6: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Visão*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal					
 Visão	E1		O estigma do paciente diminuiu					
	E2			A primeira impressão do paciente			Identificar algumas demandas de cuidado.	
	E3		Tristeza, solidão, Compaixão... Pena		Dificuldades enfrentadas pelo paciente			
	E4				Muita das vezes é acompanhada por movimentos e gestos.			
	E5			Vestimenta	Vestimenta, aparência	Aparência, autocuidado		
	E6			Tipo de vestimenta	Tipo de vestimenta, aparência visual, autocuidado.	Aparência visual, autocuidado.		
	E7			A postura e vestimenta	Vestimenta	A postura e vestimenta “dizia” muito sobre o estado do usuário ... demonstrando uma forma de comunicação		

	E8		Comportamento	Vestimenta	como a expressão facial se modifica com a minha presença ... empatia, com as oficinas e atividades que eles gostavam		Oficinas e atividades que eles gostavam, como palestra, desenho, música.	
	E9				Como ele se apresenta ... se comporta			
	E10				Suas expressões, articulações e comportamentos ... seu estado de humor, seu comportamento, etc.	Estabelecer cuidados necessários; avaliação do seu estado de humor.	Avaliação do seu estado de humor ... comportamento, etc.	
	E11				Movimentos ... comportamentos ... reações faciais			
Visão	E12		Preciso ser cautelosa		Necessita de atenção	Atenção	Ser cautelosa	
	E13				Fragilidade, deficiência no autocuidado. Intensa movimentação	Autocuidado		
	E14				Sua expressão corporal, postura e o comportamento.			
	E15				A linguagem corporal dos usuários ... aparência triste ou feliz, os gestos ... também são marcantes	Aparência triste ou feliz	Conversar	

 Visão	E16	Um filme de drama			Personagem que sofre não só com seu distúrbio ... mas com as más energias espirituais provenientes do ambiente em que esta preso.	Ambiente		
	E17				O olhar do paciente pedindo atenção		Atenção	
	E18		Prazer, afeição, vontade de cuidar.		Afeição		Vontade de cuidar	
	E19		Comunicação não verbal		Comunicação não verbal			
	E20				Um pedido de ajuda		Ajuda	
	E21		O profissional possui ... outras obrigações		A necessidade de se comunicar ... sua coerência buscando intervenção ... muitas das vezes pode não ser compreendida em sua totalidade	Interação	Comunicar; interação	
	E22				Pessoa extrovertida, comunicativa, gosta de conversar, ouvir música, transmite empatia.		Conversar; ouvir música.	
	E23			Aspecto geral dele... vestimenta, higiene	Vaidoso pode aparentar que não esta em crise	Higiene; descuidado	O que aquilo pode estar representando	

A partir da visão é possível ter vários pensamentos sobre as coisas, pessoas, objetos e ambientes (ACKERMAN, 1992). A projeção visual é uma espécie de informação, formada a partir do nervo óptico e do núcleo geniculado lateral. Essa informação é transmitida para o córtex cerebral através das células receptoras de luz, logo depois dos impulsos do nervo óptico, fazendo com que os cones e os bastonetes enviem uma mensagem ao cérebro. Essa mensagem é por ele recebida de maneira invertida, e após ser interpretada, ela é colocada na posição correta.

A visão não acontece nos olhos propriamente dita, mas no cérebro (ACKERMAN, 1992). E é nele que ocorre o processo de análise e interpretação das distâncias, movimentos, cores, formas, texturas, animais, pessoas, plantas, artefatos, cheiros, entre outros. Através dos olhos da mente, somos capazes de enxergar, com nitidez e em detalhes, cenas que por vezes encontram-se armazenadas na lembrança, ver claramente sem os olhos, através da imaginação (ARAÚJO, 2000).

A imagem visual é uma espécie de detonadora de emoções, segundo Araújo (2000). Por isso, quando conseguimos visualizar algo que planejamos insistentemente, sentimos uma onda de sensações, um reflexo direto sobre as nossas emoções. Há muito mais na visão do que simplesmente o ato e sentido de enxergar (ACKERMAN, 1992); a visão é a matriz que atribui sentido único e especial ao conteúdo de comunicação não verbal (Op. Cit. 2000).

Para Ackerman (1992), nossos olhos possuem mecanismos separados que captam a luz, colhem as imagens importantes ou novas, focalizam-nas com exatidão, localizam-nas no espaço e seguem-nas: eles funcionam como binóculos estereoscópicos; são os grandes monopolizadores de nossos sentidos, uma vez que 70% dos receptores sensoriais estão localizados nos olhos; e é por esse motivo que o pensamento abstrato trava uma luta constante entre o julgamento e o entendimento do que realmente os olhos veem.

Na saúde mental, o sentido visão possui posição de relevo, pois é a matriz que atribui sentido especial ao conteúdo imediato da comunicação e da percepção. É um sentido capaz de identificar os comportamentos diários do paciente, de altear ou não as interações; é a partir dele que visualizamos as necessidades de cuidado.

Os graduandos consideram que a experiência de cuidar de pacientes em sofrimento psíquico na hospitalização faz com que eles alterem suas percepções acerca desse paciente e do ambiente de cuidado, dando novos olhares para cada um. Reconhecem, sobretudo, que a partir de agora se sentem mais preparados e com uma visão muito mais aberta, holística e não apenas simbólica acerca da interação e cuidado na área da saúde mental (HAPPELL et al. 2014).

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilham que a visão é um órgão perceptível, um radar que capta e traduz as necessidades do paciente. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, nos depoimentos a seguir:

[...] Só de olhar para eles, o estado em que eles se encontram, as coisas que eles fazem no pátio, dentro da internação, a vida que eles levam, eu sinto muita pena! Meu coração fica muito apertado diante disso tudo. (...). Dá vontade de querer fazer alguma coisa para melhorar aquilo; eles tomam a medicação, fazem as oficinas, entendeu? Então, eu fico com muita pena mesmo. Eu sinto muita pena! [...] (E.3)

[...] eu acho que a visão contribui na percepção das expressões, das articulações e comportamentos do usuário. A percepção visual contribui na avaliação do seu estado de humor, no seu comportamento, etc. Essa avaliação contribui para conduzir e estabelecer os cuidados necessários que a percepção visual identifica; para poder avaliar determinados critérios do próprio exame psíquico, ou qualquer outra situação que pode conduzir as suas metas e intervenções futuras. [...] (E.10)

[...] Eu vim pra cá com a visão seguinte: eu tinha aquela dúvida: o paciente que está no momento de crise ele é daquele jeito antes? Ele é daquela forma? Ou ele passa a ser daquela forma naquele momento? Ou ele vai se modificar depois daquilo? Eu tinha essa dúvida. (...) A dúvida, ela foi respondida no decorrer. [...] (E.17)

[...] com a visão (...) a gente percebe o pedido de ajuda e aí aponta o que a gente pode fazer para o paciente. [...] (E.20)

Ferreira et al. (2013), ao falarem sobre o reconhecimento das próprias percepções, como caminho de apreensão da comunicação, consideram que a comunicação não verbal requer dos envolvidos o exercício da visão. Muitas palavras podem ser pronunciadas, mas quando os olhos veem, eles podem atribuir outro sentido a elas. Ou seja, a visão é um sentido monopolizador da comunicação, apreendidas pelas percepções.

Para os graduandos, a visão é um radar que contribui para a avaliação do estado de humor do paciente e de seus comportamentos, seja no próprio exame psíquico, ou em qualquer outra situação que conduz às metas e intervenções do cuidado. Ela permite perceber o pedido de ajuda do paciente, a necessidade de atenção e aponta caminhos para intervenções necessárias a cada um deles.

O fato de permitir ao cérebro, de forma intencional, a obtenção de informações, transforma a visão em um poderoso instrumento de percepção (CAMERON; ARAÚJO, 2011). E, associada à visão, encontra-se a linguagem, responsável por nomear e atribuir sentido e intenção às coisas, quando comunica o que os olhos veem. Ambas as formas de comunicação iniciam-se em estímulos visuais, que primeiro impressionam o cérebro, seguido da percepção, sensação, conhecimento, discernimento e compreensão das diferenças, fazendo com que haja consciência dos estímulos e comportamentos enviados e recebidos.

A visão, mais que um sentido, é um poderoso instrumento que identifica e seleciona tudo o que já se viu antes. A essa identificação, segue-se a comunicação, que se estabelece quando o aprendiz ou dela executor, junto ao paciente, consegue reconhecer os problemas, planejar e implementar intervenções necessárias. Isso reforça a ideia de que a imagem visual possui uma espécie de estímulo próprio, capaz de auxiliar o ser humano a estabelecer distinções e interpretações, de maneira consciente aos eventos a ele relacionados.

É a partir da visão que grande parte das informações do mundo chega às pessoas. Segundo Cameron; Araújo (2011), diferentes contextos sociais podem determinar experiências visuais próprias. Indivíduos que vivem em um mundo cartesiano, como os da atual sociedade, são estimulados, a todo instante, mesmo que inconscientemente, para o uso da crítica e da reflexividade, colocando em prática a visão, um instrumento de aquisição de conhecimento.

Um condicionador prévio à vida humana é o cuidado. Ele pertence à própria essência, pois vê o ser humano como um sistema aberto, em estado de intercâmbio, em constante dinamismo com o ambiente. Por isso, como atitude adequada da vida, os olhos veem, protegem e criam uma atmosfera de cuidado, que pode alterar-se, na tentativa de manter o constante equilíbrio (CAMERON; ARAÚJO, 2011).

Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, apresentada a seguir através da Imagem 6: *Sentido Visão: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”* - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dele:



Outros graduandos compartilham que a visão é um sentido que subsidia a percepção da totalidade do paciente hospitalizado. Para eles, à medida que se consegue captar pistas na

interação com o paciente, a pessoa passa a ser considerada, e suas necessidades entendidas como caminho de oferta de cuidado. Eles reconhecem que é preciso ter sensibilidade para olhar/enxergar, ser útil quando eles vão, voltam, andam de novo, param ao seu lado, ficam olhando, sentam ao seu lado, ou simplesmente quando falam alguma coisa, conforme depoimentos:

[...] eles vão, voltam, andam de novo, param do seu lado, ficam olhando para você, às vezes senta do seu lado, falam alguma coisa. Eu acho que é muita necessidade de atenção. [...] (E.17)


[...] a gente percebe com a visão, como eu o vejo. É aquela questão da comunicação, não necessariamente a verbal. Só de a gente ter a sensibilidade de olhar, de ver que aquele paciente necessita de ajuda, eu acho que isso já é uma utilidade. [...] (E.21)


Para Cameron; Araújo (2011), a visão pode estar relacionada à identificação e interpretação da comunicação não verbal. Na interação, expressões e posturas adotadas pelo paciente em sofrimento psíquico podem gerar nos graduandos certo distanciamento. E, para que a comunicação entre eles seja efetiva, é preciso levar em consideração, o reconhecimento mútuo e o crescimento a partir da experiência, o repensar sobre os comportamentos, atitudes, fatos e ações adotados na interação. O autoconhecimento, nessa oportunidade, passa pelo conhecimento do existente. Observar-se, é estar com os olhos voltados para o "mundo interno", é capacitar-se. (FERREIRA et al. 2013).


Tocar pelo olhar é uma forma de comunicação, pela espontaneidade, expressividade e afetividade, cujo reconhecimento das inúmeras situações cotidianas é de grande importância para a vida, para o aprendizado e para a dinâmica do ensino (FERREIRA et al. 2013). E na interação com o paciente, o toque pode ser expressivo-instrumental, quando combina a habilidade técnica e a expressiva. Essa espontaneidade no cuidado de pacientes em sofrimento psíquico pode promover uma abertura necessária para apreensão do aprendizado.

Compartilhar as percepções sensoriais, partir da visão, é uma estratégia que permite ao graduando compreender a comunicação de si mesmo, pelo reconhecimento do seu eu e o do outro. A educação pela arte pode, portanto, viabilizar meios para o indivíduo compreender e decodificar as diferentes formas de fazer, pensar e sentir presentes nas representações simbólicas da arte (FERREIRA et al. 2013).

Quadro 7: O Jogo da Sorte e Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes, Araújo (2000) – Adaptado. *Sentido Tato*.

Sentido Corporal	Sujeito	Percepção do Graduando		Vestimenta	Comunicação do paciente	Demandas de Cuidado	Estratégias do Graduando	Observações para discussão	
		Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal						
	E1				Apoio, segurança do paciente em relação a quem cuida				
	E2	Foi um sentido utilizado com cautela			Os pacientes podem abusar um pouco ... no máximo era um aperto de mão				
	E3			Carência		Carência nos cuidados com a higiene pessoa ... com a pele daquele paciente.			
	E4				Carinho				
	Tato	E5	Existe um distanciamento que precisa ser mantido			Toque, cuidado		Distanciamento ... devido a libido dos pacientes	
		E6				A pele, textura, temperatura			
		E7				O aperto das mãos ... uma forma de comunicação com a maioria dos usuários			

	E8				Os apertos de mão para cumprimento e beijos			
	E9				Um abraço, um aperto de mão.			
	E10	Esse sentido não contribuiu na maioria dos casos						
	E11				O tato transmite a energia			
	E12				Necessita de seus cuidados			
Tato	E13	Há um tato cuidadoso		Um pouco de receio pela higiene			Não ser confundido como exagero de aproximação.	
	E14				Deseja estabelecer um contato mais intenso com o profissional ... aperta a mão ... se aproxima e abraça			
	E15							

	E16	Após uma interação mais positiva ... modificam a forma de me cumprimentar			Abraçando ou mudando o aperto de mão			
	E17		Uma superfície áspera pela correção do distúrbio psíquico					
	E18		Cumprimento, contato humano com o paciente, interação				Cumprimento, contato humano com o paciente, interação	
	E19				Carência			
Tato	E20		Confiança					
	E21	Por muitas vezes me senti abraçado			Carência; o abraço	Necessidade do toque, do contato		
	E22				Seu aperto de mão firme			
	E23	Confiança. Momento em que ele se abre para você						

O toque é o sentido corporal mais abrangente, mais essencial, porque tem como captador a pele, um órgão comunicador com o mundo. É um sentido que imprime singularidades e detona sensações e várias emoções entre os seres humanos (HERTENSTEIN et al. 2006). Ele gera memórias eternas, sendo evidente seu uso pelas pessoas, assim como os efeitos por ele gerados (ARAÚJO, 2000).

Tocar é comunicar-se com consigo e com o outro, é cuidar do outro estando com ele. O estímulo tátil, para Ackerman (1992), diminui o estresse, auxilia, esclarece, confirma, complementa ou corrige o que nossos olhos veem, permitindo encontrar nosso caminho na escuridão, quando não podemos usar os outros sentidos.

Na interação com o paciente, o toque classifica-se em três tipos: toque expressivo, também descrito como afetivo, que ocorre espontaneamente e não faz parte, necessariamente, da execução de procedimentos; o instrumental, que é descrito como um contato físico deliberado para desenvolver determinada técnica ou procedimento; e o expressivo-instrumental, uma combinação dos outros dois tipos (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

Na produção de dados realizada através dos sentidos, os graduandos compartilham que o tato é um sentido mediador do cuidado. Destacamos como eles pensam na comunicação através desse sentido, a partir dos depoimentos:

[...] é através do toque, (...) de uma forma sincera, que efetivamos nosso cuidado. (...) esse toque, após uma interação mais positiva entre nós, sempre se modifica. (...) eles apertam nossas mãos de uma maneira diferente (...) mudam a forma de nos cumprimentar, seja quando oferecemos um abraço, ou até mesmo quando estendemos a mão para cumprimentá-los. [...] (E.15)

[...] o tato foi um sentido utilizado com cautela, por todos nós (os graduandos), pois conseguimos perceber que os pacientes podem abusar um pouco. (...) No máximo eram apertos de mãos. [...] (E.2)

Para os graduandos, esse foi um sentido utilizado com cautela por todos eles, visto que a carência afetiva apresentada pelos pacientes foi entendida como geradora de reações e comportamentos indesejados. Eles reconhecem a necessidade serem sensibilizados para tudo o que envolve a comunicação tátil: o tempo que ficam tocando o paciente, a forma como se aproxima para tocá-lo, o local tocado, a pressão exercida, a temperatura dos corpos, a própria experiência prévia que se teve em relação ao toque (SCHIMIDT; SILVA, 2013); o que se busca, sobretudo, é que o ato de tocar nunca seja neutro e alcance as estruturas que por ora encontram-se escondidas.

Concordamos com Silva (2012), que o ato de tocar o outro pode acontecer numa variedade de situações, e igualmente revelar toda atenção, carinho, zelo, desvelo, compromisso, responsabilidade, conhecimento, respeito e/ou inclusão exigida. O inverso

dessas características, embora não seja o alvo do cuidado efetivo/afetivo, em alguns momentos, está presente, e acaba por invadir a dignidade, a liberdade, a independência e a autonomia do ser cuidado.

Para Schimidt; Silva (2013), o toque pode representar o mundo que é a pessoa, e revelar suas emoções, positivas e negativas. Por diferentes estímulos sensoriais durante a infância, adolescência e fase adulta, distintas são as emoções entre homens e mulheres, e, dependendo do que se deseja expressar, sua localização pode ser diferenciada, assim como os seus efeitos e descrição singular de gênero entre quem toca e é tocado (HERTENSTEIN; HOLMES; KELTNER, 2009).

Diversos fatores podem influenciar no toque. Um estudo desenvolvido com profissionais da saúde, acerca da tacésica⁴, identificou que existe maior receio de se tocar em pessoas do sexo oposto, quando o procedimento a ser realizado é invasivo, ou quando a área do corpo a ser tocada é íntima (SCHIMIDT; SILVA, 2013). E, por quase sempre medir de maneira inconsciente nossas ações, o tato ensina que a vida tem profundidade e contornos.

Recomenda-se tocar as pessoas de forma consciente, sem invasão, sabedores dos tipos de toque e do potencial afetivo que os envolve. Se a relação é com o paciente em sofrimento psíquico e não com a doença que o acomete, deve-se tocá-lo no lugar certo, ou seja, no local por ele consentido (braços, ombros, mãos – locais mais aceitos na hospitalização); começar as interações desse modo, e não nos aproximando dele demonstrando que seu delírio e/ou sua alucinação é o foco dessa ação.

Na comunicação de emoções o toque pode demonstrar, com uma precisão de 70%, o gênero feminino (HERTENSTEIN; KELTNER, 2011). Tocar é considerado uma das formas mais significativas de contato do Ser Humano com o mundo, por meio do qual é possível ativar seu sistema sensorial; tocar pode ainda estar relacionado ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento, conforme depoimento:

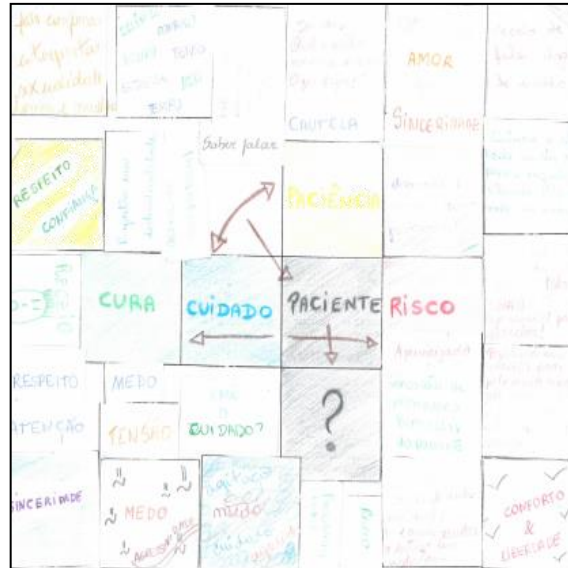
[...] no que se refere ao cuidado de Enfermagem, especificamente depois do que vivi aqui com os pacientes em sofrimento psíquico, (...) acredito que esse sentido não possibilitou a aquisição de conhecimento (...) não contribui na maioria dos casos. [...]. (E.10)

Para os graduandos houve aquisição de conhecimento partir do toque. Eles reconhecem que ser estimulado para perceber sensorialmente a comunicação do paciente foi

⁴ É o estudo do toque e das características que o envolvem, sendo elas: sexo e idade dos comunicadores, duração, localização, ação (velocidade e forma de aproximação que precedem o toque), intensidade (pressão exercida), frequência e sensações provocadas pelo toque (graus de conforto e desconforto gerados nos agentes comunicadores) (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

essencial para sua formação, e permitiu o estabelecimento de um contato puro e direto com a realidade vivida na hospitalização em saúde mental.

Na produção artística realizada a partir dos sentidos corporais, através da Imagem 7: *Sentido Tato: “O Jogo da Sorte” e “Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes”* - Araújo (2000) - Adaptadas, destacamos como foi possível pensar na comunicação através dela:



O Ser Humano ao cuidar e ser cuidado toca e é tocado dos mais diferentes modos e/ou meios: com as mãos, com o corpo, com os cabelos, com os instrumentos de trabalho, com as roupas e apetrechos, dentre outros. Tocar é entrar no mundo do outro, é despertar nele estímulos neurais, glandulares, musculares e mentais. Ter consentimento do toque na hospitalização e consciência do contato físico por ele promovido pode auxiliar os pacientes na sua recuperação, e igualmente melhorar o vínculo, a comunicação e as interações futuras.

A possibilidade de tocar e deixar-se tocar é um modo de ser no mundo (SCHIMIDT; SILVA, 2013). Na interação com pacientes em sofrimento psíquico os graduandos consideram que ocupam uma posição que os empodera às interpretações equivocadas das percepções, que podem de uma forma geral, causar constrangimento e desconforto para ambas as partes.

Após essa experiência, os graduandos reconhecem que o tato se encontra em todo o corpo, interna e externamente à pele. Para eles o ato de tocar faz parte da sua realidade e, em algumas circunstâncias particulares, conforme depoimentos:

[...] no toque posso identificar que o paciente necessita de meus cuidados. [...] (E.12)

[...] através do toque podemos ver uma carência nos cuidados com a higiene pessoal e cuidado com a pele daquele paciente. (...) as unhas sempre amareladas de cigarro, grandes (...) e a Enfermagem daqui não se toca. [...] (E.15)

Para os graduando o ato de tocar o paciente permite reconhecer que demandas de cuidado os pacientes necessitam, e o que eles podem ofertar enquanto aprendizes do cuidado. De maneira geral, reconhecem que é a enfermagem precisa evoluir no cuidado prestado na hospitalização, especialmente no que se refere à pele, muitas vezes ressecada e suja, às unhas amareladas em decorrência do consumo de cigarro, à má higiene oral, pelo pouco incentivo à escovação dos dentes após alimentação, consumo e efeito de medicações.

O ato de tocar precisa, portanto, ter consentimento dos pacientes na hospitalização, e isso, à vezes, pode estar distante do aprendiz, ao consideramos todas as “marcas” nele geradas anteriormente. Efetivar um espaço para o compartilhamento de vivências com pacientes em sofrimento psíquico, entre os aprendizes, apresenta-se como uma proposta para melhorar a interação, fazendo com que ambos, pacientes-graduandos, alcancem a relação, que é de cuidado, tornando-a abrangente e de qualidade.

Concordamos com Schimidt; Silva (2013) que se faz necessária uma maior atenção para os aspectos inerentes à tacésica, isso porque essa forma de comunicação foca-se no humano, na sua integralidade, e subsidia o respeito mútuo, a atenção, os limites na relação, as fragilidades dos envolvidos, e a totalidade da pessoa. É preciso sensibilizar o graduando a perceber suas próprias ações, expressões e comportamentos; despertar nele a consciência da cautela física no ato de tocar; considerar os comportamentos do paciente em sofrimento psíquico na hospitalização, que podem surgir após um toque ou ausência dele.

De modo geral, tocar foi entendido como uma proposta terapêutica pelo graduando, um caminho para realização da autoanálise e do autoconhecimento. Por isso, é importante dar maior atenção a essa forma de comunicação, pois ela está presente, sempre que possível, na interação, revelando pessoas e necessidades de cuidado a serem ofertadas.

A **segunda categoria** emergiu das vivências de cada graduando, e denomina-se: **o sentido da comunicação.**

Na área da saúde, a interação com outras pessoas é constante, sejam elas os colegas de trabalho, nas suas diversas formas de se perceber e se colocar no mundo e/ou os próprios pacientes. Interagir se apresenta como um caminho de possibilidades, um meio de se perceber o vasto volume de mensagens, símbolos, signos, expressões, regras e comportamentos que comunicam com precisão o Ser humano como ele é - na sua essencialidade (MLODINOW, 2013).

No cotidiano da Enfermagem em específico, a interação é a grande responsável por sensibilizar as pessoas para os diversos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro.

É um ato-ação que permite experimentar, (re) experimentar e examinar genericamente antigos sentimentos gerados em relações anteriores; é uma oportunidade de amadurecimento; uma capacidade interpessoal essencial para a vida; um fundamento; uma ajuda (TRAVELBEE, 1979). É o que leva as pessoas a compreenderem sua própria vida, a dar sentido a ela, a encontrar a partir dela forças interiores para sua recuperação ou adaptação à situação que, por hora, pode não ser mudada (WAIDMAN; ELSSEN; MARCONI, 2006).

Sobre essa compreensão, o graduando inferiu que:

[...] Na internação o enfermeiro ainda se volta muito para a manutenção da organização dos espaços materiais, envolvimento da questão organizacional, gerencial de um modo geral. (...) são poucas as habilidades que eu consegui perceber, concretas, frente a minha atuação em relação à terapêutica da pessoa. (...) Eu esperava (...) na aquisição de habilidades do enfermeiro, através da comunicação e de outras teorias, e de outros mecanismos, contribuir, mesmo que diretamente, e não indiretamente, para estabelecer uma terapêutica para esse paciente. [...] (E.10)

Nesse ambiente de cuidado, destinado à saúde mental de pacientes hospitalizados, o graduando conseguiu perceber que a postura adotada pelo enfermeiro se encontra direcionada para a manutenção, organização, e envolvimento com os serviços gerenciais. Para ele, poucas foram as conquistas em relação à aquisição de habilidades, principalmente no que se refere ao que é terapêutico no cuidado de enfermagem. Esperava-se contribuir diretamente com o paciente durante a hospitalização, efetivar um vínculo, um cuidado próximo, interativo, humanizado e relacional, entretanto o *feedback* nessa experiência foi negativo para esse graduando.

A interação com paciente precisa ser entendida como uma relação de comunicação. Ela deve colocar em relevo a empatia entre as pessoas. Dispor de um ambiente organizado, estruturado, favorece o funcionamento do serviço, a efetivação de um vínculo entre as pessoas, e viabiliza um cuidado relacional e terapêutico. Esse vínculo é construído a partir da relação de cuidado, seja no desenvolvimento de técnicas, procedimentos e ações instrumentais, ou na valorização de ações criativas, sensíveis, intuitivas e afetivas (OLIVEIRA; SIMÕES, 2013).

Concordamos com George (2000) que a díade enfermeiro-paciente, que pode ser considerada no ensino da profissão, estabelece uma meta comum: o crescimento e desenvolvimento pessoal. O paciente, na hospitalização, vive em constante desenvolvimento, se esforçando para reduzir a ansiedade decorrente de sua doença (PEPLAU, 1990). O enfermeiro, o “organismo vivo” dessa relação, deve se preocupar, a todo instante, em mantê-la em equilíbrio. Ele, além de evidenciar o lado psicológico do paciente, deve estimulá-lo a compreender seus próprios sentimentos, auxiliá-lo na relação com os outros. Para o

graduando, essa relação com o paciente em sofrimento psíquico, durante sua formação profissional é importante, conforme depoimento:

[...] a relação interpessoal é uma ferramenta do cuidado de Enfermagem muito importante na saúde mental. [...] (E.15)

Segundo Waidman; Elsen; Marcon (2006), a função do enfermeiro na área da saúde mental é ajudar as pessoas a desenvolverem uma filosofia para a vida, proporcionar sustento nos momentos de pressão e sofrimento. Essa é uma experiência vivida por todos os Seres humano, e que não deve ser experimentada, exclusivamente, como um rótulo, devendo a pessoa ser aceita e respeitada pelas outras pessoas. Sensibilizar o graduando para compreender a pessoa, prepará-lo para perceber as necessidades, e posterior situá-lo sobre o sofrimento vivido, apresenta-se como uma proposta de mudança de padrões e comportamentos futuros, consciente e transformadora, que humaniza, constrói e fortalece as relações de cuidado (PAES; MAFTUM, 2013).

Estimular o graduando a perceber o que está oculto no que é dito, no não dito e, por vezes, no interdito, colocou em relevo os sentimentos e sentidos da pessoa, sua comunicação, interação e necessidades de cuidado na hospitalização em saúde mental. E é nessa perspectiva, onde aprendemos e somos apreendidos pela percepção, que passamos a considerar um ponto de partida: Quem é o outro? Quais as necessidades reveladas a partir da comunicação? E o que fazer para reverter as fragilidades percebidas? As apresentadas na relação? E o que devemos fazer para tornar ao cuidado abrangente e a comunicação efetiva?

Para Paes; Maftum (2013) o cuidado se caracteriza pelo encontro entre aquele que necessita do cuidado e o cuidador, em ambiente propício, envolto por comportamentos e atitudes que envolvem respeito, responsabilidade, interesse, segurança, oferta de apoio, confiança, conforto e solidariedade. Esses aspectos somente são efetivados em ambiente interacional e comunicacional, e na falta de comunicação e de interação, o cuidado tende a se tornar um simples procedimento técnico.

Podemos exemplificar isso, a partir do seguinte depoimento:

[...] Nós precisamos evoluir como profissionais de saúde, enquanto enfermeiros (...) podemos alterar um processo de doença e de sofrimento psíquico através das nossas tecnologias e não das tecnologias dos outros (...) Nós precisamos evoluir nesse cuidado (...). E como ele se estabelece a pergunta fica: cadê o cuidado? [...] (E.10)

O graduando reconheceu a necessidade de evoluir no cuidado em saúde mental, aprender a apreendê-lo. Para ele, é possível alterar o processo de doença através do uso das próprias tecnologias de cuidado. Entretanto, considera ainda que pouco valor é dado ao seu uso durante a formação profissional. É preciso estimular o graduando cotidianamente a

colocar essas tecnologias em prática, pois elas representam novas possibilidades de se ofertar um cuidado acolhedor, dialógico, vinculado, co-responsabilizado (JORGE et al. 2011).

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas por Merhy (2002) em três categorias, a saber: a) Tecnologia leve: se caracteriza como o processo de produção da comunicação, relação, autonomia, vínculo e acolhimento; b) Tecnologia leve-dura: inclui os saberes representados pelas disciplinas que operam na área da saúde, estruturados a exemplo na clínica médica, epidemiologia, psiquiatria, entre outras; c) Tecnologia dura: representada a partir de todo o material concreto, como os equipamentos, as máquinas, as normas e estruturas organizacionais, o mobiliário permanente ou de consumo diário.

Para Jorge et al. (2011), a área da saúde mental requer dos envolvidos a utilização da tecnologia leve, um instrumento integrador do cuidado, que humaniza a prática. A integralidade das ações está presente no encontro, no diálogo, na disponibilidade, na atitude de reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades de cada pessoa. E é na busca dessa totalidade do cuidado que se aprofundam as relações subjetivas entre profissional/paciente/hospital/sociedade.

O relacionamento terapêutico e a comunicação terapêutica, instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde para tornar possível a continuidade do tratamento do paciente, sua inserção social e a conquista de sua cidadania, representam, sobremaneira, a tecnologia leve-dura, e intenciona, na sua especificidade, minimizar a dor e o sofrimento dos pacientes, satisfazer suas necessidades, produzir junto a eles qualidade de vida.

A experiência de aprender a cuidar em Saúde Mental oportunizou o autoconhecimento do graduando quando na interação com pacientes em sofrimento psíquico, e isso pode ser clarificado no seguinte depoimento:

[...] o que mais me chamou a atenção foi a questão das diferentes tecnologias de cuidado que você teve que implementar com esse paciente. (...) a questão das outras tecnologias que podem ser utilizadas no cuidado. (...) não que eu pense que se limita apenas a esse paciente, mas também a outros cenários, outros usuários. (...) As outras etapas do currículo te levavam para um diferente direcionamento de cuidado e de tarefas a realizar. Nessa etapa, isso se modificou. Acredito que o enfrentamento desses estigmas também foi necessário. [...] (E.10)

Concordamos com Villela; Maftum; Paes (2013), que a busca pela totalidade do cuidado deve levar em consideração a cientificidade humanística e técnica. O graduando, ao longo de sua formação profissional, adquire conhecimento com especificidade para atuar na área da saúde mental. Essa preparação para a prática deve estar baseada, sobretudo, na resolução de problemas, de questões ou situações que levam os envolvidos a compreenderem o fato estudado, e a propor estratégias que valorizam a ação crítica e reflexiva.

De tal modo, é preciso preparar o graduando para as atividades consideradas como complexas pelos serviços de saúde. A ciência, nesse contexto, deve estar intimamente entrelaçada à base formativa, teórico-prática e política - formar “capacitados” para o reconhecimento do seu papel na sociedade. Essa preparação deve utilizar os conhecimentos técnicos, incorporar questões sociais, assumir condutas éticas, por vezes direcionadas ao atendimento de necessidades específicas da realidade social, a exemplo:

[...] Eu acho que a palavra chave seria desmitificação. Porque a gente vem com um preconceito já pronto de que o paciente é aquele agressivo, que vai chegar e te bater. Isso a gente já tinha ouvido. (...) O paciente chega do seu lado, eu particularmente, suando, tremendo, porque ia me agredir. Claro que a gente tem que ter certo receio, mas não é essa coisa que a gente sempre ouve falar do paciente [...] (E.14)

Cuidar na área da saúde mental permitiu ao graduando desconstruir alguns conceitos, principalmente aqueles que envolvem os comportamentos do paciente. Experiência essa que possibilitou o resgate do Ser humano, a compreensão das incapacidades, a identificação das necessidades dos medos, angústias e sonhos. O reconhecimento da própria evolução, entendimento sobre as pessoas, conhecimento de fatos do passado e projeções futuras são formas de comunicação que viabilizam uma melhor interação (PAES; MAFTUM, 2013).

Por sua complexidade e várias abordagens teóricas, a comunicação é entendida como um fenômeno integrador, complexo e humano, que proporciona condições favoráveis ao relacionamento interpessoal (PAES; MAFTUM, 2013). Ela é um elemento presente na assistência, no ensino e na pesquisa na enfermagem; um eixo condutor do cuidado e das relações no ambiente; é o que revela as situações vividas pelas pessoas; e o que permite o exercício da Enfermagem como prática de cuidado integral. E isso pode ser exemplificado no depoimento a seguir:

[...] Eu sou professora de dança, e eu estou dando aula para uma menina que tem problemas psiquiátricos. Eu tenho que ter muita paciência, porque ela não decora as sequências. (...) a mãe não me informou nada. (...) Porque se eu precisar mudar, eu vou mudar, me readaptar. (...) Eu fui corrigi-la, como eu corrijo todo mundo, ela começou a gritar, não, não, não, não. (...) Meu Deus, o que é que eu estou fazendo? (...) Ela começou a gritar, e todo mundo: não fala, não fala, não fala. Eu parei, respirei fundo e falei: calma! Fiquei observando. (...) Ela (a aluna) é normal. (...) tem os mesmos direitos. Não vejo nada de diferença, muito menos preconceito. (...) A pedagogia tem que ser diferenciada, não tem jeito. Todo mundo já percebeu que a menina é diferente. (...) Eu conversei com o grupo para ter paciência com ela, aceitá-la e fazer o possível para sociabilizá-la, porque é uma situação muito complicada. (...) Eles acabam se sentindo diferente. (...) O grupo é (...) misturado. (...) Estou vivendo um dia de cada vez com ela. (...) E, ao mesmo tempo eu estou criando algumas estratégias para poder lidar no dia-dia. [...] (E.4)

É possível identificar conceitos e princípios que sustentem as relações interpessoais. (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Transformar situações de cuidados em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal é desafiador para todas as pessoas em qualquer ambiente.

Se a relação é com o paciente, deve-se considerá-lo a todo instante, e não a doença que o aflige, nisso se insere a família. Essa relação precisa ser única e original, pois sua finalidade é desenvolver o cuidado. Examinar as próprias qualidades pessoais, antes mesmo de se colocar disponível na relação, pode influenciar na conquista de competências de comunicação, e igualmente no relacionamento interpessoal (RODRIGUES; SANTOS; SPRICIGO, 2012).

No âmbito familiar, é possível identificar essas situações de cuidado, e que fazem da relação interpessoal um desafio, como destaca o depoimento a seguir:

[...] eu tenho um tio que é paciente psiquiátrico. (...) Já pude ver algumas crises que ele de vez em quando tem. Crises que tem que tomar os remédios. (...) Ele é muito calmo, muito amigo. Gosta muito de desenhar, de ouvir música. A minha diferença no tratar ele é a atenção mesmo, que eu acredito que todo paciente psiquiátrico mesmo precisa. Eu não consigo entender o que ele fala, ele fala muito rápido, e às vezes embolado. (...) eu tenho que ter atenção. Ele mostra uma música mais de uma vez. (...) tem que ter muita paciência. Eu tenho que descrever (tudo) com muita atenção para de fato ouvir e interagir com ele. [...] (E.4)

Brusamarello et al. (2009) consideram que a crise é um conjunto de manifestações súbitas, inicial, moderada ou tardia, de doença física ou mental, geralmente precedida de evolução previsível, que passa de um fator de estresse precipitante até o estado de crise aguda, podendo ser descritas em quatro fases: fase I - corresponde à exposição ao fator de estresse precipitante; fase II - ocorre o aumento da ansiedade, sentimentos de confusão e desorganização diante da não resolução do estresse precipitante; fase III - os recursos possíveis são mobilizados para resolver o problema e aliviar o desconforto; fase IV - as funções cognitivas se desorganizam, as emoções mostram-se instáveis e o comportamento pode refletir manifestações psicóticas, quando não se consegue resolver em tentativas anteriores.

Nesta vivência, o graduando pôde reconhecer a importância do relacionamento humano, de ser empático na interação. Ele percebeu que a relação com o paciente em sofrimento psíquico é uma relação construída diariamente, e que a atenção e a paciência são medidas terapêuticas essenciais para sua entrada no universo do outro. Os significados e sentidos obtidos nessa interação vão ao encontro com a integralidade do cuidado, sobretudo no que se referem à promoção da saúde, direitos do ser humano, respeito e acolhimento (PAES; MAFTUM, 2013).

A comunicação esteve presente nessa relação, e se expressa a partir da disponibilidade, da atenção e da empatia (PAES; MAFTUM, 2013). Colocar-se na posição de ouvinte, de preocupada com a situação, lembrar fatos importantes e considerá-los como essenciais para melhorar a proximidade entre envolvidos foram medidas terapêuticas utilizadas para melhorar a

interação. Caso esse reconhecimento não ocorra no cotidiano, o cuidado não deixa de acontecer, nem tampouco de ser entendido como cuidado terapêutico (TRAVELBEE, 1979).

E, para clarificar melhor esse reconhecimento, destacamos o seguinte depoimento:

[...] o paciente começou a chamar: - Minha filha, minha filha, deixa minha filha entrar, deixa minha filha entrar. Eu falei: - Bem, não está na hora da visita! Eu cheguei nele (...) onde é que ela está? - Está aqui fora, no corredor? Deixe-a entrar para me ver! (...) - Senhor, mas a visita não é agora. É daqui a pouquinho! Falta uma horinha; (...) Não. Minha filha, minha filha, deixa minha filha entrar! (...) ele estava verbalizando normal. Eu li e vi que não tinha ninguém desorientado, não tinha ninguém contido (...) estava tudo ótimo. Ela está onde? No corredor! Eu saí da sala e fui para o corredor. Não tinha ninguém! Fui, voltei e falei: sua filha não está aqui! Está sim! Eu estou esperando ela! Estou escutando ela me chamar! Deixe-a entrar para falar comigo, pelo amor de Deus! (...) assim, aflito! Eu falei: - meu Deus, o segurança deve ter colocado (ela) para fora, porque não está na hora da visita. Eu fui lá perguntar para o segurança. (...) a filha do seu fulano (...) veio aqui? Porque ele está apreensivo atrás dela. Não, não veio ninguém. (...) - meu Deus essa mulher foi embora. E lá fui eu para o acolhimento (...) perguntei (...) apareceu aqui a filha do seu fulano (...) lá da sala amarela? Não, não apareceu ninguém. Saí (...) pedi atenção. Gente (...) tem alguém aí parente do seu fulano (...)? Não tinha ninguém. (...) voltei eu para falar com o paciente. (...) sua filha foi embora. Como foi embora? Ela está aqui! (...) eu falei assim: - esse cara não está normal. (...) eu me conscientizei de que da forma que ele estava verbalizando comigo ele não estava normal. Minha filha, a deixe entrar. Ai (...) eu entrei na dele (...) embarquei (...) saí da sala, fingi que chamei o nome dela que ele me falou. (...) olha ela falou que foi ali no banheiro. (...) ele falou: então tá bom! (...) quando ele falou então tá bom, notei uma cara de alívio. (...) o paciente muito desorientado e a equipe tratando ele normal (...). E isso eu demorei quase meia hora para tentar descobrir [...]. (E.22)

O reconhecimento das próprias limitações, obstáculos e interdições para cuidar na área da saúde mental foram considerados pelo graduando na hospitalização. Para ele, a experiência de perceber a comunicação do paciente se resume na efetivação de um diálogo durante a relação. Segundo Paes; Maftum (2013), o diálogo é uma forma de cuidado que visa à interação. Ele representa uma possibilidade de se alcançar o paciente em sofrimento psíquico, um vínculo. À medida que esse vínculo é firmado o aprendiz se torna referência para o paciente. Por isso é importante atentar-se para a comunicação, especialmente quando o paciente se encontra isolado, cabisbaixo, triste e/ou sabidamente depressivos, uma vez que estes necessitam ser estimulados a conversar.

O imaginário social sobre o cuidado de enfermagem a pacientes na hospitalização em saúde mental foi construído ao longo de toda a formação profissional do graduando, e remete-se às cenas de filmes, relatos de parentes, telejornais e noticiários, muitas vezes relacionados às histórias de convívio social, como ter um familiar ou conhecido que recebeu os tratamentos tradicionais. Esses tratamentos caracterizam, única e exclusivamente, a internação, colocando a pessoa em outro plano da hospitalização, reforçando o tratar, presente no modelo biomédico, e não o cuidar, desrespeitando a individualidade da pessoa (VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013).

Essa experiência, que é de ensino e de aprendizagem, colocou em relevo a existência do Ser, a apreensão das objetividades e subjetividades manifestadas no cuidado, o autoconhecimento e o amadurecimento do aprendiz. A percepção sobre a comunicação do paciente em sofrimento psíquico coloca em evidência questões relativas à dimensão social, fundamentais para a sobrevivência humana, como: trabalho/emprego, moradia, dinheiro, escolaridade. O relato a seguir ilustra bem esse aspecto:

[...] Eu cresci com um primo que é autista. Eu tinha muito medo dele (...), porque eu o via agredir todo mundo da família, todo mundo que chegava perto (...) ninguém conseguia entrar na casa dele. (...) cada vez que alguém ia entrar era uma agressão. (...) ele estressado quebrava os talheres (...), ele torcia (...) ele rasgava a bermuda jeans. É uma coisa surreal. Minha mãe foi entrando na casa e ele veio pra cima da minha mãe. (...) eu puxei minha mãe e falei assim: - você não vai agredir ninguém. Ele parou, olhou pra mim, abaixou a cabeça. (...) - isso é feio! Todo mundo aqui é sua família. (...) - vamos pra sala! (...) ele não ficava na sala! Ele ficava muito recuado, no espaço dele, no canto dele, com as coisas dele. Ele gostava muito de uma bermuda e minha tia não podia tirar a bermuda que ele ficava revoltado. (...) - você vai tirar a bermuda, (...) vai colocar outra bermuda bonita e limpa. E você vai ficar com a bermuda. (...) Ele pegou o garfo como quem diz: - vou pegar para ameaçar, para ver o que ela vai fazer. Quando ele pegou o garfo, ele veio para cima de mim. (...) - o que você vai fazer com o garfo? Vai botar em mim? (...) hum hum! (...) minha tia falou: - Tá eu desculpo você. (...) Ele mesmo tirou a bermuda. (...) Ele só não conseguia colocar muito bem a bermuda. (...) A partir daquele dia todo mundo podia entrar na casa dele (...) se falasse diretamente com ele sério ele respeitava. (...) é uma questão de colocação. Porque muitas vezes a gente fica com receio e vai deixando (...), vai se revoltando (...). Minha tia tentava, mas acho que aquela reação de mãe (...) aquela questão do amor, (...) de não conseguir ter um controle (...) sobre ele. Depois que alguém chegou e falou com ele serio acabou o problema. [...] (E.18)

O autismo se caracteriza pelo prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social recíproca, habilidades de comunicação verbal e não verbal, ou quando o comportamento, interesse e atividades estereotipadas estão presentes na vida da pessoa, mas não são satisfeitas (KAPCZINSKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2011). A comunicação no autismo pode possuir várias peculiaridades, e não segue o mesmo percurso de desenvolvimento.

Segundo Paes; Maftum (2013) alguns pacientes em sofrimento psíquico podem demonstrar dificuldades em verbalizar, dispor de ideias claras e estabelecer relações interpessoais. Eles podem ainda apresentar *insights*, do latim “*intuitio*”, cujo termo em sua forma original (ou traduzido para o Português insaite), começou a ser utilizado desde o início do século XX para descrever o conhecimento do paciente acerca dos sintomas da doença. É um sinônimo da palavra intuição, um modo de conhecimento imediato apreendido diretamente pela visão, pela realidade das coisas, verdade dos conceitos e/ou por oposição ao conhecimento discursivo.

Para Rodrigues; Santos; Spricigo (2012) as características de cada patologia são sempre reconhecidas durante o ensino da Enfermagem: por exemplo, o deprimido - calado em função de sua doença; o portador de esquizofrenia em estado grave da doença - os próprios sintomas dos distúrbios psicóticos, como os delírios, as alucinações, a confusão mental e a agitação psicomotora. Concordamos com Maftum; Paes (2013) que à medida que desviamos nosso olhar do pacientes em sofrimento psíquico e o direcionamos apenas para sua condição psíquica, passamos a desvalorizar a comunicação em toda sua amplitude, retirando do paciente toda sua possibilidade de demonstrar sua capacidade cognitiva, autonomia e entendimento.

Situar o paciente em sofrimento psíquico na sua reocupação é de extrema importância na hospitalização. O aprendiz deve ter consciência disso. É preciso falar com ele sobre o quão importante e benéfico é colocar em dia suas tarefas pendentes, pois elas podem auxiliá-lo no seu crescimento. Deve-se informá-los que estas pendências podem interferir no seu desenvolvimento e na ampliação de sua personalidade (PEPLAU, 1990). Dentre as funções a serem consideradas pelo aprendiz, destacamos a de colaborar no processo de clarificação da doença. É possível ajudar o paciente a tornar a experiência vivida em uma aprendizagem significativa; orientá-lo a respeito do que o seu problema de saúde implica para sua vida cotidiana; estimulá-lo para a compreensão das suas dificuldades.

A dúvida, a insegurança e o medo quanto à capacidade de cuidar de pacientes em sofrimento psíquico foi apontada pelos graduandos, e requereu deles o autoconhecimento, momento para se revisitar e se reconhecer cuidando, conforme depoimentos a seguir:

[...] Eu estou até curiosa para ver como vai ser nesse campo. Eu espero que eu não fique mais doida. É isso! [...] (E.4)

[...] Eu também tenho esse medo de até onde tem a religião envolvida. Até onde aquilo é só loucura. Sei lá ele fica escutando umas vozes (...) o que são aquelas vozes? (...) Não é a área que eu gosto! (...) Eu tenho medo! (...) Eu tenho muito medo de paciente psiquiátrico. Porque pra mim, tem uma divisão entre um paciente desorientado e o paciente com distúrbio psiquiátrico, que é tratado como paciente que tem um distúrbio psiquiátrico. [...] (E.5)

O sentimento de curiosidade é colocado em relevo pelo graduando, pois é comum experimentá-lo diante de uma experiência nova. Entretanto, na interação com pacientes que manifestam delírios, um dos sintomas mais aparentes das psicoses, essa curiosidade cede espaço ao medo, o que inviabiliza o estabelecimento da comunicação. Esses sintomas, segundo Paes; Maftum (2013) tendem a tornar a fala e as ideias do paciente incompreensível; eles não são contínuos, podendo o paciente apresentar intervalos de adequação de comportamento, fala e pensamento. A insegurança no relacionamento frente a esses sintomas

pode estar relacionada, quiçá, à dificuldade de decifrar as expressões faciais e as emoções negativas de cada pessoa (DAVID et al. 2014).

Outra reflexão que nos fez pensar mais sobre o sentido da comunicação, encontra-se implícita na estória pessoal do graduando, conforme depoimento:

[...] tinha um paciente internado, e ele ficava contido. Ele só resmungava. O pessoal chegava perto e ele chutava. Eu fiquei pensando como é que deve ser para esse paciente estar ali há dois meses. Ele não tem família. Depois eu descobri a história dele, muito triste! Ele foi internado na colônia porque ele nasceu mudo. Então, há muitos anos atrás era considerado louco. Foi internado sem ser maluco, digamos assim. Então, (...) imagina o que passa na cabeça dele. Eu tentei me comunicar com ele. Eu chegava perto dele. Todo dia que eu chegava e fazia assim pra ele (Sinal de positivo com o dedo). (...) com gestos. Chegou uma fase que ninguém mais conseguia dar comida para ele, só eu. O pessoal chegava para dar comida na boca, (ele) apontava pra mim, iam trocar a roupa dele, ele queria que eu estivesse do lado, sabe! Então, aquilo me deixou muito comovida. Às vezes, eu chegava em casa e chorava porque ele não tinha para onde ir. Ele estava lá esperando só algum abrigo. Eu fiquei: mãe é muito caro pagar um asilo para ele? Eu fiquei muito comovida. Tanto que todo dia quando eu ia embora eu ia lá e fazia questão de apertar a mão dele e dar tchau, porque eu podia voltar e ele não estar mais ali, realmente. Toda vez que eu chegava eu perguntava: como foi a semana passada? Falaram assim: uma senhora que cuidava dele (...) ela veio aqui e falou que não tem mais condições de ficar com ele. E que realmente ele vai ter que ir para um abrigo. (...) a lágrima só corria do olho dele. (...) ainda bem que eu não estava lá, senão eu ia desmanchar. Enfim, depois eu soube que conseguiram pra ele (...). Tinha um enfermeiro que falou: - vou ficar de olho nele (...). Todo mundo se apegou a ele, mas ninguém tinha paciência de ficar ali nos gestos, tentando falar com ele (...). Então, isso me tocou muito de ele me escolher pra cuidar dele, para dar comida, entende. [...] (E.2)

Essa experiência, em particular, demonstra que é nítida a objetividade do graduando nesse contexto, e que se manteve presente na sensibilidade, nas diferentes formas de querer perceber e ajudar, e nas estratégias propostas para atender as necessidades, a partir de um cuidado personalizado (ARANGO DE MONTIS et al. 2013). A objetividade na comunicação segundo Oliveira; Simões (2013) pode estar relacionada como a capacidade em observar o que realmente está acontecendo com o paciente, sem se deixar influenciar por sentimentos subjetivos. Houve conquista de habilidades de comunicação terapêutica e interpessoal, segurança, compassividade e respeito mútuo (CURRIE et al. 2014).

Segundo Paes; Maftum (2013), a comunicação proporciona condições favoráveis ao relacionamento interpessoal e permite o exercício da Enfermagem como prática de cuidado integral e humanizado. E, para ilustrar essa afirmativa, destacamos uma experiência prática:

[...] fui tirar o acesso do paciente, uma coisa simples, (...) ele estava muito agitado (...). Eu segurei, olhei no olho dele e falei: - você quer sair daqui? (...) ele falou agitado (dizendo sim com um meneio positivo a cabeça). Então, você confia em mim? Rapidinho que você vai sair daqui. E foi simples (...) tranquilo. [...] (E.4)

Durante a interação com paciente o graduando reconhece que a postura adotada influencia diretamente no cuidado. Para ele, é preciso se colocar disponível, ser firme e seguro

a todo instante, pois o que se espera da comunicação é que ela seja efetiva e alcance, sem desvios, os envolvidos. Toda comunicação deve, portanto, valorizar as posturas, despertar nos pacientes sentimentos de confiança, satisfação e segurança. Essa comunicação é terapêutica, pois auxilia o paciente em sofrimento psíquico a olhar para si e para o outro de uma forma atenciosa.

Perceber o comportamento do paciente na hospitalização, suas proximias, cinesias e paralinguagens, estimulou o graduando a falar sobre os hábitos de vida diária, sobre o que é real e surreal e/ou o que pode ser imaginário. Tais afirmações vão ao encontro do que é compartilhado:

[...] era uma paciente psiquiátrica, nervosa, não deixava ninguém encostá-la. (...) vou ter que fazer exame físico nela (...) fazer tudo. (...) todo mundo que chegava perto dela eu via que ela era bem agitada. A médica (...) tirou a contenção dela e a levou para andar. Nisso, (...) perguntei o nome dela para mãe dela, e já a chamava pelo nome, mas com medo, entendeu! Comecei a estabelecer uma comunicação com ela. Durante o dia (...) ela estava chorando Eu perguntei: - Porque que você esta chorando? (...) - Minha barriga está de fora! (...) - Você quer que eu te ajude? (...) - Você me leva no banheiro para trocar minha roupa? (...) Foi só eu e ela para o banheiro. Apreensiva. Era só uma questão de, a blusa (...), as costas era pra ficar de fora. Botaram errado! Eu só virei. Ela ficou tão agradecida que começou a falar que quando sair dali ela vai para praia. (...) - Você vai comigo? (...) - Vou. Nós vamos juntas! (...) Sabe, eu saí dali naquele dia satisfeita. Porque eu pensei: foi um medo que eu venci, literalmente (...). E, eu sou meio pequena, meio não, pequena. (...) tudo que é assim, eu fico com um medo. Se ela me agredisse, eu não saberia me defender. Eu gostei. Foi uma das experiências que me marcaram bastante. [...] (E.2)

A transformação de si, presente no contexto do graduando, que é interna e externa, favoreceu a identificação das próprias qualidades e limitações para cuidar e interagir com pacientes. Ao se deparar com a angústia do paciente, especificamente por causa dos sintomas negativos da doença, o graduando percebeu a necessidade de elaborar estratégias de cuidado para ajudar o paciente na hospitalização. Houve amadurecimento do aprendiz nessa oportunidade, assim como o cumprimento de exigências pré-estabelecidas, como disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança e credibilidade. E, além de produzir o crescimento, essa experiência permitiu uma autoanálise sobre si nesse contexto, e isso pode ser compreendido também nos seguintes depoimentos:

[...] a gente não pode esquecer que não tem só essa parte de delírio, que pode ser engraçado, que pode ser legal, que dá para gente embarcar, tem hora que não vai dar. [...] (E.6)

[...] Onde eu estudava (...) tinha um doidinho (...) do nada ele chegava e fazia assim no seu cabelo ó (movimento de puxar o cabelo). Todo mundo morria de medo dele! Quando ele chegava todo mundo já fazia assim (gesto realizado com a mão que representa sair correndo). (...) porque ele puxava o cabelo da gente. [...] (E.12)

Entender as formas de comunicação significa treinar a percepção em relação ao outro, e isso às vezes é difícil diante das inúmeras tarefas adquiridas diariamente. Uma livre

discussão sobre as situações vividas pelo graduando permitiu, através da participação e reflexão, uma maior compreensão acerca do que não está visível nas palavras, mas no subjetivo do cuidado.

Nessa experiência, o graduando foi colocado no centro do cuidado da saúde mental para, a partir disso, despertar seus sentidos e sentimentos para perceber a comunicação do paciente, e pensar sobre sua comunicação na interação, seja no estágio curricular, no ônibus, na família, na escola e/ou qualquer outro contexto. Essa estratégia tornou possível a compreensão sobre como e qual deve ser a postura adotada pelo graduando durante sua aprendizagem (HOEKSTRA et al. 2010).

Para alguns graduandos, o ato de cuidar de pacientes em sofrimento psíquico foi considerado um enigma para sua formação, isso porque não há um roteiro para auxiliá-los na efetivação do cuidado a ser ofertado, nem tampouco para dizer se sua interação com o paciente esta sendo terapêutica ou não, e se surtiu efeito sobre o cuidado, conforme depoimentos a seguir:

[...] aquele questionamento o tempo inteiro apaga o fogo, estende a roupa, vai te engodando que chega uma hora que você fala: tá bom! (...) não tem como você ficar neutro. (...) você tem que se posicionar. Tem que estender a roupa, tem que apagar o fogo. Por que não? (...) isso é angústia. Ele está achando que está pegando fogo e ninguém está fazendo nada? Talvez você intervir eu acho necessário! (...) Imagina a sensação de você pensar que tem alguma coisa pegando fogo e não tem ninguém pra te responder 'já apaguei o fogo!' [...] (E.10)

[...] no paciente psiquiátrico você não tem um roteiro para chegar. (...) ele é muito imprevisível! (...) Ele pode te receber muito bem ou do nada pode virar e falar: - olha, você é parecida com a minha irmã! Você é minha irmã! E ter aquele delírio, né! [...] (E.14)

A necessidade de reflexão e possíveis mudanças na formação de enfermeiros é uma questão atual (FERREIRA et al. 2013). E, romper antigas estruturas cristalizadas, onde as informações transmitidas são depositadas em alunos passivamente receptivos é um desafio. A busca de novos modelos de ensino, de novos conteúdos e direcionamentos práticos requer dos envolvidos uma flexibilidade educacional, uma busca por caminhos diferenciados para a formação. O processo pedagógico deve, assim, contemplar um espaço para o diálogo e para o compartilhamento de subjetividades. O aprendizado só se efetiva se o conhecimento compartilhado for significativo para todos os atores sociais envolvidos.

Nesse espaço, idealizado para o compartilhamento das percepções sensoriais relativas à comunicação, os graduandos compartilharam suas histórias pessoais e acadêmicas, pensaram, refletiram, questionaram, buscaram respostas, e construíram, a partir delas, novas possibilidades para seu crescimento. Para efetuar esse espaço de ensino e valorização de

subjetividades foi preciso romper velhos modelos educacionais, de forma crítica e reflexiva, por meio de uma contínua avaliação das atividades educativas. O facilitador, nessa experiência, desenvolveu uma postura interativa e moderna no processo ensino-aprendizagem (VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013).

E, para ilustrar melhor os desafios encontrados pelo graduando frente à terapêutica e à efetividade da comunicação com o paciente em sofrimento psíquico, destacamos os seguintes depoimentos:

[...] O roteiro com aquele paciente talvez seja esse, talvez com o paciente que não seja da saúde mental seja outro. Naquele momento o roteiro é esse, e que acaba sendo seguido (...) eles (os pacientes) ficam num sofrimento psíquico muito grande, e se você não corresponde nessas loucuras o sofrimento deve ser fora do comum (...) Acho que esse é um ponto terapêutico da Enfermagem, que é efetivo, e faz parte do cuidado. [...] (E.19)

[...] você embarcar no delírio eu acho que é uma forma de comunicação. Agora, se você chegar, não, não tem nada aqui, cala a boca, está atrapalhando, não está vendo que tem paciente aqui, doente (...). Isso é uma comunicação que ao invés de acalmar, vai fazer com que ele piore a situação. Então, é tudo como você fala, do jeito que você fala! Por que não adianta, se ele está em delírio, (...) está com problema, (...) ele não vai enxergar o que você enxerga. É uma forma de terapia, forma terapêutica. (...) se você tem uma comunicação eficiente, se você procurar acalmar esse paciente com certeza eu acredito que ele terá melhora ao longo do tempo. [...] (E.14)

Concordamos com Villela; Maftum; Paes (2013) que o ensino de Enfermagem em saúde mental deve ser considerado como ferramenta do cuidado em saúde e educação, (re)orientado para o desenvolvimento de competências e habilidades de comunicação. Ensinar a cuidar na área da saúde mental exige dos envolvidos originalidade, criação de modalidades de reconhecimento de aptidões e conhecimentos tácitos capazes de permitir uma maior visibilidade social. Se possível, deve-se diversificar as estratégias de ensino e envolver nas parcerias educativas os diversos atores nas parcerias educativas.

Segundo Silva (2012), durante o desenvolvimento dos cuidados cotidianos, a comunicação possibilita o aperfeiçoamento da assistência, isso à medida que oferece algo muito além dos cuidados físicos. Podemos aplicar essa concepção na situação exposta a seguir:

[...] onde eu fiz estágio (...) tinha um paciente que gritava: - feche a porta! Feche a porta! (...) já estava àquela confusão toda na enfermaria. O pessoal já estava querendo amarrá-lo, porque ele estava alterado (...) eu fiquei nervosa com aquela situação, aquela gritaria (...). Eu só falei: - Pá! (sonoplastia, batendo uma mão sobre a outra) Fechei a porta! Aí ele respondeu: - tá! A porta fechou! [...] (E.14)

O graduando compartilha que diversos sentimentos ganham espaço em seu mundo quando a comunicação é estimulada, percebida e interpretada. Para eles, comunicar desperta sentimentos internalizados sobre o cuidado, favorece o reconhecimento das necessidades

individuais e coletivas, além de ultrapassar as atribuições técnicas e o desenvolvimento da capacidade humana. Cuidado que nesse contexto se expressa como uma complexa rede de relações, inter-ações e retro-ações, sob a dialógica ordem/desordem, morte/vida, cuja diversidade e unidade humana encontram-se interligadas, formando um todo integrador.

Concordamos com Freire (2012) que toda ação educativa deve, assim, ser precedida de reflexão, isso porque o homem é criador de cultura e fazedor de história. À medida que ele cria e decide sobre si, novas fases vão se formando e reformando, permitindo o reconhecimento de si próprio e a transformação do mundo, sua cultura e suas histórias. Para exemplificar os depoimentos sobre o ensino da comunicação, citamos:

[...] Eu sempre achei que a comunicação, trazendo para o ponto da pesquisa, fosse uma linha terapêutica! (...) Quando você não estabelece uma comunicação correta dentro desse sofrimento, a meu ver você deixa de fazer uma terapia que não é medicamentosa, que é verbal, mas que pode melhorar aquele sofrimento psíquico de uma forma. Porque imagina você dentro de uma prisão de medos, horrores, e ninguém estabelecer ou tentar amenizar aquele sofrimento. Deve ser muito ruim! [...] (E.10)

O conceito de comunicação terapêutica consiste na habilidade do profissional, nesse caso o aprendiz, em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a se relacionar socialmente, adaptar-se ao que não pode ser mudado (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Para tanto, o graduando deve ser sensibilizado para se perceber na relação, superar as próprias interdições e as do cotidiano, a refletir sobre as habilidades de relacionamento interpessoal.

E, para que a comunicação terapêutica possa fluir bem, o graduando deve aprender a escutar, não somente com os ouvidos; a falar quando necessário, estando atento para os comportamentos complementares à fala, não verbalizados; permitir uma abertura para realização de perguntas; ser honesto, mostrar respeito com o outro e consigo a todo instante. Aguçar seu imaginário, através de uma abordagem que contemple a comunicação terapêutica com o paciente em sofrimento psíquico, sua relação, interação e cuidado, pode viabilizar seu amadurecimento pessoal e profissional, isso ao considerar todo o estímulo dispensado à identificação de problemas durante hospitalização.

O graduando, ao direcionar sua comunicação para o paciente hospitalizado, assim como para a interação com os demais, seja ele o graduando, o profissional, a família, ou mesmo outro paciente, deve ter plena consciência que comunicar não deve ser realizado de maneira intuitiva e/ou por impulsos. Ele ocupa um espaço que o permite realizar atividades de educação em saúde, troca de experiências, e mudança de comportamentos, que podem

influenciar de forma positiva no cuidado (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). A comunicação precisa, portanto, ser planejada e consentida pelos envolvidos na interação.

E para lograr êxito nessa interação, o graduando deve se colocar na posição de disponível, se perceber como Ser participativo na relação. Essa disponibilidade, por sua vez, permitirá a captação, a partir das expressões verbais e não verbais do paciente, de diversos sentimentos e pensamentos, que podem permanecer internalizados ou surgir na interação. Flexibilidade, eficiência, empatia, acolhimento, escuta ativa, sensibilidade, criatividade e solidariedade devem, portanto, fazer parte do processo de ensinar e cuidar de em saúde mental.

Concordamos com Pontes; Leitão; Ramos (2008) que dentre os objetivos da assistência de Enfermagem em saúde mental, o de estimular o paciente a participar das atividades terapêuticas propostas é um deles. Essa participação, entretanto, depende do processo de comunicação, onde se estabelece as relações de confiança, necessária para o estabelecimento de vínculo, diminuição o medo, da ansiedade, do estigma e do preconceito.

Um dos instrumentos que favorece a comunicação terapêutica é o bom relacionamento interpessoal, que segundo Peplau (1990), favorece a troca de informações a partir das estratégias utilizadas e da criação de um universo propício à identificação dos problemas. Para Pontes; Leitão; Ramos (2008) é preciso ajudar o paciente a lembrar-se e a compreender o que está acontecendo com ele, bem como a ultrapassar essa situação de forma positiva (HOWK, 2004). Isso, por sua vez, possibilita uma nova visão para o futuro enfermeiro, pois destaca a importância da relação com o paciente com vistas ao crescimento e ao amadurecimento mútuo (Op. Cit. 2008).

Segundo Waidman; Elsen; Marconi (2006), na relação interpessoal é importante perguntar brincando, explicando através do uso das técnicas de comunicação (através do uso de perguntas e comentários abertos, de técnica de reflexão, de percepções compartilhadas e de imagens). Sobremaneira, há na Enfermagem um processo interpessoal terapêutico, através da relação graduando-paciente, cuja finalidade é ajudar a alcançar a maturidade e favorecer uma vida criativa, construtiva e produtiva. O ser humano é, por sua natureza, uma experiência em aberto. Ele precisa mergulhar no seu universo para tentar compreendê-lo, descobrir os enigmas que pairam sobre sua existência.

O reconhecimento da realidade, nesse contexto, busca desconstruir o senso comum de que o paciente em sofrimento psíquico está em um lugar/hospital apropriado para o tratamento, fechado, protegido, e que a sociedade é composta de “normais”. E, quando

questionados sobre o que produziram, e se no que produziram havia relação com a sua percepção sensorial, o graduando discorre que:

[...] no momento com ele (o paciente). Eu mesmo vejo como um desafio. (...) Eu não tenho paciência (...). Então, eu vou ter que desenvolver isso. Até mesmo para poder cuidar. (...) As aulas, a parte teórica eu acredito que me interessa, mas em relação à parte prática eu tenho um pouco de receio. Então, (...) eu vou ter que traçar alguma forma, algum método, de tentar resolver isso. Um deles eu acredito que vai ser a comunicação. Então, não vai ter para onde fugir. A meu ver é um desafio. Desenvolver essa paciência para poder lidar com esse momento de vai estender a roupa, e a cada dois minutos, é vai estender a roupa. [...] (E.10)

O graduando reconheceu a necessidade de desenvolver suas competências para se comunicar com o paciente na hospitalização. Para ele, a comunicação precisa acontecer de forma consciente e planejada, para que não gere sentimentos negativos como receio, dúvidas e medo. O não saber como agir pode sinalizar um pedido de ajuda do graduando, e os facilitadores dessa apreensão de conhecimento devem estar atentos a isso, assim como às expressões verbais e não verbais na interação. Como mostra o depoimento a seguir, alguns obstáculos impedem o fluxo da comunicação com o paciente em sofrimento psíquico:

[...] foi mais baseado de fato na comunicação. Porque as duas experiências que eu tive mais marcantes com paciente foi que eu sempre tive receio de me comunicar com eles. (...) eu sempre tive receio, medo, tensão, preconceito até de chegar e cuidar daquele paciente. [...] (E.2)

Na área da saúde mental, a comunicação proporciona condições favoráveis ao relacionamento interpessoal. Perceber o outro sob essa lógica só é possível quando ambos conseguem enxergar as singularidades de si, assim como seus limites, potencialidades e peculiaridades enquanto seres humanos. O facilitador, mediador desse ensino, precisa ter consciência de toda a sua experiência, para, a partir disso, saber utilizá-la de forma a ajudá-los a compreender e a aceitar o outro como único. Isso pode ser clarificado nos depoimentos a seguir:

[...] Eu desenhei um abismo entre o paciente e o enfermeiro onde a enfermeira estava acima do paciente. E por ela estar acima ela não conseguia estabelecer a comunicação. (...) ver o que realmente está acontecendo com o paciente. Não é pelo fato dela se sentir superior, mas de ela estar preocupada com outras coisas, (...) coisas mínimas para o cuidado (...) às vezes é assim, o paciente está gritando (...) por (...) atenção (...) às vezes só quer que você o escute. (...) Foi nesse sentido, que o paciente quer te falar alguma coisa, só que a gente não enxerga isso! [...] (E.11)

[...] Eu posso estar meio confusa. Eu tentei passar aqui que o contato com o paciente geralmente é meio confuso, você não sabe por onde partir, como lidar. Então, isso gera um monte de dúvidas, mas você tem que saber lidar com os pontos. [...] (E.13)

[...] Coloquei algumas interrogações, justamente pelos questionamentos que eu tinha e que alguns foram bastante respondidos aqui durante a estadia. [...] (E.21)

O ato de ensinar exige a participação ativa de quem ensina e de quem aprende.

Aprender e ensinar constituem duas atividades muito próximas da experiência de vida de qualquer Ser humano: aprendemos diariamente quando realizamos alterações na nossa forma de pensar e de agir, e ensinamos quando partilhamos com o outro ou com o grupo, a experiência e os saberes que vamos acumulando no nosso cotidiano (FREIRE, 2012).

Nesta oportunidade de ensino, em que se valorizou a percepção da comunicação na interação e no cuidado, houve o seguinte compartilhamento:

[...] a gente consegue perceber a importância da comunicação, de estabelecer essa comunicação com o paciente. Talvez uma coisa que a gente até dava, mas não tanto valor, não tanto quanto agora. (...) a gente pode perceber que estabelece uma terapêutica mesmo com eles (...) nas outras etapas a gente tem outro modo de cuidado, o jeito de olhar para esse paciente. E com uma coisa simples a gente acaba cuidando. [...] (E.23)

Para o graduando, a interação com o paciente hospitalizado em Saúde Mental permitiu melhorar a relação de cuidado, e favoreceu toda dinâmica de ensino e aprendizagem. Ele reconhece que nas outras etapas de sua formação profissional há outro modo de cuidado, um olhar diferenciado para o paciente. Considera que nessa área em específico, com pequenos gestos, ações e comportamentos, direcionados ao paciente, é possível efetivar um cuidado.

Para Freire (2012), o educador não é apenas um Ser de saber e de saber-fazer, é um Ser consciente e lúcido, que se apoia no conhecimento vivenciado, isso para obter o saber dos outros e fazê-lo frutificar. Ensinar exige a integração entre graduando e o professor, pois tanto um quanto o outro, deve ser agente crítico no ato de saber. Essa conscientização é um compromisso histórico, onde o homem se destaca no papel de Ser que faz e refaz o mundo.

Uma educação voltada para o futuro deve ser sempre uma educação sem limites, pautada na transformação social e no ato educativo, pois pode fazer o graduando refletir sobre sua realidade e intervir na criação de um mundo próprio. A prática educativa não pode, portanto, estar reduzida à transferência de conhecimentos, pois o ato de ensinar deve levar em consideração o inacabado do Ser.

No que se refere à compreensão sobre o paciente em sofrimento psíquico, papel do docente e a abordagem pedagógica, os graduandos consideram que esses atores sociais podem contribuir para desmitificar concepções equivocadas sobre o comportamento do paciente, assim como possibilitar a construção do conhecimento sobre sua clínica e necessidades de cuidado, conforme depoimento:

[...] Tudo é um distúrbio. (...) o professor falou que se você tiver no ponto de ônibus (...) às dez horas da noite, sozinha, e aparecer alguém, e você sentir medo, já é um delírio! (...) Então, não tem como eu fugir! [...] (E.19)

Segundo Cyrino; Toralles-Pereira (2004), ensinar e aprender é um processo complexo;

não acontece de forma linear, por acréscimo, que se soma a alguns novos elementos, antes sabidos. Ambos se estruturam mediante redes de conexão que cada Ser faz. As pessoas são Seres Humanos, e não objetos, e quanto mais o homem refletir sobre sua situação, seu ambiente e sua realidade, mais comprometido e pronto para agir ele estará. Saber como intervir frente às alucinações do paciente em sofrimento psíquico, parece ser um dos grandes questionamentos quando na oportunidade de aprender a cuidar, conforme depoimento:

[...] Eu já tive uma paciente que (...) passou onze horas no plantão falando: minha filha vai estender aquela roupa. E eu respondia: - Eu já estendi aquela roupa! (...) Ela ficou o tempo todo, já apagou o fogo? - Já apaguei! Eu vou lá checar o fogo. E assim foi ficando. Eu vou checar o fogo, vou, vou. (...) Se a pessoa está num delírio eu não vou ficar assim: não tem fogo, não tem fogo, não tem roupa! Não! Eu vou falar: eu vou estender a roupa! Se ela quer que eu estenda, eu vou estender! (...) É uma das dúvidas que eu tenho! (...) a gente chega ou embarca na viagem? A gente corta, ou a gente omite e deixa o paciente falando? (...) um paciente assim é considerado com distúrbio psiquiátrico? (...) Eu também tenho esse questionamento: como a gente deve proceder necessariamente? A gente entra na loucura ou a gente fica? [...] (E.19)

Para o graduando essa experiência possibilitou uma relação empática, construída mutuamente, e permeada, sobretudo, pela troca de saberes, experiências, sentimentos e sofrimento. Quando se ajuda o paciente a identificar e compreender as facetas do seu problema de saúde, concomitantemente ele passa a perceber o que este implica para sua vida. Ajudá-los a se libertarem da energia que deriva da tensão e da ansiedade, associada ao que se vivenciou, pode definir, facilitar, e compreender todo o problema vivido. É neste sentido que Travelbee (1979) ressalta a necessidade de o enfermeiro usar a si mesmo, isto é o “eu terapêutico”.

Sobremaneira, o reconhecimento de si deve levar em conta que podem coexistir problemas ou sentimentos opostos à relação, incluindo o que se vive fora da internação, conforme compartilhado.

[...] Não vim com muito medo. Teve gente que estava muito mais receosa que eu. Mas eu vim com um pouco. Até porque eu me dei muito bem. Adorei o contato com os pacientes. (...) tem aquele paradigma que a gente ia sentir medo, receio, nojo, alguma coisa assim, e comigo não aconteceu. [...] (E.13)

A desconstrução do paradigma manicomial permeia a construção de um novo modelo de cuidado - o da atenção psicossocial. E, no tocante às suas características destaca o cuidado em serviços comunitários; o olhar do profissional direcionado para a existência-doença mental; os vários fatores que influenciam no surgimento (biológico, cultural, social, histórico, linguístico); a participação de vários atores sociais no processo terapêutico. Esse paradigma busca a (re)inserção social, a construção da cidadania, a conquista da autonomia do paciente, assim como a desmistificação a respeito da enfermidade e do paciente em sofrimento psíquico, estigmatizado ao longo dos séculos (SOUZA et al. 2013).

Segundo Peplau (1990) o ato de solicitar assistência por necessidade sentida ou mal compreendida, constitui o primeiro passo de uma experiência dinâmica de aprendizagem, a partir da qual se pode dar o passo seguinte no crescimento pessoal e social, que é a consideração e a decodificação das necessidades de aprendizagem do paciente.

Neste processo de cuidar de pessoas, a comunicação se apresenta como um elo entre o paciente hospitalizado e o graduando, um elemento indispensável na qualidade das relações, na identificação do processo saúde-doença, e na realização do cuidado. Comunicar, em linhas gerais, é o que permite determinar se a prática é sensível, humanizada, e se ocorreram trocas de mensagens.

Para que a comunicação seja efetiva, o graduando reconhece que precisa melhor compreender o Ser humano, considera-lo como um Ser ativo, e o cuidado como finalidade nas mais variadas situações de vida. Interagir com pacientes em sofrimento psíquico fez o graduando pensar a respeito do cuidado nos diversos cenários hospitalares.

[...] proporcionou realmente uma nova forma de visão desse cuidado. Por que (...) todos, e isso é uma coisa que eu nunca tinha me atentado, todos os setores (...) você tem a saúde mental envolvida. Só que claro, numa menor intensidade, mas você tem a saúde mental no CTI, na coronária. [...] (E.14)

Nessa experiência, em particular, houve uma maior compreensão por parte do graduando acerca da dimensão que é aprender a cuidar de pacientes em sofrimento psíquico. Para ele, saber que esse paciente pode estar presente nos mais diversos cenários da área da saúde faz toda diferença para realizar um cuidado personalizado. Cuidado esse que, segundo Oliveira; Simões (2013), revela-se através de um processo comunicativo e interativo, e exige envolvimento e compromisso daquele que cuida e que é cuidado; a finalidade do cuidado se dá pelo estabelecimento do relacionamento pessoa-pessoa, conforme depoimentos:

[...] Eu acho que a pena em mim mistura com a angústia. Porque sempre que eu penso na pena, sempre vem na minha cabeça: nossa imagina se eu (...) ficar numa situação dessas, se algum familiar meu próximo que eu tenha muito afeto venha a ficar numa situação dessas, bate uma angústia (...) porque a gente não sabe o dia de amanhã. (...) Imagina se alguém próximo da gente, algum familiar tiver que passar por isso. Eu acho angustiante! (...) A pena mistura com angústia. (...) O medo de passar por aquilo, é muito grande! (...) de vivenciar aquilo (...) eu já sinto pena de todos. Era isso que eu ia falar. Que não é o certo, mas eu sinto muita pena de todos! [...] (E.13)

Segundo Travelbee (1979), o processo de relacionamento enfermeiro-paciente, considera que: 1) o enfermeiro identifica a pessoa e obtém as informações necessárias para o desenvolvimento do relacionamento; ele reconhece seus sentimentos, pensamentos e comportamentos, estando ciente de como eles podem interferir na relação; 2) os dois Seres humanos se conhecem e firmam compromisso de desenvolver o relacionamento terapêutico. É

um momento único em que ambos experienciam um crescimento pessoal, compreendem o outro e sua singularidade; 3) enfermeiro e paciente se conhecem cada vez mais. Esse momento viabiliza a resolução de problemas identificados na fase anterior, ou seja, é o desenvolvimento pleno do relacionamento pessoa-a-pessoa; 4) o enfermeiro precisa lembrar o paciente do compromisso firmado, analisar o alcance dos objetivos, a importância e motivos do término, e prepará-lo para continuar independente no que for possível.

A comunicação, por vezes silenciosa, intuitiva, despertou nos graduandos sentimentos que se encontravam associados à espiritualidade no cuidado:

[...] Eu acho que a espiritualidade tem duas vertentes. A primeira vertente é que pode ajudar na recuperação do paciente e a segunda é que pode também atrapalhar. (...) acontece às vezes do paciente estar tendo uma alucinação (...) estar achando que realmente está vendo espíritos, vendo pessoas de outro plano conversando com ele, por mais que o médico chegue e tente conversar, ele vai falar: não, eu acredito, estou vendo aqui a todo o momento. Ele está, talvez, num período de alucinação, e isso é muito relativo. É o que eu falo: você tem duas vertentes e também tem uma fronteira. Até onde é realmente a crença da pessoa? (...) tem religiões que abordam isso, mas no caso aqui seria fator que talvez atrapalhasse, nesse sentido por causa das alucinações. E a parte que ajuda é (...) talvez você acreditando, tendo uma crença. [...] (E.14)

Boff (2006), buscando entender melhor a diferença entre religião e espiritualidade, conceitua religião como um aspecto institucional e doutrinário de determinada forma de vivência religiosa, definida por determinadas crenças e ritos referidos ao transcendente, entendido como meio que oferece salvação. A espiritualidade, por sua vez, refere-se à experiência de contato com algo que ultrapassa as realidades da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades.

Segundo Oliveira; Junges (2012), todas as religiões têm como base a experiência com a realidade da qual se apodera o Ser humano. É a manifestação da presença de algo que é transcendente, que é sentido no cotidiano da existência humana, e que possui a capacidade de transformar a vida das pessoas. Ela se manifesta como religiosa, quando repercute na transformação da vida da pessoa, e essa forma de espiritualidade é chamada de mística.

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, não se limitando ao tipo de crença ou prática religiosa. A espiritualidade foi compreendida como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Segundo Lancetti; Amarante (2006), a saúde mental é o reflexo de uma mente saudável, e é esta que traduz, em movimento contínuo, o Ser humano em busca do seu bem estar. É importante considerar o quanto a religiosidade oferece de recursos para enfrentar situações estressantes e inevitáveis na vida (OLIVEIRA; JUNGES, 2012). Esses recursos, por

sua vez, tendem a aparecer à medida que o Ser Humano se abre e se deixa afetar pelos diversos encontros e experiências que a vida lhe proporciona: encontro com as demais pessoas, com o Cosmos, com o transcendente e consigo mesmo. Toda experiência é singular e pode apresentar aspectos positivos e negativos.

Os graduandos reconhecem que na prática clínica da saúde mental, os sentimentos espirituais e comportamentos religiosos dos pacientes devem ser valorizados durante a interação e cuidado. Esse reconhecimento é considerado uma estratégia de ajuda, pois viabiliza a criação de vínculo com o paciente e permite ofertar um cuidado mais próximo possível, terapêutico.

Concordamos com Moreira-Almeida et al. (2006) que algumas questões sobre espiritualidade/religiosidade do paciente, na área da saúde mental, devem ser melhores compreendidas pelo graduando. Destacamos: é preciso investigar se o paciente tem alguma forma de espiritualidade/religiosidade, antes de se comunicar com ele; Se ele pertence a uma comunidade religiosa; Se tem alguma crença espiritual que possa influenciar nos cuidados e na aceitação desse cuidado; Se usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com sua doença, seu sofrimento; Investigar se a religião/espiritualidade tem sido fonte de apoio ou de conflitos; Se no momento há algum conflito ou questão espiritual que o preocupa? Se ele tem alguém com quem conversar sobre essas questões?

Ao entendermos, de fato, quais são os valores dos pacientes, temos mais chance de nos aproximar deles sem gerar crises inconscientes. Por fim, o que se espera desta relação é que o graduando perceba, a todo o momento, a saúde mental; que entenda o porquê do seu surgimento; que capte as pistas não verbais; que ajude o paciente a enfrentar a doença; que ao assistir o paciente, considere sua família e comunidade, auxiliando-os a encontrar o verdadeiro sentido para a vida na doença. E, consciente disso, esteja aberto, permitia-se na interação, que é dialógica, interativa e de cuidado.

Concordamos com Pessini; Bertachini (2004) que quem cuida se deixa tocar pelo sofrimento humano, torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer com sabedoria. Esta sabedoria conquistada pelo graduando, quando estimulado a perceber o que se encontra além da doença, o coloca na rota da valorização e da descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos apenas um problema a ser resolvido rotineiramente, mas um dom a ser vivido e partilhado como os outros diariamente.

Nesse estudo, o valor e a experiência de se pesquisar com os sentidos para traduzir a comunicação revelaram os fatores que podem influenciar na percepção do graduando sobre a

comunicação do paciente, e vice e versa. Dentre esses fatores destacamos que a linguagem utilizada deve ser clara para alcançar todos os níveis na hospitalização (CURRIE et al. 2014); que sexo, voz, aparência do paciente, e metáforas de comunicação podem interferir na interação (CHAN, 2013).

Estimular o graduando, a partir de ferramentas artísticas, permitiu desvendar, de forma sensível, sua capacidade cognitiva e sensorial, a potencialidade criativa, a apreensão das próprias percepções, a análise crítica, a possibilidade de perceber as potencialidades do outro, bem como formas de se tornar mais participativo e transformador da realidade.

A produção artística do grupo pesquisado permitiu a confecção de dois **Produtos de Pesquisa**: um *dado pedagógico informativo*, que neste estudo serviu como uma estratégia de ensino capaz de romper os obstáculos e pré-conceitos pré-concebidos dos graduandos na área da saúde mental, e um *vídeo educativo (APÊNDICE D)* que coloca em relevo a comunicação do paciente, com destaque para como ela está presente, e como ela pode influenciar na percepção, no reconhecimento dos sentidos, na interação e no cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ler, reler e transcrever a produção dos graduandos, mergulhamos nas suas histórias, palavras e silêncios. Compartilhamos com cada um: percepções, interações, interdições e suas vivências com pacientes em sofrimento psíquico. Desnudos de qualquer vaidade ou presunção, humildemente nos colocamos a ouvir repetidas vezes as gravações. Choramos, silenciemos e, por fim, nos entregamos às produções artísticas, conscientes de que seríamos incapazes de universalizar tudo que ouvimos, vimos e sentimos.

Nesse estudo, buscamos levantar com os graduandos suas percepções acerca da comunicação do paciente hospitalização em sofrimento psíquico; conhecê-los quanto à sua experiência anterior à prática; sobre o que entendem como comunicação, a sua e a dos pacientes; como enfrentam questões relativas ao medo de nunca ter cuidado na área da saúde mental e psiquiátrica; e que estratégias consideram como importantes para cuidar nesse contexto.

O conhecimento aqui produzido esteve ancorado ao pressuposto de que o ensino de Enfermagem em saúde mental, antes de qualquer obrigatoriedade acadêmica, deve estar atrelado à valorização da relação com o outro, situando o graduando a respeito do paciente, suas necessidades, vontades, valores, para, posteriormente, falar sobre a sua doença, processo esse que vai muito além da realização de técnicas de Enfermagem.

E, ao delimitarmos os objetivos e as questões geradoras para esse estudo, reunimo-nos com os graduandos em dois encontros: um anterior e outro posterior à prática de cuidado em saúde mental. Nesses encontros, tivemos a oportunidade de estimulá-los a uma viagem pelo passado, subsidiado pelo imaginário, após a aplicação da técnica de relaxamento. Essa técnica permitiu identificar o quão influente pode ser cada sentido corporal para o cuidado, para a relação e interação com o paciente na hospitalização.

Seguimos aos encontros com a aplicação da técnica do Jogo da Sorte e Vivências dos Sentidos Sociocomunicantes. E, a partir delas, identificamos que permanece implícito o medo, o receio e a insegurança do graduando para se comunicar e/ou cuidar de pacientes em sofrimento psíquico, e o quanto se faz necessário a construção de um conhecimento novo acerca daquilo que é obscuro, estigmatizante, pré-concebido.

Dialogar sobre esses dogmas, durante o processo de formação de futuros profissionais, tornou possível a compreensão de como nos comunicamos quando vamos cuidar, como ofertamos esse cuidado, para quem ofertamos e como a Enfermagem verdadeiramente o realiza.

Essa experiência possibilitou a solução de problemas pessoais, e foi ao encontro da capacidade humana de interação, isso a partir das interdições e limitações reveladas com a utilização do método. A comunicação foi a grande mediadora para a apreensão do cuidado na área da saúde mental e psiquiátrica, e incitou o graduando a pensar a respeito do outro, ampliando o seu processo de autodesenvolvimento, que nem sempre é fisiológico. Graduando-paciente se encontram, portanto, permeados por matizes da comunicação no cuidado.

O coração, sentido sede dos demais sentidos do corpo, permitiu apreender o cuidar durante a formação profissional. Ele é considerado um radar inteligente na compreensão do mundo do homem. E é apontado como aquele que desperta as percepções sensoriais dos envolvidos, permitindo ajudar sem interdições o paciente na hospitalização. Assumir o coração como sentido importante para cuidar é comunicar com precisão o universo do paciente, que é subjetivo e objetivo.

O sentido olfato identificou pessoas e cuidados a serem prestados, e despertou nos graduandos sentimentos adormecidos, fazendo, às vezes, com que fossem desencadeados sentimentos conflituosos ou não. É um sentido definidor, pois nos ajuda a identificar questões relativas à autoimagem e a autoestima. Ele é considerado como eficiente aliado para identificar alterações de saúde e de higiene, pois capta os odores e identifica se há alguma coisa de errado com o paciente, seja pela falta de higiene ou por alterações físicas significativas do sofrimento psíquico. E ao relacionar a limpeza ao cuidado, os graduandos estabeleceram uma ligação entre cuidado, conforto e bem estar do paciente à higiene corporal e ambiental.

O sentido paladar, de cunho social, evidenciou as diferenças clínicas de cada paciente, indicando modificações no seu estado de saúde. A importância do paladar reside no fato de que ele permite a pessoa selecionar substâncias específicas de acordo com os seus desejos, influências e, frequentemente, suas necessidades metabólicas. Igualmente é um sentido íntimo, uma vez que não podemos sentir gosto à distância, nem saber o que os pacientes desejam.

O sentido audição redimensionou a forma de perceber o paciente em sofrimento psíquico e o cuidado, revelando, a depender da relação estabelecida frente ao quadro clínico, cuidado às reações corporais manifestadas pelo paciente durante sua hospitalização. É a partir da audição que desenvolvemos a escuta, e complementar a ela valorizamos a comunicação verbal, não verbal, proxêmica, cinésica e paralinguística dos envolvidos. Esse ouvir precisa ser sensível, sem amarras, pois nossas ações, reações e aproximações sem consentimento,

podem interferir na recuperação do paciente. O graduando deve, portanto, ser sensibilizado para saber ouvir e, sobretudo, ouvir reflexivamente o paciente durante a interação, isso porque é através da escuta que a interação se torna efetiva.

A partir do olhar podemos imaginar várias coisas, igualmente porque a imagem visual é uma forma de comunicação, capaz de revelar demandas de cuidado. Na saúde mental, a visão possui posição de relevo, pois é a matriz que atribui sentido especial ao conteúdo imediato da comunicação e da percepção. É um sentido capaz de identificar os comportamentos diários do paciente, de altear ou não as interações, isso à medida que possibilita a captação de pistas não verbais para o entendimento do doente e da doença. É o sentido que nos permite adquirir sensibilidade para olhar/enxergar o paciente, ser útil quando eles precisam.

O sentido tato, mediador do cuidado, é apontado como o mais abrangente, o mais essencial na relação com o paciente. Ele tem como órgão captador a pele, que está presente em todo corpo humano. Nessa experiência de ensino e aprendizagem de cuidado a pacientes em sofrimento psíquico ele foi um sentido utilizado com cautela por todos, visto que a carência afetiva apresentada foi entendida como geradora de abusos.

Sob as formas de comunicação presentes na área da saúde mental e psiquiátrica, identificamos que aquela que é silenciosa, intuitiva, e não verbal, despertam nos graduandos sentimentos relacionados à espiritualidade no cuidado. Essa espiritualidade, por sua vez, encontra-se associada à experiência humana de contato com algo que transcende a realidade da vida. Trata-se de um movimento que busca experimentar uma força interior, força essa passível de superar as próprias capacidades humanas.

A aplicação das técnicas do jogo da sorte e de vivência dos sentidos Sociocomunicantes viabilizou a aquisição de competências para cuidar na área da saúde mental e psiquiátrica, e permitiu sensibilizar o graduando para a amplitude dos sentidos, para uma comunicação pontual, verbalizada e indicativa de intervenção, aproximação, escuta ampliada e atenção, capaz de atender as necessidades de cuidado do paciente.

A produção demonstra a comunicação percebida, verbalizada e indicativa de intervenção, aproximação, escuta ampliada e atenção. Os sentidos corporais percebem comportamento, linguagem, sofrimentos psíquicos, mecanismos de defesa e aproximação, necessidades de melhorias no cuidado, e registram e expressam a comunicação verbal e não verbal do paciente em sofrimento psíquico por meio da sensação, do comportamento e das condições do corpo que emanaram necessidades de cuidado.

Ter graduandos de enfermagem como participantes desta pesquisa possibilitou-nos pensar sobre novas estratégias para ensinar a cuidar de pacientes na hospitalização. Tínhamos consciência de que teríamos que refletir muito a esse respeito. E, assumimos que precisamos caminhar no sentido da compreensão do que é o humano, isso para reverter concepções que tornam a relação um impeditivo para o alcance do cuidado na área da saúde mental e psiquiátrica.

Finalizamos conscientes de que na área da saúde mental e psiquiátrica mudam-se os pacientes, as rotinas, os diagnósticos e os protocolos, mas prevalece o que há de valioso na profissão: o cuidado humano, relacional e interativo.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, D. **História Natural dos Sentidos**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1992.
- AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- ARAÚJO, S. T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória**: uma semiologia da expressão através da Sociopoética. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
- ARAÚJO, S. T. C.; CAMERON, L. E.; OLIVEIRA, L. F. D. O sentido olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enf**. v.15, n.4, p.811-817, 2011.
- ARANGO DE MONTIS, I.; BRÜNE, M.; FRESÁN, A.; ORTEGA, F. V.; VILLANUEVA, J.; SARACCO, R.; MUÑOZ-DELGADO, J. Reconocimiento de la expresión facial de las emociones y su relación con estilos de apego y síntomas psiquiátricos: estudio preliminar en residentes de psiquiatria. **Salud Ment**. v.36, n.2, p.95-100. 2013.
- ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p.557-581, 2004.
- BACHION, M. M. INSTRUMENTOS BÁSICOS: Observação, interação e mensuração. **I Simpósio Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Brasília, 22 a 24 de abril de 2009.
- BARBIER, R. **Escuta sensível na formação de profissionais de Saúde**. Conferência na Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, julho, 2002.
- BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M.; PEREIRA, R. C. *et al.* **Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar**: temas de Saúde Mental. Ministério da Saúde: Brasília, 1998.
- BJORK, I. T; BERNTSEN, K; BRYNILDSEN, G; HESTETUN, M. Nursing students perceptions of their clinical learning environment in placements outside traditional hospital settings. **Journal of Clinical Nursing**. n.23, p.2958–2967, 2014.
- BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.
- BORIM, F. S.; BARROS, M. B.; BORTEGA, N. J. Common mental disorders among elderly individuals: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad Saúde Coletiva**. v.29, n.7, p.1415-26, 2013.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 3 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União** - Brasília, DF. Seção 1, p.37, 9 nov. 2001.
- _____ (a). **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. **Diário Oficial da União** - Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 12/10/2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Versão preliminar, Cadernos Centro Cultural da Saúde, Série J. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/.../Index.htm. Acesso em: 12/10/2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12/06/2012.

BRUSAMARELLO, T. B.; GUIMARÃES, A. N.; PAES, M. R.; BORBA, L. O.; BORILLE, D. C.; MAFTUM, M. A. Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental ao Paciente Internado em Hospital Psiquiátrico. **Cogitare Enferm.** v.14, n.1, p.79-84, 2009.

CAMERON, L. E.; ARAUJO, S. T. C. Visão como instrumento da percepção na assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Rev. esc. enferm. USP.** v.45, n.1, p.95-99, 2011.

CHAN, Z. C. A qualitative study on non-verbal sensitivity in nursing students. **J. Clin Nurs.** v.22, n.13-14, p.1941-50, 2013.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enf.** v.15, n.4, p.686-693, 2011.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CURRIE, K.; BANNERMAN, S.; HOWATSON, V.; MACLEOD, F.; MAYNE, W.; ORGAN, C.; RENTON, S.; SCOTT, J. 'Stepping in' or 'stepping back': How first year nursing students begin to learn about person-centred care. **Nurse Education Today.** n.35, p.239-244, 2014.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública.** v.20, n.3, p.780-788, 2004.

DAVID, J.; ANGELA, M. G.; DOROTHEA, F.; AMY, S.; JOHN, M. Using a Trained Actor to Model Mental Health Nursing Care. **Clin Simulation Nurs.** v.10, n.10, p.515-20, 2014.

DIB, E.; P.; ABRAO, J.; L.; F. Uma experiência terapêutica pré-cirúrgica: o uso do desenho como mediador lúdico. **Bol. Psicol.** v.63, n.139, p.159-174, 2013.

DOOLEN, J.; GIDDINGS, M.; JOHNSON, M.; GUIZADO DE NATAN, G.; O BADIA, L. An Evaluation of Mental Health Simulation with Standardized Patients. **Int J Nurs Educ Scholarsh.** v.11, n.1, p.1-8, 2014.

FERREIRA, C. R. P.; TEIXEIRA, C. A. B.; REISDORFER, E.; ZANETTI, A. C. Z.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. O uso de jogos teatrais como instrumentos de ensino de enfermagem em saúde mental. **Saúde Transform. Soc.** v.4, n.4, p.30-37. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J.J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.30, n.3, p.623-632. 2014

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAPPELL, B.; WYNADEN, D.; TOHOTOA, J.; PLATANIA-PHUNG, C.; BYRNE, L.; MARTIN, G.; HARRIS, S. Mental health lived experience academics in tertiary education: The views of nurse academics. **Nurse Education Today.** n.35, p.113–117, 2014.

HART, L. M.; JORM, A. F.; PAXTON, S. J. Mental health first aid for eating disorders: pilot evaluation of a training program for the public. **BMC Psychiatry.** n.12, p.98, 2012.

HERTENSTEIN, M. J.; KELTNER, D. Gender and the Communication of Emotion Via Touch. **Sex Roles.** n.64, v.1-2, p.70-80. 2011.

HERTENSTEIN, M. J.; HOLMES, R.; KELTNER, D. The communication of emotion via touch. **Emotion.** n.9, v.4, p.566-73, 2009.

HERTENSTEIN, M. J.; KELTNER, D.; APP, B.; BULLEIT, B. A.; JASKOLKA, A. R. Touch communicates distinct emotions. **Emotion.** n.6, v.3, p.528-533. 2006.

HOEKSTRA, H. J.; VAN MEIJEL, B. B.; VAN DER HOOFT-LEEMANS, T. G. A nursing career in mental health care: choices and motives of nursing students. **Nurse Educ Today.** v.30, n.1, p.4-8, Jan, 2010.

HOWK, C. Enfermagem Psicodinâmica. In: TOMEY, A.M., ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5. ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Ltda., 2004, 697p.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.7, p.3051-3060. 2011.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed Sul, 2011.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. (Orgs) *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; FIOCRUZ. p. 615-634, 2006.

LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIM, S. P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.27, n.3, p.200-207, 2014.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIGUEL, L.; RONCERO, C.; LÓPEZ-ORTIZ, C.; CASAS, M. Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. **Adicciones**. v.23, n.2, p.165-172, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MLODINOW, L. **Sublimar – como o inconsciente influencia nossas vidas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G.; FONTES, W.; CARNEIRO, A. D. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao cliente hospitalizado. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.3, p.323-327, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev Bras Psiquiatria**. v.28, n.3, p.242-250, 2006.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estud psicol**. v.17, n.3, p.469-476, 2012.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (UPA 24h): uma interpretação em Travelbee. **Enferm global**. v.12, n.30, p.76-90, 2013.

OTERO CEBALLOS, M.; LAZA, O. U.; ESPERÓN, M. T.; TRUJILLO, N. M. Metodología para el diseño por competencias de la especialidad de Enfermería en Salud Mental. **Educ Med Super**. v.23, n.1, p.1-10, 2009.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Paraná, 2009.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes em sofrimento psíquico em um serviço de emergência. **Rev Ciência, Cuidado e Saúde**. v.12, n.1, p.55-62, 2013.

PAULA, R. S.; COLARES, F. C. J.; TOLEDO, J. O.; NÓBREGA, O. T. Alterações Gustativas no Envelhecimento. **Revista Kairós**. v.11, n.1, p.217-235, 2008.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería**: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.

PERES, M. A. A.; BARREIRA, I. A. Uma nova enfermagem psiquiátrica na Universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 1, p.108-4, mar, 2008.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm**. v.61, n.3, 2008.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Rev Texto & Contexto Enferm**. v.21, n.3, p.616-624, 2012.

ROSENBERG, G.; GALLO-SILVER, L. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. **Teaching and Learning in Nursing**. v.6, n.1, p.2-8, 2011.

SANTOS, A. F. J.; et al. Perception of health students about older adults in Brazil. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.59, n.8, p. 1550-1552, 2011.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Reconhecimento dos aspectos tacéticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.2, p.426-432, 2013.

SILVA, A. L. A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S. S. L.; SILVA, M. J. P. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Rev Latino-am Enf**. v.8, n.5, p.65-70, 2000.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Loyola; 2012.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p.591-595, 2005.

SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N.; MONTEIRO, A. R. M.; MIRANDA, K. C. L.; SILVA, L. F. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev Enf**. v.17, n.3, p.548-554, 2013.

SKAPINAKIS, P.; BELLO, S.; KOUPIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, I.; THEODORAKIS, P. N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of

common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**. n.13, p.163, 2013.

SOUZA, D. G.; MOREIRA, A.; PORTO, F. As notícias no Jornal do Comércio (JC) sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) no Hospício 40 Nacional de Alienados (HNA) de 1911-1920. **Rev Pesq: cuid fundam**. v.9, n.1/2, p.101-110, 2005.

SOUZA, R. P.; OLIVEIRA, F. B.; SOUZA, T. F.; DAMASCENO, J. S.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, T. B. S. Institucionalização do paradigma psiquiátrico manicomial e de atenção psicossocial. *Psychiatry online Brasil*. v.18, n.2, 2013.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica**: el processo de la relacion de persona a persona. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1979.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987.

VILLELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Rev Texto & Contexto Enf**. v.22, n.2, p.397-406, 2013.

WAGNER, F. A.; GONZÁLES-FORTEZA, C.; SÁNCHEZ-GARCÍA, S.; GARCIA-PEÑA, C.; GALLO, J. J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. **Salud Ment**. n.35, v.1, p.3-11, 2012.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCONI, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev Eletr Enf**. v.8, n.2, p.282-91, 2006.

WALDOW R. V. **Estratégias de Ensino na Enfermagem**. ed. Vozes, Petrópolis, 2005.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: o sentido da comunicação em saúde mental**, que tem como **objetivos**: Identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente na hospitalização em Saúde Mental; e descrever como as percepções sensoriais influenciam na interação e cuidado na hospitalização.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, no método descritivo. A pesquisa terá duração de dois anos, com seu término previsto para junho de 2014. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, identificando-o por pseudônimo. Será assegurada a confidencialidade, a privacidade e a proteção da sua imagem. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. **Os dados** coletados serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa em participar dessa pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição a qual se encontra vinculado. Sua participação consistirá em participar das dinâmicas para produção do conhecimento sobre a percepção da comunicação no contexto de cuidado. As dinâmicas serão gravadas em fita magnética ou registro digital para posterior transcrição para o papel – será guardado por **cinco (05) anos e incinerada após esse período**. O (a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Como se trata de um estudo que possui dentre as técnicas de coleta de dados a observação, identificamos o constrangimento de ser observado como o **risco** que o estudo poderá ocasionar. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico na área de comunicação na Enfermagem hospitalar em saúde mental, além de gerar um espaço dialógico coletivo para compartilhar experiências anteriores individuais e/ou atuais sobre comunicação junto à clientela em saúde mental. Sua participação na pesquisa não afetará sua avaliação de desempenho e não somará no grau e frequência na disciplina.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Albert Lengruher de Azevedo
Mestrando

e-mail: albertenfermagem@yahoo.com.br
Celular: 98066-5493

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo
Orientadora

e-mail: stcaraujo@hotmail.com
Celular: 98796-0014

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____, 20__.

APÊNDICE B - Formulário 1: O Jogo da Sorte
(ARAÚJO, 2000 – Adaptado)

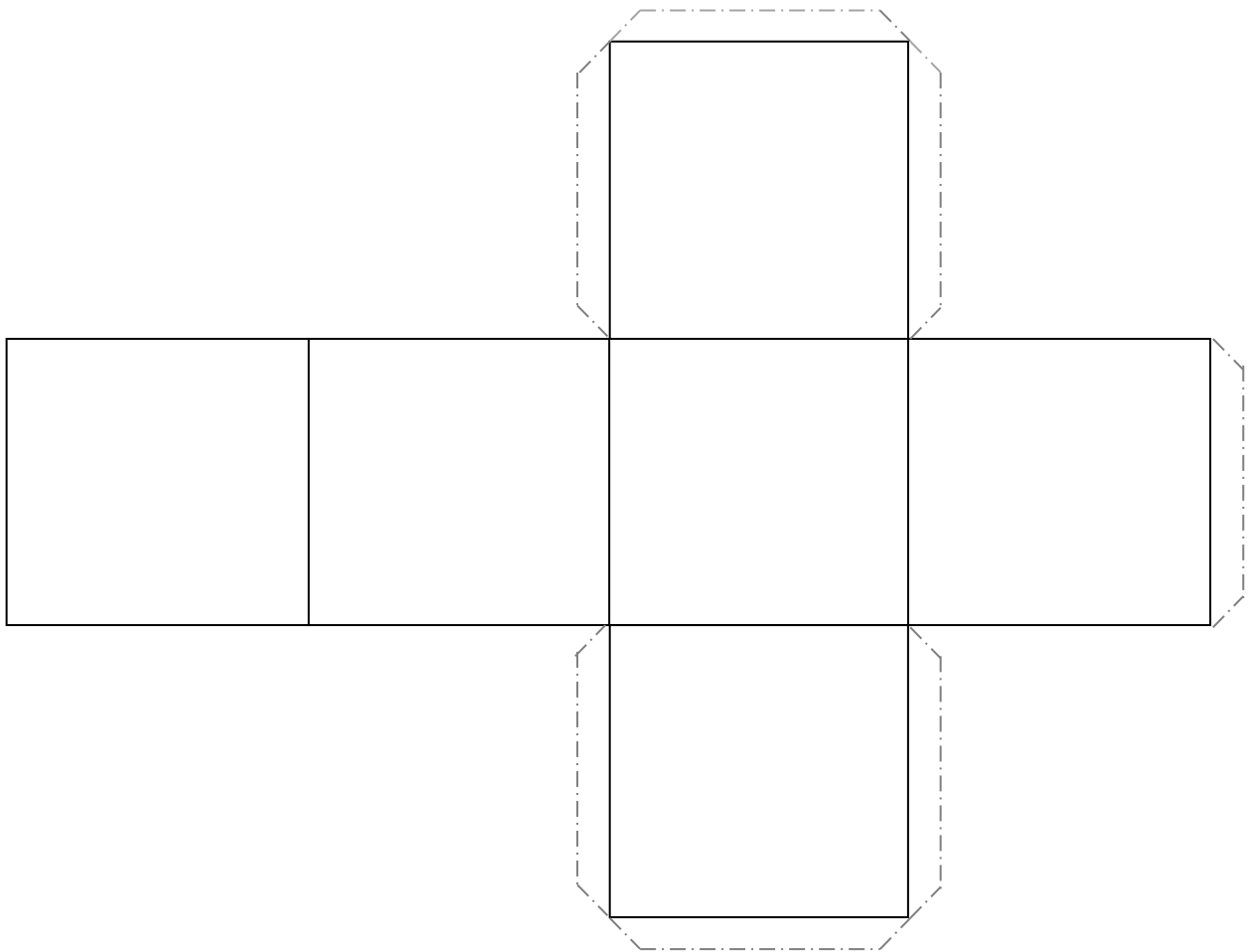
Iniciais do Nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Vivência com pacientes em sofrimento psíquico: () Sim () Não

Desenhe uma situação marcante quando o paciente se comunica com você.
Que percepções este sentido registra durante o cuidado?



Após desenhar registre uma palavra que sintetize o que você representou.

APÊNDICE C - Formulário 2: Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes
(Araújo 2000 - Adaptado)

Visão:

Que comunicação do paciente sua visão registra durante o cuidado?

Olfato:

Que comunicação do paciente seu olfato registra durante o cuidado?

Audição:

Que comunicação do paciente sua audição registra durante o cuidado?

Coração:

Que comunicação do paciente seu coração registra durante o cuidado?

Paladar:

Que comunicação do paciente seu paladar registra durante o cuidado?

Tato:

Que comunicação do paciente seu tato registra durante o cuidado?

APÊNDICE D - Produto de Pesquisa: Vídeo Educativo

APÊNDICE E - Submissão do Projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

Rio de Janeiro, ____ de _____, 2013.

De: Albert Lengruber de Azevedo

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA

Assunto: Encaminhamento de Projeto de Pesquisa de Pós-Graduação.

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado: **ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: O SENTIDO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**, juntamente com o minha orientadora Prof.^a Dr.^a. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, para apreciação e posterior parecer dos membros deste CEP.

Atenciosamente,

Mestrando: Albert Lengruber de Azevedo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

APÊNDICE F - Solicitação para Autorização de Cenário de Pesquisa

De: Albert Lengruber de Azevedo

Para: Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery
Professora Doutora Neide Aparecida Titonelli Alvim.

Assunto: Solicitação de Cenário de Pesquisa - Curso de Graduação em Enfermagem - Programa Curricular Interdepartamental X da EEAN/UFRJ.

Rio de Janeiro, ____ de _____, 2013.

Ao considerar a necessidade de ampliar as pesquisas na área hospitalar de saúde mental, e a obtenção de estudos referentes à percepção do graduando de enfermagem neste contexto, vimos solicitar a autorização para realização desta pesquisa acadêmica, para a obtenção do título de mestrado, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, que se apresenta com o título: **ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: O SENTIDO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**. Seus objetivos são: Identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente na hospitalização em Saúde Mental; e descrever como as percepções sensoriais influenciam na interação e cuidado na hospitalização.

Colocamo-nos à disposição de V. S.^a para quaisquer esclarecimentos e disponibilizamos o projeto em andamento para ciência.

Atenciosamente,

Albert Lengruber de Azevedo
Mestrando

APÊNDICE G - Declaração de Orçamento Financeiro

Albert Lengruber de Azevedo
Mestrando da EEAN/UFRJ
Telefone: (021) 98066-5493
E-mail: albertenfermagem@yahoo.com.br

Rio de Janeiro, ____ de _____, 2013.

Senhores Membros do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/UFRJ

Declaro, para os devidos fins, que todos os custos envolvidos na realização da pesquisa intitulada: **ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: O SENTIDO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**, de autoria de Albert Lengruber de Azevedo, mestrando em enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, são de inteira responsabilidade do pesquisador principal.

Atenciosamente,

Albert Lengruber de Azevedo
Mestrando

A N E X O S

ANEXO A - Autorização para a Pesquisa

De: Albert Lengruber de Azevedo

Para: Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery
Professora Doutora Neide Aparecida Titonelli Alvim.

Assunto: Solicitação de Cenário de Pesquisa - Curso de Graduação em Enfermagem - Programa Curricular Interdepartamental X da EEAN/UFRJ.

Rio de Janeiro, 20 de Março, 2013.

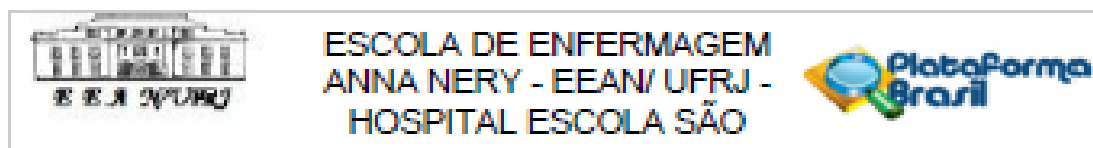
Ao considerar a necessidade de ampliar as pesquisas na área hospitalar de saúde mental, e a obtenção de estudos referentes à percepção do graduando de enfermagem neste contexto, vimos solicitar a autorização para realização desta pesquisa acadêmica, para a obtenção do título de mestrado, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, que se apresenta com o título: **ABRINDO O JOGO COM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM: O SENTIDO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**. Seus objetivos são: Identificar as percepções sensoriais de graduandos de enfermagem acerca da comunicação do paciente hospitalização em Saúde Mental; e descrever como as percepções sensoriais influenciam na interação e cuidado na hospitalização.

Colocamo-nos à disposição de V. S.^a para quaisquer esclarecimentos e disponibilizamos o projeto em andamento para ciência.

Atenciosamente,

Albert Lengruber de Azevedo
Mestrando

Albert Lengruber de Azevedo.
De acordo. 26/03/13.
Neide Titonelli Alvim
Prof.^a Doutora Neide Titonelli Alvim
Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery
EEAN/UFRJ
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2013

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO HOSPITALAR

Pesquisador: Albert Lengruber de Azevedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13281813.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 260.221

Data da Relatório: 30/04/2013