

---

## Relação de Ajuda: Uma experiência vivenciada

Rosa Pereira de Melo. Enfermeira Especializada em Pedagogia Universitária. Mestre em Ciências da Educação. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### NOTA INTRODUTÓRIA

Com este relato de experiência pretendo descrever, analisar e reflectir sobre um encontro com uma pessoa que necessitou de ajuda. O objectivo foi analisar a forma como se processou o encontro e do fenómeno da relação que se estabeleceu entre mim e o ajudado. Pretendo que esta análise me permita aprender com a minha própria experiência. Espero que através da reflexão sobre esta experiência vivenciada consiga contribuir para o desenvolvimento de capacidades e aptidões para podermos estabelecer uma relação de ajuda mais eficaz.

A elaboração deste relato de experiência tem como base o "guia para a reflexão sobre a nossa própria actuação", que segundo Bermejo (2001, p.113) "pode permitir ao ajudante que aprenda com a sua própria experiência através da reflexão". É constituído pelas seguintes fases: observações, entrevista, análise da experiência da pessoa ajudada, análise da relação e da experiência do ajudante, problemas éticos presentes, finalizando com uma reflexão final.

#### Observações

Doente com 45 anos de idade, era casado e tinha dois filhos. Foi internado por apresentar uma lesão extensa, a nível da face e da língua, provocada por uma arma de fogo consequência de uma tentativa de suicídio, depois de ter cometido um homicídio. Por apresentar dificuldade respiratória, devido à extensa lesão a nível do maxilar inferior, foi necessário fazer uma traqueotomia o que o impedia de comunicar verbalmente.

O doente estava deitado na cama, com fâcies muito triste, com olhos fechados e cheios de lágrimas, recusava o contacto com os profissionais e com os restantes doentes.

#### Entrevista

E1 – (Aproximei-me do doente, e com uma voz muito suave cumprimentei-o) Bom dia Sr. J.

J1 – (Com um fâcies muito triste, abre os olhos, acena com a cabeça e com a mão direita).

E2 – (Toco-lhe no ombro) Sinto que está muito triste...(silêncio).

J2 – (Chora abundantemente, limpa as lágrimas, levanta-se, pega num papel e num lápis e escreve) estou longe da família...

E3 – Sente saudades da família?...(silêncio).

J3 – (Chora abundantemente e escreve) Da mulher, dos filhos, e irmãos.... (com a mão aponta para a face toda esfacelada e para a traqueotomia e faz o gesto de se ter tentado suicidado com uma arma de fogo e escreve) estraguei a minha vida, .... (silêncio) matei uma mulher.... (com as mãos na cabeça, chora compulsivamente).

E4 – (Toco-lhe com a mão no ombro, faço silêncio e digo) Sente-se muito triste com o que aconteceu... (silêncio).

J4 – (Chora, limpa as lágrimas e escreve) Estou muito arrependido com o que fiz (olha-me fixamente e faz um gesto com a mão de como a sua cabeça está a estourar com tantos pensamentos de culpabilidade, remorso, medo, raiva...).

E5 – (Toco-lhe outra vez no ombro, faço silêncio, com uma voz muito suave digo) Sinto que está muito arrependido?.....

J5 – (Chora e acena com a cabeça dizendo que sim).

E6 – Em que posso ajudá-lo?

J6 – (Pega no lápis e escreve) Quando é que eu sou operado? Quando é que me tiram o tubo da garganta?

E7 – Preocupa-o não poder falar....

J7 – (Acena que sim com a cabeça....olha-me fixamente com um fâcies muito triste e escreve) No fim de ser operado vou para... (faz o gesto com os dedos das mão # referindo-se à 'cadeia').

E8 – (Faço silêncio e digo) Está preocupado e triste com o que ainda está para acontecer ....

J8 – (Acena que sim com a cabeça e escreve) Muito obrigada por me ter compreendido... (cont...)

#### Análise da experiência da pessoa ajudada

Neste encontro estão implicadas, de acordo com Bermejo (1997), as seguintes diferentes dimensões da pessoa: a corporal através das diferentes lesões apresentadas na face e a necessidade de traqueotomia para conseguir respirar; a intelectual implicada nos pensamentos e na sua capacidade cognitiva; a emotiva que é explicitada através dos seus inúmeros sentimentos de angústia, revolta, arrependimento, tristeza...; a social está muito alterada pela dificuldade da sociedade em aceitar estes comportamentos e a espiritual que está implicada no remorso que a pessoa sente por ter cometido este acto e a não aceitação por parte da família.

A dimensão que predomina é a emotiva porque devido a esta complexa situação o doente experiência muitos sentimentos negativos como o medo dos familiares da mulher que matou, vergonha perante os seus familiares nomeadamente da sua esposa e dos seus filhos, dos doentes, dos amigos..., angustia por ter que ir para a "cadeia" cumprir uma pena tão pesada.

Na dimensão social são vários os problemas relacionais que estão implicados como a indignação dos familiares da mulher que matou, a indiferença dos seus familiares nomeadamente a sua esposa e seus filhos que por sua vez o ignoram provocando-lhe sentimentos de solidão e desprezo. O medo de não ser compreendido pelos prestadores de cuidados e a dificuldade na comunicação verbal, devido à traqueotomia, dificulta a sua relação com os outros.

Este doente apresenta várias necessidades alteradas como as fisiológicas dado que não pode comer oralmente tendo necessidade de uma sonda nasogástrica por onde é administrada a alimentação, tem também alterada a necessidade de respirar espontaneamente dado que necessita de uma traqueotomia para poder satisfazer esta necessidade, a necessidade de comunicar com os seus semelhantes está também alterada pela presença do tubo de traqueotomia. As necessidades de realização pessoal estão severamente alteradas dado que o doente não tem expectativas de vida.

O sentimento dominante experienciado por este doente é o de arrependimento por tudo o que fez. O mundo emocional deste doente é constituído por sentimentos de revolta, medo, angustia, depressão, solidão, tristeza, indignação, intimidação, arrependimento....

#### Análise da relação e da minha experiência como ajudante

O início da relação com esta pessoa foi muito difícil dado sentir dificuldade em me abster de fazer juízos de valor e de o aceitar incondicionalmente. Tentei consciencializar-me de que não me cabe a mim enquanto profissional fazer juízos de valor mas sim tentar ajudar uma pessoa que está a necessitar de ser ajudada e de ser compreendida, utilizando algumas aptidões próprias da relação de ajuda (Bermejo, 1997) como a aceitação incondicional, a escuta activa, a reformulação, a compreensão, o respeito pelo sofrimento do doente e o silêncio.

Da reflexão efectuada sobre a capacidade de escuta, acho importante realçar o papel do silêncio como forma de escutar. Na perspectiva de Chalifour, "o silêncio não consiste somente em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o cliente comunique; é também feito de presença de si e da disponibilidade a tudo ao que percebe, pensa, sente na qualidade de ajudante no momento em que o cliente se exprime" (1993, p.207).

Neste processo vivenciei sentimentos de impotência dado não poder resolver o problema de fundo, mas ao mesmo tempo, também, senti algum alívio por ter conseguido que o doente expressasse os seus sentimentos e constatei que a partir deste momento ele estava muito mais aliviado por se sentir compreendido.

Escolhi este encontro de ajuda pela complexidade, pelo esforço feito para compreender o doente, por sentir que ficou muito grato tendo mudado o seu comportamento e ficado mais comunicativo aceitando melhor os cuidados que lhe foram prestados.

#### Dinâmicas psicológicas e problemas éticos presentes

Neste encontro identifiquei algumas reacções de negação e de frustração do doente, utilizando mecanismos de defesa como ter os olhos fechados, não querer comunicar, não querer falar sobre o assunto. No meu caso senti que inicialmente tive reacção de fuga dado ter alguma dificuldade em compreender o seu comportamento e os seus sentimentos.

O problema ético que consegui identificar neste encontro foram os juízos de valor, e a dificuldade em me libertar dos preconceitos relativos a um homicida e a um suicida.

---

### Reflexão final

Da análise e reflexão sobre esta experiência vivenciada aprendi que para estabelecer uma relação de ajuda é necessário compreender o outro, aceitá-lo incondicionalmente sem fazer juízos de valor, apesar de não concordarmos com as suas atitudes. Dado que quando o doente não se sente compreendido, poder-se-á instalar nele sentimentos de revolta que expressam frequentemente de uma forma agressiva (Baptista, Vieira e Leal, 2004), não sendo muita das vezes aceites pelos enfermeiros. Esta atitude de não-aceitação, na opinião de Silva (1995), pode conduzir o doente ao desespero e muitas vezes arrastá-lo para o descontrolo e desconfiança.

Assim, o enfermeiro deve-se adaptar à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajectória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos.

Neste encontro, penso que foi importante, fundamentalmente, não ter pressa em dar respostas mas antes tentar compreender, respeitar o silêncio, escutar activamente e deixa-lo expressar os seus sentimentos de revolta, de frustração e de arrependimento.

Seguir este guia de análise do encontro foi muito trabalhoso, senti alguma dificuldade na sua elaboração, mas penso ter aprendido muito através da reflexão sobre esta experiência vivenciada, tendo por base o confronto da teoria com a prática, permitindo melhorar e desenvolver competências relacionais fundamentais no nosso quotidiano (Melo, 2007).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERMEJO, J. – *Relação de ajuda: acção social e marginalidade*. Maia: Paulus, 2001.

BERMEJO, J. – *Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid. San Pablo, 1997.

BAPTISTA, I.; VIEIRA, M.; LEAL, L. – O sofrimento da pessoa hospitalizada. *Nursing*. 15: 193 (2004) 37-41.

CHALIFOUR, J. – *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur. Boucherville.1993.

SILVA, J. – *O doente, o sofrimento e os profissionais de saúde: uma experiência hospitalar*. In McIntyre, Teresa Mendonça – O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares. Vila Chã, Carmo: Associação dos psicólogos portugueses, 1995.

MELO, R. – Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, 41-1 (2007) 189-208.

Contacto:  
rosamelo@esenfc.pt

Recebido em: 29-10-2007  
Aceite para publicação em: 21-05-2008