

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

DORIS DE OLIVEIRA ARAUJO CRUZ

**A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE NO
TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA**

RIO DE JANEIRO

2015



Doris de Oliveira Araujo Cruz

**A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE NO TRATAMENTO
CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA**

Tese de Doutorado apresentada à Coordenação Geral de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em enfermagem.

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

Rio de Janeiro

2015

C957s CRUZ, Doris de Oliveira Araujo.
A Comunicação entre Enfermeiro e Paciente no
Tratamento Conservador Ambulatorial em Nefrologia./
Doris de Oliveira Araujo Cruz.— Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.
139 f.; il.; 30cm

Tese (Doutorado em Enfermagem) —
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Escola de Enfermagem Anna Nery/Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

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

1. Cuidado de Enfermagem. 2. Enfermagem em Nefrologia. 3.
Comunicação não Verbal. 4. Insuficiência Renal Crônica.
I. Araújo, Sílvia Teresa Carvalho de (Orient.). II. Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de
Pós- Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD:610.73

Doris de Oliveira Araujo Cruz

A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE NO TRATAMENTO
CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA

Defesa de Tese de Doutorado apresentada à Coordenação Geral de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em enfermagem.

Aprovada em 26 de junho de 2015.

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

1^a examinadora, Dr.^a Denise Helena de Madureira Pará Diniz – FM/UNIFESP

2^a examinadora, Prof.^a Dr.^a Nébida Maria Almeida de Figueiredo – EEAP/UNIRIO

3^a examinadora, Dr.^a Tânia das Graças Souza Lima – HUCFF/UFRJ

4^a examinadora, Dr.^a Marta Sauthier – EEAN/UFRJ

Suplente, Prof.^a Dr.^a Isaura Setenta Porto – EEAN/UFRJ

Suplente, Prof.^a Dr.^a Danélia Gómez Torres – Foyo UAEM Obst-Paseo Tollocan – México

RESUMO

CRUZ, Doris de Oliveira Araújo. A comunicação entre enfermeiro e paciente no tratamento conservador ambulatorial em nefrologia. Rio de Janeiro, 2015. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

Estudo da comunicação cliente e enfermeiro no tratamento conservador da doença renal crônica, com os objetivos de: descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para estimular a comunicação do cliente durante o atendimento ambulatorial do tratamento conservador; identificar as pistas comunicativas do cliente relativas aos aspectos físicos e emocionais que apontam para uma intervenção efetiva do enfermeiro; discutir o sentido e o significado da comunicação do enfermeiro e cliente durante o atendimento ambulatorial no tratamento conservador. O referencial teórico emergiu do Modelo de Adaptação de Roy. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde número 517.610/2014, com participação de 40 clientes de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, na faixa etária entre 18 a 97 anos, nos estágios I ao IV da doença renal crônica, com as funções cognitivas e sensoperceptivas preservadas. A abordagem clínico-qualitativa alinou-se à técnica dos sentidos sociocomunicantes do corpo, e permitiu a participação do cliente na produção desse conhecimento. Os critérios de inclusão foram: o interesse demonstrado ao convite na conversação da sala de espera, a comunicação corporal cinésica ou paraverbal positiva de concordância. Foram excluídos clientes no estágio V devido à iminência da terapia renal substitutiva. Na produção dos dados foram utilizados o roteiro de observação sistemática, os cartões desenhados dos sentidos sociocomunicantes do corpo, integrados à escala análoga de 0 a 10 para mensurar o estado clínico. Os dados evidenciaram comportamentos próprios da terminologia do método tais como efetividade, afetividade; abordagem e pistas comunicativas. O verbal é a evidência perceptível no corpo que também comunica. A análise conversacional destacou dificuldades no gerenciamento de horários, na automedicação e nutricionais. Quanto ao enfermeiro, os sentidos comunicadores do corpo apontaram o pulsar latente e perceptível da disponibilidade para captar as pistas indicadas pela linguagem corporal do cliente. O (im)perceptível da linguagem do corpo foi traduzido pelas competências básicas e essenciais da comunicação como foco principal. Portanto, para um melhor enfrentamento desse cliente com a doença renal crônica no tratamento conservador, a comunicação verbal e não verbal reflete necessidades essenciais aos aspectos físicos, sociais e psicoemocionais a serem atendidos no cuidado do enfermeiro.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem. Enfermagem em Nefrologia. Comunicação não Verbal. Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

CRUZ, Doris Oliveira Araújo. Communication Between Nurses and Patient in Conservative Treatment in Nephrology. Rio de Janeiro, 2015. 139 f. Thesis (Doctorate in Nursing – School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, 2015).

Customer communication study and nurse in the conservative treatment of chronic kidney disease, with the following objectives: to describe the strategies used by nurses to encourage customer communication during the outpatient conservative treatment; identify the client's communicative cues related to the physical and emotional aspects related to effective nurse intervention; discuss the meaning and significance of communication of the nurse and client during outpatient care in the conservative treatment. The Theoretical framework emerged from the Roy Adaptation Model. Approved by the National Health Council number 517 610/2014 with participation of 40 customers of a university hospital in Rio de Janeiro, aged between 18-97 years in stages I to IV chronic kidney disease, with cognitive functions and sensoperceptivas preserved. The clinical-qualitative approach aligned to the technique of sociocomunicantes senses of the body, and allowed the client's participation in the production of this knowledge. Inclusion criteria were: the interest shown to the call in conversation in the waiting room, the kinesic body communication or agreement paraverbal positive. customers were excluded in the fifth stage due to the imminence of renal replacement therapy. In the production data were used the systematic observation script, the cards designed sociocomunicantes the senses of the body, the integrated analog scale from 0 to 10 to measure the clinical status. The data showed behaviors terminology own method such as effectiveness, affectivity; approach and communicative clues. Verbal evidence is noticeable in the body that also communicates. Conversational analysis highlighted difficulties in managing schedules, self-medication and nutrition. As for the nurses, the body senses communicators pointed out the latent and perceptible pulse of availability to capture the tracks indicated by the body language of the customer. The (im) noticeable body language was translated by the basic and essential skills of communication as a main focus. Therefore, to better cope with this client with chronic kidney disease in the conservative treatment, verbal and nonverbal communication reflects essential needs to the physical, social and psycho-emotional aspects to be taken care in nursing care.

Keywords: Nursing Care. Nephrology Nursing. Nonverbal communication. Chronic Renal Failure.

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte que me inspira e de inesgotável
conhecimento.

A Osvaldo, incondicionalmente ao meu lado
sempre, te amo.

À Judite, mãezinha mesmo em seu pequeno
mundo, me socorreu nos dias difíceis com seu chazinho.

A Oliveiros (*in memoriam*), pai e amigo, artista por
profissão, meu modelo de resistência e otimismo.

HOMENAGEM

À Mestra e companheira de TODOS OS SENTIDOS:
Eu lhe dedico o sétimo sentido, a comunicação mental e
parceria afinada, MUITO OBRIGADA PROF^a DR^a SÍLVIA
TERESA.

À Prof^a Dr^a Lílian Felipe Duarte de Oliveira,
sempre presente e uma grande amiga.

À Psicóloga Prof^a Dr^a Altair da Conceição Gaspar:
o mundo de possibilidades e o incentivo.

AGRADECIMENTOS

As palavras são insuficientes para agradecer aos que contribuíram para a execução desta tarefa acadêmica.

Participaram inúmeras pessoas íntimas do coração, próximas da visão, coloridas em sua alma e expressão, outras com seu cheiro peculiar, algumas silenciosas, outras barulhentas, as que me tocaram em afagos, nos momentos de desequilíbrio físico, as que tocaram no emocional, a que tocou no inconsciente, aos facilitadores em situações de conflito, aos amigos de hoje, de sempre.

Aos clientes pela generosidade e o carinho com que me receberam, muitas vezes, num momento difícil, se furtaram dos horários, esquecendo de sua problemática para cederem um pouco de si para a pesquisa. Neles deposito o propósito deste estudo e devolvo como contribuição para o cuidado a eles prestado.

À Banca Examinadora, que acompanhou a trajetória e contribuiu dedicadamente, como também, às professoras e à Direção da EEAN.

À Diretora da Divisão de Enfermagem Hylnar Márcia de Menezes, do HUCFF/UFRJ, Enfermeira Mestra Maria Cecília Pereira Bosa, à Diretora Adjunta da Divisão de Enfermagem Enfermeira Especialista Olinda Tardele, à Chefia do Serviço de Saúde da Comunidade Enfermeira Mestranda Michele Cristine, e demais chefias; a todos os enfermeiros que, pelo estímulo diário, me incentivaram desde o início do doutorado.

À Enfermeira Especialista Chefe da Seção de Nefrologia, Heliany de Sousa, pela cobertura do Setor de Internação de Nefrologia em ocasiões que me ausentei.

À Chefia do Serviço de Nefrologia do HUCFF/UFRJ, Prof. Dr. Maurillo Leite Júnior; aos médicos e residentes do ambulatório do Tratamento Conservador, que me receberam de braços abertos.

Às Enfermeiras do Serviço de Ambulatório pelo apoio e facilitação para a realização da produção dos dados; à Enfermeira M^a Elisa Alves Pereira, pelo auxílio com as agendas.

À Cláudia Cruz pela sensibilidade expressa na confecção dos desenhos.

Às Bibliotecárias das bibliotecas setoriais da EEAN/UFRJ e do HUCFF/UFRJ pela parceria e ajuda sempre.

Às secretárias e secretário da Pós-graduação da EEAN/UFRJ, pela colaboração frequente.

*Não podemos fazer grandes coisas na terra.
Tudo o que podemos fazer são pequenas coisas com muito amor.*

Madre Teresa de Calcutá

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEHCAC	Cuidado de Enfermagem Hospitalar – Cliente de Alta Complexidade
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CNV	Comunicação não Verbal
CV	Comunicação Verbal
DRC	Doença Renal Crônica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
DPAC	Diálise Peritoneal Contínua
DPA	Diálise Peritoneal Automática
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
EASSC	Escala Análoga dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo
HS	Habilidades Sociais
ICN	International Concil of Nurses
KDOQI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
NANDA	North American Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTCA	Programa de Tratamento Conservador Ambulatorial
RDC	Recomendação da Diretoria Colegiada
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Gromerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TVSSC	Técnica de Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo

SUMÁRIO

	Pág:
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 A TRAJETÓRIA INCONDICIONAL	14
1.2 A QUESTÃO PROBLEMATIZADA	19
1.3 A COMUNICAÇÃO DO CLIENTE:	22
• Objeto do estudo	24
• Questões norteadoras	24
• Objetivos	24
• Tese	24
1.4 AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	25
2 DISCUSSÃO TEÓRICA	28
2.1 O CUIDADO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO CONSERVADOR	28
2.2 A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM	31
2.3 A TEORIA DE ENFERMAGEM DA ADAPTAÇÃO	40
2.3.1 A pessoa como sistema adaptável – 1º conceito do modelo de enfermagem	43
2.3.2 O ambiente como sistema adaptável – 2º conceito do modelo de enfermagem	48
2.3.3 A saúde como sistema adaptável – 3º conceito do modelo de enfermagem	49
2.3.4 Objetivo da enfermagem – 4º conceito do modelo de enfermagem	50
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	51
3.1 A PESQUISA QUALITATIVA NO CAMPO DA SAÚDE	51
3.1.1 Princípios da abordagem sociopoética na pesquisa em enfermagem	53
3.1.2 Os sentidos sociocomunicantes do corpo e a subjetividade na produção do conhecimento	55
3.1.3 As conexões entre a pessoa com DRC – tratamento conservador e sentidos sociocomunicantes	56
3.2 O CENÁRIO E CLIENTES	60
3.3 O MOVIMENTO PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS	63
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	67
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1 O VERBAL E A EVIDÊNCIA PERCEPTÍVEL NO CORPO COMUNICANTE: EXPRESSÃO DE SENTIDOS E SIGNIFICADOS	72
4.1.1 A estrutura básica comunicativa verbal - núcleo conversação do cliente: evidência perceptível - anamnese e exame físico	73

4.1.2 O verbal e a Evidência Perceptível – significado no corpo comunicante: pergunta da pesquisa/diagnóstico de enfermagem	86
4.2 OS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO CORPO – SENTIDOS COMUNICADORES	88
4.3 O (IM)PERCEPTÍVEL DA LINGUAGEM DO CORPO	100
4.3.1 A linguagem não verbal do cliente	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	123
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
B – Comunicação da Pesquisa ao Serviço de Nefrologia	126
C – Carta de Apresentação do CEP Coparticipante	127
D – Comunicação da Pesquisa à DEN	128
E – Instrumento de Identificação Socioeconômica do Paciente	129
F – Roteiro de Observação Sistemática	130
G – Cartões dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo para Aplicação da Vivência Sensorial	131
H – Escala Análoga dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo	134
ANEXOS	135
A – Declaração de Instituição Coparticipante	136
B – Parecer Aprovado do CEP Coparticipante	137

LISTA DE FIGURAS

1 – Adaptação da representação diagramática de um sistema simples	44
2 – A pessoa como um sistema adaptável	48
3 – Ciclo de questões sensibilizadoras a cada figura dos sentidos sociocomunicantes do corpo	58
4 – Esquema geral provisório das categorias	64

LISTA DE QUADROS

1 – Classificação dos estágios da doença renal crônica	21
2 – Suposições subjacentes ao modelo de adaptação de Roy	41
3 – Normas adaptadas para transcrição da conversação	67
4 – Resumo da abordagem comunicativa verbal–núcleo conversação enfermeiro e cliente: processo de enfermagem	71
5 – Apuração segundo a escala análoga das ocorrências clínico-qualitativas referentes aos sentidos sociocomunicantes do corpo	89
6 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – apresentação e sensibilização	103
7 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – pergunta da pesquisa	104
8 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – conversa, avaliação e saída	106

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A TRAJETÓRIA INCONDICIONAL

As páginas deste estudo foram escritas e reescritas dezenas de vezes, uma a uma num exercício de persistência e vontade. Um desejo de agir e contribuir para o conhecimento numa forma inspiradora, provocativa e alimentadora dos próprios sentidos por anos a fio.

De certo, a semente deste desejo foi germinada em casa, enquanto a família aguardava “a pedra descer”. Benditos cálculos renais que nos roubaram noites de sono, mas que também nos uniram e trouxeram amigos.

A minha participação nos programas de hipertensão e diabetes nos ambientes assistenciais da Rede Básica de Saúde Coletiva, e nos dois grandes hospitais gerais de ensino da Rede Federal, foram e ainda são um pulso e movimento profissional, que me conduziu ao cuidado de enfermagem em hemodiálise, transplante renal, seguido do programa de diálise peritoneal ambulatorial e, atualmente, ao cuidado de clientes com Doença Renal Crônica (DRC) na unidade de internação.

Um destaque deve ser dirigido à disposição efetiva para o cuidado, na forma dedicada e singular e da relação comunicativa junto aos clientes no ambiente hospitalar. Um ambiente sobre o qual equívocos históricos perpetuam o paradigma da insensibilidade ao passo que deveria oferecer, ou melhor, construir a “hospitalidade”.

Em sua definição, a palavra cliente deriva do latim e significa “o sofredor”. Portanto, e não por acaso, empregaremos a palavra cliente, que por hora ainda denota a imobilidade que todos, enquanto pessoa/cidadão e ainda se submetem à condição de domesticados nas instituições hospitalares.

Nesse sentido, o grande desenvolvimento das ciências da saúde, no que tange os modelos fisiológicos, não foi acompanhado pelas relações interpessoais entre os profissionais e os que deles necessitam de cuidado.

O cuidado de enfermagem, na concepção da necessidade humana, é abrangente e envolve a pessoa com zelo, atenção e, principalmente, requer tempo.

Apesar dos avanços estratégicos da ciência, os sentidos para o cliente em sua experiência, enquanto convive com a DRC, são de importância incomparável. O significado do tratamento, cuja representação na linguagem, torna explícita sua fala.

Recursos acessíveis como o próprio corpo recrudescem por meio do contato dos sentidos, Araújo (2000, p. 195). Particularidades não verbais como o tocar, o odor, o olhar, o paladar, envolvidos pelo coração – órgão do afeto, foram reunidos, assim, os sentidos sócio comunicantes – ou seja, uma comunicação que se insere num determinado momento social.

O imaginário, intuitivamente, permite os sentidos comunicarem formas sensitivas e afetivas para participar ao mundo codificações de cada sentido corporal que comunica socialmente, e permite desenvolver a compreensão semiológica de cada expressão não verbal, direcionando o olhar da prática para afastar a ação mecanicista da assistência à pessoa no ambiente hospitalar do cuidado. Sedimenta-se, assim, o paradigma da ação de pesquisar, a partir da própria ação laboral com dispositivos e, adaptados especialmente, para essa investigação.

Um estudo foi realizado com 75 clientes e seus familiares ou ao cuidador principal, quando maior de 12 anos e em condições de responder sobre a doença, o tratamento e a dieta. Os resultados mostraram que 54,7% dos informantes possuíam conhecimentos insuficientes, quando os informantes possuíam idades entre 12 e 30 anos. Observou-se ainda os com 5 anos ou menos no programa, também foram estatisticamente associados ao conhecimento insuficiente. A pesquisa mostrou a necessidade de reavaliação das estratégias que vêm sendo utilizadas nas atividades educativas, para torná-las adequadas a cada cliente, levando em consideração sua capacidade de compreensão e experiências acumuladas (CANHESTRO, 2010, p. 343).

Daí a necessidade de reinventar metodologias descentralizadoras da arrogância tecnicista e do poder profissional; “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro” (FREIRE, 2011, p. 91).

Por essas razões, o conhecimento da real necessidade que concentra a pessoa no período que é assistido num tratamento para preservar a função renal,

ainda sem o tratamento dialítico – período chamado de ‘conservador’, requer o domínio e o saber do instrumento básico de enfermagem – a comunicação.

A enfermagem utiliza recursos de seu próprio objeto do fazer, ou seja, do cuidado de enfermagem: conforto, apoio, atenção, segurança, higiene, nutrição, apoio espiritual, assistência biopsicossocial, entre outras.

Sabe-se que o atendimento de tais necessidades contribui para a promoção e a prevenção de agravos à saúde, ainda que aos esquemas vacinais, a dieta e medicações e as intervenções ambulatoriais estejam voltadas para o profissional orientar e o cliente segui-las; nem sempre significa a aplicação em seu cotidiano.

Estudos nessa área ainda são insipientes sobre a adesão, bem como não apontam de que forma estratégias no método clínico podem ser efetivas para permitir que o cliente compreenda o valor e a aplicação diária de cada item mencionado.

Nesse solo fértil, nascem os sentidos sociocomunicantes para mediar o encontro e a abordagem com o cliente, e como uma estratégia, utilizada para testá-lo como dispositivo facilitador de conversa e sensibilização a partir dos reflexos promovidos pelas imagens dos sentidos corporais.

No Brasil, as pesquisas de enfermagem sobre a comunicação, sejam verbais ou não verbais, expressam sua importância para essa área, quando comparadas aos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Incentivar a aquisição de conhecimento e a habilidade comunicativa, não somente ao estudo da patologia visa efetivar o atendimento mais adequado e com maior resolutividade da humanização da assistência (CARDOSO *et al*, 2011; PETERSON; CARVALHO, 2011; KOEPPE, 2012).

Estudos Norte-Americanos mostraram que a DRC é um problema nacional de saúde pública que atinge todos os segmentos da sociedade. “Embora as disparidades raciais/étnicas com populações diálise-dependentes sejam bem delimitadas, a busca de incidência, prevalência e progressão, dentre os grupos socioeconômicos, e estratos raciais e étnicos, somente recentemente têm recebido a devida atenção” (NICHOLAS; KALANTAR-ZADEH; NORRIS, 2015, p. 6).

Sabemos que a busca de evidências deve ser conduzida pela temática e problemática direcionada à construção do conhecimento profissional e, que auxiliem os problemas da prática.

No Serviço de Internações do hospital pesquisado, é significativo que o número de clientes com DRC estejam internados em distintas especialidades. No entanto, é de se estranhar e motivo de preocupação, a ausência do enfermeiro no Ambulatório Conservador, e, que, sob a visão experiente do cuidado, essas intervenções podem refletir ganho ao cliente quanto à preservação de seu estado de saúde, enquanto ainda, sem a Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Consideradas como epidemia, na atualidade, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) denotam problema de saúde pública mundial. Condição imperativa da necessidade de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008).

Os determinantes sociais para as DCNT são constituídos pelas seguintes desigualdades sociais: o acesso diferenciado aos bens e aos serviços, baixa escolaridade, baixa renda e desigualdades no acesso à informação. Tais situações são apontadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que as DCNT totalizam 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e constituem 45,9% de doenças (BRASIL, 2008).

Observa-se que por muito tempo, no Brasil, as políticas públicas mantiveram-se desprovidas de ações que priorizassem efetivamente a prevenção de morbidades. Estas ainda correspondem a planos elaborados, de alto custo e, apresentam ações isoladas e de baixo impacto. Reproduzem investimentos de vulto como assistência de alta complexidade, terapias substitutivas e transplantes de órgãos.

Na década dos anos 1980 e 1990, as políticas públicas de saúde no país foram instituídas com intuito de compor a agenda de recomendações das ações “Saúde para todos no ano 2000” – tema inicial traçado pela 7ª Conferência Nacional de Saúde de 1980, oriundo das proposições da Conferência de Alma-Ata de 1978 (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 36)

As agendas foram propostas da gama de demandas e dos conjuntos

de ações partindo dos resultados da consulta pública da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (basearam-se na escolha racional de prioridades para as DCNT). No item Insuficiência Renal Crônica, representado como novos temas, o quesito “Estudos para prevenção da perda da função renal” recomenda estudos de qualidade de vida aplicados às DCNT e o impacto destas na capacidade funcional e no desempenho ocupacional dos indivíduos (DATASUS, 2004).

Se o que foi considerado até então, caracteriza-se, em parte, por uma evolução, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (Brasil, 2008) veio estabelecer para o período de 2011 a 2022, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral (BRASIL, 2008).

O estabelecimento dessas políticas, contudo, não estão consolidadas até o momento. Tratando-se também de aliar políticas de humanização da assistência.

Afirmam Rembold *et al* (2009, p. 501) que o perfil do cliente com DRC no ambulatório requer novas estratégias de educação para a saúde, bem como novas formas de abordagem das doenças crônicas degenerativas, principalmente, a hipertensão e o diabetes, visando a redução da morbidade e mortalidade da doença renal crônica.

Em particular, ações precoces previstas no presente estudo, ainda na etapa do tratamento conservador, reforçam a importância do enfermeiro na abordagem que colabore diante da explosão de doenças crônicas, cuja evolução clínica desfavorável do cliente pode ser prevenida ou retardada.

Quando na relação de cuidado o enfermeiro desperta a confiança entre ele e o cliente, isso permite a abertura de canais de comunicação, cuja leitura de expressões corporais proporciona pistas comunicativas; ao serem analisadas se apresentam reveladoras para a atenção durante a comunicação, interação e cuidado.

O enfermeiro pode representar um diferencial para o sucesso do

programa de atendimento institucional das DCNT, pelas habilidades e competências demonstradas em todas as etapas da atenção à saúde, seja ao nível de internação ou ambulatorial. Nessa última, há necessidade de ocupação e implementação de ações pelo enfermeiro ainda muito incipiente sem nossa realidade.

Nesse sentido, a Recomendação da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2014 da ANVISA (BRASIL (2014), dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise; estabelece critérios técnicos e clínicos, definindo o novo regulamento sanitário considerando a necessidade de regulamentar a atenção à pessoa com doença renal crônica nos serviços de atenção especializada incluindo, como novidade, a atenção ambulatorial.

Segundo a Portaria nº 389 /2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica. Destaca-se a ampliação do atendimento à pessoa com doença renal crônica em nível preventivo de caráter ambulatorial, determinando a estados e municípios ofertar serviços de acompanhamento para esses clientes em diferentes estágios, além da TRS e o transplante renal, segundo o SUS (BRASIL, 2014).

1.2 A QUESTÃO PROBLEMATIZADA

O Censo Brasileiro de Diálise 2013 (SBN, 2013), são estimados em 100.397 clientes por ano em tratamento dialítico no país. Destes 0,4% de 1 a 12 anos; 5,6% de 13 a 18 anos; 62,6% de 19 a 64 anos; 26,7% de 65 a 80 anos e 4,7 de clientes \geq 81 anos. Observa-se ainda que, 84,9% possuem como fonte pagadora o SUS. Deste total, 57,3% do sexo masculino e 42,7% do sexo feminino. Os principais diagnósticos de base são: hipertensão arterial, 35%; diabetes Mellitus, 30%; glomerulonefrite crônica, 12%; outros diagnósticos, 12%; indefinidos, 8% e rins policísticos, 4%.

O total estimado de clientes em tratamento dialítico por ano, mantém uma expansão anual progressiva do número total de clientes, verificando-se um crescimento de 108% do Censo de 2000 ao Censo de 2013, um aumento estimado de 34 mil clientes por ano em 2012 e 2013 (SBN, 2013).

Calculam-se para o tratamento de hemodiálise, diálise peritoneal e com transplante renal, um gasto de 1,4 bilhão de reais aproximadamente. Em geral, o cliente chega ao serviço de saúde com complicações, tais como: anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição, decorrentes da perda funcional renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010, p. 3).

Os estudos demonstram que, nos dez primeiros anos desse segundo milênio, a progressão da DRC poderia ser retardada e até interrompida. Esclarecem ainda que a DRC possui um componente anatômico ou estrutural (marcadores do dano renal), um componente funcional (baseado na taxa de filtração glomerular – TFG) e um componente temporal, como consta no guia clínico prático da doença renal crônica, “Kidney Disease Outcome Quality Initiative” (KDOQI, 2004).

A National Kidney Foundation (KDIGO, 2013) recomenda que a avaliação da TFG seja realizada para os clientes que apresentam risco aumentado para desenvolver a DRC: pacientes diabéticos, hipertensos, histórico familiar de DRC, idade acima de 60 anos e grupos étnicos de risco.

É importante referir que, o estadiamento da DRC, no tratamento pré-dialítico, é classificado segundo a TFG ou GRF (Taxa De Filtração Glomerular) com a aplicação das equações abaixo:

A fórmula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease): estima a TFG usando a creatinina sérica e a idade. Um multiplicador é usado para ajustar a estimativa de acordo com a raça e gênero.

TFG estimada (mL/min/1.73m²) = $m186 \times \text{creatinina sérica}^{-1.154} \times \text{idade}^{-0.203} \times \text{multiplicador}$

O multiplicador pode valer: 1,21 para negros; 0,742 para mulheres não-negras e 1,0 para todas outras pessoas.

A fórmula de Cockcroft-Gault (CG) também pode ser empregada:

TFG (mL/L) = $140 - \text{idade (anos)} \times \text{peso (kg)} \times 0,85 \text{ (mulher)} \times \text{creatinina sérica (mg/dL)}$

As recentes pesquisas desenvolvidas para identificação de marcadores mais precisos e de rápida execução para avaliação da TFG, com objetivo de

identificar graus leves de perda da função renal, e mais sensíveis do que a creatinina, porém ainda não acessível à maioria aos serviços.

A classificação por estágios e determinação de risco da DRC pode ser avaliada por medidas como a presença de injúria renal persistente, representada pela redução da taxa de filtração glomerular (TFG < 60ml/min/1,73 m²) ou aumento da excreção urinária de albumina (EUA >30mg/g de creatinina) por pelo menos três meses (KDIGO, 2013).

A seguir, o Quadro 1 apresenta de forma clara, os estádios da DRC para melhor compreensão.

Quadro 1. Classificação dos estágios da doença renal crônica

Estágio	Descrição	TFG (mL/min/1,73 m²)
I	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90
II	Lesão renal com TFG levemente diminuída	60 – 89
III A	Lesão renal com TFG de levemente a moderadamente diminuída	45 – 59
III B	Lesão renal com TFG de moderada a gravemente diminuída	30 – 44
IV	Lesão renal com TFG severamente diminuída	15 – 29
V	IRC estando ou não em TRS	> 15

Source: CKD Work Group. clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease (KDIGO, Kidney inter. Suppl. 2013)

Segundo a definição por estágios e, com base na taxa de filtração glomerular, de 2,3% dos indivíduos avaliados a partir da definição de DRC, com os dados de TFG do Censo por amostragem em 2011, sugerem que 2,9 milhões de brasileiros adultos teriam um terço ou menos da TFG dos indivíduos saudáveis (SBN, 2011).

A queda da TFG reforça a necessidade do controle rigoroso da pressão arterial, o emprego de medicamentos bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, entre outras medidas, classifica a DRC segundo essas taxas de filtração glomerular.

1.3 A COMUNICAÇÃO DO CLIENTE

Ao observar e compartilhar da assistência à saúde é angustiante o processo inicial do tratamento ambulatorial do cliente de média e alta complexidade. A labilidade orgânica e mental é exageradamente aumentada, havendo sobrecarga para a família e, simultaneamente ele se defronta com a instituição composta de normas, rotinas e protocolos de inúmeros exames para diagnosticar a etiologia de sua doença. Nesse período, o apoio e auxílio são fundamentais para essa “peregrinação” que, por vezes, se arrasta por meses de buscas e de espera.

Além disso, ao considerar a estrutura de atendimento a esses clientes no hospital pesquisado, ainda não há a presença do enfermeiro no atendimento do tratamento conservador, espaço utilizado como instituinte nesta pesquisa.

Muito ainda temos que fazer para ampliar as ações com vistas além das terapias renais substitutivas e iniciar nossas intervenções em nível ambulatorial, com perspectivas de auxiliar no enfrentamento, adaptação e adesão ao tratamento. Assim, retardar o início de terapias mais invasivas, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, incluindo os transplantes preemptivos, cujo receptor ainda não realizou TRS, e não está no estágio V da DRC.

Nossa persistência equivale a um esforço junto ao cliente para verificar suas necessidades e colaborar com intervenções que se coadunam àquelas interdisciplinares, visto que uma ação intensifica outra ou a mesma ação pelos profissionais que compõem, ou deveriam compor a equipe no Programa de Atenção à Saúde do cliente com DRC.

Nesse âmbito, observa Magacho e coautores (2011, p. 261), ao revelar a ausência de estudos sobre a aderência medicamentosa nos estágios iniciais da DRC se comparados aos estágios avançados, cujas comorbidades aumentam na relação da perda da função renal, pois requer a prescrição de drogas.

Portanto, o momento em que ocorre o diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para o nefrologista são etapas essenciais, pois possibilitam a educação pré-diálise, a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão da DRC, diminuindo a morbidade e mortalidade (BASTOS; KIRSZTAZN, 2011, p. 95).

Entendemos que, nesse momento, os primeiros contatos entre o enfermeiro e o cliente com DRC, muitas vezes, é marcado por situações que dificultam e impedem a troca de informações fundamentais devido à urgência do tratamento dialítico.

É por meio de atitudes e reações, que, em geral, são observados os comportamentos de negação, indiferença, mau humor e agressividade. Ao situar-se o ambiente hospitalar, um elemento valoroso na interação enfermeiro-cliente, é o respeito à mensagem básica e fundamental no diálogo de um para com o outro. Portanto, essa relação se traduz em pistas comunicativas.

Essa comunicação, segundo Araújo (2000, p. 75), é o processo de compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas e a forma que são traduzidas como intercâmbio de mensagens e influencia o comportamento das pessoas.

O desafio implica no preenchimento desta lacuna, pois segundo o censo por amostragem da SBN, a DRC é subdiagnosticada e tratada inadequadamente, resultando na falta de oportunidade para a prevenção primária, secundária e terciária, em parte devido à falta de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, bem como a não utilização de testes simples para o diagnóstico e avaliação funcional da doença (SBN, 2013).

Devido ao seu caráter incurável, a DRC traz alterações orgânicas e também provoca modificações do ritmo de vida para a maioria dos clientes. Esses clientes, a partir do conhecimento do tratamento conservador, devem estar embasados para enfrentar uma nova condição de tratamento, e por consequência, nessa nova etapa de vida, tendo o enfermeiro papel de extrema importância durante todo esse processo.

Dessa forma, permitir ao cliente expressar suas dúvidas, inseguranças e experimentos, amplia a compreensão entre a relação sobre o conhecimento e as necessidades vivenciadas para o cuidado de enfermagem a partir da Comunicação Não Verbal (CNV) e da Comunicação Verbal (CV) ao longo do tratamento conservador.

Assim, o **objeto** deste estudo: Comunicação cliente/enfermeiro no ambulatório do tratamento conservador da doença renal crônica.

Estarmos abertos ao diálogo e à escuta sensível como entende Barbier (2002, p. 7): “o pesquisador deve sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreender internamente suas atitudes e comportamentos e sistemas de ideias, de valores, de símbolos e de mitos”. Interagir com a equipe multidisciplinar, estando disponível a assistir, orientar, apoiar, encaminhar e acompanhar o percurso que poderá retardar a terapia renal substitutiva.

Para **nortear** nossas reflexões sobre o objeto:

- ⌘ Como o enfermeiro identifica a comunicação expressa pelo cliente durante o atendimento ambulatorial?
- ⌘ Que manifestações do corpo, verbal e não verbal o cliente apresenta durante o tratamento conservador na doença renal crônica que deve ser valorizado pelo enfermeiro no atendimento ambulatorial?

Os **objetivos** a serem alcançados:

- ⌘ Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para estimular a comunicação do cliente durante o atendimento no ambulatório do tratamento conservador.
- ⌘ Identificar as pistas comunicativas do cliente relativas aos aspectos físicos e emocionais que apontam para uma intervenção efetiva do enfermeiro.
- ⌘ Discutir o sentido e o significado da comunicação do enfermeiro e cliente durante o atendimento ambulatorial no tratamento conservador.

A partir das considerações tecidas, defendemos a **Tese** de que a atuação do enfermeiro no ambulatório de tratamento conservador é essencial para identificar e atender necessidades aos aspectos físicos, sociais e psicoemocionais presentes na comunicação verbal e não verbal do cliente, promotoras de maior adesão e maior permanência no tratamento conservador.

1.4 AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

As tecnologias emergentes, arte e inovação para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e cuidado em saúde e comunicação em enfermagem.

Nesse sentido, abre-se uma nova perspectiva para a participação do enfermeiro no atendimento pré-diálise, visando por meio da Assistência de Enfermagem diferenciada – e a ampliação do conhecimento sobre a CV e CNV, fortalecidas por instrumento/modelo/formulário mediando a abordagem e o cuidado de Enfermagem no Tratamento Conservador.

Visando ainda contribuir com a assistência à saúde e atendendo à Política Nacional de Assistência a Doença Renal Crônica e aos preceitos filosóficos do SUS, vem traduzir a comunicação e a percepção¹ dos sentidos junto à aplicação do método da pesquisa clínico-qualitativa.

Este estudo, também, pretende aumentar os saberes produzidos com a união do enfermeiro, a equipe interdisciplinar e o cliente, como reflexão sobre as reais necessidades dos profissionais na busca de melhores formas de participar ativamente.

O espaço institucional visa beneficiar o acervo e o ensino no hospital de referência e campo de prática, tanto para alunos de nível técnico, graduandos de enfermagem, como da pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*), ao Núcleo de Pesquisas e ao Grupo de Pesquisa da EEAN/UFRJ, essa produção também se desdobra.

É importante citar o intuito em atender a problemática da DRC em nosso país, sendo instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, no ano de 2004, por meio da Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho (BRASIL, 2004).

Em seu artigo nº 184, a portaria determina realizar a atenção diagnóstica e terapêutica adequada à Média Complexidade, garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, diabetes *Mellitus* e doenças renais.

¹ Percepção: ato complexo, multiplicidade de sensações, presentes ou passadas, também sua referência ao objeto; não é conhecimento completo; percepção provisória e incompleta, fundamentada sobre indícios e sinais; não é conhecimento perfeito e imodificável (Percepção. In: ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2007).

Quanto à alta complexidade recomenda garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando o impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera de transplante renal.

No Art. 2º, esta Portaria define que as redes Estaduais de Assistência em Nefrologia serão compostas pelos Serviços de Nefrologia e pelos Centros de Referência em Nefrologia.

Explica, ainda no §1º que os Serviços de Nefrologia – municipal, estadual e federal, ou privados – filantrópicos ou lucrativos, estão vinculados ao SUS e deverão oferecer consultas em nefrologia, hemodiálise e garantia de acesso à Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), à Diálise Peritoneal Automática (DPA) e à Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), quando da necessidade do cliente, no mesmo município, habilitados de acordo com a legislação em vigor.

Apropriadamente a Portaria nº 1.818, de 23 de agosto de 2012, estabeleceu recurso anual destinado ao custeio da nefrologia do estado do Rio de Janeiro publicada no Diário Oficial da União nº 165 seção 01, de 24/08/2012 no montante de R\$ 5.501.656,80 (cinco milhões, quinhentos e um mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e oitenta centavos), destinados ao custeio da Nefrologia do estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2012)

E, no ano de 2014, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 389 (BRASIL, 2014) definindo os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC. Ela amplia o atendimento, pois estados e municípios deverão ofertar serviços de acompanhamento desses clientes em distintos estágios, além da diálise e transplante renal, disponíveis no SUS.

Nesta última portaria, os serviços que realizam tratamentos dialíticos poderão se habilitar ainda para o atendimento de clientes em estágios iniciais, com acompanhamento ambulatorial e realização de exames periódicos.

Além disso, a política lançada pelo Ministério da Saúde cria um novo tipo de serviço, que é a Unidade Especializada em DRC, que poderá ser instalada em um ambulatório ou consultório. Nele, será feito o acompanhamento ambulatorial do

cliente na fase pré-diálise com equipe multidisciplinar, formada por médico, nefrologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista.

É importante frisar que a equipe multidisciplinar seja eficaz em sua proposta assistencial e prevenindo assim, estressores no período da iminência da TRS, como “o receio do novo e do desconhecido para o cliente ao iniciar o tratamento seja através do ambulatório ou pela emergência, apresenta como característica comum: a uma metamorfose do corpo”, admitindo-se assim, o compromisso da leitura do corpo como emissor da mensagem não verbal (CRUZ; ARAUJO, 2008, p. 164).

Recordemos Rector e Trinta (1990, p. 33) ao analisarem o homem como fonte catalisadora de informações que são susceptíveis às alterações culturais, seja individual ou coletiva, uma vez que “é através do corpo que ocorre o recorte de um modelo de mundo, absorvendo-o e transformando-o em cultura através dos sentidos corporais”, o que permite planejar o cuidado direcionado às suas necessidades.

Portanto, Araújo e Cruz (2009, p. 579) ao dizerem que “estamos aprendendo constantemente, através das pesquisas, como as pessoas se encontram na situação a partir das percepções sensoriais, como reagem e se defendem nessas experiências”, se referem aos mecanismos usados como subterfúgios para enfrentar a DRC.

Mas pouco é descrito sobre como lidar efetivamente com o cliente no tratamento conservador. Principalmente, com a percepção da comunicação interpessoal – emissor/receptor. Há urgência para que o enfermeiro acrescente à especialidade seu espaço no tratamento conservador e os mecanismos utilizados de comunicação com o cliente em sua adaptação à nova condição.

Um espaço de tempo não pessoal: enviar e receber uma mensagem sem o compromisso estático de permanecer fixo no lugar ocupado. E assim, “fazer a transposição da linearidade estática para a circularidade do processo comunicativo móvel” (MARTINO, 2009, p. 27).

2 DISCUSSÃO TEÓRICA

2.1 O CUIDADO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO CONSERVADOR

No séc. XIX, Florence Nightingale, jovem, de 20 anos, fora educada nos padrões das *ladys* europeias e de família aristocrática, cuja época – Vitoriana – a mulher possuía um papel passivo na sociedade britânica. A respeitável *lady* recebeu uma educação clássica, em moldes masculinos, diretamente de seu pai, entretanto, descontente em sua condição de dama, e desde sua infância já possuía aspirações feministas: “Eu aconselharia a todas as jovens senhoras em qualquer vocação a se qualificarem como os homens para o trabalho.” Com esse pensamento se empenhou em desenvolver o conhecimento científico na enfermagem. (LIRA; BONFIM, 1989, p. 7).

Efetivamente, mesmo contrariando seus familiares, Florence decidiu fazer um treinamento no hospital de Kaiserswoerth, na Alemanha, embora o status da enfermagem e dos hospitais, naquela época, fossem tão baixo, ao ponto de sua família, de tão envergonhada, solicitar-lhe para não escrever-lhes, nem mencionar a ninguém seu treinamento.

Na década de 1840, aos 34 anos, já bastante experiente, habilidosa e possuidora de conhecimento visionário, descreveu os hospitais britânicos como temerosos, dedicou-se a análise de relatórios hospitalares, e escreveu inúmeras e extensas notas sobre como se propagavam e se preveniam as condições insalubres dos clientes, tornando-se uma expertise sanitaria na Europa.

Recebeu do Governo britânico o encargo de aplicar suas habilidades na guerra da Criméia de 1854 a 1856, entre o império Russo contra a Grã-Bretanha, França e Império Otomano, onde 3.000 soldados feridos no Hospital de Scutari, superlotado por haver 1.700 leitos, e estando os demais hospitais militares improvisados e superlotados.

A taxa de mortalidade, quando nele chegou, era de 42%, reduzindo-a para 2% em 6 meses. Sua organização era composta de 40 enfermeiras, tendo por conceito de enfermagem a abrangência das funções de assistente social, de capelão, de nutricionista e de administradora.

A higiene e o espírito humanista e compaixão, a levava a trabalhar 20 horas seguidas, cuidando das feridas e dos moribundos. “Cuidar é o mínimo, entre as funções que eu fui impelida” relatou (ICN, 2010, p.6).

Florence, como é chamada atualmente, passava a visita aos clientes em caminhadas noturnas, levava seu lampião, diminuindo a chama ao se inclinar sobre os clientes, origem ser conhecida como a “Dama da Lâmpada”. Ainda realizava o serviço administrativo, embora exausta. Não tardou e ficou gravemente doente, quase à morte. Nessa ocasião, os admiradores de todo o mundo rezaram por seu restabelecimento, sua popularidade foi notória. Alcançou em curto período de tempo o intento de transformar a imagem da enfermagem, com seu profissionalismo e dedicação (ICN, 2010, p.7).

Em 1860, com 40 anos, fundou a Escola de Enfermagem com o prêmio em dinheiro que recebeu em reconhecimento do povo e do governo inglês. O aspecto crítico de treinamento à qualificação exigia experiência sólida. A observação sistemática era importante estratégia de ensino. Suas observações foram empregadas pelo uso sistemático de registros e estatística. Em consequência foi eleita membro da Royal Statistical Society em 1858 (LIRA; BONFIM, 1989, p. 9).

Em um processo de aprendizagem contínua e de ensino, em tempos em que não existiam escolas de enfermagem, seu extenso trabalho foi reconhecido no meio científico e político refletindo sua abnegação, competência, compaixão e empatia no cuidado ao cliente, sem jamais dissociar a relação da doença com as práticas de higiene. Tratou não somente da administração de medicamentos ou emplastos, mas do provimento de ar fresco, luz, limpeza, silêncio e dieta adequada.

Escrevendo *Notas sobre Enfermagem*, publicado em 1859, com intuito em transmitir ensinamentos aos cuidadores domiciliares. Em suas *Notas* registrou: “Acredito, ao contrário, que são muitos os atributos da enfermagem, porém desconhecidos” (NIGHTINGALE, 1970, p. 6).

Com respeito à observação acurada como forma de classificar a melhora ou a piora do estado de saúde do cliente, explorou de forma detalhada o ambiente chamando a atenção para elementos básicos (NIGHTINGALE, 1970, p. 6).

Na tentativa de aproximação, já no século XXI, para uma prática reflexiva a ser orientada ao emprego da terminologia dos diagnósticos de enfermagem, a descrição da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem, NANDA (2010), identifica domínios tais quais na percepção/cognição na classe comunicação, e autopercepção nas classes autoconceito, autoestima e imagem corporal (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2014, p. 4).

O corpo para tornar completa sua relação com o mundo e o outro corpo deve vestir-se de complexidade. Na comunicação entre enfermeiro e cliente podem ser estabelecidas formas de comunicação, expressando vivências, pensamentos e sentimentos. Reforçando o início da relação enfermeiro-cliente e promovendo confiança. Permanecer em silêncio e uso terapêutico do silêncio são exemplos destas técnicas conhecidas como comunicação terapêutica (LOPES; CARVALHO, 2006, p. 5).

Dessa forma, referem Corbin, Courtine e Vigarello (2009, p. 403) que, entre os séculos XVI e XVIII, a arte de decifrar a linguagem do corpo chamada de fisiognomia, teve uma extraordinária aceitação e desempenhou importante papel na história das ideias e da sociabilidade. Havia o ensino por meio da forma gestual e de conversação de acordo com o que regiam os padrões sociais da época. Existiam, ainda, obras e tratados de anatomia como referência aos artistas e pintores.

[...] sistematizou-se pouco a pouco a ligação entre o exterior e interior do ser humano, entre o que é percebido no sujeito como superficial e profundo, mostrado e ocultado, visível e invisível, manifesto e latente... O que vêm exprimir as metáforas sem idade nas quais se reconhece este paradigma da expressão humana que atravessa e religa esses domínios fragmentados do saber, e dos quais a fisiognomia constitui a formação mais sistemática: nela o olhar é a “porta” ou a “janela” do coração, o rosto o “espelho da alma”, o corpo a “voz” ou a “pintura” das paixões [...] (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, p. 403).

O século XX materializou o corpo e diante da Sistematização da Assistência de Enfermagem como dimensão da resposta humana, houve o direcionamento como expressão para a promoção da comunicação entre a equipe, o cuidado e a documentação (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2014, p. 74).

Destacando o histórico de Enfermagem como a principal fase do processo de enfermagem e, durante o exame físico, evidencia pistas sobre as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, intelectuais, sociais, culturais, espirituais dos clientes. Ao reunir informações relatadas, durante a abordagem de clientes, integra-se a primeira parte da SAE com base no Processo de Enfermagem.

2.2 A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Lembremo-nos de que o ser humano nasce com a capacidade de comunicar-se, recebendo e transmitindo mensagens. Na enfermagem, este conceito da comunicação, é considerado como um instrumento básico do cuidar.

A comunicação, por sua vez, é oriunda da ciência social, sendo adequada à área da enfermagem, conforme afirma Figueiredo e colaboradores (2005, p.97): “os clientes possuem em seus corpos sensações, limitações, seu imaginário, subjetividades presentes na relação humana”. Acrescenta a autora, que “a enfermagem por não poder entender-se como profissão da psicologia, da sociologia, da antropologia, da filosofia, da psiquiatria e das ciências exatas e naturais, nelas ancora e recebe subsídios para entender-se como ciência da prática do cuidar do ser humano”.

Corroborar com esse pensamento Martino (2009, p.9) ao dizer que contribuir com o embasamento da área de comunicação torna-se necessário, visto que, as pesquisas sugerem que a ‘Teoria da Comunicação’ como área de investigação é imensa. Englobar métodos e práticas de outras áreas distintas do conhecimento, como a psicanálise, estudos de política, entre outros, mesmo que sem articulação entre elas.

A palavra Comunicação deriva do latim *communio*, tendo como significado: “tornar comum”, e identifica ao mesmo tempo aspectos múltiplos, como também aspectos únicos, ao se apresentar de forma ampla em distintas situações. Existe, assim, o destaque simultâneo da construção do objeto e este pertence ao aspecto comunicativo das relações sociais dentro da academia.

Um dos modelos teóricos de comunicação apresentados por Martino (2009, p. 27) explica haver o princípio da ação e reação no processo de

comunicação, cuja recepção e resposta à mensagem refletem a pessoa. Entender um diálogo é “no máximo conseguir se aproximar do significado geral do que foi dito”. Uma mensagem não preserva sua originalidade, pois a cada transmissão se modifica de forma ilimitada numa relação.

As regras de uma língua ditam as competências da mesma, portanto para uma competência comunicativa (desempenho e habilidades) há que se ter o domínio dos códigos e das variantes sociolinguísticas. Uma cultura, ou mesmo uma comunidade possui convenções utilizadas na prática comunicativa oriunda de saber – pragmática, seja ela escrita ou oral (CHAGAS, 2011, p. 409).

Vemos também que nos espaços de saúde não se esgotam em ações técnicas, e requer dos profissionais de saúde, o uso de relações interpessoais, cotidianamente, no trabalho. Saber lidar com os colegas de trabalho, os clientes, seus familiares, acompanhantes, e demais profissionais na rede de trabalho, constitui forma de aperfeiçoar o cuidado, seja individual ou coletivo.

Sobre o comportamento humano nas relações interpessoais, Del Prette, Z. A. e Del Prette, A. (2008, p. 243) afirmam que as “habilidades sociais educativas são requeridas em qualquer contexto interativo onde uma pessoa procura criar condições para o desenvolvimento ou aprendizagem do outro”.

As habilidades sociais (HS) são definidas como “um constructo descritivo do conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal” (DEL PRETTE, Z. A. e DEL PRETTE, A., 2001, p. 47).

De acordo com os autores, a análise do comportamento pode seguir um sistema de organização em categorias de acordo com as compatibilidades e dissensões conceituais e metodológicas:

- a) HS de comunicação: fazer e responder a perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar feedback nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação;
- b) HS de civilidade: dizer “por favor”; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se;
- c) HS assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e

pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas;

- d) HS empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio;
- e) HS de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos; habilidades sociais educativas;
- f) HS de expressão de sentimento positivo: fazer amizade; expressar solidariedade e cultivar o amor.

No tocante à enfermagem “as habilidades sociais podem ser aprendidas e desenvolvidas intencionalmente desde sua formação básica”, com vistas a serem estabelecidas e atualizadas, frequentemente, visando ao cuidado humanizado e global (FORMOZO *et al*, 2012, p. 124).

[...] [reação] habilidosa (que demonstra assertividade, empatia, expressão de sentimentos positivos ou negativos de forma apropriada, civilidade, etc.), [reação] não habilidosa passiva (que demonstra esquiva ou fuga ao invés de enfrentamento da situação) e [reação] não habilidosa ativa (que demonstra agressividade, negativismo, ironia, autoritarismo, etc.).

(Del Prette, Z.A.; Del Prette, A., 2001, p. 65).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aponta seis competências e habilidades gerais para o desenvolvimento durante a formação dos profissionais de saúde. Dentre elas, a comunicação está elencada como a quinta competência. Sua importância destina-se a análise dos elementos epidemiológicos, no intuito de obter subsídios para a resolução de problemas de saúde individuais ou coletivas na população. O tratamento das “informações do processo saúde-doença, os transforma em conhecimento efetivo para a ação dos cuidados de enfermagem e instrumentaliza a implantação de uma metodologia de assistência e comunicação” (PERES; CIAMPONE, 2006, p. 497).

As autoras destacam ainda, os conhecimentos como elementos essenciais para o desenvolvimento da competência de comunicação em enfermagem: “conhecimento do próprio estilo de interação, administrar conflitos, negociações, escuta ativa, normas e padrões de comunicação organizacional, sistemas de informações, trabalho em equipe, metodologia da assistência, poder e

cultura organizacional”. Além disso, apontam para a mudança das abordagens pedagógicas do ensino de enfermagem na perspectiva de “metodologias ativas”.

Ao refletir sobre a CNV no Brasil, Ramos e Bortagarai (2012, p. 168) apresentam evidências de investigações em que a enfermagem concentra o maior número de pesquisas. E inferem: “confirmando a ‘supremacia’ do cuidar e a busca da qualidade no atendimento e, diferente das demais áreas, a Enfermagem, desde a década de 50, vem desenvolvendo inúmeros estudos sobre a arte do cuidar e seu aperfeiçoamento.” As autoras concluem citando a interpretação da CNV como um dos cuidados a serem pesquisados.

Segundo estudos sobre comunicação humana verbal e não verbal a comunicação terapêutica na área da enfermagem é definida como:

“A competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à autorrealização, procurando aprender a viver de forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com a maior autonomia possível” (STEFANELLI; CARVALHO, 2012 p. 68).

Esta é a realidade cuja predisposição em identificar necessidades do cliente a partir de formas expressas numa linguagem própria e individual traz a abrangência da área de comunicação. Saber captar o sentido e o significado de cada gesto, expressão, movimento como instrumento básico de sua prática de observação.

De fato a comunicação do cliente com DRC, bem como a de outros clientes atendidos em outros cenários hospitalares, é uma referência importante para a assistência de enfermagem. Ao analisar os tipos de comunicação em enfermagem, Silva (2008, p. 48), refere à prevalência do tipo não verbal, refletida por meio de expressão facial, do olhar, do silêncio, da expressão corporal através dos gestos, da postura, da distância corporal (proxemia), da roupa, da linguagem paraverbal – tom e ritmo.

Sendo assim, o enfermeiro pode lançar mão dos conceitos da comunicação não verbal, dentre muitas outras pistas comunicativas.

Ao considerar a complexidade de comportamento humano, devemos buscar formas de atender as necessidades dos clientes precocemente. Levar em conta a abrangência da interdisciplinaridade reforça o conceito de agregar uma visão plural, o que é impossível sem haver uma integração dos saberes. Isso possibilita um entendimento a partir do seguinte conceito:

“Entende-se por interdisciplinaridade a convergência de duas ou mais áreas do conhecimento não pertencentes à mesma classe, que contribua para o avanço das fronteiras da ciência e da tecnologia, transfira métodos de uma área para outra, gerando novos conhecimentos ou disciplinas e faça surgir um novo profissional com um perfil distinto dos existentes, com formação básica sólida e integradora” (INFOCAPES, 2010, p. 135).

Algumas sociedades desenvolvem a vocalização precocemente, conforme a situação social que se encontram como no diálogo íntimo, no formal, para a expressão de lamento, de raiva, ou de uma brincadeira (RECTOR; TRINTA, 1990, p.18). É a identificação de variáveis entre a comunicação verbal e a cinésica por meio de uma ‘observação sistemática’. Ocorrem de forma acidental, ou seja, simultaneamente. É descritiva e classificatória quanto à ocorrência vocal.

Constituem exemplos de unidades **paralinguísticas** da CNV:

- a) **qualidade vocal** que corresponde à altura do tom de voz (vigorosa, descontraída);
- b) **tipo de emissão**: labial, glotal, etc.;
- c) **respiração**: rápida ou lenta;
- d) **ritmo**: apressado, lento, etc.

A **postura vocal** ou **vocalização** se distinguem em:

- a) **Caracterizadores vocais**: o riso (sufocado ou aberto), o choro (soluços), sussurros, gritos, gemidos, balbúcio, muchocho, bocejos, etc.;
- b) **Qualificadores vocais**: a intensidade e a extensão do registro vocal; a maneira de proferir palavras e frases;
- c) **Segregados vocais**: conjunto de sons que acompanha a emissão vocal, grunhidos, interjeições (*hum*), tiques vocais, estalidos e barulhinhos com a língua e os lábios.

Torna-se interessante, então, a aproximação entre a equipe de enfermagem e o cliente, pois a promoção do autoconhecimento e autopercepção da equipe ampliam o conhecimento e a percepção do cliente, facilitando a relação dialógica (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007).

A partir do cotidiano, em unidade hospitalar, é possível verificar a importância dos aspectos afetivos na construção do diálogo humanizante e “este diálogo não pode reduzir-se a depositar ideias em outros” (FREIRE, 2005a, p. 96).

Bardón Otero, Marti i Monros e Vila Paz (2008, p. 54) citam “a técnica de comunicação para alcançar a colaboração do usuário” cujo objeto principal da consulta de enfermagem nefrológica é de contribuir com a equipe para o tratamento adequado do cliente em nefrologia. A união criativa de tais conceitos, aos princípios que guiam a enfermagem, relaciona a consulta de enfermagem às demais disciplinas.

Para a enfermagem, integrar elementos cognitivos e emocionais ao atendimento de clientes com DRC torna-se fundamental, uma vez que prescinde de sua formação acadêmica, o cuidado interdisciplinar:

“A especificidade do trabalho realizado junto ao portador de Necessidades Especiais de Saúde (NES) na área renal em diálise peritoneal que desenvolvida através de uma disponibilidade física e mental da oferta do cuidado. Há uma busca de totalidade daquele indivíduo no que tange a sua realidade, e também a do enfermeiro comprometido com o cuidado oferecido” (CRUZ, 2006, p.32).

Ao associar as categorias teóricas desenvolvidas por Araújo e Cruz (2009, p. 578), que permitem explorar os sentidos corporais na produção do conhecimento frente à percepção do não verbal, manifestadas por clientes, constitui um neologismo: sentidos sociocomunicantes do corpo. Significa facultar por meio de categorias empíricas, teóricas e analíticas a tradução, ou seja, a comunicação das percepções e significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados, permitindo ou não suas manifestações não verbais e verbais.

Diante dessa linguagem não verbal, transmitimos um tipo de relação afetiva e as reações emocionais oriundas do que estamos comunicando. O indivíduo, de certo modo, não controla de forma consciente o que expressa por

gestos. No entanto, a linguagem não verbal pode admitir múltiplas interpretações, a depender do receptor da mensagem e do contexto cultural em que se dá a comunicação. Da mesma forma, não se pode analisar uma expressão não verbal isoladamente das demais mensagens corporais precedidas, posteriores ou emitidas de forma simultânea (GARCÍA CAMPAYO; FERNANDO OROZCO, 2000, p. 256).

Torna-se importante insistir que “o corpo é, num só tempo, visão, audição, fala, olfato, tato, **cinésica**, que envolve os movimentos corporais, ao captar imagens, sons, cores, sentir e sentidos, texturas e expressões...”, e, cabe explorar a comunicação não verbal. Entender esse corpo significa fazer sua leitura, que no âmbito da comunicação também contempla a linguagem não verbal: “a comunicação não verbal engloba a forma **proxêmica**, ou seja, a posição mantida entre as pessoas na interação, podendo esta ser a aproximação ou o afastamento entre os corpos” (ARAÚJO et al, 2011, p. 23).

Para a forma **tacêsica**, ou seja o toque, Saes (2004, p. 167) revela o “toque afetivo e terapêutico” aquele realizado durante o cuidado ao cliente, de acordo com a necessidade daquela região corporal que apresenta características próprias tais como a profundidade, temperatura e tempo de contato.

A autora registra que, “na maioria das ações de enfermagem há o toque no cliente” e, por meio desse, imprimimos emoções e teleguiamos pensamentos.

Em geral, na comunicação interpessoal, os canais se referem aos órgãos dos sentidos, principalmente a visão, a audição e ao tato, embora o olfato e o paladar tenham de ser também considerados. Em um ato comunicativo, usamos um ou mais canais associados. O uso efetivo de nossos sentidos é que assegura a percepção acurada da mensagem conforme ARAUJO, 2000 (*apud* CRUZ, ARAÚJO, 2008, p. 165).

Essa comunicação, do cliente com DRC, representa uma referência para a assistência de enfermagem no tratamento conservador e o cuidado de enfermagem cujas habilidades empregam a estratégia de comunicação que inclua a escuta ativa, centrando-se no outro e em suas reais necessidades (ARAÚJO; SILVA, 2012, p. 126).

Acrescentar ainda, àquelas relacionadas às reações fisiológicas, comportamentais como o silêncio dos clientes e seus pertences. Esse conjunto

integra um recurso à conscientização do profissional, ainda quando estudante, quanto sua importância no contexto de assistência de enfermagem (ARAÚJO *et al*, 2011, p. 17).

Precisamos entender como o corpo diversifica as posturas que auxiliam a transmitir melhor determinadas mensagens. Necessitamos reconhecer, não somente a comunicação verbal expressa por palavras, por meio da fala ou da escrita, mas também a comunicação não verbal. Não propriamente associada às palavras, mas aquela que ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal, pois a clareza daquilo que se deseja informar prescinde da validação decorrente da compreensão de algo (SILVA, 2008, p. 33).

Outra forma de comunicação, a **paraverbal** ou paralinguística, se apresenta contrária à forma verbal da língua falada ou escrita, ocorre no aparelho fonador usado no processo comunicativo. Como exemplos, são os grunhidos, a entonação para dar ênfase a determinadas palavras, o suspiro, o pigarro, o riso. Essa forma demonstra sentimentos, características de personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito (SILVA, 2008, p. 53).

Referente à equipe de enfermagem, a esta cabe conhecer e facilitar o processo comunicativo na assistência ao cliente, bem como o melhor relacionamento entre os próprios membros da equipe. A comunicação verbal mostra que as palavras são importantes ferramentas de contato, são usadas de modo mais consciente, porém sabemos que o ato de falar é complexo, pois influencia o relacionamento entre as pessoas (BRAGA; SILVA, 2006).

Com a evolução da profissão, a enfermagem vem se expandindo com base em cuidados sistematizados. Porém, é usual observarmos enfermeiros, mesmo numa abordagem inicial, realizando a exaustiva tarefa de preencher longos questionários de admissão, em detrimento à busca e identificação do diálogo direcionado a maior eficácia na percepção de ricas contribuições não verbais, ou de forma sinestésica. A sinestesia, ou seja, os distintos sentidos corporais simultaneamente usados; é o estímulo de um sentido a outro.

Essas contribuições também representam pistas, ou seja, o que se deseja dizer num dado momento.

Existem, ainda, fatores que podem dificultar a comunicação verbal, a exemplo: “não saber ouvir”, antecipando-se às conclusões; o uso de linguagem inacessível, como termos técnicos e jargões apenas compreendidos pelos especialistas. As palavras devem ter um significado comum, para tal devemos conhecer o repertório do outro, seu grau de escolaridade, vocabulário, expectativas e crenças (SILVA, 2008, p. 40).

Com efeito, as reações humanas obedecem ao comando mental e o que leva uma pessoa a agir, em primeira instância, é sempre a emoção (SILVA, 2008, p. 15). Verificamos, muitas vezes, clientes desconfiados e calados expressando a forma de apresentar autodefesa ou não.

Pode-se destacar que, a comunicação não verbal é responsável por mais de 98% dos sinais que chegam ao cérebro por meio dos sentidos da visão, do toque, da audição e da respiração. A forma cinésica que envolve os movimentos relacionados não somente ao corpo, mas, individualmente, a cada uma de suas regiões: a cabeça, os membros, o tronco e cada grupamento muscular que os envolve (BRAGA; SILVA, 2006).

Em decorrência da distância, estudos de Knapp e Hall (1999) classificam as proxêmicas como: íntima (do toque a 45 cm), pessoal (de 45 cm a 125 cm), social (de 125 cm a 360 cm) e a distância pública (acima de 360 cm).

No dia a dia, as distâncias entre a enfermagem e o cuidado que presta é realizado à distância íntima, na maior parte do tempo (SILVA, 2008, p. 85).

Nesse sentido, Carvalho *et al* (2010, p. 1054) relatam que, pesquisas de enfermagem recomendam a CNV como forma de proporcionar uma melhoria do cuidado, o que resulta numa melhor qualidade de vida para o cliente.

2.3 A TEORIA DE ENFERMAGEM DA ADAPTAÇÃO

Uma Teoria de Enfermagem direciona o enfermeiro para o cuidado sistematizado, não mais empírico, pois fundamenta sua prática com o conhecimento da realidade ao seu redor, o perfil da equipe que trabalha e a característica da clientela atendida – chamados de metaparadigma da enfermagem (TANURE; PINHEIRO, 2010, p. 19).

O presente estudo leva em conta princípios da Teoria de Adaptação de Callista Roy (2001), para situar o cliente diante das alterações clínicas impostas pela doença renal crônica. Essa teoria fornece embasamento para compreender o indivíduo, como um sistema, é capaz de adaptar-se e criar mudanças no meio ambiente.

A capacidade de resposta positiva às mudanças, explicam as autoras, é uma função do nível de adaptação da pessoa, e significa “um ponto de mudança influenciado pelo grau de exigência que a situação e os recursos internos incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o que faz a pessoa movimentar-se constantemente em direção ao domínio”.

No Modelo de Adaptação de Roy e Andrews (2001, p. 17) são empregados as suposições científicas da Teoria dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e da Teoria de Adaptação de Helson (1964) como base para a compreensão do indivíduo como um sistema humano.

Sobre o atendimento de necessidades psicossociais, esse modelo, proporciona determinadas condições para expressar sentimentos e preocupações, transmite segurança emocional, atenção e apoio – função da equipe. Esse estímulo desenvolve mecanismos de enfrentamento positivo para o seu bem-estar, o que favorece um tratamento mais eficaz e uma melhor qualidade de vida.

Torna-se importante referir que os modelos de enfermagem desenvolvem descrições conceituais fundamentadas em suposições científicas e estão baseados nas concepções filosóficas, associados ao humanismo e à veracidade. Essas suposições são premissas para detalhar os conceitos principais do Modelo de Adaptação de Roy – a pessoa, o meio ambiente, saúde e enfermagem (ROY; ANDREWS, 2001, p. 18).

Ao delinear a teoria, Roy e Andrews (2001, p. 18), elencam o “humanismo como amplo movimento na filosofia e psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essenciais para o conhecimento e valorização” e considera verdade que: a) o indivíduo partilha o poder criativo, b) age com um objetivo, não como uma sequência de causa e efeito, c) possui um holismo intrínseco, e d) luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações.

A ideia filosófica humanista definida por Roy e Andrews (2001, p. 18) reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essenciais para o conhecimento e valorização:

“No humanismo crê-se que o indivíduo partilha: o poder criativo, age com um objetivo, não numa sequência de causa e efeito, possui um holismo intrínseco, e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 19).

Diante desta lógica, o quadro seguinte permite compreender o repertório que abrange da ciência da enfermagem atual, da epistemologia da enfermagem, ao aspecto que liga a introdução das suposições filosóficas e a compreensão das pessoas no meio ambiente.

Quadro 2 – Suposições subjacentes ao Modelo de Adaptação de Roy

CIENTÍFICO	
Teoria dos sistemas	Teoria do nível de adaptação
Holístico Interdependência Processo de Controle Informação de resposta Complexidade	Comportamento como adaptável. Adaptação como função dos estímulos e nível de adaptação. Nível de adaptação dinâmico, individual. Processo de resposta positivo e ativo.
FILOSÓFICO	
Humanismo	Veracidade
Criatividade Objetivo Holismo Processo interpessoal	Objetivo e existência humana. Unidade do objetivo. Atividade, criatividade. Valor e significado da vida.

Fonte: Pontos essenciais do modelo de adaptação (Roy; Andrews, 2001, p.17)

As autoras assinalam a veracidade como “inserida no princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum da existência humana”. Nela o indivíduo é parte do contexto social: a) objetivo de uma existência humana, b) a unidade do objetivo da humanidade, c) atividade e criatividade para um bem comum, e d) valor e significado da vida.

As concepções fundamentadas no processo de adaptação enfatizam que o cliente rompe com os estímulos inatos que produzem respostas automáticas e inconscientes. Os estímulos adquiridos, entretanto, respondem às mudanças ambientais com respostas conscientes e deliberadas. E, iniciar um tratamento pode gerar ansiedade e, muitas vezes, o aparecimento de sintomas, suscitar alterações de comportamento que afetam a qualidade de vida do cliente com DRC.

Álvarez-Ude Cotera, e Rebollo Álvarez (2008, p. 57) afirmam que o impacto da doença e os cuidados de saúde não devem focar exclusivamente os resultados objetivos, uma vez que, os aspectos subjetivos, são essenciais para um tratamento efetivo. Variavelmente, as pesquisas de qualidade de vida referem haver a “associação entre níveis altos de ansiedade e níveis baixos de sensação de coerência com uma diminuição do bem estar que, por sua vez, influi para a capacidade funcional”. Relacionam ainda, alterações das dimensões mentais associadas à baixa filtração glomerular, aos níveis de albumina e hemoglobina.

Os efeitos dessa capacidade funcional-mental, para o cuidado de enfermagem em nefrologia, deve levar em conta o modo de portar-se e, manifestar sua adaptação e mecanismos de adequação. A enfermeira pode identificar respostas adaptativas ou ineficientes em situações de saúde e doença, mediante a observação dos comportamentos da pessoa em relação aos modos adaptativos (FREITAS; OLIVEIRA, 2006, p. 643).

Apresentamos o Modelo de Adaptação de Roy com 4 conceitos principais:

1. a **pessoa**: como um sistema adaptável com mecanismos de resistência reguladores e cognitivos;
2. o **ambiente**: entendido como o mundo interior e exterior da pessoa ativam mecanismos de resistência, os subsistemas regulador e cognitivo que,

- promovem respostas comportamentais de modo fisiológico, autoconceito, função na vida real e de interdependência;
3. a **saúde**: estado e processo de se tornar uma pessoa integrada e total, como reflexo da adaptação;
 4. o **objetivo da enfermagem**: promoção da adaptação em cada um dos modelos.

2.3.1 A pessoa como sistema adaptável – 1º conceito do modelo de enfermagem

Ao descreverem a pessoa como o **receptor** de cuidados de enfermagem em relação a um sistema holístico adaptável, Roy e Andrews (2001, p. 19), afirmam poder ser ainda, esse receptor, uma família ou um grupo, uma comunidade, ou a sociedade como um todo. A base para qualquer família, grupo, comunidade ou sociedade é o indivíduo. Para tanto, esse estudo compartilha com a teórica a discussão que envolve a pessoa, numa relação individual em termos de enfermagem.

De acordo com estas autoras o conceito de **integralidade** subjacente ao modelo significa que o sistema humano se ajusta às mudanças no meio ambiente. Para entender um sistema adaptável, é necessário entender o termo **sistema**, ou seja, é o conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tendo em vista um determinado objetivo, com base na interdependência de suas partes.

A teoria dos sistemas conceitua os estímulos como as entradas e os comportamentos como as saídas. Uma resposta da pessoa (comportamento, saída) resulta do estímulo do nível de adaptação (entrada) que por vezes combinam-se para formar uma entrada específica. “Este nível é significativo à medida que a pessoa processa mudanças ambientais, passando a ser denominado de **mecanismos de resistência regulador e cognitivo**”. Assim, os mecanismos de controle são essenciais para funcionamento do sistema humano (ROY; ANDREWS, 2001, p. 20).

Segundo Roy e Andrews (2001, p. 314), a pessoa é considerada um sistema adaptativo representado por elementos internos: “*input*” (entrada), expresso

pelos estímulos internos e externos; enquanto o “*output*” (saída), é constituído pelas respostas, controles e mecanismos de enfrentamento, expresso pelo comportamento, havendo ainda o “*feedback*”, expresso pela retroalimentação.

A figura abaixo representa de forma diagramática a pessoa de um sistema simples.

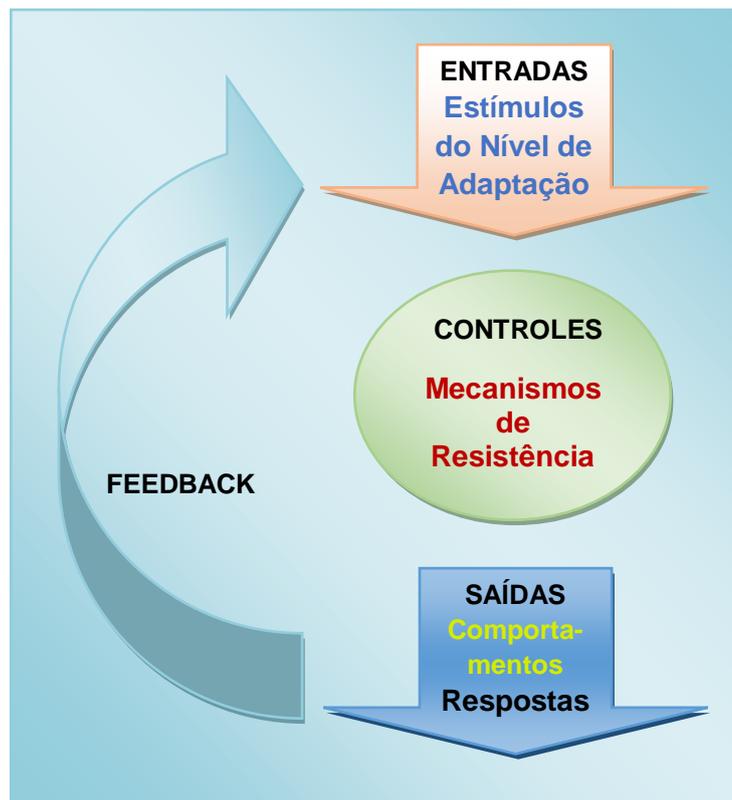


Figura 1 – Adaptação da representação diagramática de um sistema simples (ROY; ANDREWS, 2001, p. 20)

O conceito da adaptação está pautado nos modos adaptativos: fisiológico, de auto-conceito e de interdependência, e situa a pessoa como receptora do cuidado de enfermagem em relação ao ambiente, à saúde e ao profissional. Assim sendo, Milbrath e colaboradores (2009, p. 439) afirmam que a teoria de Roy, como a resposta humana às situações vivenciadas, são processos de adaptação aos estímulos do meio ambiente interno e externo.

Em termos clínicos o enfermeiro identifica inúmeras pessoas com níveis variados de capacidade para lidar com situações de mudança. Estando esses níveis variadamente influenciados por estímulos. “Muitas experiências de vida positivas

podem dar a uma pessoa um amplo alcance de capacidades para lidar com as mudanças da vida” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 24).

As **respostas** processadas determinam o alcance e a tolerância em lidar com problemas da vida. Uma situação de mudança pode limitar esse alcance. Sendo assim, o enfermeiro tem a consciência do potencial de alcance que lida, reconhecendo acomodações em mudanças que provoquem fadiga e ansiedade (ROY; ANDREWS, 2001, p. 24).

Já o **comportamento** no Modelo de Adaptação de Roy oferece subsídios para avaliação dos enfermeiros. Define o sentido amplo com ações internas e externas e reações sob circunstâncias específicas. Os comportamentos podem ser observados, medidos ou objetivamente relatados e são individualizados para cada pessoa, sendo importante observar se são adaptáveis ou ineficazes (ROY; ANDREWS, 2001, p. 24).

As **respostas adaptáveis** da pessoa representam a integridade objetiva de adaptação como: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Promovem os objetivos de adaptação e integridade da pessoa, como também repercute na sociedade de forma ampla (ROY; ANDREWS, 2001, p. 25).

Por sua vez, as **respostas ineficazes**, não promovem a integridade, nem contribuem para a adaptação. Ao ocorrerem de forma breve, ou persistirem, ameaçam a sobrevivência da pessoa, o crescimento, a reprodução ou o domínio (ROY; ANDREWS, 2001, p. 26).

De acordo com as autoras, os **mecanismos de resistência** são formas adquiridas ou inatas de responder ao ambiente em mudança. Os mecanismos de resistência natos são determinados geneticamente, automáticos. Já os mecanismos de resistência adquiridos são desenvolvidos através de experiências e aprendizado ao longo da vida. Estes sistemas podem ser divididos em dois subsistemas: o regulador e o cognitivo.

O **subsistema regulador** tem resposta automática através dos processos do sistema endócrino, químico e nervoso. Estão inseridos os estímulos do ambiente interno e externo, através dos sentidos (ROY; ANDREWS, 2001, p. 27).

Em criterioso estudo com 101 docentes, Santos, Cavalcante e Berardinelli (2010, p. 53) constataram sobre a observação dos comportamentos com relação aos modos adaptativos, em que a enfermeira docente pode identificar respostas adaptativas ou ineficientes em situação de saúde e de doença. Isso demonstra a importância da formação do graduando para contribuir com a qualidade de vida do cliente com DRC.

Os autores expressam que o subsistema regulador também recebe estímulos originados no meio interno do indivíduo e processa respostas de modo automático por meio dos sistemas químico, neuronal e endócrino. Por outro lado, o subsistema cognoscente é estimulado pelo ambiente interno e externo e suas respostas estão relacionadas com as funções cerebrais de processamento de informações, aprendizado, solução de problemas e tomada de decisão.

O processo adaptativo pode em muitas situações ser influenciado pelo desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento. A maneira como o indivíduo responde aos estímulos caracteriza seu comportamento, revelando a estreita relação com os subsistemas reguladores (GUEDES; ARAÚJO, 2005, p. 243).

Já o **subsistema cognitivo** possui a resposta através de quatro canais cognitivos a seguir: processo de informação perceptiva, aprendizagem, avaliação e emoção. Esta inclui ainda, as atividades de atenção seletiva, codificação e memória. A aprendizagem refere-se à imitação, reforço e visão; já o processo de avaliação engloba a resolução de problemas e a tomada de decisão. As emoções pessoais e as defesas são utilizadas para aliviar a ansiedade e uma avaliação afetiva e ligações.

Recebe também estímulos interiores e exteriores, que incluem fatores psicológicos, físicos, sociais e fisiológicos, pois constituem porta de entrada como sistema regulador. Essa observação direta e funcionamento como sistema adaptável identifica processos específicos e inerentes aos subsistemas reguladores e cognitivos. No entanto, o funcionamento desses sistemas, não pode ser observado diretamente (ROY; ANDREWS, 2001, p. 28).

Esses comportamentos, segundo Roy e Andrews (2001, p. 28), se desdobram em quatro **modos adaptáveis**, desenvolvidos como suporte à avaliação:

fisiológico, auto-conceito, função do papel e interdependência. Portanto, as respostas se dão através dessas quatro categorias principais, e o nível de adaptação pode ser observado.

A forma como é processada a resposta da pessoa, como ser físico, aos estímulos ambientais traduz o **modo fisiológico**. Nele os comportamentos são fisiológicos e abrangem as células, tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano. São listadas cinco necessidades básicas para a integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso. Esses processos são formas complexas e envolvem os sentidos, fluidos, eletrólitos, função neurológica e função endócrina (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29).

O **modo autoconceito** é um dos três modos psicossociais que afetam o aspecto psicológico e espiritual da pessoa. Portanto, a necessidade básica afetada é identificada como **integridade psíquica**. Significa “a necessidade de se saber quem se é, para que se possa ser e existir com um sentido de unidade” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29).

Essa modalidade de autoconceito, no modelo de Adaptação de Roy, comporta as crenças e os sentimentos preservados pela pessoa sobre si mesma em determinado período e é composto das próprias percepções, bem como as de outrem, e guia o comportamento. E, ainda, no que tange a imagem corporal, o modo auto-conceito possui o componente **eu físico**, que preserva a sensação e a imagem do corpo. Já o componente **eu pessoal** se refere à auto-consciência, o autoideal, e o **eu moral**, ético e espiritual.

O **modo de função na vida real** é um dos dois modos sociais sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Um relativo ao seu comportamento em comparação a outra pessoa desta mesma sociedade, que ocupa outra posição. Neste sentido a necessidade básica é a **integridade social**, ou seja, como devo agir sendo quem sou, em relação aos outros, nesta sociedade (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30).

O modo final de adaptação é o **modo interdependência**. Envolve as relações de dar e receber amor, respeito e valor, e possui como necessidade básica chamada de **adequação emocional**. Apresenta ainda duas relações específicas:

outros significativos, que funcionam com pessoas mais importantes para o indivíduo, e os **sistemas de apoio**, isto é, pessoas que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30).

O esquema abaixo sintetiza o modelo de adaptação da pessoa segundo a teoria Geral dos Sistemas de Roy:



Figura 2 – A pessoa como um sistema adaptável (ROY; ANDREWS, 2001, p. 31)

2.3.2 Ambiente como sistema adaptável – 2º conceito do modelo de enfermagem

O ambiente em mudança estimula a pessoa a criar respostas adaptáveis de acordo com a capacidade. As mudanças ocorrem continuamente na vida, exigindo novas respostas. Assim, ocorre o crescimento contínuo, desenvolvimento e novo significado para a vida.

O ambiente para Roy inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa (ROY; ANDREWS, 2001, p. 32).

Esse modelo adaptativo descreve estímulos internos e externos do tipo focais, contextuais e residuais assim conceituados:

- a) **Estímulos focais**: os estímulos internos ou externos que mais imediatamente confrontam as pessoas.
- b) **Estímulo contextual**: todos os outros estímulos inatos ou adquiridos de responder à mudança do ambiente.
- c) **Estímulo residual**: um fator ambiental, dentro ou fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual são obscuros.

Os três estímulos focais, contextuais e residuais, unem-se para criar um nível de adaptação da pessoa. O **nível de adaptação** representa o ponto de mudança da capacidade para pessoa responder positivamente uma situação (ROY; ANDREWS, 2001, p. 23).

Esse conceito, segundo Roy e Andrews (2001, p. 23), tem sido desenvolvido na enfermagem no que tange a pessoa e meio ambiente em constante interação um com o outro. Assim, sua resposta é influenciada pela própria vivência: “Se a capacidade de uma pessoa para lidar com uma experiência nova é limitada, poder-se-á procurar aprender sobre esta experiência”.

2.3.3 A saúde como sistema adaptável – 3º conceito do modelo de enfermagem

O conceito de saúde, conforme articulado na teoria, encontra-se em desenvolvimento quando relacionado aos conceitos da pessoa e do ambiente, e emprega a definição da Organização Mundial de Saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2006), o que constitui uma descrição otimizada segundo as autoras, ainda em desenvolvimento e perfeitamente cabível aos conceitos das teóricas.

Do ponto de vista de Roy e Andrews (2001, p. 33), “a pessoa como um sistema adaptável em constante crescimento e desenvolvimento no âmbito de ambiente em mudança”, nesta interação ou adaptação a saúde também está inserida.

Portanto, saúde segundo o Modelo de Adaptação de Roy, “é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração significa a falta de saúde” (ROY, 1984, *Apud* ROY, 2001, p. 33).

2.3.4 Objetivo da enfermagem – 4º conceito do modelo de enfermagem

A enfermagem prima pelo cuidado ao indivíduo e à comunidade. De acordo com os conceitos relativos ao modelo, estão relacionadas ao comportamento e aos estímulos que influenciam a adaptação.

Assim sua contribuição é ímpar para promoção da adaptação nos quatro modos, através da saúde da pessoa, qualidade de vida, e morte com dignidade. É importante reconhecer que nem sempre todas as pessoas serão beneficiadas pela saúde, cabendo a enfermeira promover a adaptação em situações de saúde e doença, e sua interação com o ambiente, e consequente promoção da saúde (ROY; ANDREWS, 2001, p. 34).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 A PESQUISA QUALITATIVA NO CAMPO DA SAÚDE

A proposta desta pesquisa partiu da inserção de enfermeira na consulta clínica ao cliente no ambulatório de tratamento conservador, pautada na abordagem teórica da pesquisa clínico-qualitativa.

A abordagem, num sentido amplo, visa aproximar-se da pessoa para tratar de um assunto, seja numa conversa, seja na entrevista. Ela busca conhecer de forma mais ampla, por meio do diálogo, as condições de saúde que interferem no cotidiano do cliente na sua adaptação, enfrentamento e adesão ao tratamento.

Buscamos utilizar e associar conhecimentos da área da comunicação no campo da consulta de enfermagem, com o intuito de mesclar conceitos, métodos e práticas, uma vez que a pesquisa qualitativa assim o permite.

A produção de material científico com abordagem qualitativa pode causar estranheza aos partidários da pesquisa quantitativa. Invariavelmente, penso que, essa situação entorpece uma cooperação interdisciplinar, causando danos à investigação, principalmente na área de saúde, jovem adepta por ora desta metodologia.

Ao sustentar argumentos sobre a relação causal entre saúde e doença, cuja abrangência se remete ao imaginário, Minayo (2006, p. 31), destaca que “todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige”. A autora conclui que há necessidade das ciências da saúde em ampliar os conceitos que sejam embasados nos aspectos sociais e subjetivos. Essas bases conceituais devem englobar a realidade dando visibilidade aos fenômenos e, portanto, não menos “científica”.

Turato (2011, p. 169) afirma que, “até recentemente os principais periódicos médicos não publicavam os resultados de estudos qualitativos” e, tendo sido os pesquisadores de enfermagem os precursores do debate e da introdução das metodologias de investigações qualitativas na área de saúde.

O autor refere haver, ainda, muitos editores focados no paradigma das ciências naturais “desprezando a pesquisa qualitativa”, embora esse panorama esteja mudando. Estes argumentam sobre a exclusão das ciências humanas, em

que a linguagem sem representação numérica, não expressa objetividade e fidedignidade quanto ao controle do fato observado e descrito.

Sobre a ética da pesquisa qualitativa em saúde, Guerriero (2008, p. 459-63), publicou importante debate interdisciplinar e interinstitucional de pesquisa, incluindo editores de periódicos renomados na área de saúde coletiva. O artigo foi chamado de Relatório Guarujá e direcionado aos que habitualmente não utilizam a pesquisa qualitativa apontando para a definição da “concepção de pesquisa”.

Torna-se conveniente citar a recente Resolução nº 466/12, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, que permanece omissa quanto às orientações específicas para pesquisas qualitativas.

A pesquisa clínico-qualitativa, segundo Turato (2011, p. 240) aplica a investigação por meio da metodologia científica, emprega a “técnica e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo” que esteja no “setting” dos cuidados com a saúde – equipe de profissionais, familiares ou comunidade. Para o autor o “setting” significa o “microambiente de relação interpessoal eminentemente psicológico”.

É importante ao pesquisador na investigação qualitativa valorizar a fala e o comportamento humano e estar atento às angústias e ansiedades ao demonstrar “uma atitude clínica de acolhimento” ao indivíduo no âmbito da saúde-doença. Isso retrata “sensibilidade e disponibilidade interior” e denota “um bom investigador clínico” (TURATO, 2011, p. 255).

Cabe ao pesquisador como ser humano, se vestir, ele próprio, como objeto de investigação e nele se projetar e se reconhecer nos aspectos emocionais e comportamentais. Da mesma forma, esse pesquisador em sua experiência, se utiliza dela, própria, como caminho e aplicabilidade na produção dos dados: “ocupam-se mais com o processo do que com o produto, como os fenômenos ocorrem, importando as suas relações”. Situar-se num “*setting*” da saúde de alta complexidade, significa estar apto a receber de forma aberta assuntos de difícil verbalização, experimentando ou não em relação ao momento vivido, e isso repercute na doença, caso seja seu desejo ou não (TURATO, 2011, p. 168).

De acordo com esse enfoque, o autor nos leva a refletir sobre a importância do meio em que vive o cliente e indica o caminho: “trabalhar

qualitativamente implica, necessariamente, por definição, entender/interpretar os sentidos e as significações que a pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade”.

Devemos salientar a importância de acrescentar concepções sobre sentido e significado nesta pesquisa. A palavra “sentido” segundo Turato (2011, p. 248), deriva do latim *sensus*, particípio passado de *sentire*, significado de sentir, perceber. Os fenômenos da percepção do próprio indivíduo podem ser interpretados quanto seu estado saúde-doença “seja um mal-estar, um sintoma físico ou mental, uma doença, um tratamento médico ou tantos outros”. Relaciona-se a uma experiência anterior ou não, sendo acompanhado de lembranças, sejam estas positivas ou negativas.

Já o termo “significado” (ou significação) do latim *significatus* é a representação, na linguagem, do significante; de *signum*, citado por Turato (2011, p. 248). É a forma de linguagem que expressa o que a doença representa e significa, “sejam elas conscientes ou inconscientes”, para aquele indivíduo. Segue-se uma tomada de consciência do pesquisador ao se deparar com os fenômenos desse “setting”.

Portanto, ao “queremos conhecer sentidos e significados, buscamos interpretá-los, voarmos com nossa criatividade para compreender os fenômenos”, expressa Turato (2011, p. 248). Estabelece a interação pessoal pesquisador/sujeito que possibilita a afetividade e o entendimento sobre “tópicos ligados à saúde-doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde, e/ou sobre como lidam com as suas vidas”.

3.1.1 Princípios da abordagem sociopoética na pesquisa em enfermagem

O termo sociopoética deriva do grego “poiesis”, que significa “produção, criação” – recurso que libera o saber grupal e pessoal implícito, num sentido crítico. “O intelecto não é a única forma de conhecimento da enfermeira. Na relação com o cliente, os sentidos e a intuição têm um papel fundamental” (GAUTHIER; SANTOS, 1996, p. 21).

Apresentamos a sociopoética não meramente como uma técnica ou método de pesquisa, mas uma forma diferenciada de se construir um caminho para o conhecimento, ou seja, se apropriando da enfermagem. Mais que isso, dando voz

à enfermagem: “Que ela fale de seus erros e acertos, suas angústias, sonhos e expectativas, as mais reprimidas e as mais declaradas, mas que fale por si e em seu nome” (SANTOS; GAUTHIER, 1996, p. 14).

A construção do conhecimento se desenvolveu com um grupo de não especialistas, clientes do programa ambulatorial conservador do Serviço de Nefrologia, no papel de sujeito ativo e coletivo da produção do saber. Na função de pesquisadora acadêmica, atuar como facilitadora da pesquisa e o meu conhecimento acadêmico favorecem a leitura dos dados produzidos pelos participantes, no sentido de perceber as estruturas do pensamento do mesmo considerando os significados na conversação no decorrer da consulta, tanto dos aspectos verbais como não verbais.

A participação do cliente como sujeito produtor de conhecimento nessa pesquisa, de forma pioneira na área de enfermagem, e, porque não dizer inédita no ambulatório do tratamento conservador de nefrologia. Essa forma de abordagem do enfermeiro durante o atendimento permite um compartilhamento de saberes, a partir do próprio cliente e valoriza as experiências de vida de cada um durante o diálogo com ele. Foi um modo de instituir o diálogo entre pessoas para a integralidade da interação, colocando em relevo percepções diferentes, divergentes e opostas. O método permite o combate da exclusão, do silenciar e o impedimento da comunicação.

A abordagem valoriza ainda o corpo inteiro como fonte de conhecimento: de forma intuitiva, emocional, sensível, gestual, sensual, racional e imaginativa. Não separar a cabeça do resto do corpo, a razão da emoção.

Sendo assim, o conhecimento foi produzido a partir de uma construção individual, cujo despertar da percepção foi estimulado pela apresentação do dispositivo de imagem do próprio corpo, representado pelos sentidos sociocomunicantes, que assumiram o pensamento e o comando passou a ser emocional. As barreiras físicas passaram a ter menor importância, dado ao fato de possuírem-na em graus diferenciados de expressão e de comprometimento.

Os sujeitos são corresponsáveis sobre o sentido da pesquisa e discutem o sentido ético, espiritual, político, o porquê da pesquisa e a quem ela se destinara. “Uma pesquisa possui um aspecto político, pois participa do contexto das relações de poder e saber entre a comunidade envolvida e a sociedade, e dentro da própria comunidade”.

Aos “copesquisadores” se permite a flexibilização do tempo e do espaço. Durante o tratamento há uma importância significativa, estando seu envolvimento como garantia a melhora de sua situação de saúde. O prazer da participação, e a entrega às emoções que fluem ‘concretizadas’ por meio dos poros, por muitas vezes, emociona.

3.1.2 Os sentidos sociocomunicantes do corpo e a subjetividade na produção do conhecimento

O termo sociocomunicantes pode ser compreendido como um neologismo e foi criado a partir da tese de Araújo (2000), em que se utilizou a técnica, com os sentidos do corpo, na abordagem e no método da sociopoética por Gauthier; Santos (1996), associados princípios de Freire (2005b) e, consagrou-se como referencial teórico-metodológico nas investigações da enfermagem, dentre outras áreas ao longo dos 21 anos de existência no Brasil.

Em estudos de dissertações e teses na enfermagem vem reafirmando como categoria empírica, teórica e analítica, que é possível traduzir/comunicar percepções e significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados permitindo validar ou não suas manifestações não verbais e verbais no curso da produção, que também é coletiva.

As etapas de ingresso na terapia dialítica geram alterações importantes que podem repercutir de forma inconsciente, para Araújo e Cruz (2009, p. 578), compreender não somente as imagens conscientes, mas buscar as diferentes reações comportamentais, que cada cliente apresenta no curso da doença renal crônica e no início do tratamento dialítico.

Ao declarar que “a comunicação é um processo constituído de formas verbais e não verbais utilizadas pelo emissor com o propósito de compartilhar informações”, Araújo (2000, p. 63) abre um diálogo para acolher a parceria do sujeito para uma postura holística. Apresenta, então, uma pedagogia de liberdade corporal do educando para desenvolvê-lo como instrumento de aprendizagem não verbal. Na técnica de vivência dos sentidos do corpo para decifrar o imaginário individual e coletivo, a partir da compreensão de categorias e subcategorias presentes nos depoimentos foi determinante para essa constatação.

É fundamental referir que os sentidos sociocomunicantes foram readaptados nas pesquisas de Saes (2003), Duque (2005), Cruz (2006), Cameron (2008), Bax (2010), Oliveira (2011), Coelho (2012) e Koeppe (2012).

Sobre os sentidos corporais, Araújo (2000) destaca a importância das mãos e dos toques como mensageiras e caminhos da emoção, por meio do sentido coração; onde o olfato refletiu a memória; o paladar/boca/comunicação, o sentido social e do prazer; a visão, como significado da observação presente em todo o corpo; bem como a audição expressa no olhar e no corpo.

“A maior parte das questões realmente importantes e íntimas das pessoas não é verbalizada. Como reconhecer, então, essas características dos clientes, senão pela percepção do seu modo de agir, sentir e se relacionar” (SILVA, 2008, p. 17).

3.1.3 As conexões entre a pessoa com DRC – tratamento conservador e sentidos sociocomunicantes

Muito mais que sedução, Figueiredo (2014) avalia as tentativas em articular os SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES com situações tão reais e racionais quanto à doença, em um espaço marcadamente cartografado pelo saber-médico que tem como “preocupação principal” tratar a doença.

A pesquisadora traça um paralelo entre o rim, um órgão que se torna fator principal, em detrimento do homem ou da mulher com problema renal:

“Esse sujeito não é apenas um rim, mas possui uma história, seus desejos e necessidades, que se expressam (...) uma realidade que se registra entre as aspas, porque não podemos afirmar como verdade, mas é uma realidade em nossas vidas de enfermeiras” (FIGUEIREDO, 2014).

A autora complementa que diante dessa fala, ou não, este se torna o “cliente sociocomunicante” que necessita de cuidados de enfermagem, cujos seus sentidos sociocomunicantes dão pistas a serem captadas pelos sentidos:

Audição – “preciso ouvir o outro, os batimentos do coração, sua voz, seu pulso, suas eliminações; **visão** – preciso olhar e ver o seu corpo por fora, tentar conhecer sua linguagem corporal, o corpo de sua pele, mensurar sua temperatura” (FIGUEIREDO, 2014).

Tocar/comunicar – “o seu corpo para sentir calor, provocar respostas, sentir textura e espessura da pele, para encontrar e conversar na sua pele; **sentir** – as respostas mais profundas de seu corpo, aquilo que é latente e que pode ser percebido nos signos que o corpo me diz e eu interpreto sem que ele me diga o que representa” (FIGUEIREDO, 2014).

Acredita-se na possibilidade de reafirmar fundamentos nos sentidos sociocomunicantes convergentes, em relação às demandas de cuidados e, assim, se assenta na posição de que eu cuido do HOMEM/MULHER adoecidos (seja que doença for), a partir de ações que envolvam a racionalidade e a subjetividade diversas, que se escondem no corpo doente.

Sendo assim, a produção dos dados deste estudo, muito nos revelou durante o cuidado a “clientes” em tratamento conservador, expressos em sinais e sintomas, também no tratamento médico e nos medicamentos os quais sabemos estarmos acostumados a intervir.

Aí pulsam nos sentidos sociocomunicantes em estado LATENTE, e somente possível sua percepção, se houver disponibilidade da enfermagem para captar nas pistas que a linguagem corporal indica: o sofrimento, a angústia, a impotência de estar doente, limitado, de aceitar o tratamento e investir na fé, na crença em um ser superior para suportar a nova ou o novo modo de viver a vida.

Com essa intenção, ao cuidar desse homem/mulher sociocomunicante, com doença renal, descobre-se que no âmago dos cuidados técnicos, toda singularidade do que fazamos ou deveríamos fazer, exige objetivações, dessa forma dizer como é possível fazer ciência, a partir dos instrumentos de sentidos que podem ser acrescidos no processo de cuidar deles, é fundamental.

A construção das figuras desenhadas para a abordagem da enfermeira/pesquisadora ao cliente e, objetivou sensibilizá-los para uma produção de conhecimento sobre a clínica, como uma arte na construção de um caminho para fazer ciência do cuidado do enfermeiro. Uma ciência com o emprego de tecnologia leve, cuja intenção é aproximar o máximo possível, o cliente do enfermeiro e ambos construir meios para o êxito do tratamento.

A sensibilização do cliente para a produção dos dados, foi estimulada, segundo a figura abaixo que é composta dos sentidos sociocomunicantes do corpo.

As figuras utilizadas como técnica projetiva dos sentidos corporais – visão, tato, olfato, paladar, audição e o sentido representativo das emoções – coração. Cada sentido foi acompanhado da pergunta norteadora conforme a figura abaixo.

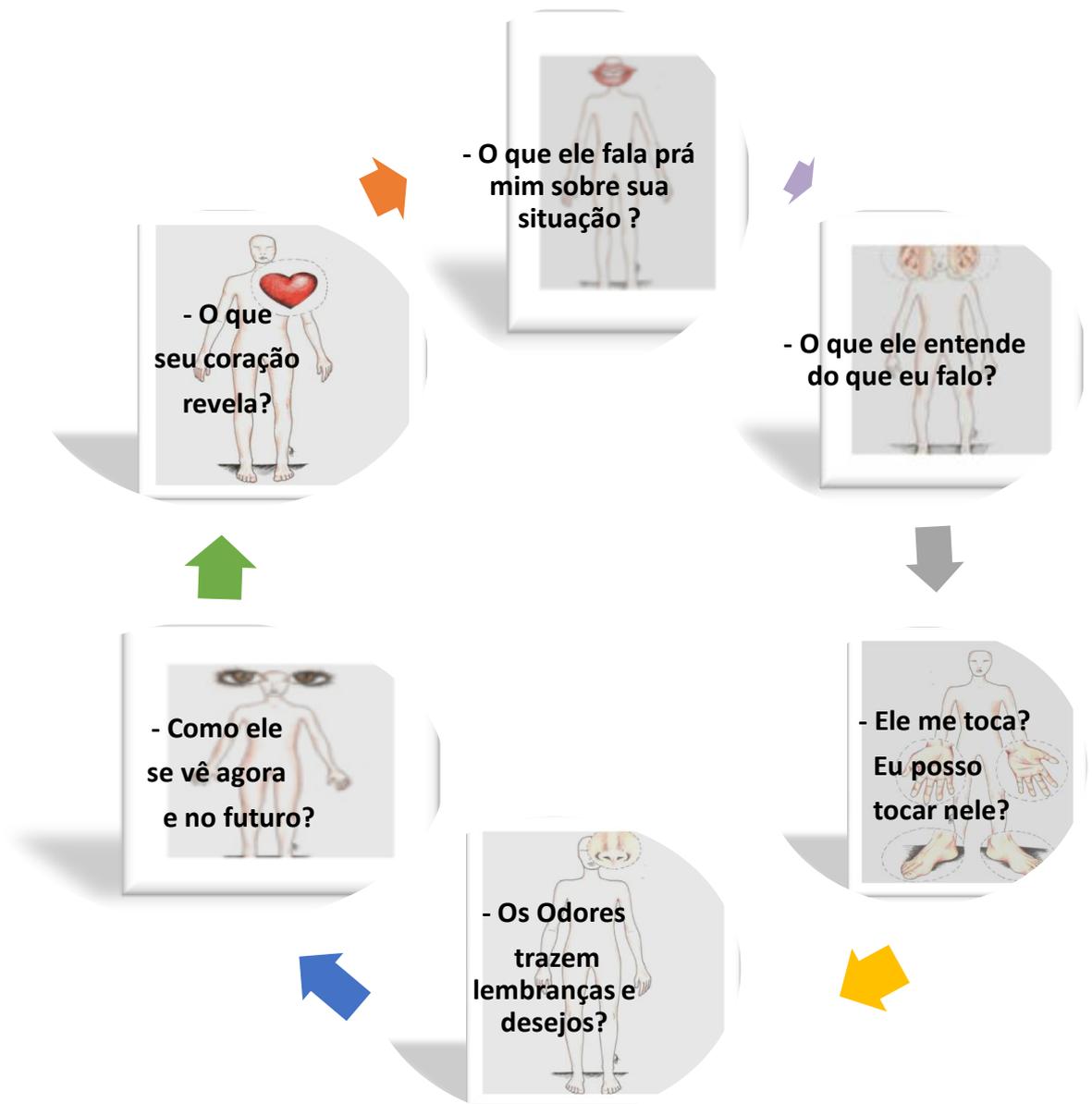


Figura 3: Ciclo de Questões Sensibilizadoras a cada Figura dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo, Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

Para Peterson e Carvalho (2011, p. 692-97) o enfermeiro não estabelece, ainda, um diálogo constante e o emprego de procedimentos técnicos, da escuta e da

atenção adequada ao cliente. Assim, a preocupação deve ser direcionada para que estes sejam preparados a desenvolverem uma comunicação terapêutica para distintos enfrentamentos inerentes ao processo de cuidar.

Diante de cada sentido sociocomunicante e com o propósito de valorizar percepções de conviver e enfrentar situações inerentes à DRC o que permite não somente conhecer o sentido corporal, mas corpo/mente, único e incondicional. Ao passo que Araújo; Cruz (2009, p. 578) sinalizam para a compreensão do que foi silenciado pelos demais sentidos, a compreender o transcurso e as dificuldades para o diálogo de “seus próprios sentimentos na dinâmica da pesquisa”.

No ambulatório, em que os clientes iniciam o tratamento conservador e aguardam seu atendimento, a equipe de enfermagem está próxima, porém as necessidades de cuidados de enfermagem não são identificadas através da SAE.

Em seus estudos, Saes e Araújo (2004, p. 261), citam como competência do enfermeiro desenvolver habilidades técnicas e humanas para intervir junto à situação vivenciada por estes clientes, o que demanda o desenvolvimento de sua capacidade em se comunicar. Para as autoras, o ato de se comunicar acontece por meio de formas verbais e não verbais, e tem como objeto a troca de informações. Essas concepções são adotadas como um recurso das pesquisas com a ancoragem da comunicação em enfermagem, consciência crítica e de reflexão.

Assim, pode-se compreender como esse “cliente/cidadão se vê e se percebe diante desse contexto, um subsídio para a compreensão do impacto decorrente das alterações do aspecto físico então percebidas, (com)vividas, bem como sua aceitação” (CRUZ; ARAÚJO, 2008, p. 165).

Em se reportar a Freire (2011, p.113), vimos o enfermeiro como educador ao problematizar, metodologicamente, distanciar-se enquanto os clientes se apropriavam e elaboravam suas impressões. Colocar o problema da pesquisa, e em silêncio permanecer, foi também uma forma de problematizar, ou seja, um momento dialético.

Ao recorrermos à reflexão do silêncio, podemos observar como um auxílio e funcionar como “íntimas unidades corpusculares da linguagem, que permitem aos sujeitos do discurso, além da comunicação, a interiorização que estabelecerá, completará, retificará ou anulará o diálogo” (MELLO, 2005).

3.2 O CENÁRIO E OS CLIENTES

A pesquisadora expressa o compromisso com a qualidade da pesquisa e inclui o respeito à bioética, o rigor metodológico e a validade dos resultados do estudo e apresenta a amostragem com 40 clientes. Para tal, contou com o auxílio do Grupo de Pesquisa CEHCAC na etapa da coleta dos dados.

A tese utiliza teorização a partir dos dados que evidenciaram terminologia própria do método (pesquisa clínica), da área da comunicação (abordagem, pistas comunicativas) e conceitos da pesquisa qualitativa (efetividade e afetividade) em contexto específico do tratamento conservador de doença crônica.

O projeto de pesquisa foi encaminhado por meio do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, ou seja, da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis/UFRJ junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Sua elaboração respeitou as recomendações do CEP e atenderam às determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que fixa as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O CEP da Instituição Coparticipante exigiu os seguintes documentos: Declaração de Instituição Coparticipante (ANEXO A), autorizado em 09/09/13; Comunicação da Pesquisa ao Serviço de Nefrologia (APÊNDICE B) autorizado em 02/09/13; Carta de Apresentação ao CEP coparticipante (APÊNDICE C) entregue em 07/10/13. Embora não houvesse a exigência do CEP, foi encaminhado a Comunicação da Pesquisa à Divisão de Enfermagem, com vistas às chefias do Serviço de Internações Clínicas, do Serviço de Saúde da Comunidade e da Seção de Ambulatório, autorizado em 14/10/13 (APÊNDICE D).

O parecer consubstanciado do CEP, número 517.610, foi aprovado pela instituição coparticipante, em 29 de janeiro de 2014 (ANEXO B).

Foi entregue uma via do TCLE com dados da pesquisa e do pesquisador, bem como a leitura foi realizada em conjunto, pesquisadora e cliente, para

esclarecimento das dúvidas atendendo à Resolução nº 466, 2012, IV, 3, f. (BRASIL, 2012).

A coleta dos dados ocorreu no Programa de Tratamento Conservador Ambulatorial (PTCA) de Nefrologia de um Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro.

Tornou-se necessário informá-los que, qualquer ocorrência que, por ventura houvesse, durante a coleta dos dados, seria fornecida a assistência necessária dentro da instituição. Os riscos seriam: desconforto pelo tempo dispensado e o incômodo por estar dividindo seus problemas com outro profissional. Esses riscos são mínimos diante das contribuições que são esperadas advindas da pesquisa. Dessa forma, os benefícios produzidos ainda durante o estudo, seriam divulgados e, com a ressalva, para que fossem ampliados aos demais clientes do PTCA.

O PTCA do Serviço de Nefrologia está localizado no 2º andar, com acesso por rampa, escadas ou elevador. É composto por três consultórios, amplo corredor, com cadeiras de espera. A iluminação e a aeração são adequadas e a acústica prejudicada pelas diversas pessoas que nele conversam, enquanto aguardam os atendimentos dos ambulatórios adjacentes de outras especialidades.

Os clientes do PTAC são atendidos em turnos diários de segunda à sexta-feira das 07:30 às 12:00h e das 12:30 às 17:00h. O atendimento engloba do estágio I ao V da DRC, que totalizam aproximadamente 900 consultas mensais. A equipe é composta de cinco nefrologistas e seis médicos residentes distribuídos em turnos.

O Serviço de Nutrição participa com uma única nutricionista que atende os clientes de todo o 7º andar, ou seja, da unidade de internação de nefrologia incluindo o setor de hemodiálise e as enfermarias de gastroenterologia. Essa reserva, às quartas-feiras no 7º andar é para receber os clientes do ambulatório, embora acumule a assistência dos clientes do 7º andar. Há ainda, duas nutricionistas do ambulatório, para pareceres das 40 outras especialidades clínicas, e que também inclui os clientes de nefrologia.

As referências para atendimento de outras especialidades da equipe multidisciplinar ocorrem por meio de pedidos de parecer encaminhados para o agendamento do ambulatório geral, e as emergências são encaminhadas ao Serviço de Internações Clínicas e Cirúrgicas, situado no subsolo do prédio.

Pelo fato dos clientes residirem no município do Rio de Janeiro, ou em municípios vizinhos, houve o cuidado quanto preservá-lo para uma estada longa no hospital. Coincidem muitas vezes, à consulta do nefrologista, os agendamentos para exames e pareceres à outras especialidades de profissionais de saúde. Observamos assim, o tempo para a consulta com a enfermeira pesquisadora, para a produção dos dados e, inclusive, o seu deslocamento ao domicílio.

Os sujeitos foram selecionados na agenda do atendimento médico do ambulatório dos turnos da tarde de segunda à sexta-feira, à exceção das terças-feiras devido à falta de consultório disponível para a produção dos dados.

A faixa etária foi de 26 a 97 anos, que aceitaram participar e estavam nos estágios I ao IV da DRC. Foram excluídos os clientes no estágio V da DRC por estarem na iminência da TRS, caso fosse necessário seu retorno.

Os critérios de inclusão foram: o interesse demonstrado ao diálogo sensibilizador, ainda na sala de espera, e a comunicação corporal acinésica, de negação gestual, apática, verbal clara ou monossilábica ou paralinguagem.

Diante do contexto da DRC, a amostra de 40 clientes foi embasada na qualidade e amplitude do objeto, no valor a ser atribuído aos aspectos subjetivos e plurais vivenciados por eles e presentes na produção de dados dos instrumentos (POLIT; BECK, 2011, p. 356).

A produção de dados permitiu ampliar a compreensão sobre eles nos itens investigados e amplia qualitativamente o contato terapêutico com cada um deles, já que se institui um espaço dialógico com mais esse profissional ainda inexistente no ambulatório do tratamento conservador da DRC. A riqueza de dados a ser produzida com eles redimensiona a necessidade de melhor adequação na abordagem comunicativa e essencial do enfermeiro.

As abordagens da pesquisadora, para a coleta dos dados, ocorreram em encontro único para cada cliente e de acordo com a necessidade identificada para a saturação dos dados qualitativos. O período foi de 29 de fevereiro a 16 de abril de 2014, com duração média de uma hora com cada um deles, perfazendo um total de 38 horas de diálogo/conversação durante as consultas no ambulatório.

A respeito da pesquisa qualitativa, Bauer e Gaskell (2011, p. 68-85), referem que o objetivo primordial dessa abordagem é “explorar o espectro de opiniões, ou seja, a variedade de pontos de vista sobre o assunto em questão” e não apresenta como finalidade contar opiniões ou pessoas. Os autores sugerem os

“grupos naturais que podem partilhar de um passado comum, ou ter um projeto futuro comum, como também compartilham interesses e valores e, assim, formam um meio social”, contrapondo aos pressupostos das características sociais e demográficas, já explorados em estudos qualitativos.

Assim, buscamos o respeito à pesquisa qualitativa, que utiliza como critério para seleção do universo uma visão do conhecimento próprio do indivíduo, sua cultura expressa na forma interna de seu conhecimento.

Conforme recomenda Guerriero (2008, p. 462) foi conjugada uma amostragem significativa permitindo teorizar sobre a repetição do conteúdo exposto pelos sujeitos e também sobre as diferenças compartilhadas

Quanto ao número dos sujeitos, requer mais detalhes aos critérios de seleção, e com vistas à investigação harmonizada ao “apresentar uma amostra do espectro dos pontos de vista” (BAUER; GASKEL, 2011, p. 70).

3.3 O MOVIMENTO PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS

O convite para a participação voluntária no estudo e a abordagem inicial deu-se na sala de espera com a apresentação da pesquisadora informando os objetivos da pesquisa. Antecedendo às abordagens a pesquisadora consultou a agenda e os prontuários dos clientes a serem atendidos. A caracterização do perfil como gênero, etnia, cultura, história e condição socioeconômica por meio do Instrumento de Coleta dos Dados de Identificação do Cliente (APÊNDICE E).

No consultório, a sensibilização constou da abertura para a conversa, partindo do tema gerador. Segundo Carpenito-Moyet (2008) o formato de investigação do enfermeiro deve ser capaz de direcionar a coleta de dados para respostas humanas, que variam da condição da pele e da função urinária até a saúde espiritual e a capacidade de autocuidado.

Consideramos a condução, *a priori*, de elementos da linguagem como a fala e o texto com base à interpretação dos dados e não, o inverso, quanto da prioridade do paradigma racionalista. O conjunto de dados linguísticos coletados que constituem dados autênticos, traduzindo *a corpus* teórico, como representante da língua.

Como ideia corroborada por Marcuschi (2012, p. 43) de ênfase à língua representada no diálogo caracterizado pela fala, há o fenômeno caracterizado pela atualização permanente, cuja inserção ao nível científico, se dá em construções teóricas representativas de um sistema abstrato de relações ou funções observáveis.

Esse sistema de relação é proposto, pelo autor, em categorias funcionais, de forma provisória e em estudos de linguística de textos, chamados de categorias. Identificamos tal relação dialógica, conforme o esquema, a seguir:

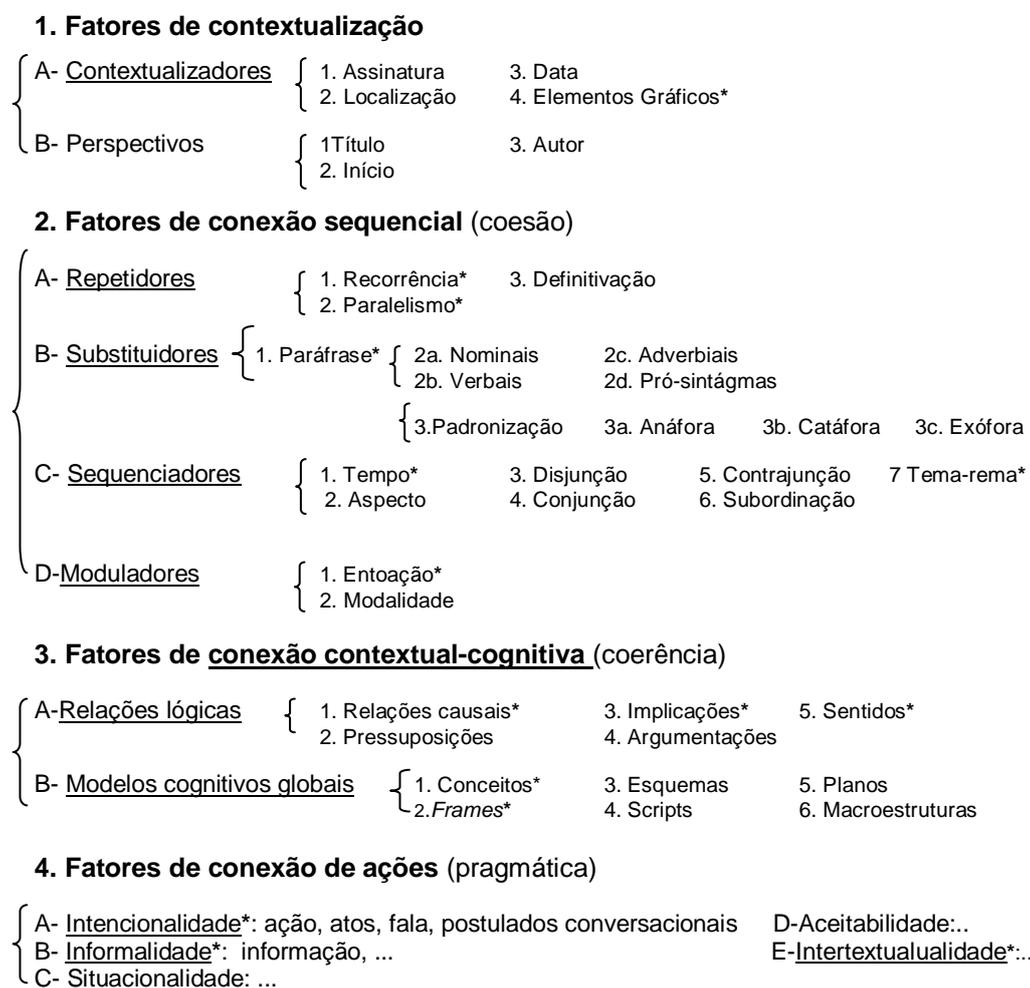


Figura 4: Esquema geral provisório das categorias textuais (MARCUSCHI, 2012, p. 37)

Ressaltamos a transcrição das falas, seguindo tais parâmetros esquemáticos com vistas à conjugação do texto produzido – fundamentado pela técnica linguística e embasado em categorias específicas e nesse esquema aparecem com asteriscos os que foram utilizados.

Reconhece Turato (2000, p. 93), que o “pesquisador qualitativo não se satisfaz com os dados somente, porém é necessário o entendimento quanto aos aspectos socioculturais, como também ao nível do imaginário”.

Para a produção dos dados durante a consulta foi utilizado o Roteiro de Observação Sistemática (APÊNDICE F) e gravação dos diálogos, os cartões desenhados dos 5 sentidos corporais e do coração – 6º sentido (APÊNDICE G), integrando os sentidos sociocomunicantes do corpo à escala análoga dos sentidos sociocomunicantes do corpo mensurando o estado clínico do cliente (APÊNDICE H).

Após leitura e assinatura do TCLE, nos colocamos totalmente à disposição para esclarecimentos. O TCLE foi assinado, em todas as vias, pelo cliente ou seu representante legal e a pesquisadora. Uma cópia foi fornecida a todos os clientes ou seu representante legal, que participaram do estudo.

Na sequência, a pesquisadora forneceu os cartões desenhados e coloridos (APÊNDICE G), lançando o tema gerador: “a doença renal crônica, meu corpo e o tratamento conservador”.

O desenho com destaque do coração significou o sexto sentido, para que cada um falasse como sua emoção estava representada. Prosseguindo, a pesquisadora mostrou cada figura dos sentidos para levantar com eles o enunciado sobre o tema gerador de pesquisa.

A estratégia consiste na técnica chamada de Associação Livre, que prevê gravação do diálogo e proporciona uma condução espontânea do diálogo para a coleta de informações segundo as necessidades afetadas, em geral direciona aos objetivos propostos (BAUER; GASKELL, 2011, p. 81).

Essa forma de utilização lúdica e artística estimulou a cooperação do cliente para uma postura de sujeito ativo da pesquisa, cujo corpo, de forma completa e inconsciente, se expressou utilizando técnicas artísticas desenvolvidas pela pedagogia e psicologia (CAMERON; ARAÚJO, 2011, p. 95).

Com o auxílio de um membro do grupo de pesquisa CEHCAC como auxiliar de pesquisa, simultaneamente à consulta, foi utilizado o Roteiro de Observação Sistemática (APÊNDICE F), instrumento para o registro das ações e manifestações corporais referentes à CNV.

A pesquisadora, ao apresentar os cartões com os desenhos, consultou como guia e registrou a Escala Analógica dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo – EASSC (APÊNDICE J).

A EASSC atribuiu um escore numérico permitindo ‘quantificar as percepções individuais como diferentes atitudes, medos, motivos, traços de personalidade e necessidades’. Assim, foi utilizada como um instrumento para medir uma variedade de sintomas clínicos e “experiências subjetivas”. É representada por uma linha reta com 10 cm, cuja marcação vai de 0 a 10, sendo ‘o maior valor rotulado como os limites extremos da sensação ou do sentimento medido’ (POLIT; BECK ; 2011, p. 381).

A Escala Análoga foi conjugada à Técnica de Vivência dos Sentidos Sociocomunicantes do Corpo (TVSSC) como recurso complementar à produção de dados em pesquisa na enfermagem.

É importante salientar que a TVSSC permitiu explorar por meio dos sentidos corporais, a percepção, a comunicação e a tradução dos significados atribuídos pelos sujeitos. A harmonia entre eles conferiu a validação simultânea, no ato da produção compartilhada, dos resultados coletados (ARAUJO; CRUZ, 2009, p. 578).

Nossa intenção, junto ao sujeito, foi levantar o valor atribuído a cada item na EASSC. Ao marcar o número podemos através de sua escolha mensurar o valor do atributo de acordo com a percepção de cada sentido corporal. A escala estimulou a participação dos sujeitos para que eles manifestassem de forma verbal e/ou não verbal suas percepções.

Assim, a coleta de dados teve a intenção de promover o encontro e a criação conjunta, por isso, há a integração e, “no momento em que os dados são produzidos, eles são compartilhados” (ARAÚJO, 2012).

O tempo médio para a abordagem clínica estruturada da pesquisadora com cada indivíduo foi em média de 40 minutos, para junto partilhar desse momento, trocando vivências e informações atendendo as determinações da Resolução nº 466/12. A entrevista foi gravada em meio digital com posterior transcrição – e será guardada por cinco anos e incinerada após esse período.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na fase da interpretação dos dados, foram empregados como dispositivo a Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011), e os conceitos da Análise da Conversação de acordo com Marcuschi (2006), que usa a classificação que cada

elemento tem em comum entre si, para a leitura simplificada dos dados ainda não tratados sob o aspecto teórico.

Se valer da categorização tem por objetivo o emprego criterioso e previamente definido, para possibilitar a análise e a emergência de unidades de significação, temáticas e categorias.

A análise conversacional das gravações foi efetuada segundo os núcleos de sentido: manifestação verbal e não verbal, após leitura flutuante e exaustiva de todas as transcrições.

Essa análise considerou elementos contextuais alinhando a entonação a gestos ocorridos durante o processamento conversacional. Cabe destacar que na análise da conversação há regras para a transcrição e materialização textual, como por exemplo, quando há ênfase no que é falado, seja palavra, seja sílaba, ou artigo.

Quadro 3 – Normas adaptadas para transcrição da conversação

Ocorrências	Sinais
1- Indicação dos clientes	Iniciais
2- Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto.	...
3- Entonação enfática	MAIÚSCULAS
4- Alongamento de vogal	: (pequeno) :: (médio) ::: (grande)
5- Silabação	–
6- Interrogação	?
7- Segmentos incompreensíveis ou ininteligíveis	(ininteligível)
8- Truncamento de palavras ou desvio sintático	/
9- Comentário da enfermeira/pesquisadora	()
10- Citações literais de textos, durante a gravação	" "
11-Ortografia	De acordo com a fala dos clientes

Fonte: Da Fala para a Escrita: atividades de retextualização (MARCUSCHI, 2001)

A triangulação dos resultados das abordagens e resultantes da observação permitiu a construção de três categorias intituladas: O verbal e a evidência perceptível no corpo comunicante: expressão de sentidos e significados,

Os sentidos sociocomunicantes do corpo – sentidos comunicadores e O (im)perceptível da linguagem do corpo.

Esta criação foi conjunta e significa uma tomada de consciência. Neste momento a comunicação é ampliada e os benefícios para a adaptação ao tratamento conservador reforçados numa perspectiva de união dos saberes, ou seja, cliente e enfermeiro especialista integrados, numa construção do tratamento necessário para atingir os objetivos da pesquisa.

O destaque coube principalmente a uma construção de um relacionamento imediato e instantâneo. De forma semelhante, nesta pesquisa, foi observado como em estudo anterior: “o vínculo estabelecido durante os encontros permite a franqueza dos participantes nos seus depoimentos e vivenciam, ali mesmo, suas experiências no próprio grupo”. Para tal, torna-se imprescindível agir de forma acolhedora, receptível e empática, ou seja, com calma, voz suave, olhando nos olhos, atento, e com boa disponibilidade ao convidá-lo, recebê-lo, ouvi-lo e tocá-lo (ARAÚJO; CRUZ, 2009, p. 578).

Cabe ressaltar que a transcrição obedeceu a exigência de ser tão detalhado quanto possível, não sintetizou as falas, bem como não apresentou “limpezas” ou correções; registrou literalmente todos os relatos com todas as características possíveis.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO⁶

O século XX caracterizou-se pela diversidade de grandes acontecimentos em todos os setores da evolução científica. As conquistas na área da saúde apresentaram resultados animadores para a manutenção da vida humana; no campo tecnológico houve extraordinário incremento digital e, inclusive no campo da engenharia espacial. Estão incluídas, ainda, as relações políticas que bastante se aperfeiçoaram.

No entanto, o conhecimento neste século XXI não pode distinguir ou mesmo discriminar as novas formas de tecnologias. A comunicação ao ser associada ao grupo e ao senso comum, neste estudo, se apropria dos sentidos sociocomunicantes do corpo em sua singularidade. Torna-se presente, ativo e na relação de cuidado com direito de sentir, discordar e concordar.

Boaventura (2003, p. 91) afirma: “A ciência pós-moderna ao se senso-comunizar-se², não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento deve traduzir o autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida...”, o autor continua e refere ser essa a pergunta, a dúvida que devemos ter, mas este é um exercício inseguro a ser realizado, e com ele não se deve sofrer.

Essa transição, entre os milênios, foi mediada pela convivência humana de forma parcial, ou relativa ou mesmo precária, como Souza (2003, p. 15) discute: “Somos continuamente chamados a conviver e lidar com o Outro, que nos traz seu mundo de referências, sua linguagem, suas referências muitas vezes completamente diferentes das nossas, seus desejos e expectativas”.

Há, contudo, outro espaço para reconhecer. O espaço que integra um grupo que se insere no mesmo problema de esfera física, social, psicológica, ecológica e, por que não, nos anteciparmos nesta citação e acrescentar mais um espaço, o cosmos.

Os dados ora apresentados foram produzidos, nas distintas etapas deste processo de criação. O cliente na pesquisa é, na verdade, um coparticipante que auxilia e conduz a pesquisa no momento do diálogo e, então, transforma-se em produção conjunta. Por isso os dados não são coletados, mas produzidos.

²Sensocomunizar-se – tornar-se senso comum (*sensuscommunis*); conjunto de opiniões e valores característicos daquilo que é correntemente aceito em um meio social determinado.

Na interação, há um conjunto de influências recíprocas que se estabelecem a partir do engajamento de ambos os participantes no diálogo, que devem se mostrar receptivos e ativos à conversa, dando sinais de entendimento ou não, de concordância, de interesse, de dúvida, de distanciamento entre outras.

Na fala há um destinatário físico, ou seja, há uma alocação, enquanto seu exercício implica uma interlocução – troca de palavras, permanente caracterizando o diálogo, emissor e receptor. Na análise das conversações as origens estão a transdisciplinaridade: psicologia social e psicologia interacionista; microssociologia, sociologia cognitiva, sociologia da linguagem, sociolinguística; linguística, dialetologia (urbana), estudos do folclore; filosofia da linguagem, etnolinguística, etnografia, antropologia; cinésica, etiologia das comunicações..., e múltiplos quadros metodológicos (KERBRAT-ORECCHIONI, 2006, p. 11).

No diálogo, a conversa é o sinônimo de troca, de interlocução. Duas ou mais pessoas que se expressam de forma dialógica integram palavras e ações coordenadas. A conversa é organizada. Possui um tema – tema da conversa. A conversa pressupõe também alocação, ou seja, para quem se fala e com quem se conversa (MARCUSCHI, 2006, p.41).

Arriscamos dizer que a fase empírica expressa a experiência, o cotidiano e a prática do cuidado de enfermagem em nefrologia. Para a corrente teórica empírica é “o campo que antecede conhecimento antes de toda intervenção racional de toda sistematização lógica [...] se refere à experiência, às sensações e às percepções” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2001, p. 80).

A fase analítica da pesquisa foi constituída, conforme afirma Leopardi (2002), por uma visão dialética, pois a imagem sensorial buscou a relação dos fatos, explorando o indivíduo quanto aos fatores relacionados e seus antecedentes quanto a DRC. A estratégia possibilitou as associações mensuráveis dos sentidos sociocomunicantes do corpo e os fatores causais.

Foram observados comportamentos demonstrativos de valorização da consulta de enfermagem, da conversação e a participação com outro profissional de saúde não médico, bem como as características de autoconhecimento que foram tratadas individualmente pela pesquisadora, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Resumo da abordagem comunicativa verbal – núcleo conversação enfermeiro e cliente: **processo de enfermagem**

Momento da Pesquisa	Momento da Abordagem Sistematizada	Comportamento Verbal
Apresentação e Sensibilização	Anamnese	Explicar o motivo da pesquisa Coletar informações sobre o tratamento
Conversação	Exame Físico	Fazer perguntas Examinar com vistas aos sinais e sintomas relacionados à DRC
Pergunta da Pesquisa	Diagnóstico	Perguntar sobre a percepção corporal e a DRC
Conversação	Prescrição de enfermagem	Orientar quanto aos cuidados Prescrever cuidados Retornar ao assunto anterior Iniciar novo assunto
Avaliação e Saída	Avaliação	Fornecer Informações Fazer elogios Explicar o motivo da finalização da abordagem

Fonte: Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

Os dados acima correspondem ao momento no processo de enfermagem da assistência no decorrer da coleta. A finalidade é que a resposta verbal do cliente permita a construção de dados para melhor explicitar a análise. Para tal, a habilidade da enfermeira cabe em identificá-los e registrar. Essas respostas podem ser medidas e comparadas com critérios pré-estabelecidos, a exemplo da verificação do peso corporal, da aferição da pressão arterial ou do pulso, entre outros parâmetros.

Para Roy e Andrews (2001, p. 45), tal descrição constitui dados comportamentais, uma vez que, esse momento, representa a eficácia da comunicação no processo de enfermagem e dos cuidados na consulta de enfermagem. É o primeiro passo para a visão da pessoa como um todo, e saber lidar com a adaptação às mudanças do estado de saúde.

As autoras registram que o comportamento é como ações ou reações em determinadas circunstâncias e, poderá ou não ser observado. Portanto o resultado são as respostas comportamentais, e essas respostas, podem ser adaptáveis ou ineficazes.

4.1 O VERBAL E A EVIDÊNCIA PERCEPTÍVEL NO CORPO COMUNICANTE: EXPRESSÃO DE SENTIDOS E SIGNIFICADOS

No processo de interação, a conversa entre as partes utiliza-se de instrumentos da linguagem que são comuns face a face. Essa interação segundo Marcuschi (2006, p. 59) é indispensável quando se correlaciona a forma (dimensão linguística), o contexto (dimensão funcional), a interação (dimensão interpessoal) e a cognição, com intuito de proporcionar resultados mais confiáveis e adequados.

Os estudiosos da comunicação humana, como Knapp e Hall (1999, p. 28), afirmam haver grande complexidade entre as relações verbais e não verbais, principalmente para identificá-las na conversação. Isto decorre da interligação entre ambas, e, que devem ser analisadas, segundo comportamentos durante a conversa.

As disciplinas das Ciências Humanas se aplicam na relação de um ser com outrem e compreende inúmeras possibilidades interpretativas. Na própria raiz da palavra traz o termo comum + ação, em que o significado torna-se “ação em comum”, relativo ao objeto de consciência, relativo ao processo de compartilhar um mesmo objeto de consciência, e exprime a relação entre estas consciências (MARTINO, 2011, p. 14).

As abordagens do estudo tratam da conversação e empregam alguns recursos do sistema linguístico com o objetivo de contribuir para a compreensão de pistas comunicativas, traduzindo-as do cotidiano dos clientes.

Para o coração, como sempre **DEZ!** Sem sentimentalismo [...] (NJS)

[...] **Naão!** Eu reconheço que estou gorda! [...] **Éeee, óoo**, aqui ó: logo né, denuncia a gente, é isso aqui, ó [...] (MCSV)

Cabe ressaltar que a pesquisadora utilizou, além da abordagem comunicativa inicial, como cumprimento e apresentação, uma breve conversa informal para estimulação do diálogo desde comentários sobre a variabilidade ambiental no momento da coleta. Por exemplo, se a temperatura estava ideal ou ambiental elevada, presença ou não de sensação de abafamento, e demonstração de interesse sobre como o cliente estava passando.

Durante a interação verbal, foi privilegiada a fala do cliente para que este, mais à vontade, demonstrasse seu interesse, com pistas ao direcionamento da conversação pela pesquisadora/enfermeira.

Se for para o bem de todos, eu assino embaixo [...] com certeza!
Eu tenho o dia todo para isso! (AF)

A interação verbal também constituiu estratégia dos clientes para assumir a condução temporária da conversa até que a pesquisadora direcionasse a conversação para o histórico/anamnese, e assim, introduzir na interação a pergunta da pesquisa.

A fala é distribuída de turnos numa conversa e possui uma lógica conversacional, um fala e o outro ouve. Assim, como forma de interpretação, a organização estrutural da conversação é fundamental. Em uma entrevista, há momentos de simetria que fornecem pistas significativas ao investigador. Identificar conceitos de “pausa”, “silêncio”, “hesitação”, “reparações e correções”, auxilia e elucida o sentido.

Ao contrário da análise de conteúdo, a análise da conversação, interpreta a conversação, em primeiro lugar na forma pragmática. Assim, a leitura semântica deve ser seguida, e por última análise, a sintática, o que os linguistas nem sempre concordam (MARCUSCHI, 2006, p.28).

A conversação foi efetivada pela transcrição de forma inteligível dos dados produzidos, e que levou a pesquisadora a uma interpretação de forma crua e empírica, para a tradução acadêmica.

4.1.1 Estrutura básica comunicativa verbal – núcleo conversação do cliente: evidência perceptível – anamnese e exame físico

A abordagem inicial na apresentação personalizada e individualizada, pausada e sensibilizante, que demarca a forma, pela qual os clientes estabelecem seu contato com o profissional de enfermagem e vice-versa. Há um impacto inicial, que é apresentado na forma verbal e anuncia o receio do que está por vir. Para tal se expressa por meio de relatos detalhados de seu histórico da doença e sofrimento.

Diante dos diagnósticos de enfermagem, o comportamento pode variar de intensidade, conforme o estresse presente no processo saúde-doença.

A maior preocupação para o enfermeiro, uma vez que, em geral, nesse momento do tratamento conservador, o cliente se defronta com mudanças e estímulos que desencadeiam certos tipos de comportamentos que podem

representar para este, uma zona de adaptação externa: inadaptação de polifármacos, interação medicamentosa, falta de aderência ao plano alimentar, dentre outros aspectos relativos ao padrão permitido de ingestão de líquidos e alimentos e as interações sociais.

No início da conversação, em sua maioria, os clientes verbalizaram somente quando questionados. Pontualmente, foram enfáticos quando do início do tratamento e como foram admitidos no ambulatório conservador da DRC, ao conversarem sobre as dificuldades e a forma de como conseguiram superar as primeiras etapas do tratamento. Esses relatos reforçam as necessidades no presente, as formas e os recursos para a tentativa de resolvê-las no futuro.

Isso dificulta o acesso ao tratamento e contribui para o início tardio, afeta a opção pela terapia que melhor lhes atenda; resulta em defasagem nas orientações recebidas, insegurança e não aceitação da doença e do estado de saúde.

Em estudo sobre as condições clínicas e o comportamento de procura de cuidados de saúde pelo cliente com DRC e seu trajeto até o início da terapia de hemodiálise, Torchi *et al* (2014, p. 60) inferem sobre os fatores que restringem e acarretam a demora para o primeiro acesso ao atendimento, o que diretamente repercute na escolha da melhor terapia que o atenda. As consequências para esse dilema são a desinformação, a insegurança e a negação da doença e do estado de saúde.

Alguns depoimentos ilustram o comportamento do cliente, a saber:

Ficava muito tempo sem beber água. Às vezes, não tinha água. Às vezes, bebia água de coco, quando tinha coqueiro, [...] Quando não tinha, a gente passava muitas horas sem beber água. Não tinha como andar com água, num sol quente na Bahia! [...] **Era pouca água, acho que por isso, o problema renal ficou assim.** [...] Eu só tomo esse remédio aí! ...**Tá –a-qui-na-re-cei-ta**[...] (gagueja) (AF)

Eu também por falta de informação, não me preocupei. Ali já seria para eu ter começado a procurar um nefrologista, fazer exames e me aprofundar. Infelizmente, por falta de informação, quando eu fui, não que já fosse tarde. **Para Deus nada é impossível! Poderia ter visto isso bem antes!** Eu poderia não estar com a doença crônica hoje, poderia estar [...] não sei!! Ou aguda, ou sei lá! Mas, (pausa), agora ... (EN)

Cheguei aqui com a pressão 27!, depois foi melhorando. A **urina estava quase parando**, o braço: Ah! ha! ha! ha!, dessa grossura!!!... Foi o braço, a cabeça, foi o corpo todo! **Fiquei todo inchado** [...] (JVS)

A liberdade em expor sua problemática e sentimentos aos poucos vai aflorando. Na consulta, o olhar, as palavras de acolhimento, a forma de aproximar-se do cliente, entre outros cuidados abrem-se os poros para a comunicação, pois sentir-se à vontade e confiante libera seu coração para revelar dificuldades, medo e frustrações.

Estou aqui mas hoje não é nem o meu dia. É às 4as feiras, porque **estou nesse estado, olha aí [...]** **Inchando! Demais! Demais!!! Não estou aguentando mais!!!** Compareci à consulta - não era para hoje. Falei com o médico e ele marcou para hoje. **Receitou diurético, mas não está adiantando nada!** Muito pelo contrário, **estou cheia de câimbra, cheia de tudo!!!** De dia eu tento elevar os pés, mas tenho serviço. Sou diabética e operei o coração há 8 meses. (TDF)

Essa cliente comparece à consulta com queixas de edema e mal-estar. Referiu que já fora assistida pelo cirurgião cardíaco na véspera, tendo sido atendida, também, pelo nefrologista com as mesmas queixas na semana anterior. Durante toda conversação, embora apresentasse os sintomas relatados, manteve sua desenvoltura comunicativa verbal, fazendo questão em contribuir para o estudo. Verbalizou ser importante a consulta de enfermagem.

Sabe por quê? Porque fui ao cardiologista ontem, e, disse para ele: '- Dr. estou tomando diurético. Ele disse: '- **Não, para isso, não adianta nada!**' Ele me passou eletrocardiograma, prova de esforço, exame de sangue, e me falou sobre o que eu sentia antes de operar. [...] **Me dava uma quentura, uma quentura e, eu deitada, vinha uma coisa pegando daqui a aqui** (toca o tórax), **aquilo voltou.** Ele falou angina. Por que coloquei duas pontes e uma mamária, por isso que eu não estou entendendo nada! (TDF)

Reconhecidamente, também observamos que, a nefrosclerose hipertensiva, o diabetes Mellitus, a litíase renal e outras morbidades, apresentam fatores cuja associação impõe limitações tais como a diminuição da acuidade visual, auditiva e motricidade.

A insegurança está refletida nos olhos inquietos, as mãos trêmulas, a fala baixa, um corpo curvado e cansado. A apatia e o silêncio são identificados durante a conversa e devemos respeitar essas condições.

Nesse espaço do cuidado a presença efetiva do enfermeiro foi considerada como importante para os clientes, conforme resultados do estudo de Koepe (2012, p. 86), em que a pesquisadora reitera a necessidade do atendimento interdisciplinar e a atenção individualizada para melhor adesão ao tratamento.

Para Dias *et al* (2015, p. 1842) o acolhimento como um cuidado é uma ação dinâmica de conotação de responsabilidade e zelo. Contudo reforçam a habilidade da comunicação empática, que exige do profissional acurada disciplina e mudanças de atitudes como saber escutar, perceber, compreender e identificar as necessidades. Afirmam ser este o principal planejamento das ações de cuidado.

Não, faço certinho, porque também tenho mãe idosa que cuido. [...] A única coisa que eu sempre falo é, que tive um momento de depressão e tratava aqui com o Dr. (psiquiatra). Então **era assim, eu não aceitava ficar dependente de remédio para isso, e comecei a fazer yoga, tudo mais, para fazer o controle. Perguntavam se eu tomava remédio.** Aos poucos, eu fiquei bem e **não precisava mais tomar a medicação.** (LPOR)

Hipertensão, tenho, acho que já antes de me tratar. [...] **para ser sincero eu não me apego muito à doença,** [...] **Eu não quero aceitá-la.** Então, **não tenho de aceitá-la.** [...] Um colega falou para eu vir. Talvez **se tivesse absorvido aquilo e vindo ao médico, talvez não tivesse** passado o que passei, não é? **Recebi uma orientação, mas não levei em conta.** Então, **talvez tivesse evitado.** [...] mas eu **sigo a orientação médica!** Porque o Pai ensina, dá sabedoria ao homem para ser médico. **Não é proibido vir ao médico. Aliás, temos de procurar o médico para orientação.** [...] Depois **que acontece, a gente tem que parar, analisar, pensar direitinho: '- Eu fui o culpado?'. '- Fui, mas vou aceitar isso? Não, porque eu vou aceitar esse mal?! Não vou aceitar esse mal [...]** **Eu não aceito mal nenhum. Meu corpo não aceita mesmo!** (ALA)

Eu tomava remédio, mas, **por causa do rim, agora eu tenho de tomar insulina.** [...] **Já vou pra balança meu Deus do céu!...Estou engordando muito.** Não, não sei. É, **muito estresse mesmo!** Sei lá... a balança é que vai dizer, setenta? Nossa senhora! [...] **Nossa, estou um bicho!!! Muito gorda!** Jesus! [...] **Naão!** **Eu reconheço que estou goorrrdaaa!** [...] Éeee, óoo, aqui ó: **logo denuncia a gente, é isso aqui, Ó [...]** **Estava muito inchada.** Precisa ver como fiquei. **Por isso estou andando de chinelo.** (MCSV)

As barreiras do dia a dia prejudicam a adesão ao tratamento, sendo desfavoráveis, na visão do cliente, ao assumir o controle exigido para cada estágio de sua doença. E isso se agrava quando da presença de comorbidades.

Sinto dor no lado direito, e o lado esquerdo está iniciando agora. Ao deitar melhora [...], mas **sendo sincero, está nas Mãos de Deus. Confio Nele e faço a minha parte** [...]. (EN)

Tenho a receita e mostro a eles (medicações prescritas e medicações contraindicadas) [...] '- Deixa-me pegar a receita!' **Para a minha cabeça é muita coisa!** (MPA)

A saúde eu sei que ela está controlada. **Estou fazendo tudo que tenho de fazer direitinho: a medicação certinha e nunca deixei de tomar, só esqueço às vezes.** [...] (MLS)

O primeiro passo importante, para a visão holística da pessoa, segundo Roy e Andrews (2001, p. 43) é o comportamento, cujas respostas são adaptáveis ou ineficazes. Para as autoras, a primeira resposta promove a integridade e a segunda, não contribui para sua integridade.

O depoimento a seguir, revela a angústia quanto o uso correto da medicação, porém ainda não percebe o efeito e seus benefícios. Está implícita sua adaptação quanto ao período de curto, médio e longo prazo para o início da ação farmacológica.

Observamos, ainda, um período evidente das afirmações acima.

[...] e, das últimas consultas, tem se agravado muito a perda de proteínas, está acelerando. Na última consulta de 1,6 foi para 2,0. Aumentou de 1 comprimido de lozartana para 2, de 2 foi para 2,5 e ainda colocaram o hidroclorotizida, que causou a minha internação [...] Me fez muito mal. Me deu fraqueza. **Deu [...] Isso aí você vai relatar? É, isso aí você vai relatar?** [...] Os músculos das pernas, braços diminuíram. Houve aumento da pressão, aumento da diabetes. Deu tudo. Acelerou tudo. Tive uma descamação na boca. **Uso certinho as medicações. Isso eu estou zerada. Certinho, certinho. Isso, estou zerada, certinho.** (repetiu afirmando). (LPOR)

Ao aplicar o modelo de adaptação, Milbrath, *et al* (2009, p. 341), ratifica que, no estímulo focal a pessoa se confronta, e está frente a frente com o estímulo; os contextuais são todos os estímulos presentes e que de algum modo influenciam

positiva ou negativamente a situação; e, os residuais correspondem a fatores internos ou externos, embora, muitas vezes, o indivíduo não tenha a consciência de sua existência.

A **cor da pele mudou um pouquinho**. (respira e pensa rapidamente) **Está mais pálida**. Não, não tanto. Graças a Deus, não mudou tanto. Mas, **minha cor mudou um pouco. Não acredito que seja anemia!** (EN)

Ao viver a fé, este cliente modifica a forma de visualizar seu estado físico, neste relato denota, até mesmo, a descrença:

“Mudou algo, a cor [...]” (EN)

As autoras descrevem ainda sobre a visão do modo fisiológico. Evidência da associação à forma e de como o cliente responde aos estímulos provenientes do ambiente. Assim, o comportamento é uma manifestação da atividade fisiológica do corpo humano e, dessa forma, os estímulos ativam os mecanismos de resistência que produzem comportamentos adaptáveis ou ineficazes.

Um cliente tem a autopercepção do seu estado clínico ao apagar sua chama de esperança. Ele precisa de fé, mas o seu corpo não aparenta melhora. Isso é interpretado como fracasso, tanto da terapêutica, quanto pessoal, diante da DRC.

Meu diagnóstico de HIV é de 95. Tratei em outro hospital, lá foi descoberta a Hepatite C também. Vindo prá cá, já **fazia uso de um remédio chamado Indinavir® [...] aqui constataram que o Indinavir® lesou meus rins. Essa é a história. Mas, o ano certo eu não lembro**. Eu vim para cá em 99 e aqui foi onde iniciei o tratamento renal, pois tinha proteinúria³, vários cálculos!!! [...] (LPOR)

Não. Eu não sinto nada nos rins, **a cor da urina é clara!** Às vezes é escura, é muito raro. **Normalmente é bem clara.** (MP)

Fiz lavagem no ouvido duas vezes, porque **desde criança tinha problema com muita cera**. De vez em quando eu tenho que ir nele [...] De **vez em quando que eu limpo com o cotonete®. Mas, eu coço mais é com o palito de fósforo**. Mas eu Não coloco lá dentro **NÃO!** (MJSP)

³Proteinúria: determinação qualitativa da concentração de albumina por meio de exame simplificado de urina.

Observa-se a expressividade das respostas, na maioria dos relatos, durante a consulta de enfermagem, no que tange os sentidos sociocomunicantes do corpo. As respostas apontam, em geral, para os elementos citados no parágrafo anterior.

É conveniente citar Freire (2011, p. 88) sobre a existência da comunicação quando há a reciprocidade numa relação e, que esta, não pode ser rompida. A decodificação ocorre no momento da intercomunicação, e torna-se, ao mesmo tempo, conscientizadora por empoderar-se de uma reflexão que pode ser reconhecida como ‘transformadora do mundo’. Isso denota a intenção de ambos quanto ao seu objeto de pensamento. Essa interpretação é comum encontrarmos nos seguintes depoimentos:

A cintilografia, há três anos, mostra **um rim muito graúdo e o outro [...] éee, está perdendo também, já tem 10%de funcionamento a menos, e o outro, tem menos 25%. Ele falou que não precisa operar, e deixar assim mesmo.** (AF)

[...] Usava óculos o tempo todo, eu não enxergava. **Hoje em dia, eu vejo você nítida, nítida.** [...] Eu **tinha medo de tudo! A minha casa era o meu mundo.** Venho para cá sozinha, **Não tenho medo.** Acho que **peguei mais amor à vida.** Sabe que o amor mora em mim. **Dá vontade de chorar só de lembrar-me daquela época!** O amor mora em mim graças a Deus! (RLC)

A linguagem corporal segundo Guglielmi (2010, p. 9), somente “é compreendida por um corpo distinto, sendo necessário aprender a estar em contato com o próprio corpo [...] entrar em empatia⁴ com uma pessoa é identificar-se com suas expressões corporais para chegar a sentir na pele e no coração o mesmo que ela”.

Não, não incha [...] Incha muito, assim quando eu ando, tomo sol [...] Tem, tem, sempre tem. [contradição] [...] Coração! Não muda nada não! As coisas que a gente passa no dia a dia quando a gente ama [...] Ah! Não sei [...] há dívidas, ah,ah, problemas. [pensativo]. [...] se **um dia precisar, vou ter de fazer mesmo, né! Até no princípio, eu até sugeri,** entendeu [...] Ele falou: ‘- Não, não é

⁴ Empatia: s.f. atração, identidade, interesse, simpatia (Dicionário Houaiss: sinônimos e antônimos. 2ª ed. São Paulo: Publifolha, 2008.

necessário a hemodiálise! [...] **você ainda não tem de fazer hemodiálise!** (DRS)

Olhar e tomar consciência do seu problema, colocar o pé no chão e na realidade, vamos encarar [...] Vamos fazer o quê? A DRC é muito ruim, muito desconfortável, incômoda demais, até pelo fato de possuir incontinência urinária, tenho de estar muito atenta, porque a qualquer hora posso me **molhaarr** [...] Desde a minha infância **já passei por muitos constrangimentos** [...] Até para estudar! Passei por situações em que eu tinha de **carregar aquele boiãozinho de urina**, passei anos usando. Andando com aquilo para cima e para baixo [...] Era **motivo de sensacionalismo, onde você estivesse! Eu fui desses casos!** Por quê?! Eu **estudei; saía na rua; eu fui trabalhar!** [...] **O casal que tinha filho deficiente, tinha vergonha! Escondia a criança [...] com vergonha,** [...] E, **aquele que tinha a coragem de botar a cara prá fora, passava por tudo** [...] Porque as pessoas não sabiam [...] Eu estudei, saía na rua, eu fui trabalhar !!! [...] (EFO)

Segundo Roy e Andrews (2001, p. 313) a aplicação do processo de enfermagem ao modo de autoconceito do cliente se revela no comportamento sobre sua própria pessoa, incluindo a aparência em relação ao vestir-se, a postura, a expressão facial. Deixar o ambiente e a conversa agradável para atrair a confiança, e dessa forma, permitir relatos mais íntimos, também constituem estratégias. Sobre essa afirmação foram registrados os seguintes depoimentos:

Gostava da comida com muito tempero: **MOLHO! Tenho de diminuir as coisas, né?! [...] Não pode ser com muita gordura, bacon, essas coisas** [...] Futuro [...] **sei que tem de diminuir as coisas, o molho, não pode ser com muita gordura, [...] bacon!!!!** (IRB)

Esse coração aí é carnal! É um coração igual ao que está no nosso corpo [...] **ele é trocado, mas vem da nossa mente.** Se a gente tem **uma mente firme naquilo, é transmitido para o nosso coração e o nosso coração nos faz ficar mais forte.** Do momento que não aceitamos nada daquilo, o que vem em contrário vai entrar na nossa mente. Então, **nossa mente joga para o nosso coração coisas positivas.** Não tratava. Não tratava. **Essa doença me ocorreu da noite para o dia.** Antes, graças a Deus, eu não tratava de nada, porque eu **não sentia nada mesmo.** Não, não, não, não! **Me vejo no futuro, cada dia melhor.** [...] Não sou muito chegado à carne vermelha, parei pela experiência que **me excedi muito, demais num churrasco. E já vi o resultado no outro dia.** (ALA)

Ao alertar para o cuidado, Koepe (2012, p. 92) afirma que o enfermeiro deve reduzir o impacto das emoções no processo adaptativo, intervindo e promovendo o contato direto, atenção e estímulos positivos ao comportamento depressivo.

Meu peso éeee [engasgo] [...] Quando vim prá cá, pesava [...], mas cheguei aqui muito ruim, muito ruim mesmo (sussurro) [...] É! O olho grande. Meu olho é bem grande, mas procuro me controlar. Porém o meu problema não é o olho grande, é que estou comendo o que não pode, o que não deve! [...] A dieta já caiu um pouquinho. Mas o olho é grande sim. Um orelhão? Tampar a orelha, tampar o ouvido. Tem hora que isso aí me irrita: que cuidado! Não faz aquilo, não faz isso!!! Não é!?! Tem hora que irrita, não deixam a gente esquecer, nem um segundo, que é doente! [...] Estou sentada na sala e passa na televisão: ‘Olha só, se você comer é bom para o diabetes. Se você beber, que é bom pra pressão alta!’ ‘Ontem ele queria que eu tomasse o pepino. Eu, beber a água de pepino?!? Vejo eles (esposo e filha) buzinando, entendeu?! (MCSV)

Registros observados desses comportamentos harmonizam-se à escuta sensível, pois se referem ao cuidado integrado da equipe multidisciplinar. Daí, a importância da discussão com os parceiros da equipe, bem como, referenciar aos especialistas quando necessário.

Embora as falas repliquem, com certa frequência, as dificuldades em defrontar-se com diversas restrições e, dentre as quais, as de cunho nutricional, físico ou emocional, há a necessidade do apoio psico-afetivo em qualquer momento da assistência pelo enfermeiro.

O rim é o órgão das emoções, [...] muito tempo atrás [...] Todas as emoções passavam pelos rins, como hoje o coração sente! Era responsável pelas emoções, sentimentos positivos e negativos. [...] Os olhos estão vendo tudo. Ah, ah, ah! [...] Vejo o que está acontecendo comigo. [...] A gente não pode deixar a doença falar mais alto. Conviver, ela não pode te vencer. As vicissitudes acontecem, mas [...] acreditar na gente também. Não pode se deixar abater. [...] Pode ser também o emocional. Eu era uma pessoa muito estressada, antes de descobrir tudo isso, eu passava por um momento muito estressante, brigando por qualquer coisa. Não tinha paciência com naada! Era Operador de Telemarketing por oito anos [...] e tem coisas que você tem de engolir! Você

absorve, **mesmo que não esteja vendo a pessoa. Absorvi muitas coisas ruins para dentro do rim. Por isso falo que o rim é o órgão também da emoção!!!** (EN)

Os comportamentos, aqui descritos, revelam a influência sobre a avaliação dos estímulos, ou seja, a alteração nos estímulos interiores ou exteriores cria respostas nas capacidades de resistência do cliente. Conforme exemplificam Roy e Andrews (2001, p. 48) há um estresse em que o enfermeiro deve atuar para promover o cuidado de enfermagem acerca dos “estímulos comuns que afetam a adaptação”.

É importante citar que cada comportamento deve ser analisado de acordo com o estímulo que é afetado diretamente. O comportamento demonstrando a falta de adaptação ao estímulo externo focal, foi registrado na narrativa abaixo, e descreve o cliente reativo ao tratamento.

A **experiência que tive quando internei** na Nefrologia e a assistente social comunicou: -‘O **Sr. vai fazer hemodiálise, e isso é para o resto da vida.**’ - Falei: Não vou fazer não, eu não aceito isso no meu corpo! [...] E, vou dizer uma coisa, eu vou fazer só sete! [...] Determinei que faria **sete** e, **FIZ SÓ SETE MESMO!!!** (ALA)

Essa preleção descreve a necessidade urgente de terapia renal substitutiva para a eliminação rápida do excesso de líquidos corporais, sendo prescrito o tratamento de hemodiálise. Em geral, o organismo do cliente requer continuidade da TRS, fato que não ocorreu, nesse caso, após o período de internação, e o cliente retornou ao tratamento conservador ambulatorial.

Há o comportamento ineficaz quanto à adesão insatisfatória à dieta recomendada nos relatos a seguir. Entretanto, o estímulo é contextual por ser afetado pelos demais estímulos internos e externos diante da doença renal crônica, que age como o estímulo focal.

Em relação ao futuro, os clientes questionados, quanto ao problema renal e sobre as queixas da visão, a maioria menciona à incerteza, conforme a exemplo do diálogo seguinte:

- “Você relaciona a alguma coisa diferente para o futuro?”
- “Eu **acho que sim.**” (MPA)

Um aspecto importante citado por Cruz (2006, p. 20) sobre a insegurança da condução do tratamento e o temor do futuro, se refere aos processos atuais de modernização e reformas político-sociais, que incluem a ação e a postura de valorização do significado para o cliente perante sua percepção e ajustamento à doença e ao tratamento. As falas corroboram com esta afirmativa:

Eu sinto [...] Sabe por que eu fico triste? Quando eu podia comer, eu não ligava, não sentia nem o cheiro e hoje eu não posso, com aquele cheiro de carne assada! Carne de porco! Aí me sinto triste, porque não posso comer! [...] Passo nas lanchonetes, que vontade de me sentar e fazer um lanche! Aí dá tristeza!!! (MCSV)

Me sinto incomodada! Pois é, sou assim, antes de pegar algo para comer ou para usar eu penso duas vezes. Será que isso vai incomodar os rins?! Será que eu vou sentir alguma coisa?! [...] Chocolate! Olha, eu fiz 50 anos de casada (bodas), minha nora trouxe uma torta de chocolate, gente! [...] A gente comia pedaço assim, estalava assim na boca! Tinha pedaço assim que era crocante e, muito bom! (EMS)

Um desabafo chamou a atenção por ser direcionado à acompanhante; por vezes o momento do atendimento é usado como meio para uma queixa às circunstâncias de que são tratados como um objeto, espremidos pelo tempo restrito das consultas.

Certamente, diante da atual postura do profissional e, de tantas restrições na condução das terapias conservadoras da função renal, se reduz o ser humano a um mero protocolo, como um amontoado estéril traduzido em única verdade existente. A visão integral da pessoa certamente não se decifra nesse contexto.

Roy e Andrews (2001, p. 43) afirmam que o comportamento é definido como ações e reações diante de circunstâncias específicas e as respostas constituem o ponto central do primeiro passo do processo de enfermagem, ou seja, a avaliação do comportamento.

Esse é o papel que se prestam aos casos extremos e, principalmente, em relação às doenças crônicas por serem tratadas por longo tempo.

Nesse momento da conversação foi desencadeada a seguinte queixa:

Ela não me deixa comer nada de açúcar, açúcar eu não posso! [...] Mas, eu posso comer chocolate, não posso? [...] Mas, eu **já não como! E vocês querem tirar!** [...] **Eu não bebo! Tiraram a bebida, agora querem tirar a comida! Sem comida, vou ficar transparente!** Frutas eu como, muita banana, muita manga. **Eu posso comer banana? E manga?** (MP)

A doença a forma peculiar para defrontar-se com a realidade, pela conjuntura restrita e opressiva, e torna a adaptação um suplício. Esse enfraquecimento do eu torna-se visível, permitindo a perda de características próprias da individualidade, perspectivas e valores pessoais. O cliente, então, demonstra toda sua insatisfação e tormento.

De acordo com Cicolini e colaboradores (2012, p. 2415) a família do cliente favorece sua adesão às restrições dietéticas acerca da manutenção da qualidade dos cuidados à saúde. O enfermeiro deve envolver os membros da família o quanto possível nos cuidados diários. Para tal, deve dispensar mais tempo em intervenções educativas, visando resultados para o autocuidado, além de supervisionar e dar suporte. Devem encorajá-los quanto a sua evolução clínica e o acesso cuidadoso que envolva a família no programa de tratamento.

Além dessas dificuldades, cabe citar a falta da aderência adequada ao tratamento medicamentoso que foi corroborada por estudo de Marquito e outros (2014) que discute o uso de muitos medicamentos, idade avançada e deficiência na metabolização e excreção de fármacos.

Não, tem dias que eu troco um pelo outro. De tomar tanto remédio todo dia, eu fico um pouco confusa! Mas, não me esqueço de tomar remédio. **É o horário.** Não deixo de tomar. (MLS)

Os indivíduos com doença renal crônica comumente utilizam diversas classes de medicamentos e apresentam elevado percentual de interação medicamentosa, e são reconhecidos como potencialmente graves. Nessas populações, os fatores de risco para a ocorrência de interação medicamentosa foram os diagnósticos de diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica, presença de obesidade e os estágios avançados da DRC.

Para melhor entendimento do real significado da medicação, a que se refere o parágrafo anterior, é possível identificar as narrativas abaixo:

Eu não tenho muito essa prática de ficar andando com remédio [...] Ando mais com o remédio de pressão [...] **Para eu não esquecer e adequar para usar de uma vez somente.** Tem hora que estamos num lugar, e hora em outro. Então, **regular o horário é complicado.** De manhã é o meu horário de remédio. Estou tomando o café e tomando meus remédios. (EFO)

É mmeioio comprimido? Está escrito uumm comprimido?! [...] Ela **falou mmeiioo** comprimido! (SEM)

É muito remédio para mim, Demais! Por que tá tudo ruim! Se tenho que tomar o remédio eu tomo [...] estou ruim de tudo, de pressão, de rim, de sangue! [...] **Não importa os remédios, mais um, mais dois, não tem problema.** (MP)

Há um desconforto no último relato, “Não importa quanta medicação para usar, eu uso, fazer o quê? Conformar e adaptar”. Verbaliza que não tem jeito, denota desesperança, raiva e acomodação.

Nota-se a comoção diante das recomendações orais e prescritas para sua própria adaptação e conforto. E, como consequência, traz o comprometimento quanto à biotransformação dos fármacos. Entendemos ser esta uma das necessidades que direcionam para a escuta, a visão, e os sentidos sociocomunicantes como um todo, para o sucesso do diagnóstico de enfermagem.

São esses estímulos, internos e externos, canalizados pelos sentidos corporais e tratados pelo sistema nervoso central. As respostas são condicionadas de forma inconsciente e automática, o que produz uma informação tratada e, simultaneamente, age no subsistema regulador sendo um mediador importante para formar as percepções (ROY; ANDREWS, 2001, p. 247).

4.1.2 O verbal e a evidência perceptível – significado no corpo comunicante: pergunta da pesquisa / diagnóstico de enfermagem

A pesquisa histórica remete à visão de que até o século XIX o corpo era considerado um “pedaço de matéria” que, teoricamente, o século XX inventou o corpo. Originariamente, esse invento surgiu primeiro na psicanálise, em que Freud, essencialmente interrogou: “o inconsciente fala através do corpo”. Definiu-se, assim, a imagem do corpo na formação do sujeito. Um segundo passo foi o corpo humano conduzido à fenomenologia de Merleau-Ponty, do corpo como “encarnação da consciência”, presença no tempo e no espaço. Contudo, a antropologia ligou o corpo ao inconsciente, aderido ao sujeito e inserido nas formas sociais da cultura (CORBIN, A.; COUTRINE, J.; VIGARELLO, G., 2009, p. 9).

Hoje, na vanguarda política, cultural e econômica, o corpo pulsa para que, nesse contexto global, tenha o direito de pertencimento. Colidem culturas, credos, religiões e minorias diversas.

Mais que um fator individualizado, ou de gênero, a falta de noção do corpo do outro, demonstra no mínimo, falta de interesse. Com essa intenção formulamos a questão:

– Como percebo meu corpo com a doença renal crônica?

As respostas foram expressas em relatos robustos, relacionadas à doença renal e à percepção do cliente, conforme expressas nas seguintes falas:

Eu só tomo esse remédio aí, porque o médico falou para mim, para não deixar a pressão aumentar. Só para manter! Não sai de 12x8! E é ele [...] no caso do colesterol, um por dia também, só. Aqui na receita que ele passou. Está aqui na receita [...] (AF)

[...] Eu lido com a situação de autocateterismo [...] Sei que posso estar sentada e ao levantar estar molhada. **Você tem que adequar todas as situações à sua vida!!!** Fora de casa, para que você se enquadre dentro de tudo. Quando você está fora pode ficar muitas horas. (EFO)

Cheguei aqui com 82 quilos e 100g. Fui pra emergência, a Dra. Chegou, já anoitecendo. E eu vim pra cá cedo [...] vim através do Hospital X. A Dra. Falou pra mim: -‘Pode deixar que nós vamos tirar essa água que está no seu corpo.’ Aquilo me alegrou, ih!, ih!

Amanhã eu já vou pra casa! Ah! Ah! Me passou pela mente: amanhã já vou pra casa! **Foi 1 mês e 15 dias!** Necessitava das enfermeiras: **uma segurando de um lado, que eu andava assim [...]** **Tudo inchou mesmo! No dia em que fui para o banheiro tomar banho sozinho pulei de alegria!!! Glória a Deus!** (ALA)

Deve ser a falta de caminhar. Não tenho caminhado. [...] no início do tratamento, a urina espumava muito, agora não espuma. **É a coisinha [...]** entendeu!? **Graças a Deus é normal.** (MCSV)

A sexualidade muitas vezes comprometida pelo processo da doença, e uso das medicações, também deve estar relacionada a uma rotina irregular para comparecimento hospitalar e também à autoimagem. Ainda o ganho ponderal como estímulo focal, dentro da visão da pessoa que não se ajusta à nova realidade física (ROY; ANDREWS, 2001, p. 334).

Todo diálogo deve ser estruturado por perguntas e respostas para revelar a falta de informação em determinados assuntos. Deve-se estabelecer um diálogo atento, sem interferência externa para não utilizá-lo com a intenção de um interrogatório (NEGREIROS, 2010, p. 721).

[...] **Por falta de informação, não me preocupei.** Ali, já deveria ter começado a procurar um Nefrologista, fazer exames e me aprofundar. **Infelizmente, por falta de informação, quando eu fui** (tom de amargura) [...] **Não, não, Que já fosse tarde!** Para Deus nada é impossível! Poderia ter visto isso bem antes! Eu poderia não estar com a doença crônica hoje, poderia estar [...] Nnããoo sseeii! Ou aguda, ou sei lá! Mas, agora [...] (tom de lástima) (EN)

Observamos conversas em que a sexualidade é citada quanto as dificuldades em relação ao companheiro ou a si mesmo.

[...] o sexo, **eu não estou tarada** de ver um homem e ficar. Mas me-ni-na! **Essa operação! Eu vou falar a verdade** [...] Outro dia nós começamos a conversar, **e aí juntamos as carências**, começamos a namorar e até hoje estamos namorando. (RLC)

[...] eu **tenho que dar atenção a ele! Quero ficar deitada, aquela coisa** [...] **daí me irrita**, entendeu? Eu sou uma pessoa hipertensa aí a minha cabeça começa a doer. Tem essas coisas assim, eu sou sensível por isso. (EMS)

Atenta à insatisfação da imagem corporal evidenciada em seu estudo, Koeppe (2012, p. 78) relata as dificuldades dos clientes em relacionamentos amorosos e o constrangimento vivido.

Roso *et al* (2013) registra a convivência de clientes sobre o cuidado de si e engloba efeitos sociais, culturais, e experiências pessoais. O cuidado de si é expresso por mudanças de atitudes como a renúncia do consumo de alimentos e bebidas, prática de hábitos, e que segundo a autora, essa renúncia provoca uma perda de qualidade de vida e cabe ao enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, atuar em conjunto para possibilitar a educação eficaz para a promoção da saúde e a qualidade de vida no tratamento conservador.

4.2 OS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO CORPO – SENTIDOS COMUNICADORES

O Outro se encaixa nesse contexto, como cliente, por vezes, visto pela equipe de saúde como mais um número, ou mesmo uma coisa. Trata-se de uma esfera cheia de experiências humanas, tornando-se, dessa forma, um ambiente de cuidado. Isso gera a aplicação de formas ou, tecnologias formatadas, cujo primeiro passo deve eclodir dos espaços subjetivos do imaginário, para o relevo tátil do olhar, face a face e com vistas ao entendimento da subjetividade.

Convém dizer que a explicação para o comportamento humano não pode ser mensurada ou mesmo explanada pautando-se em aspectos externos e objetivados. Ocorre que, um mesmo ato ou ação humana, pode deter sentidos de ação muito diferentes. Isto confere às ciências sociais o caráter subjetivo, díspar das ciências chamadas naturais. Sua relevância leva em conta os fenômenos sociais e de relevância mental, a partir do sentido representado pela ação que exige métodos e critérios de investigação diferentes, qualitativos que possibilitem alcançar o intersubjetivo, descritivo e compreensivo (BOAVENTURA, 2003, p. 38).

A compreensão da dinâmica de vida dos pacientes contribui para a reflexão do cuidado de enfermagem, pois implica considerar comportamentos relativos às dificuldades de enfrentamento e adaptação, e, fragilidades existentes na abordagem profissional, na qual aponta que a intervenção necessita ser mais precisa. E que, o ato de acolher, tão importante para esses indivíduos, está ao nosso alcance (TORCHI *et al*, 2014, p. 58).

No processo de moldagem e construção desse relevo, as figuras dos SSCC são elaboradas para atingir o diálogo rico e ideal, com o propósito de serem utilizadas pela técnica projetada nas figuras dos seis sentidos corporais – vislumbrar o **6º sentido** como **o coração**.

O recurso da observação acurada instrumentaliza o enfermeiro a avaliar o comportamento do cliente. O emprego de seus próprios sentidos para obter as informações como a presença de edema, halitose, anemia, entre outros sinais clínicos, podendo inferir sobre o desconforto do cliente mesmo diante da negativa deste. Tais observações agregadas às respostas verbais da pessoa constituem dados comportamentais importantes, como revela o depoimento:

Não, não incha [...] Incha muito – assim quando eu ando, tomo sol [...] Tem, tem, sempre tem. [...] (contradição) (DRS)

A análise dos dados apresentou o recurso da escala análoga (APÊNDICE H) com figuras dos sentidos sociocomunicantes do corpo (APÊNDICE G) e permitiu contrapor ocorrências clínicas dos depoimentos dos participantes. Sintetizamos os resultados de forma ilustrativa e sistemática no quadro seguinte.

Quadro 5 – Apuração segundo a escala análoga das ocorrências clínico-qualitativas referentes aos sentidos sociocomunicantes do corpo

SSCC	Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Visão	.acuidade diminuída .ardência .edema .secreção .lacrimejamento .prurido .fotofobia .visão turva .outros
Paladar	.paladar diminuído .gosto amargo .saborra .higiene prejudicada .halitose .odontalgia .sangramento .hálito urêmico .outros
Tato	.parestesia .paresia .sudorese .descamação .hidratação .higiene prejudicada de unhas, cabelos, pele .outros
Olfato	.olfato diminuído .anosmia .coriza .secura .alergias .higiene prejudicada .epistaxe .outros
Audição	.acuidade diminuída .prurido .secreção .zumbidos .tontura .cerume .outros
Coração	.ansiedade .medo .depressão .tristeza .confusão .vergonha .rancor .outros

Fonte: Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

Quando o pesquisador tem a clareza de que a pessoa se vê como escolhida e fonte de atenção especial, pela forma como desempenhamos a escuta atenta, e por participar de um espaço de cuidado a partir de um trabalho científico (MATTOS, 2005, p. 834).

Continua o autor ao referir que, alguns podem sentir-se célebres, outros, constrangidos como em um interrogatório. Este se traduz num momento diferenciado do habitual, mesmo que temporariamente há a criação de um vínculo único, e ao longo da conversação serão percebidos inúmeros atos, mesmo que inconscientes, de forma subliminar, ambos, entrevistador e entrevistado, um sobre o outro. Vale destacar o exemplo:

Quando **tem pesquisa eu sempre respondo** [...] Então, você vai fazer primeiro o questionário? [...] Qual a intenção dessa pesquisa? [...] Entendi. Está bem. (LPOR)

Os elementos não verbais como a **cinésica** e a **entonação** são recursos paraverbais que consubstanciam as narrativas transcritas. Na expressão escrita, esses elementos obedecem a uma disposição gráfica do espaço concedido ao texto e funcionam para ilustrar e explicitar a expressão verbal ou, em alguns casos, de atribuir a ela uma interpretação própria do interlocutor. Ilustram essa assertiva:

Visão que tenho do tratamento? Eu não tenho visão. **Tenho a esperança de uma melhora**, entendeu? Uma regressão do problema que eu já estou. Acho que tudo é um conjunto, para mim é um conjunto. Tenho de me ajudar seguindo o tratamento, e os médicos entenderem também, além dos interesses deles, entendeu? [...] **Me orientar, para que eu possa me ajudar no tratamento. E TUDO depende e-x-c-l-u-s-i-v-a-m-e-n-t-e de mim.** (UJM)

Não, eu **NNããõ** voou dar zero, e nem dez, até merecia porque eu **estou enxergando o mundo, não estou cega, estou vendo todo mundo**, não estou assim 100%, para **ler é ruim, mas posso me locomover sozinha, já é muita vantagem.** (MP)

A bala é doce, **não sei de qual fruta** [...] Tive câncer, **não me alimento bem, belisco a comida!** [...] Gosto dos meus filhos, de todos. **Tristeza? Não, eu sou alegre!** Durmo bem, **Deus me deixou assim.** (palpa o abdome) (DMA)

A **percepção visual** simbolicamente revela a percepção intelectual e traduz o conhecimento do cliente quanto sua problemática. Ao visualizar a DRC no presente e projetá-la para o futuro advém dúvidas e reações distintas.

Os questionamentos de sintomas clínicos visuais como: diminuição da acuidade, ardência, inchaço, prurido, lacrimejar, fotofobia e visão turva, dois clientes relatam:

Tudo o que você falou! Tudo isso, parece até que eu coloquei no caderno aí para você. [...] Já fiz cirurgia de catarata. Fiquei sem enxergar mesmo, teve uma época que eu fiquei até sem trabalhar. Não tenho certeza se o problema renal que provocou. (MPA)

O **olho está doendo** [...] **Cegou.** Fiquei cego trabalhando como pedreiro, furou. (DMA)

As orelhas são os órgãos da **audição** cuja função é receber e transmitir as mensagens sonoras após decodificá-las. Representam a capacidade de escuta, de integração e de aceitação do que recebemos do exterior (ODOUL, 2003, p. 170), ainda estende-se, além de nos fazerem escutar, mas também entender. Daí os problemas auditivos sinalizam a dificuldade de ouvir o que nos cerca, e até mesmo, a sua recusa.

Há o destaque à produção dos dados dessa pesquisa, e ao computar-se as evidências, uma vez que o cliente demonstra certa dificuldade em ouvir sobre a DRC, seus estágios, formas de tratamento. E, tal fato, inclui todas as restrições que o acompanham para aceitação e compreensão. Entretanto, é peculiar a cada cliente que uns sejam mais receptivos, enquanto outros são mais resistentes às recomendações.

Isso é ruim! [...] **Esse aqui está zero, esse aqui está mais ou menos, cinco** (Aponta a orelha direita e a seguir a esquerda ao dar as notas da escala análoga). (MP)

Está meio apagada, aqui está menos (aponta a orelha esquerda). **Se falar de frente, a voz vem direto à mente. Não é permanente.** Não estou sentindo nada agora, **mas de vez em quando, tenho zumbido.** (NJS)

Ao discorrer sobre a arte dos sentidos, Alves (2005, p. 26) destaca ser “a audição, de todos os sentidos, o mais importante para a aprendizagem do amor, do viver juntos e da cidadania”. Considerando-se a comunicação, ouvir é um fato natural em que o ouvido percebe e localiza fontes de emissão sonora, já escutar é um ato voluntário, porque se refere a uma aquisição cultural.

O sentido sociocomunicante **coração** revela-se emblemático à esperança sobre a melhora da situação de saúde, porém na conclusão da narrativa, em geral, o cliente toma para si a responsabilidade de seu tratamento.

As dificuldades vivenciadas por longo tempo com uma ou mais doença crônica denotam que “os sentidos não esclarecem a vida em atos gritantes ou sutis, dividem a realidade em fatias vibrantes, juntando-as de modo a formar um padrão significativo, pois captam amostras eventuais e permitem que uma sugestão decifre o todo” (ACKERMAN, 1992, p. 17). Confirma-se a assertiva acima diante dos relatos seguintes.

[...] O problema dos rins, **penso que vou ficar boa sem precisar ir para diálise**. Aliás, **faço por onde, tudo o que o médico manda fazer, eu vou** fazendo desde a época que eu cheguei aqui, to aqui há muitos anos. [...] Eu sei como é, já vi também não é. Já vi assim, de amigo, de colega. [...] **A minha parte eu faço sim, e vou fazer sempre.** (MPAS)

Sou **muito sensível**. Como o meu marido é muito chato, **tem dia que ele me aluga tanto**, que tenho a impressão de meu corpo estar inchando. E, **naquele dia não estou, realmente, nada bem!** Tento me deitar, ligo o ventilador, ele vai lá e desliga, entendeu? [...] Depois **eu tenho que dar atenção a ele!** Quero **ficar deitada, aquela coisa**. [...] aí me irrita, entendeu? ...Eu sou hipertensa e **minha cabeça começa a doer**. São por **coisas assim, que sou sensível, é por isso!** (EMS)

Conforme Guedes e Araújo (2005, p. 243) referem-se às respostas ou “output” da pessoa como comportamentos observados e percebidos pelo enfermeiro. São modo objetivo ou intuitivo e comunicados, subjetivamente, pelo cliente. Em uma situação de crise hipertensiva, por exemplo, o comportamento observado denota a falta de adaptação à doença e ao tratamento da hipertensão arterial com resposta de não adaptação.

Ao se referirem ao coração os depoimentos abaixo apontam para sensações e sentimentos percebidos. Revelando as formas de aflorarem as emoções que não encontram espaço interno suficiente para seus sentimentos.

Meu coração está DEZ! **Esse coração, aqui, está me mantendo em pé.** [...] Não. Não sei o porquê da minha pressão aumentar aqui [170 x 116], eu não sei por quê? (MPA)

É. **Meu coração é esperançoso, ele é triste, é alegre,** entendeu? [...] **Ele tem um probleminha** dentro da saúde, arritmia cardíaca, **é um pouquinho grande,** o lado esquerdo ou direito, **meio capenga.** O outro é bom. [...] **se eu soubesse dessa minha hipertensão, há mais tempo eu não deixaria chegar a esse ponto.** Eu descobri que era hipertenso, a hipertensão já tinha meses. (UJM)

[...] **não tive muito sentimentalismo,** realismo, até para casar: ‘- Você quer casar? Vamos casar!’ **Sem sensibilidade, sem emoções fortes, naturalmente. Esse meu coração só me deu trabalho no enfarte.** [...] **A reação dela foi que me disse. Pela sua feição, pelo coração, achei que ela queria casar.** ‘- Você quer casar? Então vamos para o cartório e casamos! Pronto! Sem igreja e sem nada.’ Depois [...] Padre eu vim oficializar o casamento na igreja! Ele pegou a batina, duas testemunhas e casamos [...] **Fui sempre prá frente, sempre atrevido,** atrevido, **essa magreza teve muito atrevimento,** [...] Fui perseguido no regime militar. No hospital um diretor me chamou, eu estava cuidando do doente (enfermeiro aposentado): ‘- Estou cuidando do doente, não posso ir aí!’ **Sou realista.** Dentro da **minha realidade sofro pela pobreza da humanidade, pela pobreza do Brasil! Penso não sofro** [...] Para o **coração, como sempre: DEZZ, Sem sentimentalismo.** [...] Ela sabe que eu preparo mesmo, não adianta, ‘não quero choro e nem vela, quero uma fita amarela, gravada com o nome dela’ [...] Sem sentimentalismo. (NJS)

A acompanhante nesse momento questionou: “– Com o meu nome?”. É notória a participação do familiar, amigo, vizinho ou cuidador que acompanha o cliente.

Dias *et al* (2015, p. 1844) em estudo recente sobre estratégias para humanizar o cuidado do idoso referem-se aos acompanhantes como intermediários das informações fornecidas e solicitadas pelos profissionais de saúde. Isso gera maior subsídio ao planejamento da assistência de enfermagem, ao contrário de limitar sua ação autônoma.

O **coração** representa o **sentido da emoção**, da vivência e da experiência que se desdobra em momentos de aflição. Em muitos relatos trouxeram a transparência dos sentimentos e sofrimentos do passado, juntamente com a superação seguida da revelação de uma força humana para superá-los.

[...] **Coração, também está velho o coração. Dou 9 sou um cara alegre, alegre. Não fico triste. Ficar triste por quê?** (MP)

A insuficiência cardíaca, as desordens vasculares e as arrítmicas ocupam, segundo Middleton; Patel (2014), um espaço significativo no grupo das doenças renais crônicas. A concomitância da doença cardíaca e renal tem sido causa de hospitalização por síndrome cardiorrenal. Recomendam especial atenção e cooperação entre o nefrologista e o cardiologista visando aperfeiçoar o tratamento com ambos os especialistas.

Primeiro foi o enfarte em 2004, e permanece a sensibilidade para o meu coração. **O coração é a nossa cabeça e tem gente que diz que o coração pensa! Estou sofrendo do coração? Não, eu estou sofrendo da cabeça.** (NJS)

Sinto tudo isso, parece até que foi eu coloquei aí no caderno para você. Tenho miopia. O Direito, eu acho que é 14, e no outro é 7,5. E já fiz cirurgia de catarata. **Fiquei sem enxergar mesmo**, teve uma época que eu fiquei até sem trabalhar. (MPA)

Quando cheguei não **esperava um negócio desse! Depois a gente vai conversando algumas coisas, desabafando, aí vai relaxando um pouco mais, assim vai ficando mais calmo**, só que **quando eu descobri, perdi a minha cabeça**, falei: '- Caraca, meu irmão!!!', meu pensamento era na minha família: **medo de morrer**, aí vem um montão de coisas na cabeça e pensando nos meus dois filhos e nela, falei: '- Caraca! e agora? o que eu vou fazer?' E isso ficou na minha mente: '- Tenho que mudar, tenho que vencer!' Se for acontecer alguma coisa, **tenho que continuar. Agora é tentar reverter isso aí, vou ver o que vai acontecer. Aí comecei a fazer os tratamentos, vou ao médico certinho, não falto nenhum!!!** [...] Eles (médicos) falaram para mim que eu tenho 20% (função renal ativa), mas, na verdade hoje eu não sinto nada, eu falo para eles: '- Cara, eu não sinto nada!'. Quando eles pegam um exame lá, eles ficam: '- Olha! você está normal? Não dá para entender!'. **Mas, a creatinina está ali CINCO, às vezes!** 'Isso aí tava dando essa alteração, e mandaram eu parar de comer carne, porque o ácido

úrico deu um pouquinho alto. Mandou baixar, tirar, **eu nem como mais carne, agora só frango**. E, [...] **carne [...], eu era a-p-a-i-x-o-n-a-d-o-**. (hálito urêmico⁵). (CPFN)

Sobretudo, é importante revelar o sentido **paladar**, pois nele foram descritos os relatos mais significativos que registram a enorme dificuldade em manter a dieta regular e seguir as recomendações da equipe de saúde.

Segundo a SBN (2015), ocorre restrição alimentar quando há evolução da DRC e os exames complementares indicam a incapacidade das medicações manterem os níveis. As dietas possuem maior restrição de sódio e de líquidos nos estágios adiantados da DRC, em especial com presença de edema refratário à diminuição do sal e o uso de diuréticos.

O controle de alimentos com elevado teor de potássio e/ou fósforo, como leite, carnes, refrigerantes a base de cola e, do consumo de proteínas, é recomendado de acordo com o estágio da DRC. Também seguem a mesma recomendação da quantidade e o tipo de proteína a ser ingerida, conforme cita este cliente:

Do jeito que eu comia bastante, “caraça”! **A comida aqui** [dieta para tratamento conservador] **é dura, três colheres de arroz, alface, um bifezinho**, [...] Fui em um churrasco e coloquei aquela comida, eu me senti mal, eu vejo a pessoa comendo agora e digo: ‘- Aí, que prato é esse mané, come devagar?’ Agora eu fico perturbando os outros. (CPFN)

As orientações dietéticas podem ser consideradas por pacientes e familiares como severas ou punitivas, devido às alterações do estilo de vida. Assim, para cada caso sua devida prescrição, individualizado para evitar o exagero da restrição, o que poderia resultar em desnutrição e a falta de aderência à dieta com prejuízos ao cliente.

As falas seguintes são dos momentos que demarcam o mecanismo comportamental do sentido paladar, cujas palavras são transcritas:

Quando estive internado, há dois meses, **o antibiótico me deixou meio sem paladar [...]** **Com diminuição dos sabores**. A Sra. come aqui? **Além de ser industrializada é fria**. Eu também **perdi, perdi uns 10 kg [...]** Essa daqui diz que eu tenho bafo da onça. Quando o estômago está vazio. (NJS)

⁵ Hálito urêmico: odor característico exalado pela via oral quando da elevação da taxa de uréia sanguínea.

Sou muito gulosa por comer **uma caixa de bombom**. [...] **Boca grande, gulosa. Boca grande, bocão! olho grande!** Fico numa **paixão doida**, quando abro uma caixa de bombom! Eu ponho na geladeira, **toda vez que eu abro a geladeira e penso: Será que posso comer mais um?** [...] Meus netos vão lá em casa e dizem: **vovó compra!** (EMS)

Só bebo **suco no almoço e no jantar, aquele copinho de botequim**. Agora **bebo quase 2 litros, completando com líquidos, café com leite, refresco, Minalba®; 2 a 3 litros por dia**. Eu tomo 70% de líquidos! [...] Quando saí do hospital eu **tive vontade de beber muita água, segura** [...] **Meus órgãos digestivos estão sempre nessa faixa, é a idade!** (a acompanhante complementa a informação destacando: - 1 litro e meio, 2 litros.) (NJS)

Boca grande?!? É um problema essa boca aí. Parece que **agora eu só ando com fome! É uma coisa!** Antes de adoecer, às vezes eu não almoçava, só tomava um golinho de café. **Não entendo por que estou gorda. Arroz um pinguinho** (sussurro), **feijão uma medida, carne deve ser do tamanho da palma da minha mão**. [...] Ah! Carne de porco [...] **Não aguento sentir o cheiro de carne de porco!** [...] Sabe por que fico triste? Porque **quando eu podia comer, não ligava, não sentia nem o cheiro e hoje não posso, com aquele cheiro de carne assada! Carne de porco!** (MCSV)

Bebida? Só guaraná, **e agora, nem isso! Porque é doce!** (MP)

A doença renal relacionada ao sentido paladar demonstra que a boca e o trato digestório trazem à tona a relação integrada do corpo ao problema renal. Ao referir: “quando eu sinto o paladar, eu sinto o paladar!”, ela nos diz que quer comer, e daí!? É o desejo. O eu pessoa falando em voz alta.

Quando a gente tem **uma parte doente. Quando a gente está aqui, não sente dor**, então [...] **faz parte do corpo tudo o que está doente**. Tudo o que está doente. **Não posso tirar os rins e colocar lá!** [...] O meu dente está mole. Já caíram dois aqui, dois aqui, três aqui, mas estou há 2 meses lutando e toda 4ª feira tenho de marcar para o dentista. [...] porque **quando eu sinto o paladar, eu sinto o paladar**. (MJSP)

Ao nos remetermos ao **olfato**, ele dentre todos os sentidos, sempre ocupou menor importância, porém em estudos recentes de bases moleculares das sensações químicas e de sequenciamento de DNA para a percepção de odorantes, que significam qualquer substância ou molécula que apresenta cheiro, tem reforçado sua necessidade mais que possa parecer (MALNIC, 2008, p. 9).

Segundo esta autora, dos sentidos corporais, é o que está mais intimamente ligado às regiões do cérebro envolvidas em emoções e memórias, o sistema límbico. As células mitrais do bulbo olfativo direcionam sinais também à amígdala, importante para o desencadeamento do medo e de outras emoções. Outros cheiros ativam o hipotálamo resultando na produção de hormônios, como apetite e comportamento sexual.

Sobre os questionamentos da possibilidade futura de submeter-se à diálise ou alguma outra terapia para tratar dos rins, os clientes se referem a um futuro muito longínquo. Entretanto, ao analisar a fala a seguir, nos é revelado uma boa perspectiva de vida diante de sua DRC conforme o destaque:

O médico disse que eu ía ter que (não menciona a TRS) [...] **já fazem 3 anos isso. Se eu chegar lá, já estou com 67.** (MJSP)

Por outro lado, cabe explorar a função do hipocampo por ser ativado por cheiros e, “importante para a formação de memórias olfativas. Um cheiro específico pode desenterrar memórias de nossa infância ou de experiências que foram emocionantes, sejam boas ou ruins” (MALNIC, 2008, p. 48).

A autora destaca que, somente em 2004, foram identificados os genes e a forma como estes modelam nossa percepção no ambiente sensorial.

A descoberta dos receptores e organização do sistema olfativo conferiu o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia à Dr^a Linda Buck e ao Dr. Richard Axel, 7^a mulher na história do prêmio.

Na sequência, relatos expressivos do sentido olfato evidenciam sua importância para a percepção humana.

Perdi o olfato! Só isso! Eu **não sinto cheiro!** Tenho anosmia (ausência do sentido olfato). **Perdi o olfato na operação. Não sinto mais cheiro de nada!** [...] Sei se está salgado, sei se está muito doce. Mas, **sabor apurado das coisas eu não sinto.** E **não me incomoda em nada...** [...] “Geralmente **a pessoa fica aleijada,** a pessoa fica cega, a pessoa **fica maluca.** Perder o olfato?! Você **acha**

que isso me incomoda?! [...]1000!” Hum, hum, hum, não faz falta não! [...] (RCL)

Olha tem um perfume Malbec® que o pessoal usa ainda, ele me traz muitas recordações, é um cheiro que, eu não queria que meu esposo usasse, porque iria me lembrar o passado, um namorado. Recordação boa que ficou! (MLS)

Esse orelhão aí! Não dá pra escapar um segundo!!! Quando não é ele é a filha! [...] (MCSV)

Sobre a percepção e os SSCC, Araújo (2000, p. 198) discorre as emoções e os sentimentos de forma que o coração é revelado como um novo sentido corporal e os demais são influenciados por este, de forma sinestésica.

Cabe lembrar que a sensibilidade e a razão são formadas desde nossa infância, por toques, olhares, sons, cheiros e gostos, que impregnam nossos sentidos corporais, nossa memória, nossa vida. Por isso, emoção, sensibilidade, sensações pensam, porque nos permite cheirar, tocar, ver, ouvir, gostar, gozar, ou sofrer, (re)ver e (re)viver (CRUZ, 2006, p. 80).

Há ainda outra função importante ao olfato: ele determina de forma peculiar a capacidade de distinguir diversos paladares.

A língua reconhece, basicamente, os gostos: doce, salgado, amargo e azedo. O quinto tipo de gosto reconhecido é chamado de *umami* – “gostosura” ou sabor delicioso em japonês.

A **sinestesia** foi reconhecida e, principalmente, relacionada ao sentido paladar. Temos abaixo identificados o paladar, o olfato e o tato, corroborando assim, com estudos dos SSCC de Araújo (2000), Saes (2003), Duque (2005), Cruz (2006), Cameron (2011), Oliveira (2011) e Koeppe (2012), ao discorrerem sobre o assunto.

[...] É um bocão! Um olho grande! “Às vezes, a gente sente um cheiro, sente um cheiro de chocolate, **imagina a gente sentir o cheiro do chocolate**, o que vai acontecer? Sinto vontade, **a língua chega coçar.** (EMS)

Eu não sei se sinto o gosto por causa do passado [...] Eu só como o que eu gosto, o que eu sei que é bom. **Meu prato é lindo, gosto de colocar cenoura e batata. Tudo colorido! Quando vejo o prato colorido, eu adoro.** (RCL)

A alegria (coração) e o paladar contrapondo à restrição da bebida e ao tratamento no programa de anticoagulação de doenças cardiovasculares conforme o relato seguinte:

Coração! Dou cinco. Com essa doença (faz careta)?! Depois que melhorar você me entrevista de novo, vou dar DEZ em tudo! (TMF)

Quanto ao maior órgão do corpo humano, a pele é representada pela **percepção tátil**. Nela estão as terminações nervosas responsáveis pelas sensações táteis. A ocorrência de pele ressecada foi pontuada tendo a prescrição de enfermagem para o uso de cremes hidratantes.

Eu **sinto as mãos secas**, não dá para ler jornal e nem nada, tem que molhar as mãos. **Isso é ruim!** (Silêncio) (MP)

Os problemas dermatológicos representam as dificuldades em lidarmos com o mundo exterior (ODOUL, 2003, p. 164) e representa um papel social, pois há culturas que privilegiam a aparência. O toque é percebido pelo cérebro em forma de registro como o afago, o calor, o carinho, a pressão, temperatura e aspereza. Há os receptores da dor, norreceptores, que classificadas em escalas e derivadas em agudas ou crônicas.

Observe-se a pele, continua o autor, como a barreira protetora visível e externa face ao mundo. Esse universo corporal está ligado por meio de vasos e enervações diretamente em contato com o cérebro. Na realidade é a representação do próprio cérebro, possuindo mais de 700.000 receptores nervosos para percepção do ambiente.

Tenho percebido que depois que comecei esse tratamento, minha pele ficou muito sensível em relação a tudo, inclusive está muito ressecada. **Tudo que toco**: detergente, sabão em pó, água sanitária, amaciante, **tudo o que coloco a mão, está ficando assim, desse jeito**. Fica **muito ressecada chega até a rachar** e, estou passando essa pomadinha, para ir cicatrizando. **Eu não tinha isso**. A pele do rosto com ressecamento fica cheio de poeirinhas. Não posso usar sabonete no rosto que fica assim. O protetor solar também está deixando desse jeito, maquiagem não posso usar mais nenhuma, porque **deixa a minha pele irritada e isso eu não tinha**. [...] o bom é que não coça, se coçasse. **Tá irritado, e só posso**

lavar com água, lavar com água, depois pego um paninho, seco e pronto. Porque lavar com qualquer tipo de sabonete, o glicerina da farmácia que tenho em casa, nem posso. Água pura. Só água. (MLS)

Tenho que cuidar da higiene. **Gosto de higiene, de tudo limpo. Lavo as minhas mãos a toda hora.** [...] Limpo com papel higiênico. (NJS)

As mãos significam ação, e segurá-las, quando são de um idoso ou de um enfermo, é demonstração de carinho e apoio afirma Ackerman (1992, p. 149). O toque delicado acalma e tranquiliza em momento de insegurança. A sensibilidade tátil é entendida como uma forma de consolo, tornando-se instrumentos de emoção.

Não tenho mão grande assim, não tenho pé grande, meu pé movimento muito bem e normalmente. Está apagado, quase apagado, meio apagado. A audição, visão, paladar e tato, estão meio apagados! (NJS)

Na enfermagem as mãos compreendem um instrumento para desempenhar as funções de higiene, conforto, administração de medicamentos, entre as demais tarefas que concernem à profissão. Há os prazeres erógenos, de arrepios, de dor e alívio, e também de coçar.

Segundo Ackerman (1992, p. 150), a ausência de toque é o verdadeiro isolamento: “Tocar é tão terapêutico quanto ser tocado; a pessoa que executa a cura, a que fornece o toque, é simultaneamente curada”.

4.3 O (IM)PERCEPTÍVEL DA LINGUAGEM DO CORPO

A condução da comunicação não verbal está intimamente relacionada aos sentidos sociocomunicantes do corpo, pois segundo Araújo (2000 p. 95), “não podemos ficar indiferentes diante de diversificadas experiências, nas quais a riqueza do ‘ser’, ‘perceber’ e ‘reagir’ é de cada um, distintamente expressas...”.

É notório que a percepção é um fator muito pessoal, podendo revelar-se com maior intensidade para alguns. Em posse desta informação cabe saber usufruir de forma compreensiva para traduzi-la numa comunicação terapêutica eficaz.

A adoção das competências básicas para a comunicação deve ser focada pelo enfermeiro e, simultaneamente serem aplicadas à capacidade de observação,

ao exame físico, à aferição de sinais vitais e medidas antropométricas, ao histórico e à anamnese.

4.3.1 A linguagem não verbal do cliente

A cinésica revela, entre outros pontos, as expressões do rosto e o estado de ânimo. Os movimentos do corpo e, principalmente, os faciais reagem aos estímulos emotivos expressos pela face. Esses estímulos sejam positivos ou negativos, nos informam da intensidade e, por vezes, da veracidade da informação.

Ao falar olho no olho, levantar as sobrancelhas, tocar várias vezes a pesquisadora, quase como que solicitando mais aproximação, alguns clientes manifestaram a **proxêmica**.

Durmo bem, **Deus me deixou assim** [...], [eleva as mãos a seguir põe os pés na cabeça] (DMA)

Coração! Dou **cinco. Com essa doença?! [careta] Depois que melhorar você me entrevista de novo, vou dar dez em tudo!** (TMF)

Bebo um copo desse tamanho. [Retração do canto da boca] Só água mesmo. Tomo cinco copos. É bom não, porque o médico fala que a gente trabalha melhor. [...] Sobre o líquido? Ele ajuda a eliminar é isso?! [...] **Várias vezes, ia para o médico todo o dia tomar soro na veia.** Várias vezes, quinzenal. E **depois que eu comecei a beber bastante água, nunca mais deu crise de parar no hospital.** (EAR)

A dor citada por alguns relatos refere-se aos sintomas clínicos e a cólica nefrética, relacionadas aos cálculos renais. Há importância para a ingestão de líquidos com vistas à prevenção da formação de cálculos. Seguem relatos pontuais, nessa situação o medo é descrito como a forma que impele à hidratação oral.

Olha, a **primeira crise que eu tive**, foi no meu trabalho, eu **lembro até hoje**, eu estava trocando de roupa, **senti uma dor forte** e a minha perna ficou dura, presa mesmo. Aí os meus colegas vendo aquilo, **eu nunca tinha tido isso, era a primeira vez**, me levaram para o hospital, em Caxias, viram que **era um cálculo renal** que estava causando isso e de lá para cá começou, eu expeli a pedra. [...] **É aquele negócio, era para beber bastante água, eu não**

bebia muita água, tive de novo, então eu vi que a coisa piorou, eu fui na UPA, [...] Aí eu resolvi. [...] Eu tenho um colega que ele tem problema de rins, **aí! Aquilo ali no braço** (fístula arteriovenosa) **me deixa até nervoso, não gosto nem de ficar olhando.** (MRO)

Dou até 1000. Está me incomodando demais! Demais Essa dor aqui não é constante, está entendendo, **de uma semana para cá que ela voltou a me incomodar,** não é [...] (TDF)

Se eu sentir frio [...] **eu estou aqui tremendo de frio.** Eu tenho dormência, **muita dormência nos pés, nas mãos, chega a doer, de noite então!** [...] **Tem época que passa uma semana sem doer, mas tem dia** [...] (MJSP)

O dado que refere o receio de problemas renais em geral é expresso com receio por aqueles que já observam, ou que convivera com algum portador de fístula arteriovenosa. Esta compreende o acesso vascular exclusivo para TRS, que une uma veia a uma artéria, em geral nos membros superiores, para promover a captação e devolução do sangue para fazer sua depuração no conjunto da máquina de hemodiálise.

Para entender a comunicação não verbal, devemos saber que a linguagem paraverbal representa qualquer som produzido pelo aparelho fonador, no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua falada: grunhidos, ritmo discursivo, entonação à expressão de palavras, velocidade das palavras ditas, suspiro, pigarrear, riso.

É importante lembrar que, no contexto da pesquisa, além da comunicação paraverbal, apresentamos a comunicação verbal, além da análise e evidência e diagnóstico, e ainda as recomendações e prescrições de enfermagem.

À seguir os quadros 5, 6 e 7 sintetizam, respectivamente, os trechos da conversação e apresentam as respostas corporais imperceptíveis, nos momentos Identificação e Convite para Pesquisa – Apresentação e Sensibilização; Pergunta e Sentidos Sociocomunicantes do Corpo; o (im)perceptível da linguagem do corpo – conversa, avaliação e saída.

Quadro 6 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – apresentação e sensibilização

Momentos: Identificação e Convite para Pesquisa - Apresentação e Sensibilização	O (IM)PERCEPTÍVEL DA LINGUAGEM DO CORPO			
	Paraverbal	Contexto verbal	Análise – evidência e diagnóstico	Recomendação – prescrição de enfermagem
Apresentação e sensibilização	Tá –a-qui-na-re-cei-ta! (Tom alto) É-é-é (AF)	Eu só tomo esse remédio aí! (gagueja) O rim está perdendo também, já tem 10% a menos, só de funcionamento e o outro tem menos 25%.	Insegurança Medo	Deixar falar e dividir suas preocupações Não apressar a resposta, apoio da equipe de saúde
	Ah! Ah! Ah! (Tom alto) (ALA)	Não tratava nada, porque não sentia nada mesmo	Autorrevelação	Permitir reflexão sobre o item da abordagem e que se expresse na totalidade
	(Silêncio) (EN) (Inspiração profunda) (EN)	Sinto dor no lado direito, e o lado esquerdo está iniciando agora. Ao deitar, melhora ... Mas, sendo sincero, está nas Mãos de Deus. Confio Nele e faço a minha parte	Preocupação, sentimento de impotência Dependência da equipe de saúde, preocupação, sobrecarga emocional Sentimento de culpa	Deixar falar e dividir suas preocupações, demonstrar interesse Valorizar e ampliar a interação, apoio da equipe de saúde Evitar julgar, reforçar pontos e ganhos positivos
	(questionada sobre tempo que possui hipertensão arterial e o acidente vascular encefálico – AVE) (Silêncio) (CML)	A hipertensão tem muitos anos. (não mencionou o AVE)	Insegurança Medo	Deixar falar e dividir suas preocupações Não apressar a resposta, apoio da equipe de saúde

Fonte: Fonte: Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

Quadro 7 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – pergunta da pesquisa

Pergunta e SSCC	O (IM)PERCEPTÍVEL DA LINGUAGEM DO CORPO			
	Paraverbal	Contexto verbal	Análise – evidência e diagnóstico	Recomendação – prescrição de enfermagem
Pergunta da Pesquisa	Hum, hum, hum... (Estalar de língua e deglutição da saliva) Tim-Tim por Tim-tim!(RLC)	Eu perder o olfato?! Você acha que isso me incomoda?! Não faz falta não! (Estalar de língua e deglutição de saliva) descritivos da fala	Desdenho, reflexão e prenúncio da verbalização. Complementaridade da expressão	Interesse por todo tipo de linguagem do paciente. Permitir que ele pense, refletir sobre o item de abordagem e se expressar na totalidade Valorizar e ampliar a interação
	Ah! (Reflexão) (DRS)	Coração! Não muda nada não! Coisas que a gente passa no dia a dia quando a gente ama... Ah! Não sei... há dívidas, há, há, problemas.	Emoção e vergonha de mencionar sentimentos Desânimo Frustração	Deixar falar e dividir suas preocupações Valorizar e ampliar a interação
	Heinh? Heinh? (DMA)	Tristeza? Não! Eu sou alegre! Durmo bem, gosto dos meus filhos e de todos... Quem vai tirar a colostomia? Deus me deixou assim!	Elevada autoestima Comorbidade, dúvida, incerteza, dependência, falta de compreensão Impotência, comunicação insatisfatória com equipe de saúde	Valorizar e ampliar a interação Apoio social – profissional e familiar Apoio social – profissional e familiar
	Ah! Ah! (Tom de voz baixo) (IRB)	Eu sei que tem de diminuir as coisas, o molho, não pode ser com muita gordura, ...bacon!	Autorrevelação, dificuldade em aderir à dieta prescrita	Deixar falar e dividir suas preocupações, permitir que ele pense e reflita sobre o item abordado, se expressar na totalidade

(continua)

Pergunta da Pesquisa	Éeee! (engasgo) Um pouquinho! Um pinguinho! (sussurro) (MCSV)	Meu peso ééé 65 . Quando vim prá cá, pesava 59... A dieta já caiu um pouquinho, mas o olho é muito grande! ... Não entendo o porquê estou gorda. Arroz um pinguinho, feijão é uma medida	Autorrevelação, dificuldade em aderir à dieta prescrita, vergonha assumir responsabilidade	Permitir reflexão sobre o item da abordagem e que se expresse na totalidade Valorizar e ampliar a interação, apoio da equipe de saúde
	Mistura as letras [pigarro e tosse] (AP)	A visão tenho um pouco menos. Mistura as letras ...	Autoconceito, significado da diminuição da acuidade visual, medo	Valorizar e ampliar a interação, apoio da equipe de saúde

Fonte: Fonte: Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

É importante citar que, quando se trata de clientes com doenças crônicas, o cuidado deve englobar as informações positivas expressas. Nesse particular Vidal e colaboradores (2013, p. 215) referem que a influência direta e/ou indiretamente de estímulos positivos é decorrência da força e precisão dos sentidos na interação e interação do cliente com o familiar e os membros da equipe de enfermagem.

De acordo com estudo feito na Nova Zelândia, Walker, Abel e Meyr (2010) afirmam que o desenvolvimento efetivo e eficaz para o tratamento de uma população com DRC, deve ser contemplado já durante a admissão no período pré-diálise. Demanda do enfermeiro especialista exercer o papel importante e central para vencer as barreiras de comunicação e culturais.

Nesse sentido os clientes conseguiram expressar suas percepções por meio dos sentidos do corpo durante a consulta do enfermeiro, a partir de uma estratégia que utilizou imagens reveladoras de percepções e que auxiliou bastante na conversação entre enfermeiro e cliente. Vejamos as seguintes respostas:

[...] Mas, **eu tento** [...] **A minha parte eu faço sim, e vou fazer sempre.** (MPA)

Da **visão tenho um pouco menos, misturam-se as letras** [...], [pigarro, tosse ao ter a mucosa ocular examinada] (AP)

Ainda que possa no primeiro momento ter experimentado como novidade, instituímos um novo espaço de intervenção terapêutica e pesquisa. O resultado produzido e analisado aponta percepções do cliente muito facilmente compartilhadas, a partir de desenhos e escalas.

A utilização dessas ações permite aos clientes vivências da abordagem clínica e uma interação de avaliação das necessidades que norteiam as orientações para facilitar o seu autocuidado.

Quadro 8 – Estrutura básica da linguagem paraverbal na conversação do cliente: o (im)perceptível da linguagem do corpo – conversa, avaliação e saída

Conver- sação e Despe- dida	O (IM)PERCEPTÍVEL DA LINGUAGEM DO CORPO			
	Paraverbal	Contexto verbal	Análise – evidência e diagnóstico	Recomendação – prescrição de enfermagem
Conver- sação	Ah! Ah! Ah! Ah! Ah! (longa gargalhada) (MRS)	Eu vou ficar triste porquê? (quando foi questionada sobre sintomas de tristeza ou solidão)	Elevada autoestima, é capaz de estimular para o autocuidado	Valorizar e ampliar a interação
Avalia- ção e Saída	HUM!!! (abraço apertado) (MRS)	Tchau!	Facilidade em interagir, comunicar-se	Ser receptivo, Valorizar e ampliar a interação

Fonte: Fonte: Tese de doutorado, CRUZ, D. O. A., EEAN/UFRJ, 2015.

Ainda que o trabalho seja rigoroso quanto à proposta e a aplicação de instrumentos de avaliação, cada uma delas preza as evidências clínicas qualitativas de uma forma peculiar. Essas evidências clínicas são enriquecidas pelos aspectos objetivos e subjetivos do cliente, e compiladas nos registros da investigação.

É fundamental que haja desde o início do estudo evidências clínicas a serem exploradas e as necessidades dos cuidados de enfermagem envolvidos.

O significado espontâneo da expressão, verbal e corporal dos clientes, implica na experiência de sentir o corpo através de imagens e silhuetas humanas projetadas nos formulários no momento da consulta de enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior desafio para o século XXI constitui a humanização do próprio ser quanto sua consciência ética.

A doença crônica revela-se para a ciência contemporânea como um desafio à sobrevivência. O não contentar em sobreviver apenas, estabelece um grau de saúde e convivência familiar para o enfrentamento das necessidades exigidas nas etapas conservadoras da DRC e evidencia o significado maior da vida, ou seja, o bem estar em vivê-la.

O corpo por si fala e fornece suporte à subjetividade humana para que se materialize no momento de desequilíbrio, não somente físico, mas emocional e espiritual inclusive.

Ao exercer seu ofício e utilizar o corpo como instrumento, o enfermeiro deve possuir o interesse de atingir o eco sensível e necessário ao cuidado de enfermagem, seja ele completo e de interesse para a saúde global.

Ao mesmo tempo, a interação verbal com os clientes na consulta de enfermagem possibilitou neste estudo a produção de dados sobre a percepção e as questões subjetivas que envolvem a comunicação entre enfermeiro e cliente no momento do cuidado. Nela considerou-se o corpo como único, emocional, sensível, sensual, gestual, racional, imaginativo em cada parte dimensionada e em relevo visual.

Os clientes expressaram pistas comunicativas de percepções acerca de seus corpos, pela reflexão sobre cada parte do segmento das figuras dos sentidos sociocomunicantes do corpo, e em dimensões aumentadas. Esse foi o direcionamento que despertou o interesse pela conversa com a pesquisadora.

O sentido de apresentar os dados na forma original da conversação suavizou a compreensão, estabelecendo a aproximação para a leitura e interpretação do jogo corporal. O corpo como emblema dos sentidos conferiu a fala ao desejo de escutar. Expressou o movimento e ao mesmo tempo a inércia; produziu sons, simultâneo ao silêncio; refletiu a alma e encobriu intimidades.

Cada observação sobre si mesmo, ao ser correlacionado ao desenho, enriqueceu a fluidez do diálogo e a compreensão sobre cada parte corporal em destaque, colocando em relevo o indivíduo. Daí a importância do investimento nos

sentidos sociocomunicantes do corpo, enquanto tecnologia para o cuidado de enfermagem.

Além do mais, a adoção do método clínico qualitativo foi o primeiro caminho para os clientes elaborarem o pensamento sobre a experiência perceptiva compartilhada com o enfermeiro. Essa associação revelou distintos significados e sentidos percebidos em suas manifestações.

Reconhecidamente, foi pertinente utilizar a valorização dos conhecimentos intelectual, sensível, emocional, intuitivo, teórico, prático, gestural, por ser o corpo do cliente fator principal na recepção de cuidados de enfermagem durante o tratamento. Tratamento este, tão prolongado, pela doença crônica que não regride e, muitas vezes, seus sintomas e desconfortos clínicos de forma crescente precipita o início de terapias renais substitutivas.

A participação do cliente na produção desse conhecimento favoreceu um repensar sobre a percepção deste, inclusive em relação ao profissional enfermeiro, até então inexistente nesse espaço de cuidado. O enfermeiro age e cuida com abordagem diferenciada, e, portanto toca o outro no decorrer das ações realizadas.

As clientes participaram da pesquisa revelando suas identidades, contradições, hesitações, sofrimentos, dúvidas, criatividade, diferenças e originalidades. Para favorecer a percepção, o emocional e a intuição, optamos pelo uso de técnicas artísticas de produção de dados. De modo singular foi criada uma atmosfera para se pensar de como cada um se percebe e necessita em relação aos cuidados do enfermeiro.

Sendo assim, a tese defendida da comunicação verbal e não verbal do cliente reflete necessidades essenciais aos aspectos físicos, sociais e psicoemocionais a serem atendidos no cuidado do enfermeiro para um melhor enfrentamento desse cliente com a DRC no tratamento conservador.

No que se refere ao território geográfico e emocional, o ambulatório de tratamento conservador nesse Hospital, e, nesta pesquisa ocupa um importante lugar, onde crescem os pensamentos dos clientes, de suas dúvidas, e onde ninguém quer fincar suas raízes; e construir, opcionalmente, suas histórias.

Falar sobre o ambulatório em que os clientes em tratamento conservador transitam e se encontram pela primeira vez, em consulta com o enfermeiro se faz necessário, já que ele é entendido por nós, como um território onde o CORPO dos

sentidos sociocomunicantes, tanto do cliente, como do enfermeiro circulam e trocam durante a conversação.

Esses espaços são ricos em comunicação verbal e não verbal, considerando todas as suas especificidades, são ricos também em emoções e expectativas; ricos de esperanças ou de desesperanças em relação ao futuro; ricos em diversidade de sujeitos; ricos em movimentos de alegria, de tristeza, de dor e de esperança.

Eis um estudo da comunicação, verbal e não verbal do cotidiano do tratamento de clientes inseridos num território não relacionado a poder dominante biomédico – hospital público, local em que ainda se legitimam a prepotência do modelo convencional de saúde. E esse cliente ao se recolher numa cápsula de humildade, teme a invasão de seu espaço próprio.

Por outro lado, o profissional, cuja visão se transforma frente à subjetividade das ações humanas, desmistificadas e cujos preconceitos desmontam as relações terapêuticas tradicionais, deve ser capaz de habilidades que reconheçam, e estabeleçam o conjunto de expressões físicas e verbais para a garantia e a eficácia da realização do cuidado.

Do conceito e conhecimento evidencia uma tecnologia do cuidado ao cliente com a peculiar condição de, tão somente, ser humano. Esse cliente agrega o pressuposto de ser o agente de seu próprio destino, ignorando a condição inexpressiva, mas se ergue ao encontrar respostas para indagações internas e secretas, pois não as desafiara até então.

A porta de entrada para o tratamento conservador constitui a chave mestra para o desenvolvimento de uma participação pró-ativa do cliente. Significa interagir com a equipe multidisciplinar e desenvolver reciprocidade, além da possibilidade de criar novos conceitos.

Essa convergência aplicada aos resultados desta tese manifesta a disponibilidade a assistir, orientar, apoiar, encaminhar e acompanhar o início desse percurso e que pode retardar a terapia renal substitutiva. Nos primeiros contatos, a recepção e o sorriso acolhedor podem motivar a adaptação imediata ao tratamento. O cliente acolhido se empodera como pessoa ao guiar seu destino, e como cidadão tem o direito à receptividade humanizada.

Investir nas figuras coloridas dos sentidos sociocomunicantes do corpo como recurso e dispositivo de acesso à memória, em busca de particularidades que

interpretem outras realidades por meio das mensagens reveladas. Significa o ambiente que ele (cliente) se inicia e deve ser direcionado para sua linguagem.

Acreditar no cuidado de enfermagem como possibilidade efetiva de privilegiar as necessidades individuais para o enfrentamento e adaptação do cliente à DRC. Devendo, portanto, serem considerados os comportamentos relativos à comunicação no momento da consulta de enfermagem e, não se furtar de, ter a preocupação em investir na sua formação holística direcionada ao processo de cuidar.

Nesse caso, agir com abordagem que contemple cada situação específica e de acolhimento próprio, desenvolvendo dia a dia ao lidar com o significado primário, o íntimo das palavras e das expressões não verbais do cliente.

Insistir na criatividade individual de cada cliente para induzir suas respostas e perceber os pontos delicados a serem trabalhados.

Portanto, novos estudos devem ser realizados para desenvolver a comunicação no tratamento conservador da DRC, com intercâmbio entre enfermeiro cliente, ampliando as respostas positivas.

Em suma, ao questionar-se sobre o mérito de adaptar-se e viver, o cliente não reduz seu sofrimento, ao contrário, amplia os sentimentos de perdas. Neste momento, como especialistas, nos cabe disponibilizar nosso tempo e atenção.

REFERÊNCIAS

ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992. 366p.

ÁLVAREZ-UDE COTERA, F.; REBOLLO ÁLVAREZ, P. Alteraciones psicológicas y de La calidad de vida relacionada con la salud em El cliente com enfermedad renal crônica estádios 3-5 (no em diálises). **Sociedad Española de Nefrología**. Oviedo, Espanã, no. 28, Supl. 3, p. 53-56, 2008.

ALVES, R. **Educação dos sentidos e mais....** Campinas: Verus Editora, 2005. 126 p.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 121-129, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>>

ARAÚJO, S. T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não verbal na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da Sociopoética**. Rio de Janeiro, 2000. xi, 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

_____; **Produção dos dados: técnica de vivência dos sentidos sociocomunicantes do corpo**. Notas da 12ª Reunião do Grupo de Pesquisa Cuidado de Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade, 2012.

ARAÚJO, S. T. C; CRUZ, D.O.A. Pesquisa sociopoética: a subjetividade de pacientes em terapias substitutivas renais. **ACTA Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, spe n. 1, p. 577-579, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/27.pdf>>

ARAÚJO, S. T. C. et al. Método clínico. In: SILVA, Roberto C. L.; SILVA; CARLOS R. L.; SANTIAGO, L. C. **Semiologia em enfermagem**. São Paulo: Roca, 2011.

BARBIER, R. **Escuta sensível na formação de profissionais de saúde**. Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde FEPECS–SES-GDF. Brasília, 2002. Tradução: Davi Gonçalves. Disponível em: <<http://saude.df.gov.br/fepecs>>. Acesso em: 09 maio 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BARDÓN OTERO, E.; MARTI i MONROS, A.; VILA PAZ, M. L. Enfermería en La consulta de enfermedad renal crônica avanzada (ERCA). **Sociedad Española de Nefrología**, Madrid, no. 26, Supl.3, p.57-62, 2008. Disponível em:
<<http://previous.revistanefrologia.com/revistas/P1-E46/P1-E46-ES.pdf>>

BASTOS, M.G.; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 56 n. 2, p. 248-53, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G. M. **Doença renal crônica**: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em clientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras Nefrol**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 93-108, jan./mar. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013>

BAUER, M. W.; GASKEL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: manual prático. 9ª ed. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2011.

BAX, A. M. C. **A vivência dos sentidos sociocomunicantes do enfermeiro em unidade cardiointensiva** : traduzindo a comunicação não verbal do cliente. Rio de Janeiro, 2010. 212f. (Dissertação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

BOAVENTURA, S. S. **Um Discurso Sobre as Ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAGA, E.M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 329-335; Set. 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000300003&script=sci_abstract&tlng=eses>

_____; SILVA, M. J. P. Como especialistas em comunicação expressam competência comunicativa. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p.529-38, jul./set. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0910.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html> Acesso: 02 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Portaria Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm> Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Portaria Nº 1.818, de 23 de agosto de 2012. **Estabelece recurso anual destinado ao custeio da Nefrologia do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1818_23_08_2012.html> Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 11/2014, ANVISA Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014. **Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122942-389.html>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Série B. Brasília; 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31879&janela=1>. Acesso em: 19 maio 2013.

CAMERON, L. E. O imaginário do estudante de graduação sobre o cuidado em enfermagem traumato-ortopédica. Rio de Janeiro, 2008. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

CAMERON, L. E.; ARAÚJO, S.T.C. Visão como instrumento da percepção na assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.95-99, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/13.pdf>>

CANHESTRO, M. R. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **Rev. Min. Enferm**, v.14, n. 3, p. 335-344, jul./set., 2010. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19553&indexSearch=ID>>

CARDOSO, L. S.; CEZAR-VAZ, M. R.; SILVA, M. R. S.; COSTA, V. Z. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na estratégia saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 19 mai. 2013.

CARPETINO – MOYET, L. J. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 13^a ed. Porto Alegre. Artimed, 2011.

CARVALHO, G.M.C. *et al.* Estudos brasileiros sobre nefrologia nas teses e dissertações de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63 n.6, p. 1052-1055, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/28.pdf>>

CHAGAS, C. E. 2011 Anais do XV Congresso Nacional de Linguística e Filologia, 2011. **Cadernos do CNLF**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, t. 1, 2011.

CICOLINI, G. *et al.* Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, no. 11, 2410-17, 2012. Disponível em: doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05935.x Acesso em: 10 mai. 2013.

COELHO, J. A. **A Balneoterapia: o enfrentamento e a adaptação dos enfermeiros do Centro de Tratamento de Queimados**. Rio de Janeiro, 2012. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

CORBIN, A.; COUTRINE, J. ; VIGARELLO, G. **História do corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009. 3 v.

CRUZ, D.O.A. **Perceber e conviver com o cateter de diálise peritoneal: uma contribuição do cliente para a enfermagem através dos sentidos corporais**. Rio de Janeiro, 2006. xi, 113 f. (Dissertação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

CRUZ, D.O.A.; ARAÚJO, S.T.C. Peritoneal dialysis: the tactile perception of clients that live with the catheter. **ACTA Paul Enferm.**, São Paulo, v. 21, no. spe, p. 164-168, 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500005>>

DATASUS, 2004. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/datasus.html>> Acesso em: 14 jul. 2014.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. P. Pais e professores contribuindo para o processo de inclusão: que habilidades sociais educativas apresentar? *In*: ALMEIDA, M. A.; MENDES, E. G.; HAYASHI, M. C. P. I. (Org). **Temas em Educação Especial: conhecimentos para fundamentar a prática**. Araraquara: Junqueira, Marin, 2008a. 2008. Disponível em: <<http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/03/Pais-e-professores-contribuicao-para-o-processo-de-inclusao.pdf>> Acesso em: 12 de jun. 2015.

_____; Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DIAS, K. C. C. O. et al. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **J. res.: fundam. Care Online**, v. 7, n. 1, p. 1832-1846, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3470/pdf_1413> Acesso em 14 mai. 2015.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Revisão Técnica: Sônia Regina de Souza. Tradução: Carlos Henrique Cousendey. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

DUQUE, C. da S. **A (con)vivência do cliente frente à disfunção erétil**: uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no perioperatório. Rio de Janeiro, 2005. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **O cuidado do cliente sociocomunicante – situação real e racional**. Nota de defesa de qualificação, 09 set. 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. *et al.* Pesquisando o cuidado de enfermagem pela arte e criatividade. *In*: SANTOS, I. *et al.* **Prática de pesquisa nas ciências humanas e sociais**: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu, 2005. 352 p.

FORMOZO, G. A. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 124-7, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf>>

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. Tradução: Kátia de Mello e Silva. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2005a. 213 p.

_____. **Extensão ou comunicação**. Tradução: Rosiska Darcy de Oliveira. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 131 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 40. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005b. 116 p.

FREITAS, M. C.; OLIVEIRA, M. F. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59 n.5, p. 642-6, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a09.pdf>>

GAUTHIER, J. H. M.; SANTOS, I. A sócio-poética: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa/vivência. Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, NAPE, 1996. 84 p.

GARCÍA CAMPAYO, J.; FERNANDO OROZCO. Comunicación no verbal. In: GARCÍA, M. P. M. **Enfermería: Siglo 21**. Madrid: [s.l.], 2000.

GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. Crise Hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.3, p.241-246, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a03v18n3.pdf>>

GUERRIERO, I. C. Z. Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde, Guarujá, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 459-463, 2008.

GUGLIELMI, A. **A Linguagem Secreta do Corpo**: a comunicação não verbal. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010, 255 p.

INFOCAPES: Boletim Informativo da CAPES, Brasília, v. 9, n. 2, 2001.

International Concil of Nurses. Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Tradução Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 180 p.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes. CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney inter. Suppl.* 2013; 3: 1-150. [citado em: 2012mai.15]. Disponível em: <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_commentaries.cfm>. Acesso em: 06 mai. 2015.

KDOQI. National Kidney Foundation: Clinical practice guidelines for chronic Kidney disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Am. J. Kidney Dis.* 2004. [citado em: 2012 ago.12]. Disponível em: <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_commentaries.cfm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. **Análise da conversação**: princípios e métodos. São Paulo, Parábola Editoreal, 2006.

KNAPP, M. L.; HALL, J.A. **Comunicação Não Verbal na Interação Humana**. São Paulo: JSN, 1999.

KOEPPE, G. B. O. **Enfrentamento e adaptação dos clientes com doença renal crônica em tratamento conservador**: subsídios para o cuidado de enfermagem em nefrologia. 144 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIRA, N. F.; BOMFIM, M. E. **História da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica, 1989. 68 p.

LOPEZ, M.L.; CARVALHO, E.C. A comunicação terapêutica durante instalação de terapia endovenosa: uso de simulação filmada. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 19 mai. 2013.

MAGACHO, E. J. C. *et al.* Adherence to drug therapy in kidney disease. **Braz J. Med. Biol. Res**, v. 44, n. 3, p. 258-262, 2011. Disponível em: <<http://www.journal.com.br>>. Acesso em: 11 mai. 2013.

MALNIC, B. **O cheiro das coisas**: o sentido olfato: paladar, emoções e comportamento. Rio de Janeiro. Vieira & Lent, 2008. 112 p.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da Conversação**. 5ªed. São Paulo: Ed.Ática, 2006.

_____. **Da Fala Para a Escrita**: atividades de retextualização. São Paulo: Ed. Cortez, 2012. 96 p.

MARQUITO, A. B. *et al.* Interações Medicamentosas Potenciais em Pacientes com Doença Renal Crônica. **J. Bras. Nefrol**, vol.36, n. 1, Jan./Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-8002014000100026&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 18 Mai. 2014.

MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. (org). **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências**. 11. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 309 p.

MARTINO, L.M.S. **Teoria da comunicação**: idéias, conceitos e métodos. Petrópolis: Vozes, 2009. 286 p.

MATTOS, P. L. C. I. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. Adm. Pública**, v. 39, n.4, p. 823-47, Jul./Ago. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/678>>

MELLO, R. **Análise do Discurso & Literatura**. Belo Horizonte: NAD/FALE/UFMG, 2005.

MIDDLETON, J. P.; PATEL, U. D. The Need for Collaboration to Improve Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD. **Advances in Chronic Kidney Disease**, v. 21, no. 6. P. 456–459, Nov, 2014. Disponível em: <[http://www.ackdjournal.org/issue/S1548-5595\(13\)X0012-6](http://www.ackdjournal.org/issue/S1548-5595(13)X0012-6)> Acesso em: 11 mai. 2015.

MILBRATH, V. M.; *et al.* Mães vivenciando o diagnóstico da paralisia cerebral em seus filhos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 437-44, set.2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, 406 p.

NAGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not.** London, UK: Duckworth Company Limited, 1970, 79 p.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2012-2014)** Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. 468 p.

NEGREIROS, G. O Diálogo de Ficção entre Personagens nos Contos de Luiz Vilela: uma análise da oralidade no texto escrito. **Estudos Linguísticos**, São Paulo, v. 39, n.3. p. 715-723, set./dez. 2010. Disponível em:
<http://www.gel.org.br/estudoslinguisticos/volumes/39/v2/EL_V39N3_01.pdf>

NICHOLAS, B. S.; KALANTAR-ZADEH, K.; NORRIS, K. C. Socioeconomic Disparities in Chronic Kidney Disease. **Advances in Chronic Kidney Disease**, v. 22, no. 1, p. 6-15, january, 2015. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291541/>>

ODOUL, N. **Diga-me onde dói e eu te direi por quê: os gritos do corpo são as mensagens das emoções.** Tradução Ana Baña. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 201p.

OLIVEIRA, L. F. D. **Interdições ao corpo no cuidado de enfermagem: percepções e superações de estudantes de graduação.** 2011. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

ORDAHI, L.F.B.; PADILHA, M.I.C.S.; SOUZA, L.N.A. Comunicação entre enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 965-972, set./out.,2007. Disponível em:
<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>>

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-697, jul./ago. 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>>

POLIT, D. F.; C. T. BECK. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed.Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

RAMOS, A.P.; BORTAGARAI, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**. v.14, n.1, p.164-170, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2014.

RECTOR, M.; TRINTA, A. R. **Comunicação do corpo**. São Paulo: Ática, 1990, 88p.

REMBOLD, S.M. *et al.* Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. **ACTA Paul Enferm.** (Especial Nefrologia - 2), São Paulo, v. 22, p. 501-504, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023853009.pdf>>

ROSO, C. C. *et al.* O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.22, n.3, July./Sept. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2014.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa, Portugal: Editora Piaget, 2001, 524 p.

SAES, S. C. **O cuidar da enfermeira no imaginário do cliente com necessidades especiais de saúde na área renal: um desafio através dos sentidos corporais e da sociopoética**. Xii, 139 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

SAES, S. C.; ARAÚJO, S. T. C. O cuidado de enfermagem através dos sentidos corporais do cliente em diálise peritoneal: uma abordagem sociopoética. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.259-266, jul., 2004.

SANTOS, I.; CAVALCANTE, L. B.; BARANDINELLI, L. M. M. Estudo sobre hábitos de vida de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; v.18, n.1, p. 48-54. 2010. <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a09.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2012.

SANTOS, I; GAUTHIER, J. H. M. **Enfermagem: análise institucional e sociopoética**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1999. 208 p.

SANTOS, C.C.V.; SHIRATORI, K. Comunicação não Verbal: importância no cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, no. 1, p. 1 – 9. 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewfile/912/912.pdf>> Acesso em 08 fev. 2012.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto**: programas de ações na unidade básica. Ed. HUCITEC. São Paulo, 1996. 286 p.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. A comunicação nas relações interpessoais em Saúde. São Paulo:Edições Loyola, 2008, 133 p.

SBN: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2010/amostragem.ptt>> Acesso em: 08 jun. 2013.

_____. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2013. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2013/amostragem.ptt>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

_____. Tratamento Conservador: dieta adequada. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/2015/tratamento-conservador.ptt>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

SOUZA, R. T. **Sobre a construção do sentido** – o pensar e o agir entre a vida e a filosofia. São Paulo: Perspectiva, 2003.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

TANURE, M.C.; PINHEIRO, A. M. **SAE**: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, 298 p.

TORCHI, T. *et al.* Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta paul. Enferm.**, vol.27, n.6, Nov./Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600585> Acesso em 01 abr. 2014.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia clínico-qualitativa: definição, princípios e características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 2, n.1, p.92-108, 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>>

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 685 p.

VIDAL, V. L. L. *et al.* O familiar acompanhante como estímulo comportamental de clientes internados em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 211-219, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0409.pdf>>

WALKER, R.; ABEL, S.; MEYER, A. The **Perceptions of key influences on effective pre-dialysis nursing care**. **Contemp Nurse**. v. 6, no. 1, p. 28-35, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23050569.htm>>. Acesso em: 01 set. 2014.

WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. WHO. Genebra. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> Acesso em: 10 fev. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem/Curso de Doutorado em Enfermagem
Comitê de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem Anna Nery-Hospital Escola São Francisco Assis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESOLUÇÃO Nº466/12

VERSÃO 21/12/2013

A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA

O Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sobre a comunicação entre o enfermeiro e o cliente em **tratamento conservador ambulatorial** da doença renal crônica (**período que o cliente, com diagnóstico de doença renal crônica, não necessita de tratamento de diálise ou transplante renal**). Os **objetivos** são: 1) descrever o sentido e o significado da comunicação do cliente no tratamento conservador da doença renal crônica; 2) analisar as necessidades expressas pelo cliente que auxiliam no cuidado do enfermeiro no tratamento conservador da doença renal crônica, 3) discutir as **pistas comunicativas (sinais da emissão de informações)** que apontam para uma **intervenção (prestação do cuidado, assistência) efetiva (eficaz, pertinente)** do enfermeiro na necessidade afetada.

Sua participação é voluntária, sem custo ou qualquer compensações financeiras, e em qualquer fase da pesquisa você poderá desistir de participar, recusar-se a responder qualquer pergunta ou retirar seu consentimento. Sua desistência não lhe trará nenhum prejuízo e seu tratamento na instituição está assegurado independente da sua participação ou não na pesquisa. **Você receberá cópia desse documento** e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações de outros clientes, de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Qualquer ocorrência que haja durante a **abordagem (atendimento)** será fornecida a assistência necessária dentro da instituição. **Os riscos poderão ser: desconforto pelo tempo dispensado e o incômodo por estar dividindo seus problemas com outro profissional.** Estes riscos são mínimos diante das contribuições que são esperadas advindas da pesquisa. Desta forma, os benefícios produzidos ainda durante o estudo, serão divulgados e, com a ressalva, para que sejam ampliados aos demais clientes do Programa de Tratamento Conservador Ambulatorial.

As **abordagens(atendimentos)** da pesquisadora ocorrerão de duas (02) a três (03) vezes nas datas de retorno à consulta médica. Constará em responder perguntas sobre seu estado de saúde física e mental com figuras referentes aos sentidos do corpo. Tudo será gravado em registro

digital para posterior registro em papel, e serão guardadas por 05 (cinco) anos e incineradas após este período.

Terão acesso aos resultados os participantes do estudo, a pesquisadora envolvida no projeto e os profissionais que possam vir a ter relacionamento de atendimento e/ou de cuidados. Não será permitido acesso a terceiros (seguidores, empregadores, superiores hierárquicos), garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou estigma.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr(a) terá acesso à pesquisadora responsável: enfermeira Doris de Oliveira Araujo Cruz através dos Telefones de Contato Direto: (21) 9785-9498 e (21) 2562-6021 e-mail: doriscruz@gmail.com. Se o Sr(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Escola de Enfermagem Anna Nery, Rua Afonso Cavalcanti, 275 – CEP 20.211-110 Cidade Nova, Centro- RJ, Tel: 2293-8048 ramal 228 de segunda à sexta-feira das 8:00 as 13:00 horas, E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com ; ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº 255 Sala 01D-46 – Cidade Universitária, CEP: 21.941-913, Rio de Janeiro, Tel: (21) 2562-2480 de segunda à sexta- feira das 8:00 as 15:00 horas, E-mail: cep@hucff.ufrj.br.

CONSENTIMENTO: Declaro ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou foram lidas para mim. **Eu recebi uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** e a outra ficou com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável devemos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na folha.

Eu discuti com a enfermeira Dóris de Oliveira Araújo Cruz, sobre a minha decisão em participar nesse estudo, ficando claros para mim quais são seus propósitos, os procedimentos a serem realizados, desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento na Instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ___ / ___ / ____

Nome / Assinatura do Participante da Pesquisa

_____ Data ___ / ___ / ____

Nome / Assinatura do Representante Legal

_____ Data ___ / ___ / ____

Doris de Oliveira Araujo Cruz – Pesquisador

APÊNDICE B – COMUNICAÇÃO DA PESQUISA AO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem: Curso de Doutorado em Enfermagem

“A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA”

Comunicado de Pesquisa ao Serviço de Nefrologia

Eu, Enfermeira Dóris de Oliveira Araújo Cruz, matrícula 112164455, solicito sua apreciação quanto ao pedido para desenvolver o projeto intitulado “A Comunicação do Cliente para Integralizar o Cuidado do Enfermeiro no Tratamento Conservador da Doença Renal Crônica”, como requisito parcial do título de doutor pelo Programa *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery em andamento (2012 a 2015), sob orientação da Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo.

O projeto será desenvolvido junto aos clientes em Tratamento Conservador do Ambulatorial do Serviço de Nefrologia, no 2º andar, às quartas-feiras no turno da tarde tem como objetivos: Investigar a comunicação de forma verbal e não verbal pelo cliente a partir dos significados atribuídos às mudanças do corpo; Identificar as necessidades, implícitas na comunicação verbal e não verbal, que sejam indicativas do cuidado do enfermeiro ao cliente em tratamento conservador; Analisar como as pistas comunicativas do cliente podem auxiliar na abordagem do enfermeiro no período que antecede o início da terapia renal substitutiva.

Os sujeitos da pesquisa serão selecionados a partir da agenda médica do Tratamento Conservador Ambulatorial do Serviço de Nefrologia. Através de uma abordagem qualitativa, serão realizadas abordagens sensibilizadoras com cubo interativo contendo figuras dos sentidos corporais e escala analógica dos sentidos, que favoreça a participação dos clientes. Os dados serão coletados de dois a três encontros respeitando-se o agendamento. Não haverá ônus para os clientes. Estes serão convidados a participar e seu engajamento deverá ser voluntário

O projeto será submetido no Comitê de Ética da EEAN/HESFA, no qual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os demais itens estão de acordo com a Resolução 466/12 das Diretrizes e Normas que regulamentam Pesquisas com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo pretende ampliar o conhecimento das pesquisas em enfermagem em nefrologia no cuidado ao indivíduo com doença renal crônica em tratamento conservador ambulatorial e enriquecer as pesquisas na abordagem qualitativa com dispositivos lúdicos para melhor subsidiar a assistência de enfermagem.

Atenciosamente,

Doris de Oliveira Araujo Cruz

Matrícula EEAN/UFRJ 112164455

APÊNDICE C – CARTA DE APRESENTAÇÃO AO CEP COPARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO

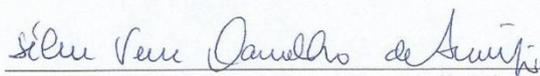
Rio de Janeiro, 07 de outubro de 2013.

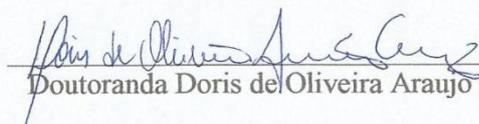
Para: Comitê de Ética em Pesquisa HUCFF/UFRJ

Assunto: **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Declaramos que conhecemos o conteúdo do projeto de tese intitulado **“A Comunicação entre Enfermeiro e Paciente: Efetividade da Abordagem no Tratamento Conservador Ambulatorial em Nefrologia”**, bem como a metodologia e o Protocolo de Pesquisa. Informamos que, sua finalidade, destina-se à Tese de Doutorado da Pesquisadora Doris de Oliveira Araujo Cruz.

Atenciosamente,


Prof. (a) Dr. (a) Silvia Teresa Carvalho de Araújo
ORIENTADORA


Doutoranda Doris de Oliveira Araujo Cruz

APÊNDICE D – COMUNICAÇÃO DA PESQUISA À DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem: Curso de Doutorado em Enfermagem

À Divisão de Enfermagem com vistas ao Serviço de Internações Clínicas, Saúde da Comunidade e Seção de Enfermagem – Diálise.

Eu, Enfermeira Dóris de Oliveira Araújo Cruz, matrícula 112164455, solicito sua apreciação quanto ao pedido para desenvolver o projeto intitulado “**A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA**”, como requisito parcial do título de doutor pelo Programa *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery em andamento (2012 a 2015), sob orientação da Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo.

O projeto será desenvolvido junto aos clientes em Tratamento Conservador do Ambulatorial do Serviço de Nefrologia, no 2º andar, as quartas-feiras no turno da tarde tem como objetivos: Investigar a comunicação de forma verbal e não verbal pelo cliente a partir dos significados atribuídos às mudanças do corpo; Identificar as necessidades, implícitas na comunicação verbal e não verbal, que sejam indicativas do cuidado do enfermeiro ao cliente em tratamento conservador; Analisar como as pistas comunicativas do cliente podem auxiliar na abordagem do enfermeiro no período que antecede o início da terapia renal substitutiva.

Os sujeitos da pesquisa serão selecionados a partir da agenda médica do Programa de Tratamento Conservador Ambulatorial do Serviço de Nefrologia. Através de uma abordagem qualitativa, serão realizadas abordagens sensibilizadoras com cubo interativo contendo figuras dos sentidos corporais e escala analógica dos sentidos, que favoreça a participação dos clientes. Os dados serão coletados de dois a três encontros respeitando-se o agendamento. Não haverá ônus para os clientes. Estes serão convidados a participar e seu engajamento deverá ser voluntário.

O projeto será submetido no Comitê de Ética em pesquisa da EEAN/HESFA, no qual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os demais itens estão de acordo com a Resolução 466/12 das Diretrizes e Normas que regulamentam Pesquisas com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo pretende ampliar o conhecimento das pesquisas em enfermagem em nefrologia no cuidado ao indivíduo com doença renal crônica em tratamento conservador ambulatorial e enriquecer as pesquisas na abordagem qualitativa com dispositivos lúdicos para melhor subsidiar a assistência de enfermagem.

Atenciosamente,

Doris de Oliveira Araujo Cruz
Matrícula EEAN/UFRJ 112164455

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO CLIENTE

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Centro de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem Anna Nery

Programa de Pós-Graduação e Pesquisa: Curso de Doutorado em Enfermagem

Nº Ordem: _____

INICIAIS: _____

A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA**DATA:** ___ / ___ / ___ **DRC** Estágio atual: _____ Início: _____ h Término: _____ h**1. DADOS PESSOAIS**

Idade: _____

Pront: _____

Nome: _____

Sexo: F () M ()

Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Munic: _____

Cidade: _____ Est : _____ Transporte Público: _____ Próprio: _____

Pref: _____

Fone Fixo: (_) _____ Celular: (_) _____ E-mail: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Etnia: _____ Naturalidade: _____ Escolaridade:

Estado Civil: () casado () Solteiro () desquitado () Divorciado () União Estável

Religião: _____ Praticante: ()S () N () Ateu () Agnóstico

Profissão: _____ Tempo de Serviço: _____ Trabalha: () S () N

Aposentado(a): _____

2. RESUMO HISTÓRIA da DRC:

Tratamento Anterior? () Sim () Não Local e data: _____

Início do Tratamento: _____ Estágio: _____ Hist. DRC Fam.: _____

Doença de base e ano do diagnóstico: _____

Comorbidades: _____**Medicação:** () Comprac/ recursos próprios () Programa

Governamental: _____ Uso contínuo: _____

Uso conforme prescrição: ()S () N Porque? _____

3. COMPOSIÇÃO e RENDA FAMILIAR

Número de residentes no domicílio: () cônjuge () filhos () pais/sogros () Outros _____

Parentesco e Nome do acompanhante: _____ Renda Líquida Familiar: _____

4. INFORMAÇÕES GERAIS**Convênio:** () S () N Qual? _____ Recursos Redes Sociais de Saúde _____**5. Informações complementares – Limitação física:** () S () N _____ Outras informações:

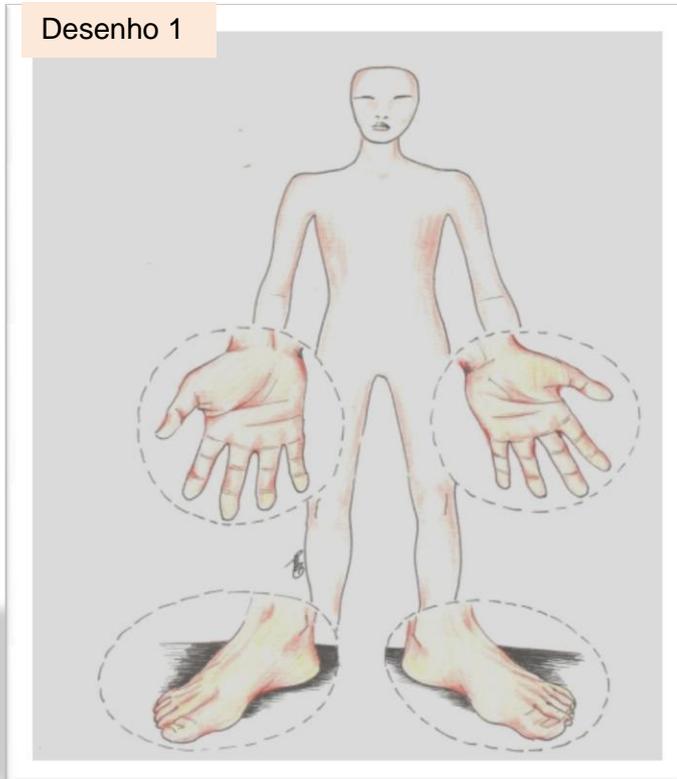
APÊNDICE F – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO
CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA

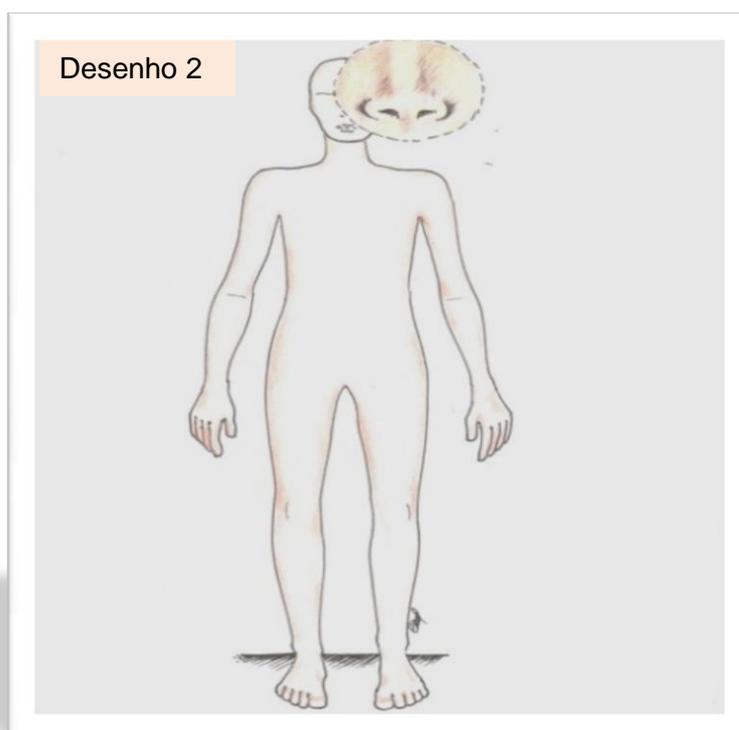
Momento _/_/_	Manifes- tações Verbais	Manifestações Não Verbais								AÇÃO DE ENFERMAGEM	OBS
		CINÉSICA		PARAVERBAL		PROXÊMICA		TACÉSICA			
		Expressão Facial e Olhar	Gestos e Postura	Tom de Voz	Sinais Paralin- guísticos	Eixo Soció- fugo	Eixo Soció- peto	Toque Terapêu- tico	Toque Afetivo		
Apresentação e Sensibilização		Qual?	Qual?	Alto Baixo Trêmula	Lexicais Descritivos Reforçadores Embelezadores Acidentais	Sim Não	Sim Não	Local Reação	Local Reação	Percebe sempre Percebe às vezes Não percebe Atende sempre Atende às vezes Não atende	
Pergunta da Pesquisa		Qual?	Qual?	Alto Baixo Trêmula	Lexicais Descritivos Reforçadores Embelezadores Acidentais	Sim Não	Sim Não	Local Reação	Local Reação	Percebe sempre Percebe às vezes Não percebe Atende sempre Atende às vezes Não atende	
Diálogo		Qual?	Qual?	Alto Baixo Trêmula	Lexicais Descritivos Reforçadores Embelezadores Acidentais	Sim Não	Sim Não	Local Reação	Local Reação	Percebe sempre Percebe às vezes Não percebe Atende sempre Atende às vezes Não atende	
Avaliação e Saída		Qual?		Alto Baixo Trêmula	Lexicais Descritivos Reforçadores Embelezadores Acidentais	Sim Não	Sim Não	Local Reação	Local Reação	Percebe sempre Percebe às vezes Não percebe Atende sempre Atende às vezes Não atende	

APÊNDICE G – CARTÕES DOS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO CORPO PARA APLICAÇÃO DA VIVÊNCIA SENSORIAL

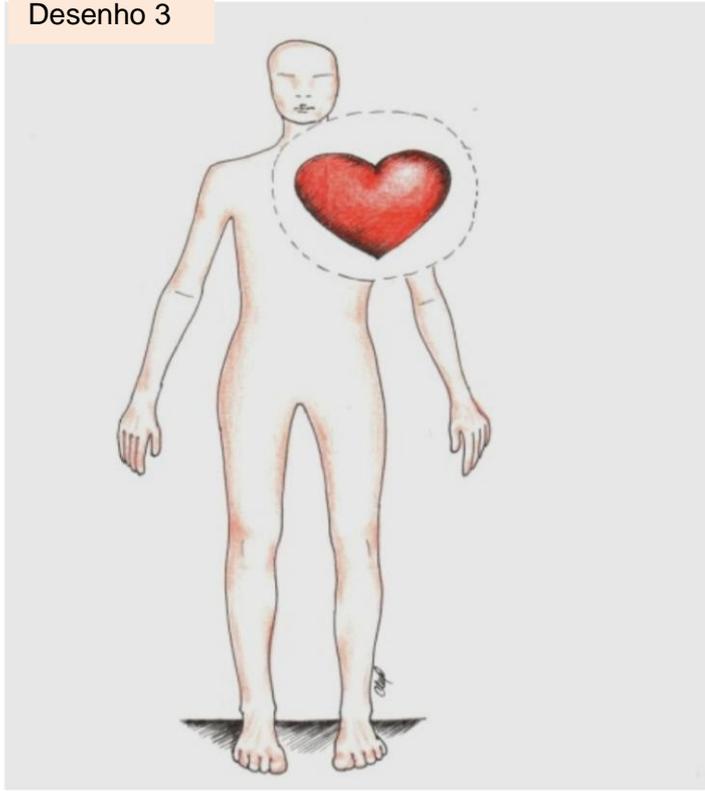
Desenho 1



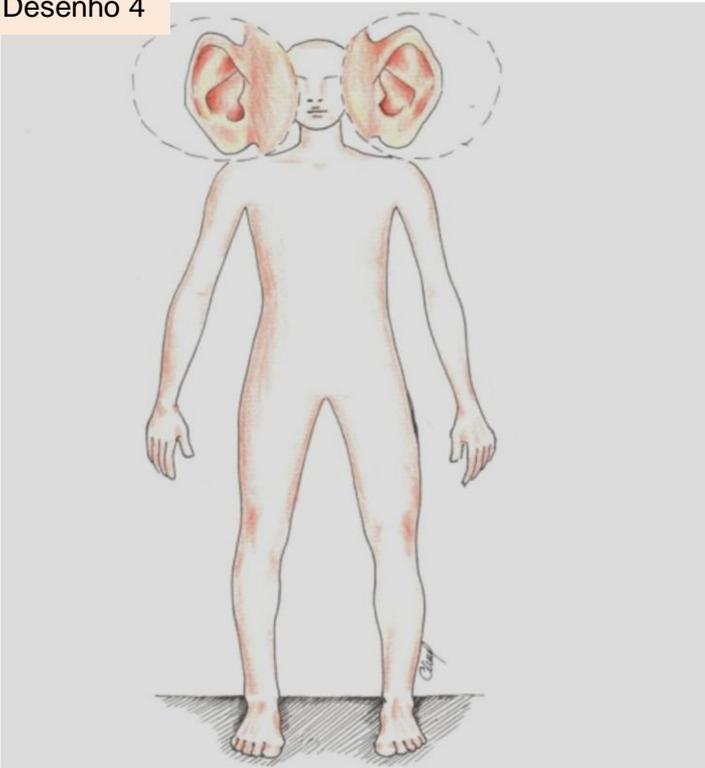
Desenho 2



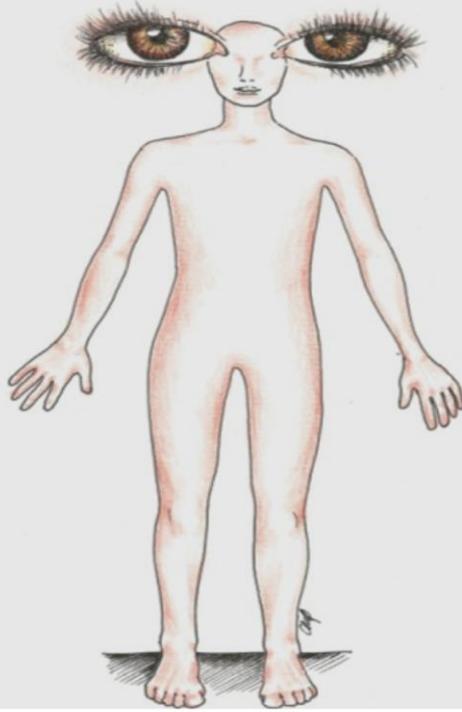
Desenho 3



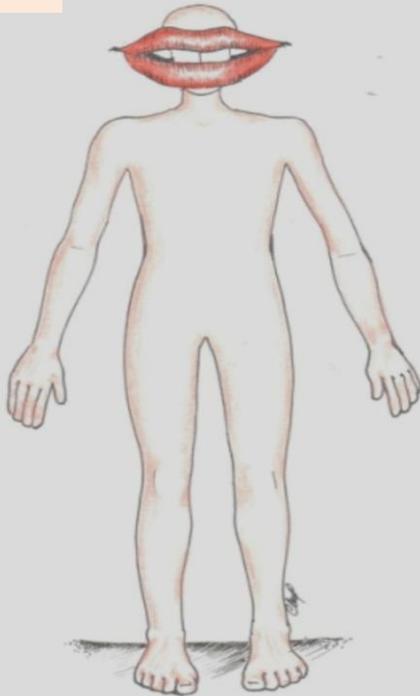
Desenho 4



Desenho 5



Desenho 6



APÊNDICE H – ESCALA ANÁLOGA DOS SENTIDOS SOCIOCOMUNICANTES DO CORPO*

Universidade Federal do Rio de Janeiro
 Centro de Ciências da Saúde
 Escola de Enfermagem Anna Nery
 Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem: Curso de Doutorado em Enfermagem

“A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA”

Data: ___ / ___ / ___ Prontuário: _____ Iniciais: _____

Marcar de um (1) a dez (10) para cada item de acordo com a importância.

a) **Sentido Visão** – Principais sinais e sintomas associados: acuidade visual diminuída () ardência () edema () prurido () lacrimejamento () fotofobia () visão turva () outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


b) **Sentido Tato** - Principais sinais e sintomas associados: parestesia () paresia () sudorese () descamação () hidratação () higiene () unhas () cabelos () outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


c) **Sentido Audição** - Principais sinais e sintomas associados: acuidade auditiva diminuída () prurido () secreção () zumbidos () outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


d) **Sentido Gustação (paladar)** - Principais sinais e sintomas associados: paladar diminuído () gosto amargo () secura () saburra () higiene () halitose () odontalgia () sangramento () outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


e) **Sentido Olfato** - Principais sinais e sintomas associados: olfato diminuído () coriza () secura () alergias () higiene nasal () epistaxe () Outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


f) **Sentido Coração** - Principais sinais e sintomas associados: ansiedade () afeição () depressão () tristeza () confusão () vergonha () outros: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


* Adaptação da Escala Análoga dos Sentidos Sociocomunicantes de OLIVEIRA (2011)

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

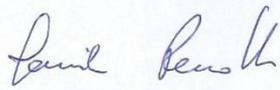
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina
Hospital Universitário Clementino Fraga filho
Divisão de Pesquisa

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Com relação ao projeto de pesquisa intitulado **“A Comunicação entre Enfermeiro e Paciente: Efetividade da Abordagem no Tratamento Conservador Ambulatorial em Nefrologia”** realizado pela doutoranda Doris de Oliveira Araujo Cruz sob a orientação da Professora Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo e tendo como instituição proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, da qual o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) participará como instituição coparticipante:

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP FM/HUCFF/UFRJ, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.


Prof. José Marcus Raso Eulálio

Rio de Janeiro, 09 / 09 / 2013

Profª Lucila Marieta Perrotta de Souza
Diretora Adjunta - HUCFF/UFRJ
CRM: 52.33502

ANEXO B – PARECER APROVADO DO CEP COPARTICIPANTE

Original
Parecer Aprovado 29/01/2014

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE: EFETIVIDADE DA ABORDAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR AMBULATORIAL EM NEFROLOGIA

Pesquisador: DORIS DE OLIVEIRA ARAUJO CRUZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22183813.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.610

Data da Relatoria: 09/01/2014

Apresentação do Projeto:
Protocolo 277-13 do grupo III. Respostas recebidas em 23.12.2013.

Objetivo da Pesquisa:
Ver parecer consubstanciado n. 465.535, exarado em 23.11.2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Ver parecer consubstanciado n. 465.535, exarado em 23.11.2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Ver parecer consubstanciado n. 465.535, exarado em 23.11.2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Ver parecer consubstanciado n. 465.535, exarado em 23.11.2013

Recomendações:
Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Considerações sobre as respostas às pendências do parecer consubstanciado n. 465.535, exarado em 23.11.2013:

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2562-2480 **Fax:** (21)2562-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Página 01 de 05