



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
GRUPO DE PESQUISA: COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR –
CLIENTE DE ALTA COMPLEXIDADE (CEHCAC)

ALESSANDRA GUIMARÃES MONTEIRO MOREIRA

OS SENTIDOS DO ESPAÇO E DOS CORPOS NA HEMODIÁLISE: A
COMUNICAÇÃO PROXÊMICA DA ENFERMAGEM COM O PACIENTE RENAL.

Rio de Janeiro
Setembro/2017

ALESSANDRA GUIMARÃES MONTEIRO MOREIRA

**OS SENTIDOS DO ESPAÇO E DOS CORPOS NA HEMODIÁLISE: A
COMUNICAÇÃO PROXÊMICA DA ENFERMAGEM COM O PACIENTE RENAL.**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito necessário para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

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

Rio de Janeiro
Setembro/2017

Alessandra Guimarães Monteiro Moreira

**OS SENTIDOS DO ESPAÇO E DOS CORPOS NA HEMODIÁLISE: A
COMUNICAÇÃO PROXÊMICA DA ENFERMAGEM COM O PACIENTE RENAL.**

Tese de Doutorado apresentada à banca examinadora do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de Defesa de Tese.

Aprovada em 26 de setembro de 2017, por:

Presidente - Prof^ª Dr^ª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

1º Examinador – Prof^ª Dr^ª Cleotilde Garcia Reza
Universidade Autônoma do Estado do México- UAEM

2º Examinador – Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto -UNIRIO

3º Examinador Prof^ª Dr^ª Angela Maria Bittencourt F. da Silva
Instituto Federal do Rio de Janeiro - IFRJ

4º Examinador Prof^ª Dr^ª Marta Sauthier
Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

Suplente – Prof^ª Dr^ª Glaucia Valente Valadares
Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

Suplente – Prof^ª Dr^ª Maria Júlia Paes da Silva
Escola de Enfermagem da USP

Rio de Janeiro
Setembro/2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moreira, Alessandra Guimarães Monteiro

Os sentidos do espaço e dos corpos na hemodiálise: a comunicação proxêmica da enfermagem com o paciente renal. / Alessandra Guimarães Monteiro Moreira - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2017.

132f.: Il., 31cm

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

Teses - Doutorado – UFRJ/EEAN/Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, 2017.

Referências: f.107-117

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

CDD 610.73

DEDICATÓRIA

À minha família, André (marido), Gabriel e Lucas (filhos). Pelo amor e incentivo que recebo diariamente de vocês. Muito obrigada pelo apoio durante minha jornada, pela compreensão das minhas ausências durante a realização desta pesquisa e, ainda, por acreditarem em mim em momentos em que eu mesma me sentia desanimada. Amo vocês!

À minha mãe, Nely Moema, a quem devo tudo que sou. Pelo amor incondicional, sempre me apoiando em minhas decisões. Pela garra e coragem de lutar pela sua família. Obrigada por tudo que fizeste por mim e pelos meus filhos. Eu te amo!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida que tens me dado. Agradeço pela saúde, família, amigos e pela oportunidade de estar vivenciando este momento único em minha vida.

Ao meu marido André que sempre esteve presente, me apoiando e incentivando nos momentos de desânimo e de incertezas, trazendo suas contribuições para o fortalecimento da minha vida profissional e familiar. Você e meus filhos são o incentivo para continuar nesta jornada. Vocês são tudo na minha vida!

Aos meus Pais, José Luiz e Nely Moema, aos quais devo minha vida. Fico feliz por estar realizando um sonho do qual vocês também fazem parte. Amo vocês!

À minha irmã Danielle, parceira em vários momentos da minha vida. Você que sempre apoiou minha realização profissional, muito obrigada pela força.

À minha professora orientadora e amiga Prof^a Dr^a Silvia Teresa Carvalho de Araújo, por ter confiado no meu potencial e pela coragem de caminhar comigo desde minha iniciação científica até a conclusão desta tese. Seus ensinamentos, sua sabedoria e seu jeito meigo e carinhoso de ser me cativaram desde o primeiro momento. Se hoje escrevo esta tese é porque você me proporcionou fazer parte do seu mundo, este que me apaixono cada vez mais e que permite explorar tudo aquilo que sempre almejei. - Conhecimento essencial para cuidar.

Ao meu Padrasto Daniel (in memoriam), foi a partir da necessidade de ajudá-lo na DRC que busquei os estudos, infelizmente você não está aqui para ver meu trabalho, mas aonde quer que esteja sei que está torcendo por mim.

Aos membros da Banca Examinadora que me acompanharam desde a defesa do projeto com valiosíssimas contribuições:

Prof^a Dr^a Cleotilde Garcia Reza que se disponibilizou a fazer parte desta banca e trouxe contribuições significativas para a construção deste. Sempre tão solícita e atenciosa, passa uma energia tão boa que mesmo a distância eu pude recebê-la.

Prof^a Dr^a Nébia M^a Almeida de Figueiredo, quanta sabedoria em uma única pessoa... Obrigada por acreditar em mim. "O sábio não é aquele que conhece tudo e sim aquele que está aberto a novos conhecimentos".

Prof^a Dr^a Angela Maria Bittencourt da Silva que prontamente aceitou na fase final de defesa a participar da banca e brilhou com seus conhecimentos.

Profª Drª Gláucia Valente Valadares pelas inúmeras contribuições que me ajudaram a organizar meus pensamentos, crescer, aprender, refletir e acima de tudo percorrer esse caminho com segurança.

Profª Drª Marta Sauthier desde a graduação acompanhou minha busca pelo conhecimento e sei que sempre torceu por mim. Seus olhos dizem tudo quando a vejo, minha eterna admiração.

Profª Drª Maria Júlia Paes da Silva que com muita luz e paz sempre esteve acompanhando e torcendo pelas minhas conquistas.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Comunicação de Enfermagem Hospitalar - Pacientes de Alta Complexidade (CEHCAC), esta oportunidade de fazer parte de um grupo é muito enriquecedor, pois cada um traz consigo experiências únicas que, ao somá-las, faz a diferença de uma grande equipe.

À amiga Maria de Fátima Pinto Silva do Comitê de Ética em Pesquisa por estar sempre disponível a me auxiliar durante os trâmites de submissão do projeto ao comitê. Sempre atenciosa nas orientações, é um exemplo de mulher, mãe e profissional, muita dedicação em tudo que faz. Eu te adoro, Fafa!

Ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, pela constante disponibilidade e pelos oportunos esclarecimentos, sempre prestados com carinho, zelo e dedicação.

À equipe da Biblioteca da EEAN pelos vários momentos de compartilhamentos de saberes e pelas ajudas prestadas.

RESUMO

MOREIRA, Alessandra Guimarães Monteiro. Rio de Janeiro, 2017. **Os sentidos do espaço e dos corpos na hemodiálise: a comunicação proxêmica da enfermagem com o paciente renal.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Objeto do estudo: a Comunicação Proxêmica do enfermeiro frente ao paciente portador de Doença Renal Crônica na Hemodiálise (HD). **Objetivos do estudo:** descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise; avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial na qualidade da interação e do cuidado prestado; discutir o ambiente da sala de hemodiálise e suas estratégias para demarcar o espaço do cuidado de enfermagem. **Metodologia:** estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, por meio do método etnográfico. Estudo realizado em duas unidades de Nefrologia, localizadas no município do Rio de Janeiro, sendo estes Hospitais Universitários. Os participantes da pesquisa foram 12 enfermeiros do setor de nefrologia que atuam no cuidado ao paciente durante a hemodiálise. Os dados foram captados por meio de observação sistematizada participante atentando para os itens proxêmicos e entrevista gravada com questões semiestruturadas. A análise temática a partir dos depoimentos dos participantes, baseando-se em Bardin (2011), após a triangulação dos dados surgiram as categorias: o ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise; sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise; produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação. **Resultados:** O ambiente do cuidado em HD é demarcado pelo uso dos espaços íntimo e pessoal na execução de procedimentos e pelas interações com o paciente. A posição do mobiliário centralizado e equidistante do posto de enfermagem determinou uma proxemia mais pessoal, visto que tudo estava centralizado e exigiu pouco distanciamento da equipe de enfermagem durante o cuidado. A atuação pública está definida pela maior distância na disposição dos mobiliários em relação ao posto de enfermagem, pois isso também interfere na proxemia da equipe e consequentemente na comunicação deste com o paciente. Em ambos os cenários pesquisados os sentidos do espaço evidenciaram que a posição corporal pessoal é necessária e influencia na interação, pode transmitir confiança a quem se cuida; e empatia para compartilhar emoções. **Discussão:** Comunicação Proxêmica é aquela ao qual existe uma tríade no processo de cuidar, com o espaço físico, com o uso dos sentidos corporais e a forma como nos comunicamos. O ambiente do cuidado em HD é em qualquer lugar; o uso dos espaços íntimo e pessoal é para execução de procedimentos e interações com o paciente, atentando para não violar sua privacidade; o uso do espaço social é necessário um fluxo da comunicação mais eficiente, sem interferência das características semifixas e fixas do espaço, sendo que este seja centralizado para o enfermeiro. Os sentidos do espaço representam que é necessário ter uma boa interação, com confiança de quem se cuida; empatia ao compartilhar emoções; saber que existe hábitos e formas diferentes de se comunicar; é expressar arranjos espaciais singulares com fluxo adequado; estabelecer códigos de comunicação; ter habilidades comunicativas; manter as diferentes distâncias proporcionando conforto, segurança e privacidade; compartilhar emoções; atentar quanto à qualidade das interações. **Conclusão:** A discussão sobre o espaço do trabalho, os sentidos envolvidos no cuidado e a comunicação nas relações devem ser promovidas constantemente, com o objetivo de redesenhar os processos do cuidado.

Palavras Chaves: Proxêmica; diálise renal; relações interpessoais; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

MOREIRA, Alessandra Guimarães Monteiro. Rio de Janeiro, 2017. The senses of space and bodies in hemodialysis: the proxemic communication of nursing with the renal patient. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Purpose of the study: the Proxemic Communication of the nurse in front of the patient with Chronic Renal Disease in Hemodialysis. **Objectives of the study:** to describe the knowledge of nurses on Proxemic Communication in the context of Nursing care in Hemodialysis; to evaluate the importance of Proxemic Communication as an essential element in the quality of interaction and care provided; discuss the environment of the hemodialysis room and its strategies for demarcating the care nursing space. **Methodology:** an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, using the ethnographic method. The research was based on two Nephrology units, located in the city of Rio de Janeiro, being these University Hospitals. Participants in the study were 12 nurses from the nephrology sector who work on patient care during hemodialysis. Data were collected through systematic observation of the participant, considering the proxemic items and recorded interview with semi structured questions. The thematic analysis from the participants' statements, based on Bardin (2011) triangulated with the observed items resulted in the categories: the nursing care environment in hemodialysis; senses of the space of care in hemodialysis; production of nurses' knowledge about communication and on the proxemic behavioral mapping of nursing and clients during hemodialysis. **Results:** The Hemodialysis care environment is marked by the use of intimate and personal spaces in the execution of procedures and by interactions with the patient. The position of the furniture centralized and equidistant from the nursing station determined a more personal proxemia, since everything was centralized and required a little distance of the nursing team during the care. The public performance is defined by the greater distance in the disposition of the furniture in relation to the nursing station, as this also interferes in the proxemia of the team and consequently in the communication of this with the client. In both scenarios, the senses of space showed that personal body position is necessary and influences the interaction, it can transmit confidence to those who care; and empathy to share emotions. **Discussion:** Proxemic Communication is one to which there is a triad in the process of caring, with the physical space, the use of the bodily senses and the way we communicate. The Hemodialysis care environment is everywhere; the use of intimate and personal spaces is for performing procedures and interactions with the patient, taking care not to violate their privacy; the use of social space requires a more efficient flow of communication without interference from the semi-fixed and fixed characteristics of the space, and this is centralized for the nurse. The senses of space represent that it is necessary to have a good interaction, with the confidence of those who care; empathy in sharing emotions; knowing that there are different habits and ways of communicating; to express singular spatial arrangements with adequate flow; establish communication codes; have communication skills; maintain the different distances providing comfort, security and privacy; share emotions; attention to the quality of the interactions. **Conclusion:** The discussion about the space of work, the senses involved in care and communication in relationships should be constantly promoted, with the goal of redesigning the processes of care. What does not add value should be withdrawn for nursing professionals to optimize their efforts.

Keywords: Proxemics, renal dialysis, interpersonal relations, nursing care.

RESUMEN

MOREIRA, Alessandra Guimarães Monteiro. Rio de Janeiro, 2017. Los sentidos del espacio y de los cuerpos en hemodiálisis: la comunicación proxémica de la enfermería con el paciente renal. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2017.

Objeto de estudio: la Comunicación Proxémica del enfermero frente al paciente portador de Enfermedad Renal Crónica en la Hemodiálisis (HD). **Objetivos del estudio:** describir el conocimiento de los enfermeros sobre Comunicación Proxémica en el contexto del cuidado de Enfermería en la Hemodiálisis; Evaluar la importancia de la Comunicación Proxémica como elemento esencial en la calidad de la interacción y del cuidado otorgado; Discutir el ambiente de la sala de hemodiálisis y sus estrategias para demarcar el espacio del cuidado de la enfermería. **Metodología:** estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cualitativo, por medio del método etnográfico. Estudio realizado en dos unidades de Nefrología, ubicadas en el municipio de Río de Janeiro, son estos Hospitales Universitarios. Los participantes de la investigación fueron 12 enfermeros del sector de nefrología que actúan en el cuidado al paciente durante la hemodiálisis. Los datos fueron captados por medio de observación participante considerado para los ítems proxémicos y entrevista grabada con preguntas semiestructuradas. El análisis temático a partir de los relatos de los participantes, basándose en Bardin (2011), después de la triangulación de los datos surgieron las categorías: el ambiente del cuidado de enfermería en la hemodiálisis; los sentidos en el espacio de cuidado en hemodiálisis; la producción del conocimiento de los enfermeros sobre comunicación. **Resultados:** El ambiente del cuidado en HD es demarcado por el uso de los espacios íntimo y personal en la ejecución de procedimientos y por las interacciones con el paciente. La posición del mobiliario centralizado y equidistante del puesto de enfermería determinó una proxemia más personal, ya que todo estaba centralizado y exigió poco distanciamiento del equipo de enfermería durante el cuidado. La actuación pública está definida por la mayor distancia en la disposición de los muebles en relación al puesto de enfermería, pues eso también interfiere en la proxemia del equipo y consecuentemente en la comunicación del paciente. En ambos escenarios investigados los sentidos del espacio evidenciaron que la posición corporal personal es evidente la interacción, al poder transmitir confianza a quien se cuida; y empatía para compartir emociones. **Discusión:** La posición adoptada por los miembros del equipo de enfermería puede ser consciente de no violar la privacidad del cliente; y la ocupación del espacio social fue necesaria para asegurar un flujo de comunicación más eficiente aunque se determinó por interferencia de las características semifijas y fijas del espacio. Saber que existen hábitos y formas diferentes de comunicarse; que debemos expresar corporalmente buenos arreglos por la posición espacial singulares con un flujo de expresiones adecuadas; que durante nuestra comunicación establecemos códigos importantes; que debemos mejorar las habilidades comunicativas; puede resultar en el mantener las diferentes distancias que proporcionan confort, seguridad y privacidad. De todo ello resulta asertiva para compartir calidad visual y un buen patrón de cuidado durante la interacción. **Conclusión:** La discusión sobre el espacio del trabajo, los sentidos invo en el cuidado y la comunicación en las relaciones deben ser promovidos constantemente el objetivo de rediseñar los procesos del cuidado.

Palabras claves: Proxémica; diálisis renal; relaciones interpersonales; cuidados de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Zonas de distanciamento propostas por Hall (2005).....	33
Figura 2: Zonas de distanciamento a partir do espaço íntimo do paciente na HD.....	34
Figura 3: Incidência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2014.....	36
Figura 4: Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2014.....	36
Figura 5: Representação das categorias analíticas.....	52
Figura 6a: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUCFF/UFRJ, 2017.....	65
Figura 6b: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUCFF/UFRJ, 2017.....	67
Figura 7a: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUPE/UERJ, 2017.....	71
Figura 7b: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUPE/UERJ, 2017.....	72
Figura 8: Fatores relevantes nas interações em hemodiálise.....	101

LISTA DE TABELAS QUADROS

Quadro 1: Resultado da busca bibliográfica com os descritores “diálise renal” e “proxêmica”.....	24
Quadro 2: Resultado da busca bibliográfica após o cruzamento dos descritores “diálise renal” AND “proxêmica”.....	25
Quadro 3: Fatores proxêmicos da HALL (2005).....	30
Quadro 4: Unidades de Registros (URs) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação ou categorias. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.....	61
Quadro 5: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da primeira categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.....	63
Quadro 6: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da segunda categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.....	81
Quadro 7: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da terceira categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.....	95
Tabela 1: Caracterização da amostra, segundo variáveis socioeconômicas dos Enfermeiros do HUCFF, 2016.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.....	54
Gráfico 2: Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária.....	56
Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de formação.....	56
Gráfico 4: Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de atuação na hemodiálise.....	58
Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros segundo a função exercida.....	58
Gráfico 6: Distribuição dos enfermeiros segundo o curso de capacitação.....	59

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEHCAC	Comunicação em Enfermagem Hospitalar - Paciente de Alta Complexidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEMC	Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
DRC	Doença Renal Crônica
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Ney
FAPERJ	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
HD	Hemodiálise
HESFA	Hospital Escola Francisco de Assis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NUPENH	Núcleo de Pesquisa Enfermagem Hospitalar
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
HUPE	Hospital universitário Pedro Ernesto
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga filho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SOBEN	Sociedade Brasileira de nefrologia
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	12
LISTA DE GRÁFICOS.....	13
LISTA DE SIGLAS.....	16
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
1.1 Aproximação com a temática.....	17
1.2 A problemática e a construção do objeto de estudo.....	20
Questões norteadoras	22
Objetivos da pesquisa.....	22
Tese.....	22
1.3 Relevância, justificativa e contribuições da pesquisa	23
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1A percepção da comunicação como instrumento de promoção no cuidado de enfermagem.....	27
2.2 A comunicação proxêmica, os sentidos e a posição dos corpos na interação humana.....	29
2.3 O território como espaço do cuidado de enfermagem na hemodiálise.....	31
CAPÍTULO III – O CAMINHO ETNOGRÁFICO COMO MÉTODO DO ESTUDO.....	38
3.1 Identificando a pesquisa.....	38
3.2 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	39
3.3 O método da etnografia como caminho para os resultados.....	40

3.4 O cenário da pesquisa e suas características físicas.....	41
3.5 Participantes da pesquisa.....	43
3.6 Técnica e abordagens de coleta de dados para análise.....	43
CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	53
CAPÍTULO V - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	61
5.1 O ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise	62
5.2 Sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise.....	81
5.3 Produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação.....	95
COSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES.....	118
A– TCLE do HUCFF e HUPE.....	119
B– Identificação dos Sujeitos.....	123
C – Questões norteadoras de entrevista.....	124
D– Roteiro de Observação Sistematizado Participante.....	125
ANEXOS.....	126
A – Folha de Rosto da Plataforma Brasil.....	127
B – Declaração de Ciência HUPE.....	128
C – Declaração de Coparticipante HUCFF.....	129
D – Parecer da EEAN/UFRJ.....	130
E – Parecer do HUCFF/UFRJ.....	131
F- Parecer do HUPE/UERJ.....	132

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aproximação com a temática

A inquietação e motivação para realizar um estudo que busca refletir sobre as estratégias utilizadas pelo Enfermeiro na perspectiva da comunicação não verbal Proxêmica, nos cuidados aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento dialítico, tiveram seu ponto de partida nas experiências adquiridas durante a minha inserção prévia na área de nefrologia. Essa experiência se intensificou na participação no grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar - Paciente de Alta Complexidade (CEHCAC), pelo Núcleo de Pesquisa Enfermagem Hospitalar (NUPENH), do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/ UFRJ, desde agosto de 2009 e que estende até os dias atuais.

Esta inserção, ainda durante a graduação, possibilitou por meio da bolsa de iniciação científica, com financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), investigar durante dois anos, sobre como se dá o cuidado de enfermagem no âmbito da Terapia Renal Substitutiva (TRS) e o autocuidado do paciente com o acesso vascular da fístula arteriovenosa.

O projeto atendeu também às demandas da disciplina eletiva intitulada “Oficina de Elaboração de Projeto de Pesquisa”, o que resultou no relatório final monográfico de conclusão de curso, intitulada: “Enfermagem e paciente na hemodiálise: a comunicação não verbal e o autocuidado”, ambas sob a mesma orientação. Nestes estudos busquei temas que tratassem do autocuidado, uma aproximação com os tipos de comunicação não verbais e da atuação do enfermeiro na nefrologia.

Para fortalecer a linha de investigação centrada na comunicação não verbal, durante o cuidado ao paciente em situações complexas de saúde, elaborei um projeto dando início ao mestrado, no qual fui bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no primeiro ano, e no segundo ano fui contemplada com a bolsa de mestrado “nota 10”, financiada pela FAPERJ. Este recurso possibilitou a minha dedicação ao curso de mestrado, o que resultou na dissertação de mestrado intitulada: “Distâncias e Proximidades do Corpo em Hemodiálise: um estudo sobre Comunicação Proxêmica no Cuidado de Enfermagem”.

O estudo permitiu identificar se a equipe de enfermagem do setor de hemodiálise potencializa a posição de seu corpo como instrumento do cuidar por meios interativos, ou não, para o desenvolvimento de suas ações de cuidado e por existir vários elementos envolvidos na comunicação proxêmica, elementos esses, que permeiam a interação entre as pessoas; houve a necessidade de se ter observação do processo comunicativo entre equipe de enfermagem e o paciente, para efetiva avaliação da assistência prestada. O objeto de estudo baseou-se na Comunicação Proxêmica da equipe de Enfermagem no cuidado ao paciente em hemodiálise, e foram claramente captados, apontados, classificados e explanados no decorrer do estudo, atendendo aos objetivos propostos.

Investigar comunicação em um ambiente hospitalar de alta complexidade, como o setor de hemodiálise, é um processo difícil de ser operacionalizado, porque comportamentos e gestos não são normalmente identificados e nomeados com facilidade. Podemos dizer que o comportamento proxêmico, como parte de uma linguagem não verbal, pode ser muitas vezes, enigmático no processo de comunicação (PROCHET; SILVA, 2012).

Os fatores contextuais que levam ao comportamento de aproximação repercutem nas ações do fazer em enfermagem e, conseqüentemente, na qualidade e eficácia dos cuidados prestados. O ambiente interfere na maneira como nos colocamos em relação aos outros durante a conversação. Neste setor os vínculos afetivos são estreitos, onde relações de amizade e afeto ocorrem o tempo todo, pois a proximidade é intensa devido ao tempo de permanência e do tratamento contínuo.

O ambiente em que as pessoas se comunicam frequentemente contribui para uma maior aproximação ou afastamento dos corpos. Assim, tanto a frequência como o conteúdo das mensagens são influenciados por vários aspectos do ambiente em que se comunicam. Este ambiente influencia nosso comportamento, mas também podemos alterá-lo, a fim de provocar certos tipos de resposta (HALL, 2005).

Para aperfeiçoar e adquirir novas experiências, realizei o curso de especialização de Enfermagem em Nefrologia que me possibilitou colocar em prática as atividades como enfermeira, junto aos pacientes do setor de nefrologia do Hospital Universitário, resultando outro estudo intitulado: “ A visão como instrumento da percepção no cuidado de Enfermagem em hemodiálise”.

Preparar um paciente para a hemodiálise é um desafio para o enfermeiro, pois o paciente pode não compreender o impacto da diálise e as necessidades de aprendizado podem passar despercebidas. A boa comunicação entre a equipe de diálise (no hospital e na clínica ambulatorial), equipe da unidade e o paciente é essencial para o fornecimento do cuidado

adequado e contínuo, visando estimular o autocuidado. O diagnóstico de insuficiência renal crônica e a necessidade de diálise frequente tem impacto muito grande sobre o paciente e a família (FURTADO et al., 2012).

Sendo assim, o enfermeiro deverá estabelecer a relação de confiança, fazendo com que o paciente se sinta encorajado a questionar suas dúvidas sobre a doença, as ações corretas para evitar complicações e, também, contribuir para que ele entenda se a forma pelo qual ele escolheu para enfrentar adversidades advindas no processo favorece, ou não, uma melhor qualidade de vida. O paciente não deve ser apenas passivo no tratamento, deve atentar para as alterações físicas e fisiológicas que ocorrem durante a evolução da DRC.

Os enfermeiros, enquanto profissionais da área de saúde preocupados com o ser humano, precisam desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidades e competências para oferecer ao mesmo a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva, menos solitária no momento da doença. Stefanelli (2012) afirma que é por meio da comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo e em sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir, agir e ajudá-lo a reequilibrar-se mais rapidamente.

Assim, acontece na comunicação entre a enfermagem e o paciente, pois é preciso que haja alguém atento a identificar as manifestações, sejam elas verbais ou não, e disposto a intervir, ouvir, trocar ideias e informações sobre eventuais problemas que possam surgir durante a realização dos procedimentos no setor.

As ações e reações no contexto de cuidado de enfermagem apontam para a dialética da constituição dos sistemas defensivos. O mesmo objeto que faz comunicar, também pode fazer silenciar. As manifestações expressas pelos enfermeiros são resultantes de comportamentos em termos de experiências profissionais e pela necessidade de uma intervenção adequada. E, na complexidade do cuidado em diálise, a decodificação da comunicação ganha importância por trazer à tona aspectos da intersubjetividade (SCHIMIDT; YEDA; SILVA, 2015)

Segundo Araújo (2000) apud Azevedo, Araújo e Vidal (2015), ao se explorar os sentidos corporais para compreensão da comunicação não verbal do paciente, é possível uma relação mais integral, sentindo com a razão e pensando com a emoção. A arte de cuidar por meio da percepção e da criatividade possibilita explorar plenamente os sentidos corporais, identificando semelhanças e diferenças nas necessidades da seleção do cuidado singular. Considerando tais reflexões, pode-se relacioná-las com a assistência ao paciente renal crônico, quando, muitas vezes, usamos o corpo, o olhar, os gestos, o modo de falar como instrumentos de controle e poder, ainda que isso possa ocorrer sem a total consciência de nossas intenções,

o que torna mais grave a situação. Explorar os sentidos permite detectar os indícios não verbais do paciente como o cinésico, tacésico, proxêmico, silêncio e a paralinguagem, considerando-os e valorizando-os durante nossa assistência (ARAÚJO, 2000).

O cuidar vai além do conhecimento técnico e científico, mesmo que esse processo envolva complexidade e especificidade. Para os pacientes, ser cuidado significa estabelecer relacionamento interpessoal e as interações no cuidado não se estabelecem de maneira puramente técnica.

O tratamento dialítico é contínuo, tornando-se uma rotina. Entretanto, o enfermeiro e paciente a cada dia estabelecem uma forma de comunicação diferente, seja ela verbal ou não; e é a partir da compreensão da comunicação estabelecida, que a assistência ao paciente torna-se eficaz, pois, se não houver esta percepção, as ações serão puramente tecnicista sem ou com pouca perspectiva de um cuidado singular.

Enquanto enfermeira e professora, percebo a urgência de mudanças no que concerne à elaboração de estratégias que possibilitem uma comunicação mais efetiva entre equipe de enfermagem e paciente da DRC, haja vista seu tratamento (diálise) causar nos pacientes um impacto em suas relações sociais, familiares e em seu estado físico-psicológico, afetando seriamente suas vidas em todos os sentidos. De acordo com Pessoa e Linhares (2015) o estresse, a angústia e a depressão pelos quais muitos desses pacientes passam tem raízes na carência de informações sobre a doença, seu tratamento e sua expectativa de vida.

É com a perspectiva de ampliar a produção do conhecimento que busco, no Curso de Doutorado Acadêmico de Enfermagem, subsídios para desenvolver e/ou aperfeiçoar mecanismos de leitura corporal, não verbal e verbal do tipo proxêmico para abordagem terapêutica do Enfermeiro junto ao paciente portador de Doença Renal Crônica.

1.2 A problemática e a construção do objeto de estudo

Os dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em Enfermagem demonstram crescente aumento do número de pessoas, 107.607 pacientes em 2012, com Doença Renal Crônica em tratamento dialítico no Brasil. Este fenômeno está de acordo com o observado nos últimos anos na literatura internacional, que sinaliza para uma contínua e sustentada tendência no aumento da taxa de prevalência da doença renal crônica em todo mundo (SOBEN, 2014).

A hemodiálise é uma das modalidades de tratamento amplamente utilizado para manutenção e controle das funções de pacientes portadores da doença renal crônica, envolvendo diferentes aspectos na adaptação e na adesão do mesmo ao tratamento (CHEEVER; HINKLE, 2015). Este processo de adaptação a nova condição de vida, pode causar impacto negativo a qualidade de vida do paciente, interferindo nos seus hábitos de vida social; e a equipe de enfermagem deve ficar atenta aos sinais de dificuldade, compreendendo a realidade vivida por ele e articulando conhecimentos científicos e as experiências do cotidiano de quem é cuidado.

Ao conhecer a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada paciente, a enfermagem deve priorizar as suas necessidades implícitas e não somente as exigências terapêuticas. Para estimular a adesão e favorecer um conhecimento amplo do tratamento da DRC é necessário estimular ações com o paciente como: atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC. Os profissionais de acordo com Brasil (2014), devem desenvolver ações como interconsultas, discussão de casos, momento de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

Dessa forma, a enfermagem deve proporcionar um ambiente que favoreça a interação e uma comunicação que permita a aquisição de valores relacionados à saúde, bem como no exercício de pensar crítico e reflexivo sobre sua própria condição, com oportunidade de diálogo em que a problematização aconteça a partir da realidade que cerca o sujeito.

Para Lim et al. (2016,) o contato existente entre enfermagem e o paciente se torna intenso devido ao tratamento dialítico ser contínuo, mas o vínculo só pode ser estabelecido quando se amplia a capacidade de observação e dedicação na interação. Podemos aguçar nossa capacidade de captar as necessidades do paciente para ofertar um cuidado nas diferentes formas de se comunicar. Por meio da leitura das manifestações não verbais proxêmicas da enfermagem e do paciente, pode-se criar maneiras diferentes de intervir, a fim de facilitar e alcançar os objetivos de uma assistência de enfermagem mais singular, individualizada e solidária (AZEVEDO et al., 2017).

Surgiu, dessa forma, o interesse em pesquisar a comunicação proxêmica no cuidado de enfermagem em setor especializado, especificamente na unidade de nefrologia. O uso desse espaço é um meio de comunicação não verbal e influencia o relacionamento interpessoal. A comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem

estrutura inconscientemente o próprio espaço (HALL, 2005). Nesse contexto delimitei, para guiar o estudo, a **questão norteadora**: De que maneira o enfermeiro se comporta no cenário de cuidado de hemodiálise?

E para que haja uma compreensão do tipo de Comunicação Proxêmica estabelecida entre o enfermeiro e o paciente com o intuito de viabilizar uma qualidade aos cuidados prestados, este estudo traz como **objeto** a Comunicação Proxêmica do enfermeiro na interação com o paciente portador de Doença Renal Crônica.

Para o alcance das metas da pesquisa, estabelecemos como **objetivo geral**:

- Produzir conhecimento sobre a Comunicação Proxêmica como demarcador de espaço e interação de enfermeiros na hemodiálise.

Objetivos específicos:

- Descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise;
- Avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial no cuidado de enfermagem;
- Discutir o ambiente da sala de hemodiálise e suas estratégias para demarcar o espaço do cuidado de enfermagem.

A tese que se defende neste estudo é de que o enfermeiro na ação de cuidado em hemodiálise, ao identificar e ao considerar a comunicação não verbal com destaque na comunicação proxêmica, potencialize avanços na interação, e demarque seu espaço.

Os fatores relevantes na interação durante a hemodiálise, em questão, são a relação que os comunicantes estabelecem entre si; a distância espacial entre eles; a orientação do corpo e do rosto; a forma como se tocam ou se evitam; o modo como dispõem e se posicionam entre os objetos no espaço durante o cuidado relacionando-as a abordagem e a eficácia da comunicação proxêmica.

1.3 Justificativas, relevância e contribuições da pesquisa

Acredito na enfermagem como uma das profissões que apresenta consideráveis perspectivas de crescimento e valorização no mercado de trabalho, apesar da crise de desemprego que assola o país e o mundo na atualidade. Entretanto, os enfermeiros vêm se firmando nas diferentes áreas de atuação e apropriando cada vez mais de espaços distintos, sobretudo naquelas onde permanece o investimento em sua capacitação profissional, aumentando seus conhecimentos, buscando a especialização para aproveitar as chances de trabalhos que possam surgir no mercado.

Nessa perspectiva de discussão, também considero essencial aprofundar as reflexões à luz das ações dos profissionais de enfermagem, ao paciente no cuidado nas Terapias Renais Substitutivas (TRS) colocando em relevo as expressões não verbalizadas, que podem favorecer a qualidade do cuidado, por detalhar como elas se apresentam no contexto. Ao identificá-las, iremos verificar como elas interferem e ampliam o cuidado técnico. Um modo estratégico de intervenção pelo uso consciente da leitura não verbal do paciente, por meio dos sentidos, facilita a compreensão sobre o outro de forma singular, gerado por meio de nossas experiências.

A comunicação é um instrumento que pode e deve ser utilizado como alicerce do cuidado de enfermagem; ou seja, a comunicação pode ser vista com elemento fundamental no cuidado prestado à pessoa, como ferramenta importante na sua implementação. A comunicação proxêmica é uma das abordagens de interesse na enfermagem, pois trata do jogo de distâncias e proximidades que entretecem as pessoas no espaço, traduz os modos pelos quais nos colocamos e movemos em relação aos outros, como gerimos e ocupamos o espaço envolvente, considerada a presença do outro (HALL, 2005).

Quando se compreende o processo comunicativo, como ele se forma e as suas consequências, torna-se mais fácil para o profissional de enfermagem perceber indicativos não verbalizados do paciente para interagir considerando as necessidades nelas implícitas. Ao reconhecer expressões e os sentidos atribuídos, podemos auxiliá-lo no enfrentamento dos desafios durante o cuidado prestado.

Com o propósito de justificar a pesquisa foi realizado levantamento em março de 2015, sobre os estudos que abordam o objeto, ao acessar as Bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) via Bireme, *Pub Med* e a *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *SCOPUS*, BANCO DE TESES DA UFRJ.

Os critérios de inclusão foram: idiomas português, inglês ou espanhol; artigos publicados na íntegra, possuir versão completa acessível e com data de publicação dentro do recorte temporal determinado de 5 anos. Foram excluídos todos os artigos em que os sujeitos da pesquisa fossem crianças ou adolescentes, artigos em duplicidade nos periódicos. Para analisar os artigos foi organizada uma planilha com os seguintes itens: o periódico, o ano de publicação, o título, os autores, o país de publicação, os profissionais que realizaram os estudos, síntese do artigo e contribuições sobre o tema. Foram captados vinte e sete artigos, e selecionados dezenove, conforme objeto do estudo.

Em um primeiro momento, não foi utilizado o descritor/Mesh “enfermagem” em combinação com os descritores “insuficiência renal crônica” e “proxêmica”. Essa estratégia foi feita propositalmente, com intuito de conhecer as produções dos diversos domínios do conhecimento que se interessam em estudar a comunicação não verbal na interação humana.

Inicialmente, buscamos ampla localização no assunto sem especificidade utilizando os descritores isoladamente. Assim, procuramos estudos sobre diálise renal e proxêmica sem utilizar o cruzamento entre eles e sem o recorte temporal, obtendo como resultados os observados no quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Resultado da busca bibliográfica com os descritores “diálise renal” e “proxêmica”.

Descritores	LILACS	SCIELO	PUBMED	SCOPUS	MINERVA
Diálise renal	1783	296	876	1478	15
Proxêmica	101	12	08	23	01

Com esse resultado, percebe-se que o tema de diálise renal é estudado nos diferentes contextos da área da saúde. E na leitura flutuante dos títulos, foi identificado que a temática é abordada por várias áreas de formação, destacando-se entre as mais frequentes a nutrição, psicologia, enfermagem, odontologia e medicina.

Posteriormente, realizamos o cruzamento dos descritores com o uso do operador booleano *AND*, com o critério de recorte temporal de 5 anos.

Quadro 2: Resultado da busca bibliográfica após o cruzamento dos descritores “diálise renal” AND “proxêmica”.

Descritores	LILACS	SCIELO	PUBMED	SCOPUS	MINERVA
Diálise renal AND Proxêmica	1	0	0	0	1

Os temas de maior incidência nos últimos 10 anos, nas outras pesquisas da Comunicação Proxêmica foram: Comunicação proxêmica: ações, reações e sensações de enfermeiros hospitalares (TERRA, 2013); Comunicação entre profissional e o idoso hospitalizado (SCHIMIDT, 2012); Comunicação entre mãe e filho durante a amamentação, (FARIAS, 2010); Invasão do espaço pessoal e territorial e o idoso (PROCHET, 2008); Proxêmica na interação com paciente queimado (SILVA, 2006); Proxêmica com portadores de HIV/AIDS (GALVÃO, 2006); Comunicação Proxêmica da mãe e filho no alojamento conjunto (VASCONCELOS, 2006).

Outra semelhança entre os estudos é o objetivo proposto pelos mesmos, uma vez que todos se propuseram a analisar a comunicação proxêmica por meio das interações percebidas entre os sujeitos da pesquisa à luz dos fatores proxêmicos de Hall (2005). Os estudos analisados referem-se à comunicação proxêmica como uma ferramenta facilitadora no processo de interação entre os sujeitos, porém alertam para a necessidade de saber explorá-la.

Tal alerta é bem visto, ao passo que, a comunicação proxêmica, corresponde não só à linguagem não verbal, mas também, à relação existente entre o ambiente e as pessoas, na qual, as mesmas o influenciam e são por ele influenciadas. Por isso, a comunicação proxêmica pode ser utilizada como um instrumento para fins de análises, pessoas, lugares e suas interações, e não somente sujeitos com a linguagem comprometida e/ ou não desenvolvidos (VASCONCELOS, 2006; GALVÃO, 2006; FARIAS, 2010; PROCHET, 2008; SCHIMIDT, 2012).

Outros artigos apontam haver necessidade de implementarem programas, treinamentos, planos de ação ou estratégias que possibilitem a incorporação e revisão durante a interação, ou seja, ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca do processo de comunicação em prol da qualidade e da prática do cuidado de enfermagem

Espera-se que o estudo possa contribuir para compreensão do conhecimento da enfermagem, na utilização da comunicação como um instrumento ou ferramenta básica do

cuidado. Fortalecer a atuação do enfermeiro junto ao paciente portador de DRC, por meio de recursos da comunicação; este ter condições de reconhecer precoce e amplamente as necessidades de intervenções, planejando, executando e avaliando a assistência a ser prestada, visando e garantindo o bem estar de quem se cuida.

Os profissionais na assistência de enfermagem poderão entender e compreender seu comportamento para lidar melhor com sua forma de interagir. Quando o profissional assume a comunicação não verbal, além de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, potencializa sua própria comunicação enquanto elemento transmissor de mensagens (SILVA, 2012).

Na área do ensino de enfermagem e na formação de outros profissionais na área da saúde, os resultados podem situá-los na aprendizagem com exemplos práticos e conteúdos didáticos, promovendo debates e reflexões críticas sobre o assunto. A produção de conhecimento sobre comunicação não verbal proxêmica fortalece a linha de pesquisa Enfermagem Hospitalar e a produção no grupo de pesquisa - Comunicação na Enfermagem Hospitalar - Paciente de Alta Complexidade (CEHCAC), do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH).

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A percepção da comunicação como instrumento de promoção no cuidado de enfermagem

A comunicação é uma habilidade que pode ou não ser desenvolvida nas pessoas, e para que se desenvolva esta habilidade é necessário que se esteja consciente de sua existência. Segundo Puggina et al. (2014) não temos consciência de nossa comunicação não verbal, visto que, por vezes contradizemos o dito verbalmente pela expressão facial ou corporal de negação. A comunicação verbal ganha importância no processo comunicativo, pois ela pode suplementar uma informação verbal (complementado ou rejeitando), contradizer, enfatizar, substituir, oferecer indícios sobre emoções ou mesmo controlar ou regular um comportamento.

Para a enfermagem, a comunicação pode ser vista como uma necessidade humana básica, uma habilidade que o enfermeiro deve desenvolver, ou um instrumento básico utilizado durante o cuidado. E, como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer-ser profissional.

Entender comunicação como um processo que viabiliza a qualidade dos relacionamentos, que deve ser estabelecida nas relações de trabalho, seja com a equipe de saúde, no registro das atividades de enfermagem, na assistência ao paciente, família e comunidade, além de evitar que barreiras de comunicação interfiram na eficiência do processo de cuidar

O enfermeiro apresenta-se de forma muito tecnicista, buscando sempre se aprimorar com as novas tecnologias, mas acaba esquecendo o primordial, a essência do atendimento, que é ter boa comunicação com o paciente, visando um cuidado com qualidade. De acordo com Pott et al.(2013) o cuidado humanizado e de qualidade ao paciente muitas vezes é minimizado frente às tecnologias presentes em ambientes complexos.

Conforme Mourão et al.(2009) a comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente. A dificuldade de expressão é percebida em muitas pessoas, porém, este problema se agrava no âmbito da saúde. O profissional que

não se comunica bem acaba sofrendo com as conseqüências de não ser compreendido. Saber articular as informações, usar a linguagem corporal e fazer contato visual com os interlocutores não é uma tarefa fácil, principalmente possuir a habilidade de escutar. As dificuldades na comunicação podem estar relacionadas com falta de explicação clara sobre seus serviços no qual o profissional deve executar, falta de comprometimento, ou até mesmo o perfil da pessoa. Esta dificuldade de comunicação entre os profissionais de um setor também gera desgaste e conflitos desnecessários, refletindo em todo ambiente do trabalho.

Antes de começarmos uma comunicação, devemos pensar em todos os pontos envolvidos, pois você estará sempre buscando um objetivo, um resultado. É importante traçar estratégias para envolver os indivíduos no seu ambiente, relacionando-os ao assunto desejado, entendendo que todos têm opinião. Segundo Pott et al.(2013), estratégias devem ser pensadas, com o intuito de proporcionar uma prática de enfermagem mais humana, a qual visualize o indivíduo, não apenas como mais um, e sim como um ser possuidor de experiências próprias, mesmo quando estas experiências não possam ser expressas por palavras.

Como tudo na vida precisa de evolução e aprimoramento, não é diferente com a comunicação, é um processo contínuo. Ser objetivo e assertivo na comunicação não é uma missão fácil para o profissional, principalmente da área de saúde, que está sempre envolvido com a autoestima dos pacientes. Para Stefanelli e Carvalho (2012), a comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro. E que deverá ser usada de modo terapêutico para permitir que o enfermeiro atenda ao paciente em todas as suas dimensões.

Uma comunicação efetiva é uma competência necessária a todo ser humano, principalmente no mundo em que vivemos; cada vez mais os profissionais estão mais conscientes da importância da boa comunicação. Segundo Broca e Ferreira (2012), quando aumentamos a nossa capacidade de influenciar e sermos influenciados, podemos favorecer o desenvolvimento de um cuidado também efetivo para com o paciente.

Na hora de delegar as tarefas, uma boa comunicação é muito importante. Todos os envolvidos em um setor de enfermagem estão conscientes dos afazeres a serem executados, mas nada irá adiantar caso ele não saiba transmitir as informações à equipe de trabalho e aos pacientes. Se comunicar é saber informar, ensinar, educar, motivar ou desmotivar. Para Watson (1985) apud Broca e Ferreira (2012) a comunicação busca a interação dos envolvidos no processo, unindo- os na transmissão das mensagens, buscando uma saúde de forma qualificada e humanizada.

A comunicação não se dá apenas pelo que falamos, mas também pelas atitudes e pelo silêncio. O nosso corpo fala por intermédio dos gestos, e a percepção é pela maneira e não pelo que está sendo dito.

Nosso corpo, quando falamos, assume diferentes posturas que ajudam a traduzir melhor o significado das palavras que proferimos, e a cinésia, parte da ciência que estuda o comportamento cinético do corpo, mostra que a postura corporal e as expressões corporais dos interlocutores, quando são compreendidas por ambos, a comunicação terá mais chances de se tornar efetiva.

2.2 A comunicação proxêmica, os sentidos e a posição dos corpos na interação humana.

O termo proxêmica descreve o espaço pessoal de indivíduos num meio social e, segundo Hall (2005), o define como o "conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico". Descreve as distâncias mensuráveis entre as pessoas, conforme elas interagem, distâncias e posturas que não são intencionais, mas sim resultado do processo de aculturação (REBOUÇAS et al, 2015).

Para Hall (2005), o uso do espaço é um meio de comunicação não verbal que influencia o relacionamento interpessoal, e a comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço; ou seja, estuda o uso que o homem faz do próprio espaço. O autor afirma que a evolução do homem caracteriza-se pelo desenvolvimento dos receptores remotos: os olhos, os ouvidos e o nariz, ocupam-se do exame de objetos distantes. Já os receptores imediatos: o mundo do tato, as sensações que recebemos pela pele, membranas e músculos são usados para examinar o mundo de perto. Schimidt e Silva (2012) e Bruni (2011) concordam que a utilização do espaço é determinada culturalmente, sendo a percepção da distância e a proximidade resultados dos sistemas sensoriais, como a visão, audição, olfato e tato. Em diversas culturas existentes, esses canais sensoriais podem adquirir mais importância do que outros.

Para se ter uma noção geral das complexidades relativas ao sistema visual e auditivo, pode-se realizar uma comparação do tamanho dos nervos que fazem a ligação dos olhos e dos ouvidos com os centros no cérebro. De acordo com Hall (2005), o nervo óptico contém aproximadamente dezoito vezes mais neurônios que o nervo auditivo, no qual supomos que ele transmita no mínimo essa quantidade a mais de informações. Em pessoas em estado normal de atenção, é provável que os olhos cheguem a ser até mil vezes mais eficazes que os ouvidos na varredura de informações. A informação visual costuma ser menos ambígua e

mais focalizada que a informação auditiva; contudo, a exceção importante é a audição de uma pessoa com deficiência visual que aprende a ser seletivo para frequências sonoras mais altas que lhe permitam localizar objetos num aposento. Já o olfato contribui para recordações muito mais profundas que a visão ou a audição (CAMERON; ARAÚJO, 2011).

As experiências táteis e visuais do espaço estão entrelaçadas entre si, tal qual não podem ser separadas. Em seus estudos, o psicólogo James Gibson, (1950) associa a visão ao tato e afirma que existe um fluxo de impressões sensoriais mais apuradas quando se compreende e se utiliza ativamente a realidade com os dois sentidos. O tato ativo (a palpação) permite que os sujeitos de experimentos reproduzam, com 95% de precisão, objetos abstratos aos quais não tinham acesso visual. Com o tato passivo (o ser tocado) somente é possível uma precisão de 45%.

Para a análise proxêmica, devemos considerar alguns fatores envolvidos nas distâncias entre as pessoas. Neste sentido, Hall (2005) elenca oito fatores, também conhecidos como dimensões proxêmicas, os quais permitem a caracterização da postura proxêmica do indivíduo, conforme a apresentação do quadro abaixo:

Quadro 3: Fatores proxêmicos de Hall (2005).

A Postura-sexo	analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores, seja em pé, sentado ou deitado;
Eixo sociofugo-sociopeto	sociofugo revela o desencorajamento da interação, enquanto o sociopeto revela a aproximação. Nessa dimensão, ocorre uma análise do ângulo dos ombros dos interlocutores, seja face a face, de costas um para o outro, ou qualquer outra angulação;
Fatores cinésicos	utilizam-se da observação dos movimentos para analisarem a proximidade entre os interlocutores, distribuídos entre quatro zonas proxêmicas: íntima, pessoal, social e pública;
Código visual	identifica o contato visual ocorrido nas interações como olho no olho ou ausência de contato;
Código térmico	é a extrema sensibilidade da pele às mudanças de temperatura e de textura.
Código olfativo	analisa a percepção dos interlocutores ao grau de odores e suas características. O olfato permite não só diferenciar os indivíduos, mas

	detectar qual é o seu estado afetivo. Ainda mais, os cheiros têm o dom de evocar recordações muito mais profundas do que as imagens ou sons;
Volume de voz	analisa a adequação do tom de voz utilizado pelos envolvidos.
Comportamento de contato	refere-se às formas de relações táteis como agarrar, apalpar, acariciar, segurar demoradamente, tocar localizado, apertar, roçar acidentalmente ou sem nenhum contato físico

Esses elementos são de extrema relevância na análise de qualquer interação. Segundo Silva (2015), a nossa habilidade em decodificar corretamente uma interação é diretamente proporcional à atenção dispensada aos elementos da comunicação. A comunicação adequada é aquela que possui um objetivo definido, apropriada a uma determinada situação, pessoa e tempo (ALVES et al., 2015).

2.3 O território como espaço do cuidado de enfermagem na hemodiálise

A territorialidade é o comportamento no qual um ser vivo apresenta características reivindicatórias de posse de uma determinada área e a defende de membros de sua própria espécie. O território tem um papel na determinação de um sistema comportamental que fornece informações sobre limites que definem o lugar de aprender, julgar, proteger-se, etc. A territorialidade, além da preservação das espécies e do ambiente, também está relacionada às funções pessoais e sociais: a dominância do mais forte (dominante) por um território mais amplo e seu acesso ao território dos mais fracos, dito dominado (HALL, 2005).

O território é carregado de intencionalidades, que se manifestam no espaço. A intenção das pessoas ao escolherem um lugar ou optarem por ficar onde estão, imprimindo nele uma local que reflete essas intenções e interações, corresponde ao território. As relações dessas pessoas com o espaço e entre si pressupõem a existência de poder (técnico, econômico, social, político e cultural) e é isto que caracteriza o território, construído num dado tempo e espaço, encerrando, portanto, a realidade.

O comportamento espacial do homem se manifesta em diferentes níveis e para Hall (2005) os três níveis de espaços que permitem uma melhor análise proxêmica são: o espaço de organização fixa, o espaço de organização semifixa e o espaço informal.

Os espaços de organização fixa e semifixa apresentam uma concepção geográfica, estática, estando intimamente relacionado ao conceito de territorialidade. Quando o indivíduo se desloca, esses espaços não se movem, não o acompanham (GRUBA et al. , 2015).

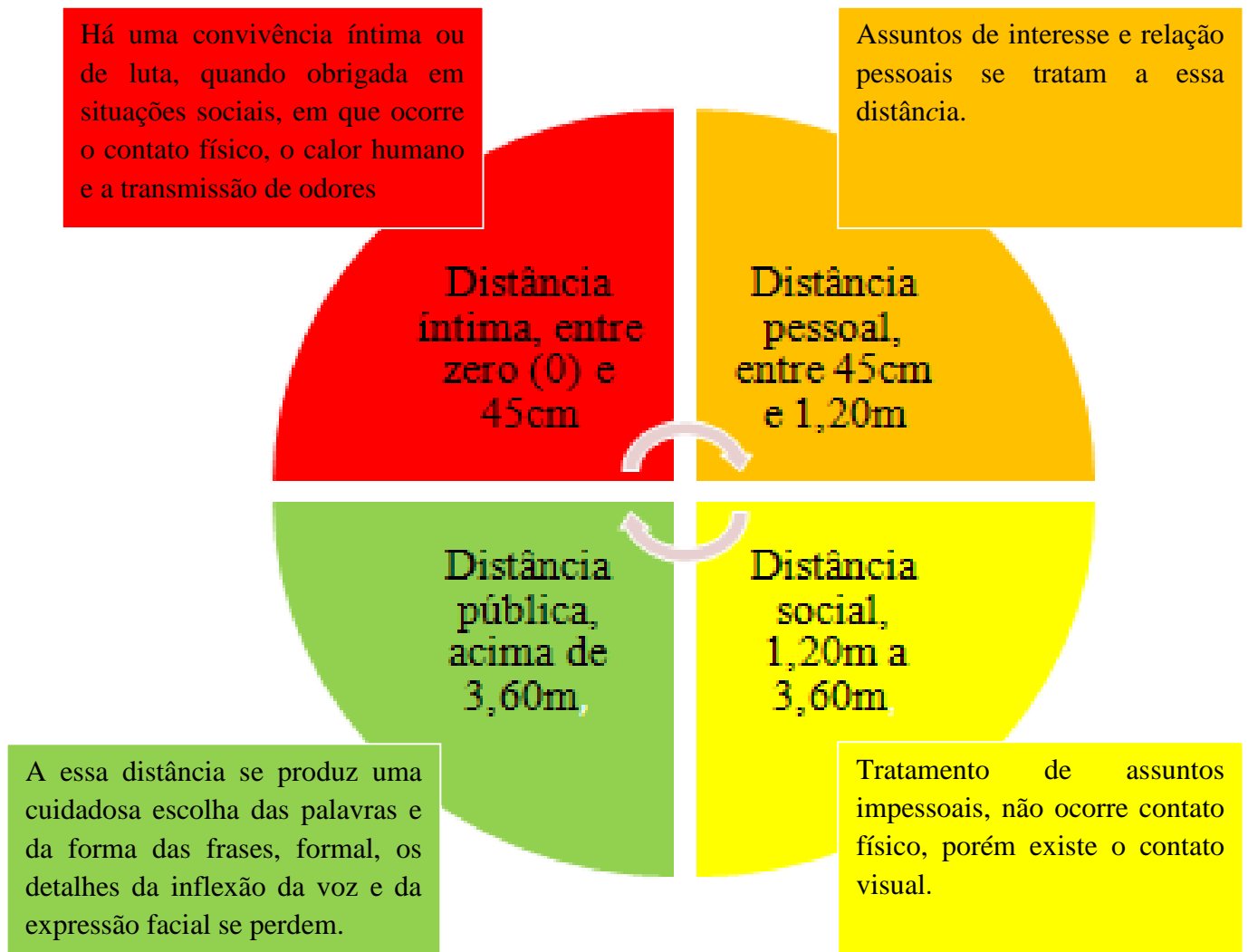
O espaço de organização fixa compreende segundo Hall (2005), todos os elementos invariantes do espaço. Deve-se entender como elementos invariantes, aqueles insusceptíveis de modificação em seu posicionamento e orientação pela ação humana. Os edifícios de construção humana são um exemplo de organização fixa. Igualmente o seu modo de agrupamento bem como o seu modo de partição interna em cômodos corresponde também a estruturas fixas.

Já o espaço de organização semifixa diz respeito ao modo como são dispostos todos os componentes espaciais suscetíveis de deslocamento, ou seja, objetos móveis. A disposição do mobiliário nos ambientes constitui o exemplo típico de espaço de características semifixas. Segundo Hall (2005), de forma similar ao espaço de organizações fixas, a maneira como arrumamos os objetos que são nossos, os lugares onde os dispomos, dependem de nossos paradigmas culturais.

O espaço informal, por sua vez, é o espaço pessoal estabelecido ao redor do corpo do indivíduo, que é “carregado” quando este se move. Sendo por esta razão denominado também de espaço dinâmico. A análise dos espaços informais levou Hall a realizar uma série de estudos relacionados às distâncias interpessoais. Em função das distâncias observadas, Hall (2005) definiu quatro categorias de espaços informais: íntima; pessoal; social; pública (Figura 1).

As distâncias propostas por Hall (2005) são representadas por cores (Figuras 1 e 2) e foram escolhidas quatro cores para representar as distâncias na Comunicação Proxêmica: vermelho/ íntimo; laranja/ pessoal; amarelo/social e verde/público. As cores estão associadas a um determinado efeito, ou seja, não é uma combinação aleatória de cores, mas um efeito conjunto de cores com representação dos espaços. Utilizando a escala colorimétrica proposta por Heller (2013), tem-se como objetivo facilitar a identificação visual das distâncias e aproximações da equipe de enfermagem no espaço. Essa identificação através da visualização das cores representa o mapa comportamental das posições da equipe no ambiente da hemodiálise.

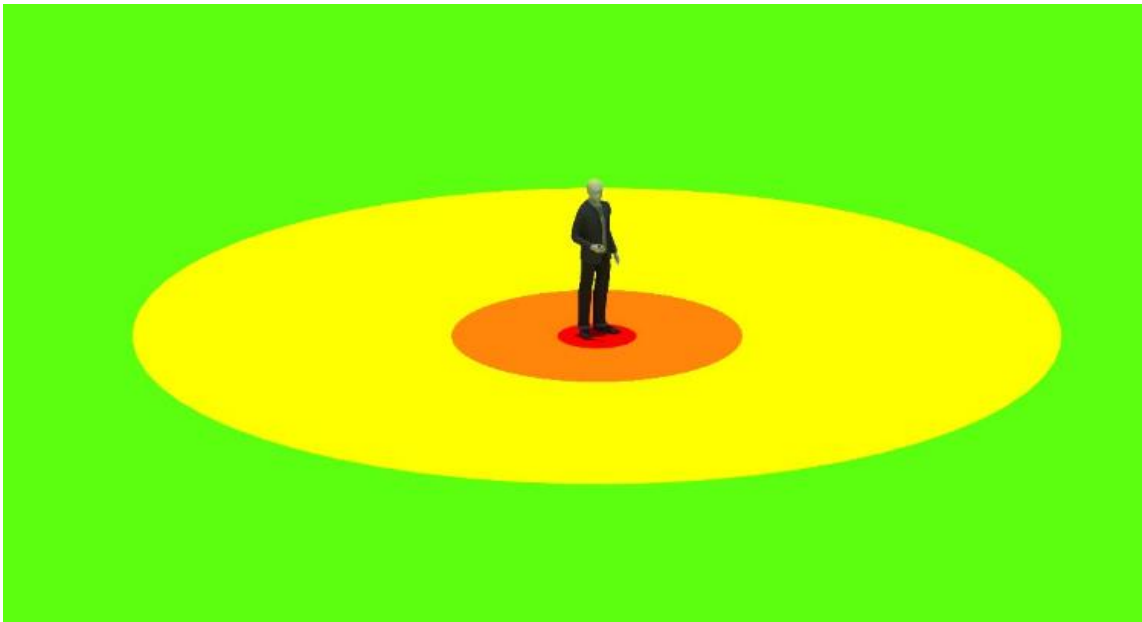
Figura 1: Zonas de distanciamento.



Fonte: Adaptação de HALL (2005).

As distâncias podem variar conforme os fatores individuais, pois existem pessoas que sempre preservam uma zona de espaço pessoal mínima, enquanto que outros mantêm zonas de espaço relativamente grandes. Estas diferenças são afetadas por sexo, raça, cultura e personalidade. Existem também os fatores situacionais que dizem respeito de quem são os interlocutores e o que estes estão fazendo, há certas relações e atividades que exigem distâncias maiores que outras, para uma adequada comunicação e proteção (SILVA, 2015).

Figura 2: Zonas de distanciamento a partir do espaço íntimo do paciente na HD.



Fonte: Adaptação de HALL (2005).

Para Broca e Ferreira (2014), há toda uma diversidade de fatores que modificam as distâncias interpessoais, fatores estes que diminuem as distâncias interpessoais como: a atração, a amizade, a cooperação, a similaridade, a coesão familiar, os óculos escuros ou olhos fechados. Assim como fatores que aumentam as distâncias interpessoais como: o estigma, a ameaça, a ansiedade, o insulto, o olhar inapropriado, a desordem mental, o fumo, o ângulo de aproximação lateral, a estatura alta, entre outros.

Embora as pesquisas da comunicação não verbal tenham um enfoque maior no comportamento e interação das pessoas, atualmente tem sido dispensada uma atenção maior à influência de fatores não humanos, como o ambiente onde ocorrem essas interações (TERRA; VAGHETTI, 2014). Fazem parte dos fatores ambientais o mobiliário, estilo de arquitetura, decoração de interiores, condições de iluminação, as cores, a temperatura, os ruídos, entre outros. A disposição, os materiais, as formas dos objetos do ambiente podem ter influência no resultado durante a interação do relacionamento interpessoal, como uma mesa entre os interlocutores, que pode caracterizar com uma forma de afastamento e distanciamento, dificultando o estabelecimento de uma comunicação mais profícua.

O espaço é uma dimensão da comunicação não verbal que interfere na relação dos interlocutores, como as cores de um ambiente que podem gerar um ambiente tenso ou tranquilizador, a temperatura muito fria ou quente desestabilizam e podem interferir (HALL,

2005; SCHIMITDH e SILVA, 2013). O número de saídas e janelas, quanto mais fechado, maior a tensão, pois no ambiente abafado e quente, as pessoas tendem a sair do local. Já um ambiente mais acessível, com temperatura adequada e harmonioso, aumenta a frequência de interação e aproximação dos interlocutores.

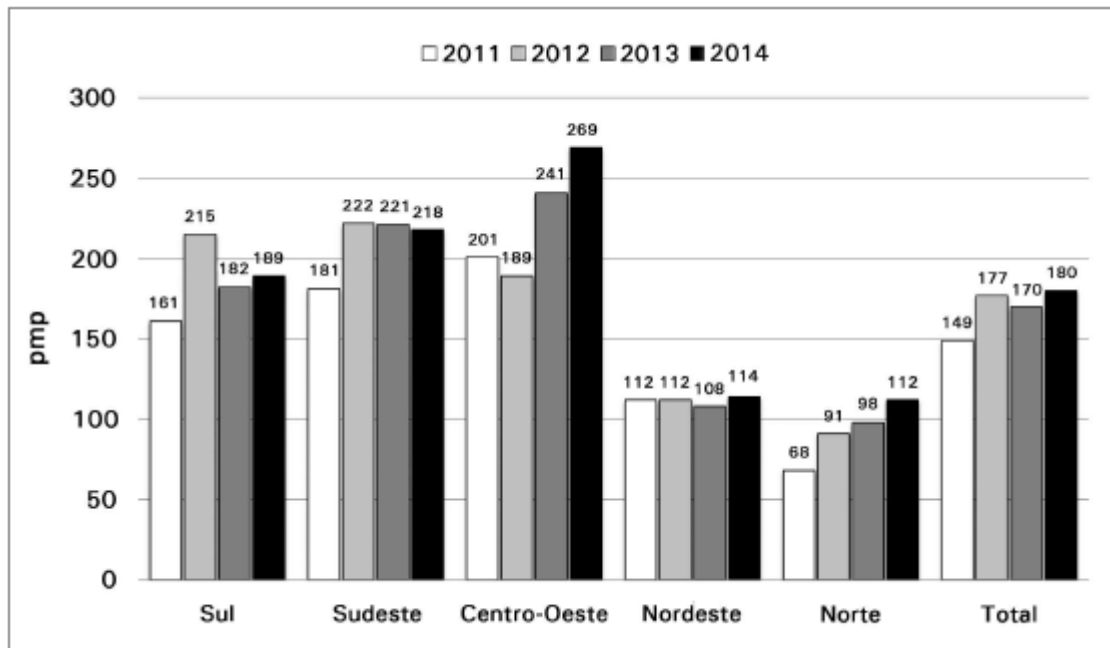
Para Bollnow (2008), arquiteto e filósofo alemão, ao estudar a relação do indivíduo com o espaço, identificou que o “espaço vivenciado” é diferente do espaço vivencial. O espaço vivenciado é entendido como espaço no sentido subjetivo e deve ser tomado como uma “experiência do espaço” vivida pelo sujeito que interferirá na sua subsistência e na compreensão de si e do mundo. Ou seja, devemos estudar o espaço como elemento de referência para a existência humana. O sujeito precisa de um espaço de referência, um espaço de habitação, que é o espaço do mundo onde o homem pode se encontrar com um elemento não estranho, fazendo identificações e significações.

Sendo assim, o espaço da hemodiálise é quando o enfermeiro deverá utilizar-se de estratégias para detectar indícios de alterações fisiológicas e emocionais de seu paciente e ser capaz de intervir nos diferentes momentos, é neste espaço que ressignifica-se o conceito de cuidar de si, mostrando ao paciente a necessidade de adesão e participação no processo de cuidar. Não há conquistas no tratamento sem a participação ativa e contínua do paciente, ele deverá entender o quanto é importante a interação com a equipe para um cuidado efetivo.

Articular em um espaço com grande demanda de cuidado e com número significativo de pacientes, habilidades comunicativas não verbais como a proxêmica, pode não ser fácil de ser identificada pela equipe de enfermagem, principalmente porque há riscos dos espaços de hemodiálise se tornarem um “formigueiro” humano, como ocorre atualmente nas clínicas satélites, com 36 pacientes de uma única vez em sala de hemodiálise. Desta forma, torna-se um desafio e implica em um maior conhecimento do enfermeiro sobre comunicação proxêmica e sua importância no cuidado de enfermagem.

Dados da Sociedade Brasileira de nefrologia (SBN) afirmam que o aumento do número total estimado de pacientes em diálise no país vem crescendo continuamente, esses dados apontam que o número de pacientes em tratamento aumentou, em média, 5% ao ano entre 2011-2014 (SBN, 2014). O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2014 no Brasil foi de 36.548, correspondendo a uma taxa de incidência de 180 pacientes por milhão da população (pmp) (Figura 3).

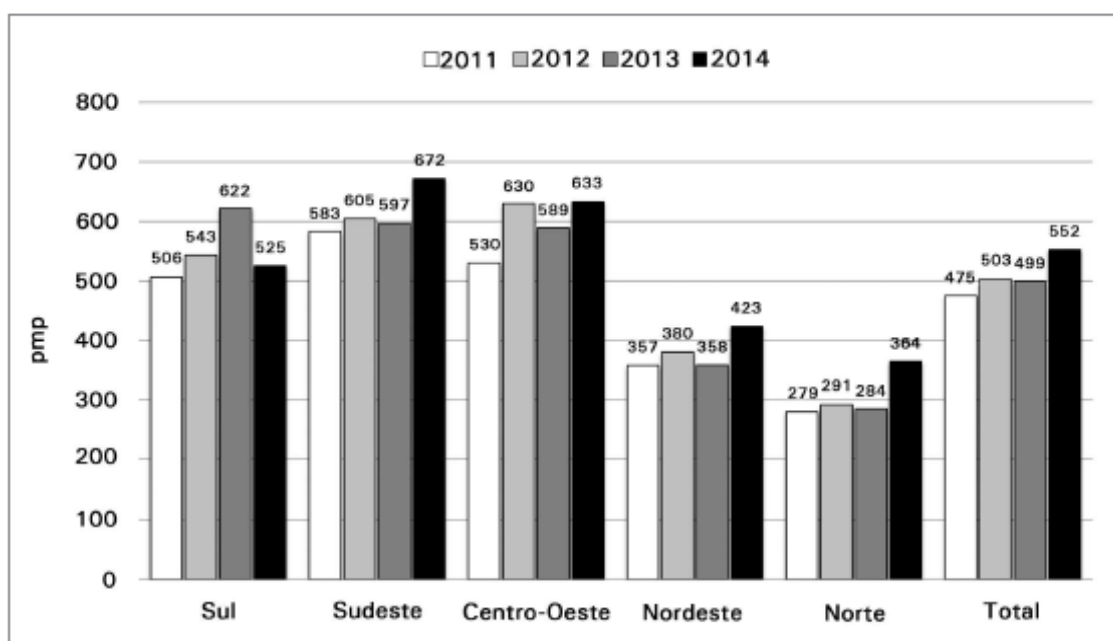
Figura 3. Incidência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2014



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2014).

Já as taxa de prevalência de tratamento dialítico referentes às características demográficas da população brasileira que apresenta DRC, em 2014 foi de 552 pacientes por milhão da população (pmp), variando por região entre 364 pacientes pmp na região Norte a 672 pacientes pmp na região Sudeste (Figura 4).

Figura 4. Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2014.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2014).

Os dados registram que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas de prevalência, enquanto as regiões Nordeste e Norte, as mais baixas. Esses dados de prevalência e incidência comprovam que a região sudeste e sul apresenta uma grande concentração de pacientes em tratamentos dialíticos e também conforme Sesso et al (2014) nessas regiões, concentra-se maior número de clínicas satélites e hospitais especializados na TRS, assim como profissionais especialistas em nefrologia, o que facilita o acesso dos pacientes ao tratamento.

Com a demanda de atendimento em crescimento nos espaços/ambiente da hemodiálise, é preciso adequá-los as necessidades impostas, de maneira que não haja diminuição da qualidade da assistência prestada. Dessa maneira, a construção de um pensamento acerca da concepção espacial passa necessariamente pela consideração sobre as experiências a serem ali vivenciadas, na medida em que o corpo é nosso meio geral de expor nossas necessidades, seguindo esta lógica não há como pensar em concepção espacial sem que sejam propostas considerações a respeito da relação deste espaço com o corpo.

CAPÍTULO III

O CAMINHO ETNOGRÁFICO COMO MÉTODO DO ESTUDO

3.1 Identificando a pesquisa

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, buscando identificar os fenômenos por meio da observação do pesquisador e as informações dos participantes. A abordagem qualitativa nas pesquisas científicas ainda é revestida por diferentes interpretações, mas vale lembrar que esse tipo de abordagem significa que seu raciocínio baseia-se principalmente na percepção e na compreensão humana de acordo com Stake e Reis (2011), possibilitando avanço do entendimento de fatores próprios dessa dimensão, que não são alcançados pelos estudos quantitativos. Nesse sentido, explora questões bastantes particulares concernentes aos significados, motivos, crenças, aspirações, atitudes e valores, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e interações dos processos e fenômenos (MINAYO, 2013). Por conseguinte, torna-se oportuno esta abordagem para a pesquisa em questão.

Bosi (2012) afirma que a abordagem qualitativa geralmente tem como foco o estudo nas instituições, nos grupos, nos movimentos sociais e no conjunto de interações pessoais. Este tipo de abordagem tem o poder de construir pontes para uma ação dos serviços de saúde e dos seus agentes, sendo esta, pautada no diálogo e no reconhecimento das diferenças culturais, as quais embasam as ações de saúde.

Apesar do termo “pesquisa qualitativa” ser interpretada por muitos como confuso para Strauss e Corbin (2008, p. 23), “pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes”, sua essência descritiva e não numérica, não impede ou dificulta o rigor metodológico entre o coletar e analisar dados, uma vez que está consolidada em conceitos metodológicos e epistemológicos capazes de possibilitar sustentação científica aos seus achados, pois conforme citam Deslauriers e Kérisit (2010, p. 131):

Afirmar que a pesquisa qualitativa privilegia o vivido dos atores sociais não significa, todavia, que ela se reduziria a uma descrição minuciosa de ações ou de fenômenos observáveis. Nisso, pode-se dizer que o objeto por excelência da pesquisa qualitativa é a ação interpretada, simultaneamente, pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa; de onde a importância da linguagem e das conceituações que devem dar conta tanto do objeto “vivido”, como do objeto “analisado”.

3.2 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto atendeu aos preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS, 2012), baseando-se nas Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Foi submetido e aprovado, através da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O projeto atendeu aos preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, assim como do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ nº de parecer 1.329.969 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUEP/UERJ nº parecer 1.360.477, ambos cenários co-participantes da pesquisa. Como base nacional, essa Plataforma é unificada para registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP (BRASIL, 2012).

A participação dos sujeitos da pesquisa foi de forma voluntária, os objetivos e finalidades da pesquisa foram esclarecidos. Foi assegurado o anonimato dos participantes, e informado que a qualquer momento poderia recusar-se a responder qualquer pergunta, ou desistir de participar e retirar seu consentimento.

A pesquisa não gerou desconforto emocional, nem constrangimento, visto que a atividade proposta para produção, conforme preconiza o método, deu-se por meio da observação, durante os cuidados prestados ao paciente na sessão de hemodiálise, e pela entrevista sobre a importância da Comunicação Proxêmica como estratégia para adaptação do paciente à terapia.

Os riscos significam que o perigo ou desconforto que os participantes possam experimentar não é maior do que vivenciam em suas vidas cotidianas. “Diz-se que um estudo envolve risco mínimo quando os procedimentos ou atividades do estudo são semelhantes aos que os participantes encontram em suas vidas cotidianas” (SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2014, P.79).

O benefício relacionado à participação no estudo é o de aumentar o conhecimento científico na área da Enfermagem em Nefrologia, além de proporcionar a reflexão a respeito da importância de considerar a Comunicação Proxêmica no cuidado ao paciente com DRC.

A coleta de dados foi realizada mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e respeitando os aspectos éticos e legais. A pesquisadora envolvida na investigação compromete-se em divulgar os resultados obtidos na pesquisa em eventos científicos, publicações em periódicos, indexados em Bases de Dados, além de retornar ao cenário da pesquisa, apresentando e discutindo os resultados com os participantes, e quaisquer profissionais interessados no conteúdo.

3.3 O método da etnografia como caminho para os resultados.

Realizar uma pesquisa etnográfica consiste, em suma, estabelecer relações, selecionar informantes, descrever, mapear campos, manter um diário, entre outras coisas possibilita ao pesquisador entender o contexto comportamental dos participantes da pesquisa (GEERTZ, 2008). Entretanto, não é a realização destas técnicas que define uma pesquisa como etnográfica. Para a caracterização de um trabalho etnográfico, são apontadas muitas exigências que devem ser utilizadas como base para a operacionalização da pesquisa.

O estudo etnográfico para Geertz (2008) tem como base a busca exaustiva do conhecimento por meio da interação entre o comportamento das pessoas e o discurso, e as observações do pesquisador sobre cada detalhe que compõe o ambiente físico e social pesquisado. O método etnográfico permite ao pesquisador observar sistematicamente e descrever tudo que foi captado por meio de todos os seus sentidos.

O sentido visão, na etnografia, vai além de ver, alcança o âmbito de perceber o ambiente e as interações com todos os sentidos e apreendê-lo nas diversas dimensões possíveis. O sucesso deste tipo de investigação depende muito da conduta do pesquisador, visto que, a observação, a descrição e a análise constituem a essência da compreensão do objeto de estudo; o pesquisador para entender o comportamento humano é necessário considerar as relações que influenciam a interpretação, os pensamentos, os sentimentos e as ações (LÜDKE; ANDRÉ, 2013).

Embora pareça fácil, observar no método etnográfico requer uma habilidade peculiar, onde colocar-se diante dos participantes da pesquisa é muito relevante para a obtenção dos dados. É necessário que o pesquisador não seja visto como um intruso pelas pessoas, e sim como parte do meio onde se encontra; essa transição de “intruso” para “amigo” não se estabelece de forma rápida, requer tempo e sensibilidade, além de um verdadeiro interesse nos participantes em suas crenças e valores.

Estes pressupostos possibilitam que um estudo sobre comportamento humano abstraia o significado das ações a partir do contexto do indivíduo, compreendendo como as pessoas os interpretam e direcionam suas atitudes. Para captar da forma mais fidedigna esta teia de relações e apresentá-la de forma clara e objetiva em uma pesquisa é necessário que o pesquisador possua também algumas habilidades. Fundamentada em uma observação sistematizada, a etnografia exige que o pesquisador saiba ver realmente tudo que está ao seu redor. Para Gibbs (2012) ver, no sentido etnográfico, vai além da visão propriamente dita, alcança o âmbito de perceber o ambiente e as interações com todos os sentidos e apreendê-lo nas diversas dimensões possíveis.

As principais características do método etnográfico para Lüdke e André (2013) estão relacionadas com os significados atribuídos a si mesmo, as experiências e o ambiente que cercam os participantes, envolvendo um trabalho de campo onde o pesquisador se aproxima do cenário da pesquisa e das pessoas, mantendo um contato direto e prolongado, observando seu comportamento, para que seja possível observar e traduzir a dimensão do cotidiano; perceber e entender o significado cultural das situações que se contrapõem nas relações humanas, que são culturais, produzidas pelas próprias pessoas que estão sendo observadas. Este tempo de observação do pesquisador em contato direto com as pessoas e o ambiente estudado pode variar muito, desde algumas semanas, até vários meses ou anos.

Para entender como o Enfermeiro estabelece uma relação próxima com o paciente é preciso que se observe o “comportamento do nativo” manifestado por “gestos cotidianos, tom da conversa, atitudes do corpo e expressão facial”

3.4 O cenário da pesquisa

A pesquisa apresentou como proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e como cenários co-participantes dois hospitais universitários, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, um da esfera Federal e outro Estadual, respectivamente, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. A escolha por estes cenários justificou-se por essas instituições apresentarem atendimento especializado e de alta complexidade; possuir setor de nefrologia, no qual os Enfermeiros prestam assistência aos pacientes nas terapias renais substitutivas, como hemodiálise, e a importância de ser compreendido como um espaço de formação acadêmica, no qual existe uma preocupação como cenário de aprendizagens teóricas-práticas.

O campo é o lugar natural onde acontece os fatos/fenômenos/processos. A pesquisa de campo é aquela que segundo Santos (2015) recolhe os dados *in natura*, como percebidos pelo pesquisador. E o Hospital Universitário é reconhecido por ser uma instituição que concentra suas atividades na aliança entre a assistência à população, ao ensino e à pesquisa científica, incentivando seus profissionais a estarem sempre buscando a capacitação, pois tem a intenção de promover cada vez mais uma assistência qualificada e adequada aos pacientes.

A proposta para coleta nos dois cenários baseia-se na premissa de que aumentar o quantitativo de Enfermeiros, embora a pesquisa tenha caráter qualitativo, permite uma maior amostra, enriquecendo o estudo com a diversidade de interações entre os participantes. A etnografia se constrói tomando por base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados, se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam.

O primeiro cenário de pesquisa foi desenvolvido no HUCFF na unidade de Nefrologia, localizada no sétimo andar do hospital. A unidade possui enfermaria de nefrologia, sala de treinamento e de tratamento de diálise peritoneal, sala de tratamento de água, entre outros. São duas as salas de hemodiálise: uma chamada sala azul, onde são atendidos os pacientes portadores de sorologia positiva para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatite B; e outra chamada sala branca, local onde foi realizada a pesquisa. Esse setor apresenta na parte externa, uma sala de curativos, expurgo, sala da chefia de enfermagem e pia para lavagem dos braços dos pacientes antes da sessão de hemodiálise. Na parte interna há uma sala ampla, dividida em três espaços com dois postos de enfermagem.

O segundo cenário de pesquisa foi desenvolvido no HUPE/UERJ na unidade de nefrologia, localizado no 3º andar do hospital. No andar existe enfermaria de nefrologia, sala de treinamento e atendimento de diálise peritoneal, sala de tratamento de água, sala de guarda de materiais e sala de hemodiálise, entre outros.

A sala de HD foi adaptada segundo funcionários do hospital, para o atendimento aos pacientes renais crônicos, a parte interna apresenta uma pequena sala de atendimento administrativo, um expurgo, um salão único de HD, uma parede de vidro separa os ambientes da sala de enfermagem e do banheiro.

Posteriormente ambos os cenários serão amplamente discutidos e apresentados na forma de planta esquemática em 3D que representa de modo bem simplificado o ambiente da HD. Estes cenários foram reproduzidos com o auxílio de um arquiteto, para representar fielmente suas características físicas e móveis do ambiente da HD.

De acordo com a resolução RDC nº 154 de 15 de junho de 2004, que dispõe sobre as unidades de diálise e seu ambiente físico, as Unidades de Diálise devem atender aos requisitos de estrutura física previstos na RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 ou instrumento legal que venha substituí-la, juntamente com as exigências estabelecidas nesse regulamento, em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera Federal, Estadual ou Municipal.

Entenda-se como ambiente físico, à luz da Teoria Proxêmica (Hall, 2005), o conjunto formado pelos espaços de características fixas e semifixas. O espaço fixo compreende as disposições estruturais inalteráveis, tais como paredes, teto, vidraças, tubulações, chão, pias, sistemas de refrigeração. Já o espaço semifixo refere-se às peças mobiliárias que são dispostas no ambiente, tais como máquinas de diálise, poltronas, balanças digitais, dentre outros.

3.5 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros do setor de nefrologia que atuam no cuidado ao paciente durante a hemodiálise. A justificativa para a escolha dos enfermeiros é a de que esses “*participantes-objeto*” possam produzir elementos significativos relativos ao objeto do estudo, pelo fato de serem profissionais que possuem capacidade para articular e desenvolver, sob múltiplas vertentes, estratégias de intervenções e atitudes de cuidado ao paciente na nefrologia.

O critério de inclusão no protocolo da pesquisa abrange todos os Enfermeiros, de ambos os sexos, que estavam prestando algum tipo de cuidado direto ao paciente no setor de hemodiálise. Foram excluídos aqueles profissionais de férias e/ou licença, ou outra função que não a de prestar assistência ao paciente durante a sessão de hemodiálise.

Foi comunicado a cada participante que seu nome seria preservado e para representar seu depoimento na pesquisa, seria colocada a letra “E” precedida da numeração correspondente ao número da entrevista. A participação dos sujeitos resultou na produção do conhecimento científico sobre a comunicação proxêmica dos profissionais de enfermagem na área do cuidado em hemodiálise, pioneiro no setor da nefrologia.

3.6 Técnica e abordagens de coleta de dados para análise

Dentro de uma visão etnográfica segundo Lüdke e André (2013) o pesquisador é inserido no campo e poderá utilizar diferentes instrumentos para apreensão da realidade estudada. Contudo, é importante salientar que as diferentes formas de tecnologias podem e devem auxiliar na captação dos dados, podendo ser dependentes e não-dependentes, tais como diário de campo, o gravador, roteiro de observação participante e entrevista, desde que sejam descritas todas as informações, por meio dos quais os etnógrafos poderão apresentar de forma minuciosa o contexto estudado e as interações identificadas.

Ao se desenvolver uma pesquisa com o método etnográfico, devem-se considerar os informantes como pessoas que, por possuírem algumas características culturais diferentes, e merecem uma investigação. Souza e Barros (2008. P. 153) “apontam que pesquisadores e pesquisados, apresentam semelhanças, porém com traços culturais diferenciados”.

Segundo Santos (2015) os dados devem ser coletados com a observação de situações físicas e materiais. E por isso exige uma carga extra de trabalho, que é a escolha da situação (re) produtora dos fatos/fenômeno que interessam ao pesquisador. Além disso, exige a escolha dos instrumentos de captação e aferição das informações e dados que serão obtidos.

A coleta de dados foi realizada após os contatos com a chefia médica e de enfermagem das instituições participantes, com o objetivo de apresentar o estudo e solicitar autorização para a coleta de dados, assim como a aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis- EEAN/HESFA.

3.6.1 Primeiro momento da pesquisa: aproximação com o território, elaboração do Mapeamento Comportamental de HD.

Tendo por base as características da etnografia, para proceder à coleta de dados, a pesquisadora manteve contatos preliminares com as equipes nos locais, cenários da pesquisa, com intuito de entendimento das dinâmicas das atividades e aproximação com os cenários. O comportamento das pessoas foi estudado no seu contexto habitual e não em condições artificiais criadas pela investigadora.

Pela complexidade do método e pela riqueza das informações, a aproximação dos cenários e dos possíveis participantes da pesquisa foi primeiramente no HUCFF, por ter realizado anteriormente outras pesquisas, também por acreditar ter maior entendimento sobre a dinâmica e rotina deste setor no hospital. Posteriormente foi realizada a aproximação com o segundo cenário de investigação, o HUPE.

Para entender o ambiente no setor de hemodiálise de ambos cenários, foi elaborado uma representação gráfica dos locais, desenvolvida por meio do programa *SketchUp*¹, que é um software de modelagem tridimensional (OLIVEIRA, 2015).

O levantamento arquitetônico foi realizado a partir de planilhas elaboradas para sistematizar. Elas orientaram na descrição dos seguintes itens: arranjo espacial e os atributos que permitiam apropriação espacial, correspondendo à: sociabilidade - interações entre enfermeiro-ambiente e enfermeiro-paciente; o mobiliário da HD e seu estado de conservação; a qualidade dos materiais de acabamento (piso, parede e teto). Nas planilhas foram relatadas as características e o grau de conservação destes elementos.

Foi necessária a participação de um arquiteto neste processo de planejamento e execução dos mapas comportamentais, e após sucessivos diálogos ficou acordado que para auxiliar na aplicação da planilha seriam utilizadas as técnicas de registro fotográfico, com o intuito das imagens auxiliarem no processo de elaboração do mapeamento e a necessidade medição *in loco* com trena *laser*, para a fidedignidade das distâncias

Sendo assim, foram realizadas duas (2) visitas junto como arquiteto em cada instituição em junho de 2016 e em janeiro de 2017, para a coleta das medidas e fotos. Esses registros juntamente com os registros em tópicos na planilha foram, posteriormente, transcritos e serviram para na elaboração das plantas dos setores. O total de horas para a realização das atividades fotográficas, de medição, de transcrição dos dados e de elaboração dos mapas, foi em média de 52 horas.

Com os mapas já elaborados de ambos os cenários, foi necessário incluir as cores representativas da comunicação proxêmica, descritas anteriormente como zonas de distanciamento. As cores foram representadas de forma milimetricamente, marcando os espaços Íntimo, pessoal, social e público do setor de HD em relação ao espaço íntimo do paciente.

A técnica e os procedimentos foram adotados com o objetivo de demonstrar, o mapeamento do setor de HD do HUCFF/UFRJ e do HUPE/UERJ gerando quatro (4) figuras que são apresentados e discutidos no Capítulo V.

3.6.2 Segundo Momento da pesquisa: seleção dos participantes, aspectos éticos e apresentação dos instrumentos de coleta.

¹ É um programa de modelagem arquitetônica em 3D que pode ser usado para retratar ambientes.

Após o período da adaptação e elaboração do mapeamento dos setores, foram identificados os participantes segundo os critérios de seleção, já mencionadas anteriormente, e de acordo com escalas de enfermagem previamente cedida pela chefia, para elaboração e planejamento da coleta de dados.

Os enfermeiros foram convidados e selecionados a participar da pesquisa, e mediante aceite eram comunicados e esclarecidos sobre o objeto do estudo, seus objetivos, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o encontro para a entrevista foi agendado de acordo com a disponibilidade de horário de cada enfermeiro, e preenchimento do questionário com itens sobre o perfil profissional (APÊNDICE B), permitindo uma caracterização dos mesmos. Foram também orientados de que haveria um momento de observação. Entretanto, o dia e horário não foram informados previamente, para que não houvesse interferências do comportamento no ambiente. Os dados identificados no perfil profissional foram tabelados e analisados posteriormente.

Durante o procedimento de testagem dos instrumentos com os primeiros participantes, houve a necessidade de alguns ajustes no mapa, pois contemplava a sala de hemodiálise como sendo o principal espaço do cuidado, entretanto após algumas entrevistas foi descrito pelos participantes outros espaços, como sendo espaços do cuidado, entre estes: sala de curativos; sala de chefia de enfermagem; corredores. Sendo assim, o mapa sofreu alterações com inclusão dos espaços para ampliar as discussões.

A entrevista seguiu mantendo aos questionamentos do roteiro de perguntas que foram gravadas em um gravador de áudio, com a finalidade de posteriormente transcrevê-las, possibilitando, assim, a análise dos dados.

As entrevistas individuais foram realizadas nos intervalos da assistência de enfermagem ao longo do plantão de 12 horas dos profissionais, principalmente à tarde, quando a demanda do cuidado de enfermagem é menor. Porque pela manhã é quando comumente se realizam as escalas dos técnicos para os setores da sala branca, sala azul, diálise peritoneal e hemodiálise externa; verificação e checagem de prescrições para os pacientes; os curativos de cateteres; entre outros.

Nos primeiros dias a chegada ao setor foi às 7:00 horas da manhã, para a passagem de plantão, para que os profissionais entendessem o porque da presença da pesquisadora ao ambiente de pesquisa. Ao término explicava que era uma pesquisa de doutorado em enfermagem e que precisava de uma amostra significativa, sendo necessário realizar entrevistas com o máximo de enfermeiros. Na sequência a pesquisadora explicava melhor

qual seria a pesquisa e como se desenvolveria ao longo dos dias, possibilitando um laço interativo entre ambos. Estes encontros regulares durante dois (2) meses, no mínimo duas vezes por semana, e interagindo com a equipe e participando das atividades desenvolvidas no setor, possibilitou maior aproximação e interação com a equipe e familiarização com o ambiente, ou seja, o território em que o grupo pesquisado está inserido.

Após esta primeira aproximação com ambos cenários da pesquisa e maior interação com os possíveis participantes, a pesquisadora observou que pela manhã a realização das entrevistas seria mais complicada, devido às atividades. Sendo assim, quando chegava ao setor, cumprimentava todos os profissionais presentes, acompanhava a assistência, estabelecia um processo comunicativo e combinava a entrevista para um momento mais propício. A pesquisadora tentava ao máximo participar do cotidiano dos profissionais e estreitar laços de comunicação e de interação. Para isso, participava dos momentos de café, almoço, auxiliava na assistência de enfermagem e sempre tinha a iniciativa nos processos de comunicação.

As entrevistas foram realizadas na sala de curativo do setor de hemodiálise do HUCCF e na sala de enfermagem do HUPE, para que não houvesse interrupções durante a coleta dos dados. Antes de iniciar a entrevista o TCLE era entregue, explicava-se as questões éticas, retirava-se as dúvidas sobre a pesquisa e também da necessidade da gravação da entrevista para posterior transcrição. Foi estabelecido um diálogo com apontamentos sobre os tipos de comunicação não verbal, e após uma breve introdução sobre a temática foi apresentado o mapa comportamental do setor de hemodiálise, com os espaços da hemodiálise como sendo o território de cuidado do enfermeiro.

A pesquisadora explicou com maiores detalhes, devido à necessidade de estarem sendo abordados para participar de uma pesquisa sobre comunicação proxêmica, explicando brevemente o que é comunicação não verbal. Ao longo da entrevista a pesquisadora manteve-se atenta as perguntas descritas no roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), mantendo os conceitos essenciais de Hall (2005), como: as distâncias entre enfermeiros e pacientes; uso dos sentidos corporais; postura corporal; importância da comunicação durante a interação com o paciente; dificuldade e facilidades do ambiente na demarcação do território.

O Mapeamento Comportamental também foi apresentado aos participantes, para que estes associassem as perguntas da entrevista a imagem do setor, com seus mobiliários e cores das zonas de distanciamento já empregadas.

As entrevistas tiveram em média de 35 minutos a 1 hora e 5 minutos de duração. Foi proposto aos participantes que avaliassem as figuras que representam o Mapeamento comportamental e que eles se colocassem, nos diferentes momentos do cuidado, relatando

qual espaço ele ocupa, quais os sentidos utilizados e se as características fixas e semi-fixas do ambiente influenciam no seu comportamento ou na percepção durante a interação com o paciente.

As figuras facilitaram a identificação do enfermeiro nos diferentes espaços, a visualização dos espaços colorimétricos permitiu que os enfermeiros se posicionassem no cuidado durante o período da sessão de hemodiálise e identificassem como fazem o uso da comunicação proxêmica.

Não houve resistência ou negação dos participantes em responder às perguntas, e em alguns momentos a pesquisadora identificou certa dificuldade dos participantes para responderem uma ou outra questão e os deixava livres para responderem, não interferindo no raciocínio deles, mas voltava na mesma questão, porém reformulava para melhor entendimento dos mesmos, sem fugir da essência do que estava sendo perguntado.

3.6.3 Terceiro momento da pesquisa: observação participante segundo Fatores Proxêmicos (HALL, 2005).

A observação participante é descrita por Angrosino (2009) apud Abib (2013) como uma investigação que se caracteriza por um período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os participantes, como membro da equipe, durante o qual os dados são recolhidos de forma sistemática. As informações que obtém, as respostas que são dadas às indagações, dependem do comportamento e das relações que se desenvolve com o grupo estudado, neste caso enfermeiros. Examinando interações e comunicações que estejam se desenvolvendo.

Sendo assim, foi mantida uma rotina de chegada ao setor, com uso de jaleco branco, lavagens das mãos, interagindo com a equipe e pacientes, conversando e mantendo-se atualizada das atividades do setor. As anotações foram registradas de forma a não transparecer a observação específica do participante.

Para Abib (2013) a expressão “observação participante” tende a designar o trabalho de campo no seu conjunto, desde a chegada do investigador ao campo da investigação, quando inicia as apresentações que permitem o acesso as informações do grupo pesquisado, até ao momento da despedida e encerramento da busca exaustiva dos dados, depois de uma longa permanência. Enquanto presente, o observador imerge pessoalmente na rotina do grupo pesquisado, partilhando as suas experiências.

Sendo assim, foi elaborado previamente, contendo todos os aspectos a serem observados pelo pesquisador, um roteiro de observação (APÊNDICE D) que apresentou no eixo horizontal os fatores da comunicação proxêmica, a saber: a posição, a distância, o tom de voz, o eixo dos interlocutores, o comportamento de contato, contato visual, código olfativo e quais as impressões da pesquisadora durante a interação (HALL, 2005). E, no outro eixo vertical, situando o momento de observação caracterizado pelo momento de cuidado do profissional ao paciente.

A observação participante foi realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os participantes. Segundo Abib (2013) a observação constitui uma técnica de investigação, que usualmente se complementa com a entrevista semiestruturada. Para a sua utilização como procedimento científico, foi preciso que estivessem reunidos critérios, tais como o responder a objetivos prévios, ser planejada de modo sistemático, sujeita a validação e verificação, precisão e controle.

Estas observações foram realizadas no primeiro e segundo turnos de hemodiálise, com duração prevista de oito (8) horas. A justificativa para este tempo de observação diária foi devido ser o mesmo período de duração das sessões de hemodiálise, que corresponde a quatro (4) horas cada, por ser neste momento que o enfermeiro estabelece sua interação com os pacientes para o cuidado. As observações foram individuais, com a escolha de um enfermeiro por sessão, sendo que os participantes foram observados em mais de uma sessão.

Os meses de observação foram junho a julho de 2016 no HUCFF e outubro a novembro de 2016 no HUPE, a pesquisadora chegava ao setor no horário da passagem de plantão, às 7:00 horas da manhã e terminava a observação entre 14:00 e 15:00 horas da tarde, devido ao término da segunda sessão da HD, totalizando ao final 240 horas de observação em média. Foi observado o comportamento dos participantes, durante sua permanência no setor de hemodiálise, nos diferentes momentos de interação com o paciente: no pré-diálise, transdiálise e pós-diálise.

3.6.4 Quarto momento da pesquisa: Tratamento e análise dos dados

A análise das transcrições das entrevistas foi realizada tão logo as mesmas eram encerradas, com o objetivo de verificar se haveria a necessidade de mais um contato com o participante, para esclarecer aspectos que ficaram difíceis de entender, fazendo também o cruzamento com os aspectos descritos no roteiro de observação, para cada uma destas análises a pesquisadora despendia, aproximadamente, 1 a 2 horas. Na pré-análise foi realizada a leitura

flutuante dos depoimentos transcritos e elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. As entrevistas transcritas foram devolvidas para validação dos participantes da pesquisa que nela foram identificados por pseudônimos, sendo que todas as entrevistas serão arquivadas por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, as mesmas serão incineradas.

No momento da pré-análise foi realizada a tabulação dos dados de identificação dos enfermeiros entrevistados, traçando através dos mesmos, o perfil dos participantes do estudo. Foi reservado para este momento, o tempo correspondente a 1 hora para cada entrevista.

Em outro momento da análise, todas as entrevistas foram lidas e relidas cuidadosamente para o reconhecimento e extração dos dados brutos, verificando e sublinhando a sua relação com os objetivos do estudo. Para esta atividade, foram ocupadas cerca de 8 h de estudo, no qual foi realizada a análise temática das respostas dos participantes, baseando-se em Bardin (2011), que representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A crescente utilização da análise de conteúdo na área da Enfermagem é evidenciada em muitos trabalhos publicados, em várias revistas de circulação nacional e internacional (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

De acordo com Bardin (2011, p. 131), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Na tentativa de organizar esse material, após sucessivas leituras, foi destacado em cada conjunto de respostas dos participantes os fragmentos do texto que estavam relacionados com os objetivos da pesquisa. Esse procedimento foi necessário, pois, havia grande quantidade de informações transversais ao objeto da pesquisa. Assim, foi construído um quadro para cada pergunta, onde foram destacados os fragmentos relacionados ao mesmo objetivo. Em seguida, os fragmentos foram agrupados por aproximação dos sentidos.

Nos termos determinantes por Bardin (2011), especificamente quanto à fase de exploração do material, destaca-se que as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas. E, a fase de análise propriamente dita, não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas.

Desta forma, na fase denominada de exploração do material, foi realizado um processo de separação da essência das mensagens, que serviu para a identificação das expressões com sentidos equivalentes presentes nas respostas de cada enfermeiro. De acordo o método adotado, é nessa fase que o material foi organizado para a análise, por meio de um processo de codificação.

O trabalho de organização dos fragmentos das respostas foi a de reunir em um único quadro os elementos pertencentes a um determinado conjunto ou classe. Cabe registrar aqui, que todos os elementos foram considerados, mesmo aqueles que apareceram apenas em uma única resposta, uma única vez e, não puderam ser agrupado aos demais.

Destaca-se que, o método proposto por Bardin (2011) esclarece que a codificação corresponde praticamente a uma transformação do material em uma representação do conteúdo, no caso as mensagens contidas nas respostas. Para a autora esse processo tem a intenção de alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Para continuar o processo de codificação, conforme aponta o método, procurou-se identificar as unidades de registro – ou unidades de significação – a partir do material que havia sido codificado e reunido em um quadro de acordo com cada objetivo proposto.

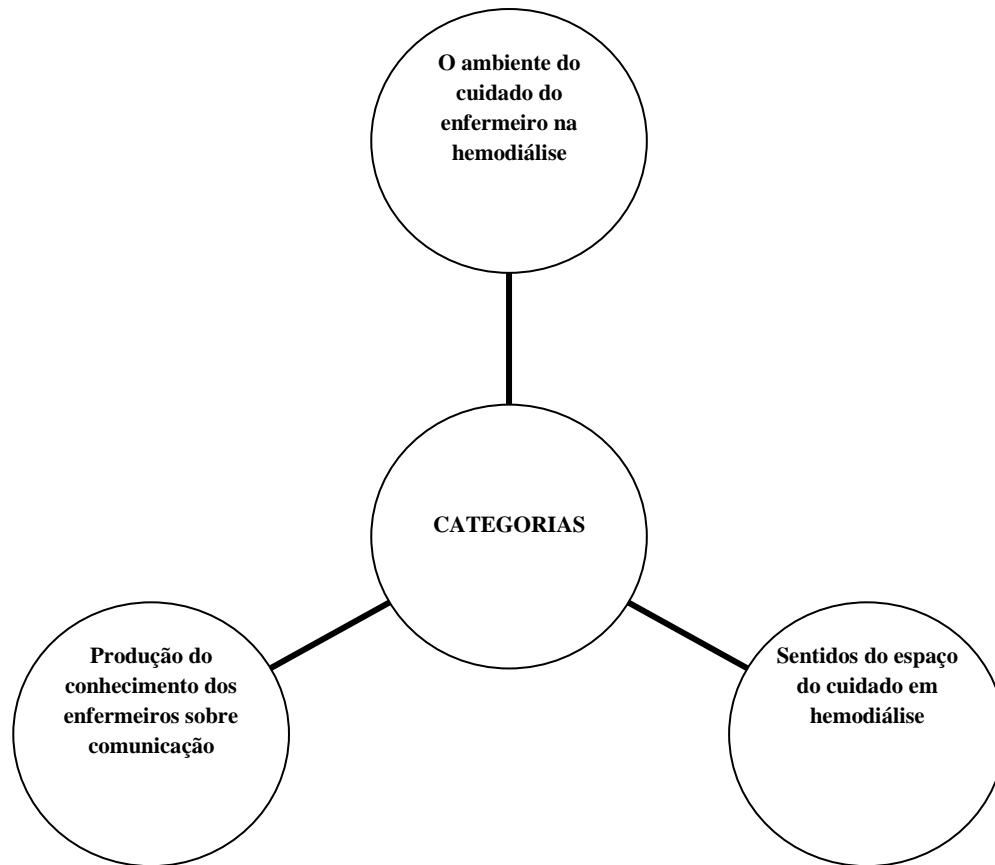
Segundo Bardin (2011) as unidades de registro são fragmentas no texto, e podem ser palavras, frases ou parágrafos que denotam significação. São códigos linguísticos que possuem alguma compreensão com determinado contexto, onde elas são utilizadas ou se relacionam.

Diante desta análise, buscou-se uma possível construção da comunicação proxêmica sobre o cuidar e os cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento de hemodiálise, permitindo mapear as categorias de cuidados que emergem na hemodiálise, através das entrevistas e da observação. Verificou-se que as unidades de registro se desprendiam naturalmente dos objetivos e poderiam ser agrupadas em três (3) grupos como foram identificados, quais sejam: aspectos relacionados com os sentidos do espaço do cuidado, ambiente do cuidado e o conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação proxêmica.

Na perspectiva do método, Bardin (2011) reconhece esse procedimento de organização das unidades de registro, como a forma de compreender a significação exata das unidades de registro. Na proposta do método, um grupo de unidades de registro pode ser identificado através de uma unidade de contexto. A categorização ocorre através da inferência do analista sobre o material produzido e submetido à codificação. A categorização tem como objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, que resulta da inferência do analista. Neste sentido, foram propostas três categorias para o desenvolvimento deste estudo.

Assim, na última fase que compõe o método da análise de conteúdo, consiste na interpretação dados que será apresentada a seguir. Segundo o método, a interpretação é o momento em que o analista atribui significação às características do texto, resumidas após tratamento e apresentadas sob a forma de categorias (Figura 5).

Figura 5: Representação das categorias analíticas



Fonte: Produção da pesquisadora

A etapa final do processo de compreensão do material obtido nas entrevistas constituiu-se na realização do reagrupamento das unidades de registro, reunidas sob a forma de unidades de contexto/significação, em categorias. Para Bardin (2010, p. 145) a categorização é:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

CAPITULO IV

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Embora a análise envolva a interpretação de significado e de função de ações humanas e assuma uma forma descritiva e interpretativa, propõe-se a caracterização da amostra dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas no formato de tabela, para um melhor entendimento e análise descritiva. Desta forma foi realizada a análise dos dados dos doze (12) participantes da pesquisa em ambas as instituições.

Tabela 1- Caracterização da amostra, segundo variáveis socioeconômicas dos Enfermeiros, 2016

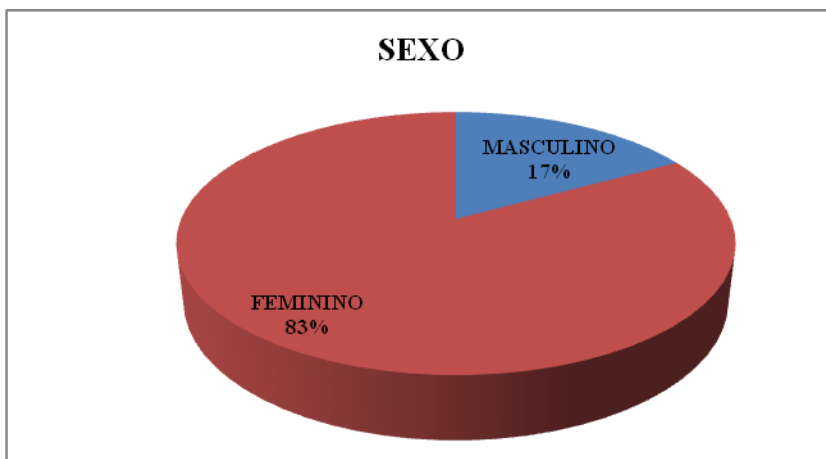
Características	N	%
Sexo		
Masculino	2	17
Feminino	10	83
Faixa etária		
26 a 35	6	50
36 a 45	2	17
46 a 55	3	24
56 a 65	1	8
Tempo de Formação		
1 a 10	2	17
11 a 20	6	50
21 a 30	2	17
21 a 40	2	16
Tempo de atuação na Nefrologia		
1 a 10	7	58
11 a 20	2	17
21 a 30	2	17
21 a 40	1	8
Função exercida		
Assistência	8	67
Gerência e assistência	4	33
Curso de capacitação		
Nefrologia	5	37
Enfermagem do trabalho	2	12
Mestrado	4	25
Terapia intensiva	1	13
Não possuem	1	13

Fonte: Pesquisa de campo no HUCFF e HUPE, 2016.

Para a melhor compreensão do estudo foi traçado o perfil dos enfermeiros, sendo os mesmos descritos quanto: ao sexo; à faixa etária; tempo de formação; tempo de atuação como enfermeiro na nefrologia; função que ocupa; curso de capacitação. Os dados do perfil do profissional que atua na hemodiálise permitiram associá-los entre si, em busca de aspectos que favorecem a clareza do fenômeno.

A amostra foi constituída de doze (12) enfermeiros do setor de hemodiálise, de um universo de seis (06) enfermeiros do HUCFF e seis (06) enfermeiros do HUPE. A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 154, de 15 de junho de 2004 estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise no Brasil e esta RDC no subitem 6.3 determina: “O programa de hemodiálise deve integrar no mínimo, em cada turno, um enfermeiro para cada 35 pacientes” (BRASIL, 2004). Este é um ponto crítico para a Enfermagem e merece ser revisado para que haja a garantia da segurança e da qualidade de assistência ao paciente.

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.



Fonte: Produção da pesquisadora

Houve uma predominância do sexo feminino 83% (n = 10) em relação ao masculino 17% (n= 2). Cunha e Spanhol (2014, p.92) afirmam que aquele componente educativo e cultural de cuidadora do lar e família, foi se diluindo ao longo dos anos, com a emancipação da mulher e a busca da igualdade de gêneros. Na esfera do trabalho estas mudanças permitiram que a mulher coloca-se suas competências a serviço da sociedade, adquirindo

“autonomia financeira que lhes garantissem benefícios como a segurança social, a aposentadoria e uma salvaguarda contra a pobreza, viuvez ou até separação”.

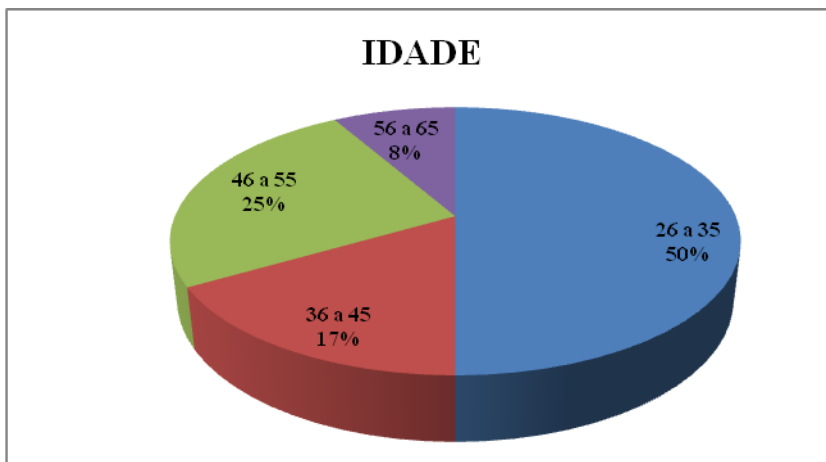
A feminização da área de saúde segundo Abuderne e Naisbitt (1993) surgiu com a enfermagem, sendo responsável por quarenta a cinquenta por cento (40% a 50%) do faturamento hospitalar, e eles já afirmavam que as mulheres em seus cargos de autoridade no setor de saúde modificariam o cuidado com a saúde e a atitude dos profissionais para com as mulheres e ainda que nas próximas décadas, a saúde teria uma tônica decididamente feminina. Cunha e Spanhol (2014) concordam que no mundo feminino, pode-se contar com o alto potencial, na busca constantemente do crescimento profissional e pessoal, de novos desafios, e que estas ser por si só uma marca de liderança ou característica de um estilo ainda a ser descoberto.

Estudos revelaram que os homens, no Brasil, têm mais dificuldades para expressar certas emoções negativas em público, já as mulheres possuem maior liberdade para expressá-las. Conforme Schimidt e Silva (2012) é provável que os enfermeiras adquiram um menor controle em expor suas emoções. Portanto as percepções inferidas pelas enfermeiras deste setor poderão estar impregnadas com emoções e sentimentos ativados por estímulos internos ou vindos do ambiente, as vivências e as experiências possuem uma função adaptativa frente as situações vivenciadas, gerando influência positiva ou negativa nos relacionamentos.

Logo, existem regras culturais capazes de modificar, modular e controlar a musculatura facial ou movimentos corporais entre os gêneros. Portanto, os profissionais de saúde precisam se ater a essa verdade e reconhecer o uso da comunicação proxêmica (próprias e do outro) valorizando as peculiaridades existentes. A enfermagem toca o corpo e expõe o paciente, muitas vezes sem pedir autorização, adotando uma postura de poder. O paciente, por sua vez, revela constrangimento e vergonha, porém dificilmente questiona ou reclama esse tipo de invasão, pois acredita ser ela necessária para sua recuperação.

Neste sentido para o enfermeiro do sexo masculino a situação de invasão pessoal poderá ser considerada desfavorável durante a realização de um procedimento que necessite de uma aproximação mais íntima para um procedimento técnico.

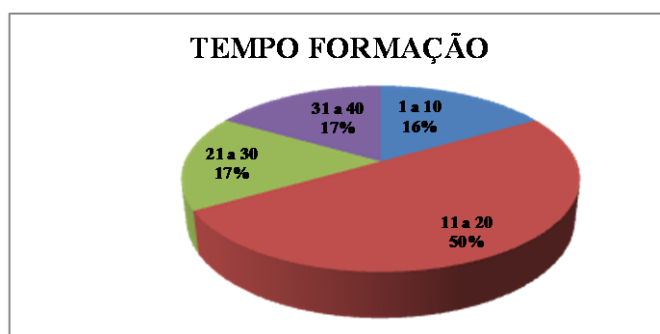
Gráfico 2: Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária.



Fonte: Produção da pesquisadora

A faixa etária dos participantes variou de 26 anos a 64 anos, sendo destacada pela faixa etária de 26 a 35 anos com 50% (n=6), fato esse que corrobora com a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2011), que afirma que a força de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil é majoritariamente jovem, com 63,23% na faixa etária entre 26 a 45 anos, no auge na sua força produtiva e reprodutiva.

Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de formação.



Fonte: Produção da pesquisadora

O tempo de formação dos enfermeiros concentrou-se na faixa de 11 a 20 anos de formação 50% (n=6), sendo que o maior tempo de formação evidenciado foi a de uma enfermeira com trinta e oito (38) anos de profissão. A experiência clínica e o conhecimento

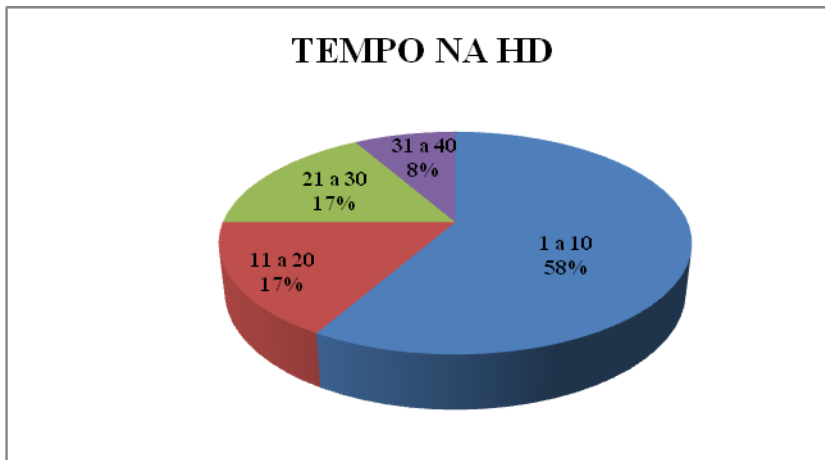
técnico-científico são componentes essenciais e complementares para definição das ações de cuidado dos pacientes. Para Bittencourt e Crossetti (2013) um conhecimento advindo da prática possibilita ao enfermeiro o aperfeiçoamento, promovendo o desenvolvimento de conhecimento específico de enfermagem, fundamentados em pressupostos teóricos, em experiência clínica e habilidades interpessoais, que auxiliam na tomada de decisão assertiva para os pacientes.

Benner, Tanner e Chesla (2009) apud Nuntaboot (2016) em seus estudos relacionaram a aquisição de habilidades em enfermagem aos diferentes níveis de prática, descrevendo cinco posições que variam desde o “novice”, com limitado reconhecimento de evidências e pensamentos analíticos, ao “expert” especialista com abrangente compreensão e intuição. Identificando que o enfermeiro “expert” possui experiência, competência e habilidade na tomada de decisões, sendo mais proativos na coleta de evidências relevantes e em antecipar problemas, do que enfermeiros novatos.

Ser proficiente, competente e perito exige uma base de experiência com populações de pacientes em particular, com estes níveis de habilidades que o enfermeiro desenvolve nas diferentes situações clínicas acabam evoluindo ao longo do tempo (NUNTABOOT, 2016). Essas habilidades de identificar possíveis impropriedades requerem mudanças no conhecimento qualificado, que são qualitativamente distintos para os estágios iniciais de aquisição de habilidades.

A experiência, como aqui definida, não é a mera passagem do tempo, mas sim uma transformação ativa e refinamento de expectativas e percepções em situações evolutivas. O enfermeiro muda de uso exclusivo do objetivo e ação com pacientes específicos. O raciocínio clínico baseia-se na compreensão das mudanças do paciente através do tempo - que é o raciocínio através das transições.

Gráfico 4: Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de atuação na hemodiálise.

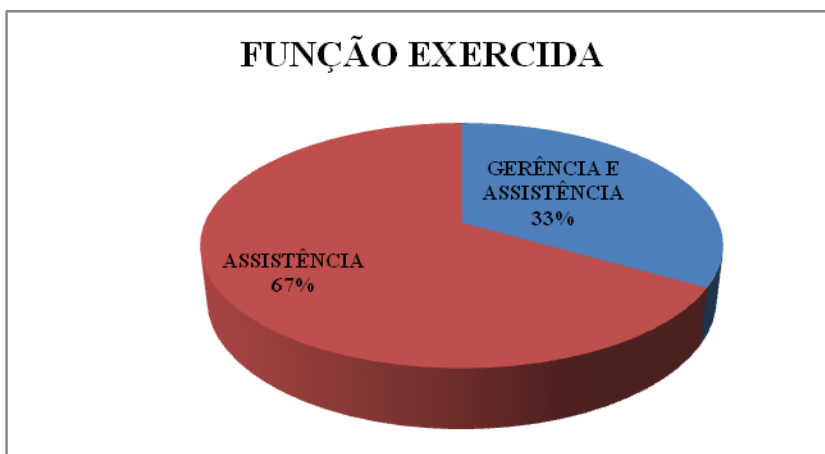


Fonte: Produção da pesquisadora

Quanto ao tempo de atuação na hemodiálise, a análise dos dados obtidos aponta que 58% (n=7) dos enfermeiros participantes atuam no setor de hemodiálise a mais de 2 anos, o que vem a facilitar o entrosamento, devido ao conhecimento do contexto, dos protocolos e do paciente atendido na unidade.

O tempo de trabalho no setor pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho, o que pode contribuir para a melhoria na qualidade dos serviços prestados. Trata-se de uma construção de conhecimento diário que amplia cada vez mais a capacidade de interpretar as situações e estimular o ponto de partida para novas inquietações.

Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros segundo a função exercida.

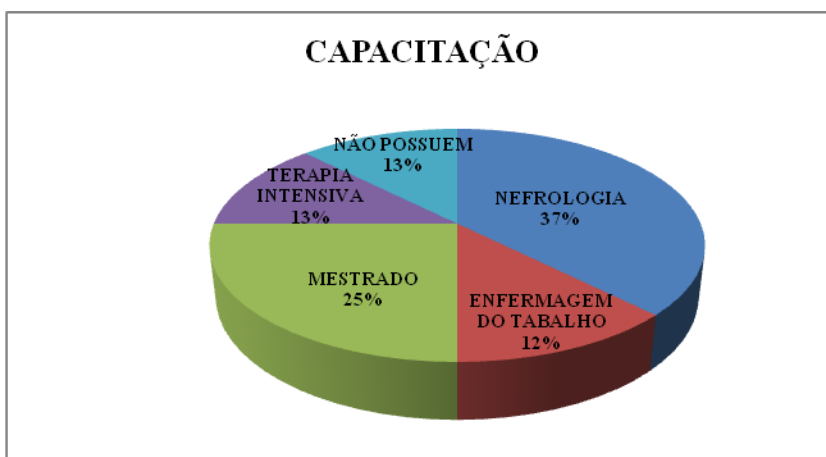


Fonte: Produção da pesquisadora

Com relação à função exercida, foi identificado que 67% (n=8) dos enfermeiros atuam na assistência ao paciente, embora este setor tenha uma característica diferenciada de cuidados, a maioria dos enfermeiros possui atuação gerencial muito marcante também. O tempo disponibilizado no contato direto ao paciente se torna imprescindível devido às demandas do setor, sendo assim, o enfermeiro acumula inevitavelmente as funções assistenciais e de gerenciador do setor.

Este fato corrobora com estudos desenvolvidos sobre o processo de trabalho do enfermeiro e as implicações e dificuldades da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), visto que o enfermeiro possui acúmulo de atribuições e o quantitativo de profissionais é insatisfatório (ZANARDO; ZANARDO; CAEFER, 2011).

Gráfico 6: Distribuição dos enfermeiros segundo o curso de capacitação.



Fonte: Produção da pesquisadora

Dentre os principais cursos de aprimoramento profissional relatados estão a especialização em nefrologia, enfermagem do trabalho, terapia intensiva e mestrado. O fato da maioria dos participantes 87 % (n=11) possuir especialização denota maior preocupação em manter uma boa formação e atualização dos cuidados de enfermagem.

De acordo com a RDC 154/04, o responsável técnico do setor de hemodiálise poderá ser um profissional de nível superior com especialização na área correspondente, assentada junto ao respectivo conselho profissional, além deste profissional, um (1) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de

enfermagem. A resolução destaca ainda em seu anexo 6 “recursos humanos do serviço de diálise”item 6.9 que:

A capacitação formal e o credenciamento dos Enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração / certificado respectivamente, reconhecidos pela SOBEN”. No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecido pelo MEC ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem. O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

Dentre os profissionais que atuam no setor, dois (2) não possuem especialização em nefrologia e sim em outra área, e um (1) está em processo de capacitação. Há por parte dos enfermeiros uma necessidade de construir uma “identidade profissional, identificando e demarcando um saber específico”, com o propósito de contribuir para o estabelecimento de uma maior autonomia e domínio das decisões frente à equipe de enfermagem, assim como aos pacientes. Em sua prática diária, o profissional precisa articular o conhecimento teórico com o conhecimento prático para conquistar e manter a liderança (VALADARES; VIANA, 2009, P. 381).

CAPITULO V

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo congrega os resultados das análises dos dados no sentido de atender aos objetivos propostos para a realização do estudo em ambos os cenários investigados. As unidades de registros (UR) das doze (12) entrevistas foram agrupadas em três (3) categorias à saber: O ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise; Sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise; Produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação proxêmica.

Para representar a classificação das categorias (Quadro 4) foi descrito os números de UR obtidos em cada entrevista e somatório total de trezentos e quarenta e cinco (345) UR e destas foram consideradas (duzentas e setenta e um) 271 UR devido a sua relevância com a temática proposta.

Quadro 4: Unidades de Registros (URs) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação ou categorias. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.

Código dos temas/ categorias	Temas/Unidades de significação	Total de entrevistas realizadas 12												Total de UR na categoria
		Número de UR em cada entrevista/total de UR obtidas de cada entrevista												
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	
1	O ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise.	12	10	17	06	13	10	14	07	10	08	10	09	126
2	Sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise.	07	04	16	12	11	14	07	07	04	06	12	05	105
3	Produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação proxêmica.	02	05	04	06	02	06	03	04	01	03	02	02	40
	Total de Unidades de Registros relevantes obtidas em cada entrevista	21	19	37	24	26	30	24	18	15	17	24	16	271

5.1 O ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise

Para descrição de cada setor de HD, onde a coleta de dados desta pesquisa foi realizada, utilizou-se o método de observação participante, com anotações no roteiro de observação. Foram registrados todos os fatos e fenômenos referentes às atividades realizadas e à sociabilidade - interações entre enfermeiro-ambiente e enfermeiro-paciente, que serviram de embasamento para as leituras das características de uso e apropriação do espaço da HD. Nelas os enfermeiros foram observados realizando suas atividades rotineiras, sem saber que neste dia estavam sendo estudados.

Para entender como o enfermeiro se comporta neste território e qual o espaço que ele ocupa, foi necessário elaborar os mapas (figuras 6 e 7) que representam, de forma esquemática, o setor de hemodiálise com suas características fixas e semifixas e as zonas de distanciamento propostas por Eduard T. Hall. A classificação dada à arquitetura e aos objetos, em nosso ambiente de espaço, como características fixa e semifixa, é descrita por Hall (2005) em seus estudos como sendo ambas de profundo impacto em nosso comportamento comunicativo.

Para Hall (2005) territorialidade é o comportamento no qual um ser vivo apresenta características reivindicatórias de posse de uma determinada área e a defende de membros de sua própria espécie. Franco e Stralen (2012) também afirmam que o território tem um papel na determinação do sistema comportamental que fornece informações sobre limites que definem o lugar de aprender, julgar, proteger-se, etc. A territorialidade, além da preservação das espécies e do ambiente, também está relacionada às funções pessoais e sociais: a dominância do mais forte (dominante) por um território mais amplo e seu acesso ao território dos mais fracos, dito dominado.

Em todos os sentidos da palavra, o território é um prolongamento do organismo, indicado por sinais visuais, verbais e olfativos. Portanto, sendo a territorialidade relativamente fixa, este tipo de espaço é denominado, em relação à proxêmica, de espaço de caracteres fixos. Já os mobiliários, obstáculos e adornos, o espaço de características semifixas (HALL, 2005).

A primeira categoria tem como tema/unidade de significação **o ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise**. Entre os 12 (doze) corpos de análise (entrevistas), houve 345 (trezentos e quarenta e cinco /100%) UR no total, 126 (cento e vinte e seis/36,52%) são referentes a esta categoria, sobre o ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise.

Quadro 5: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da primeira categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.

Código dos temas/ categorias	Temas/Unidades de significação	Total de entrevistas realizadas 12												Total de UR na categoria
		Número de UR em cada entrevista/total de UR obtidas de cada entrevista												
		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1	O ambiente do cuidado do enfermeiro na hemodiálise.	12	10	17	06	13	10	14	07	10	08	10	09	126

5.1.1 Primeiro Cenário de investigação

As figuras representam as características fixas e semifixas do setor de hemodiálise do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), sendo em planta baixa (figura 6a) e em perspectiva (figura 6b), desta forma a elaboração das plantas humanizadas dos setores são apresentadas como forma de entendimento destes espaços com as zonas de distanciamento para fins de análise do ambiente junto à comunicação proxêmica dos participantes da pesquisa com seus pacientes, durante a assistência prestada no setor

Os enfermeiros identificam como espaço do cuidado não só a sala de HD, mas também demais espaços em anexo, este fato é claramente percebido nas observações e falas dos participantes; desta forma, para a elaboração dos mapas as distâncias descritas na comunicação proxêmica são ampliadas até os espaços identificados como sendo de cuidado e ilustradas por meio das cores anteriormente referidas, sendo aplicadas no mapa para melhor entendimento.

O espaço do cuidado é em qualquer lugar, em qualquer momento. [...] atender o paciente, com a necessidade dele, independente onde ele se localiza. A necessidade vem a você e não você a ela. Eles chegam aqui com a esperança que alguém vai ajudá-lo, nem que seja com uma palavra. Faço questão de não esquecer isso e sempre tento ajudá-los. Qualquer ajuda pode estar contribuindo para adesão ao tratamento (E1).

[...] circulo em todos os espaços, no local de pesagem é importante estar com pacientes, pois eles podem mentir peso. Nos escaninhos - também circulo para ver prontuários, os quadros onde tem organização dos turnos, os quadros de antibióticos, mantenho os dados atualizados dos pacientes que estão em tratamento (E3).

Os participantes afirmam que o cuidado é realizado independente do local, sempre que há necessidade de uma intervenção; cuidar não é somente estar junto ao paciente, cuidar é dar, conferir e checar registros, medicações, equipamentos, mas também é a valorização e percepção da necessidade do outro. O cuidado necessita da criação de vínculo entre profissional e paciente, e que a compreensão do profissional para que essa relação deva existir é fundamental para que desenvolva um cuidado saudável, permeado pela intersubjetividade, formando com o espaço físico um ambiente favorável à saúde. Além disso, para Pieszak et al. (2013, p. 71)

É importante destacar que a redução da arte à simples execução de técnicas foi um dos fatores que levou à desvalorização do conhecimento estético, pois este corresponde à arte da enfermagem, que é expressiva, subjetiva, e se torna visível na ação do cuidar.

Na hemodiálise, o espaço para as intervenções de ordem técnica ou mecânica é contínuo, o que poderá colocar o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o processo de comunicação, como o instrumento de intervenção secundária. Assim, mesmo com toda a tecnologia espera-se que os profissionais sejam capazes de construir a partir do processo de interação ou relação subjetiva, estabelecendo relações terapêuticas com os pacientes. Para Formozo et al. (2012) o cuidado em saúde é compreendido como um ato singular que objetiva o bem-estar das pessoas envolvidas, é imprescindível que o ser cuidado e o ser cuidador estabeleçam uma interação produtiva. Desta forma, aos poucos estabelece uma aproximação entre os sujeitos no contexto das interações sociais, para que as mesmas sejam profícuas, é preciso ter habilidades para subsidiar as demandas implícitas no cuidado.

Ao afirmarem que circulam pelos diferentes espaços, fica claro no cuidado na HD que o enfermeiro é quem circula por todo o ambiente, permanecendo nos diferentes espaços durante a permanência do paciente, desta forma partindo do pressuposto que o paciente se mantém fixo na maioria do período de tratamento sentado junto à máquina, será considerado como o espaço a ser invadido pelo enfermeiro, o espaço íntimo ao redor do paciente.

A proposta de elaborar um instrumento que auxilie na identificação dos diferentes espaços com a percepção dos enfermeiros no uso dos sentidos, foi possível por meio da conjugação de técnicas observacionais com a teoria da comunicação proxêmica, possibilitando a construção de um produto apresentado de forma esquemática e colorimétrica denominado Mapeamento Comportamental Proxêmico do enfermeiro na hemodiálise. O Mapeamento Comportamental apresenta como sendo espaço íntimo (vermelho) a poltrona do paciente e a partir desse ponto afastando-se do paciente, surgem o espaço pessoal (laranja), espaço social (amarelo) e espaço público (verde).

Figura 6a: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUCFF/UF RJ, 2017.



Fonte: Produção da pesquisadora (ilustração desenvolvida com auxílio do programa *SketchUp*).

O ambiente é climatizado, bem iluminado, com lâmpadas fluorescentes e há um conjunto de vidraças, sempre fechadas e protegidas por película protetora. Existem três espaços fixos, no espaço ao centro (Box 2), é onde se localiza a porta de entrada para o setor, destinado à circulação de pessoas, existe uma balança que é utilizada por todos os pacientes para a pesagem (espaço público). Em caso de emergência ou precaução de contato, os

pacientes são alocados neste espaço em macas junto às máquinas reservas de HD para realizarem a hemodiálise. É um espaço amplo, sem obstáculos como mobiliários, o que vem a facilitar a visualização da equipe de enfermagem, embora o espaço não esteja próximo à bancada de enfermagem.

Uma visualização mais centralizada com o posto de enfermagem no meio do salão e ao redor os pacientes é o ideal, mas o espaço tem que ser adequado, aqui temos um espaço adequado, mas o Box 2 fica afastado de nossa visão (E1).

A minha visão de sala de HD, a não ser que tivesse dois enfermeiros plantonistas, é de uma sala circular, igual a um Centro de Terapia Intensiva (CTI), o enfermeiro tem que ter a visão de todos os pacientes (E5).

Há uma unanimidade na necessidade de um espaço adequado para o efetivo cuidado, os enfermeiros afirmam que precisam de um espaço que possua uma boa visualização de todos os pacientes, com um balcão de enfermagem centralizado e acesso fácil a materiais, medicamentos e prontuários. De acordo com Savi e Rech (2015) as características semifixas são definidas como a preocupação com a localização física dos recursos de forma simples; é a configuração de departamentos, de centros de trabalho, instalações e equipamentos, dos elementos aos quais se aplica o trabalho de um setor. Deve-se ter a preocupação de não só aperfeiçoar as condições de trabalho, mas também, racionalizar os fluxos do trabalho, a disposição física dos postos e tornar a movimentação das pessoas ainda mais fácil.

Essas características semifixas devem, sobretudo, propor bem estar. Não é raro, nos dias de hoje, que arquitetos, decoradores e paisagistas participem da elaboração de arranjos físicos na tentativa de tornar o ambiente de trabalho mais agradável e favorável as demandas diárias. A necessidade de estudá-lo existe sempre que se pretende a implantação de um novo setor, uma nova unidade de serviço, ou quando se estiver promovendo a reformulação das atividades desenvolvidas.

A figura 6b apresenta-se por uma perspectiva que permite a visualização da porta de entrada do setor e o detalhamento das características semifixas. Nos espaços fixos laterais denominados de Box 1 e 3 apresentam seus mobiliários organizados de maneira muito semelhante, principalmente as poltronas de diálise e o balcão de enfermagem, onde estão posicionados com as mesmas distâncias entre si. Este balcão de enfermagem possui um computador para o acesso ao prontuário eletrônico do Hospital Universitário (Pront HU)² (espaço social); atrás de cada balcão, um escaninho com os prontuários impressos dos

² É um prontuário eletrônico dos pacientes do hospital, seu acesso é através de senha eletrônica pessoal.

pacientes (espaço público), bancada para preparação dos medicamentos (espaço público), quatro (4) poltronas reclináveis (espaço íntimo), quatro (4) máquinas de hemodiálise (espaço pessoal), além de pias para lavagem das mãos (espaço público).

Figura 6b: Mapeamento Comportamental proxêmico do setor de hemodiálise do HUCFF/UFRJ, 2017.



Fonte: Produção da pesquisadora (ilustração desenvolvida com auxílio do programa *SketchUp*).

Todo o setor dispõe de sistema de tubulação de oxigênio, ar comprimido e vacuômetro, sistema de distribuição de água tratada para diálise. A unidade conta ainda com uma sala de utilidade, sala de expurgo, sala de curativo, sala de chefia, sala dos médicos, e o banheiro encontra-se fora do setor. Segundo Savi e Rech (2015) a necessidade de tomar decisões sobre as características fixas e semifixas decorre de vários motivos, melhoria do ambiente de trabalho, o local de trabalho e as condições físicas de trabalho, principalmente nos assuntos relacionados à ergonomia, podem ser fatores motivadores ou desmotivadores. Um banheiro longe, uma balança mal posicionada, falta de clareza, pias desativadas ou sem

condições de uso, mobiliários potenciais causadores de acidentes, entre outros, podem fazer muita diferença em nosso comportamento durante a permanência neste espaço.

Um *layout* correto proporciona um fluxo de comunicação entre as atividades de maneira mais eficiente e eficaz, melhorando a utilização das áreas produtivas, obtendo maior facilidade na administração das tarefas, diminuindo, assim, os problemas ergonômicos e flexibilizando os processos em casos de mudanças ou adequações.

Durante a chegada do paciente e no momento pré-diálise os enfermeiros se mantêm próximos do paciente, ocupando sempre o espaço íntimo e o pessoal, já durante o período de transdiálise, onde o paciente já foi instalado na máquina, os enfermeiros se mantêm no espaço social e no público. O ambiente faz grande diferença na maneira como nos colocamos em relação aos outros durante a conversação. Além das características semifixas, o espaço disponível sem obstáculos entre os interlocutores podem favorecer a distância de aproximação durante a interação (HALL, 2005).

Os dois principais momentos que ficamos no íntimo e pessoal são na instalação do paciente à máquina, no momento da transdiálise que verifico a pressão arterial, ou se tiver alguma intercorrência, e ao final quando termina o procedimento (E4).

Aqui trabalho bem próxima ao paciente, até porque o número de técnicos e enfermeiros é reduzido [...] quando chega o paciente eu posiciono-o, ajudo na instalação, fico muito no maquinário e próximo a bancada (E6).

Os espaços são demarcados pelos enfermeiros com sendo íntimo e pessoal em diferentes momentos que necessitam de uma aproximação para executar um procedimento, e após executarem determinada tarefa existe um afastamento, se mantendo no social para uma melhor visão geral de todos os pacientes e para proporcionar ao paciente uma privacidade. As sucessivas aproximações são referidas como sendo algo muito contínuo, mas que também não podem interferir no bem estar e invasão do espaço do paciente.

Para Schimidt e Silva (2012) o que é caracterizado com invasão do espaço são ações referentes à manipulação do corpo do paciente ou de pertences; a ocupação do seu espaço pessoal ou íntimo pelo profissional sem autorização prévia; a permissão de pessoas estranhas ou em quantidade que superlote seu território e a violação são ações referentes às exposições e às intrusões físicas e visuais que violam a privacidade física e emocional do paciente, sendo os dois exemplos mais incidentes à negligência o uso inadequado de biombos, ou até mesmo a exposição de um cateter na femoral. Nesse mesmo estudo Schimidt e Silva (2012), afirmam a

situação de invasão pessoal considerada mais desagradável é quando a enfermagem realiza um procedimento técnico, em uma região mais íntima, e na HD este momento é vivenciado ao se manipular um cateter localizado na artéria femural, pois o paciente precisa expor o acesso levantando sua bermuda ou saia, trazendo-lhe um constrangimento diante dos demais pacientes.

5.1.2 Segundo cenário de investigação

O segundo cenário da pesquisa investigado representa o setor de hemodiálise do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) (figuras 7a e 7b), que apresenta dimensões diferentes do primeiro cenário, assim como as características fixas e semifixas do setor. No setor de HD o espaço público é localizado na sala de registros de enfermagem, um espaço em anexo a sala de HD que é separada por uma parede de vidro.

O setor é climatizado, com boa iluminação, possui um único salão, onde há na entrada uma balança para pesagem dos pacientes, duas pias para lavagem do braço e no salão existem oito (8) poltronas reclináveis e confortáveis (espaço íntimo), oito (8) máquinas de hemodiálise (espaço pessoal), no centro do salão há um balcão de enfermagem (espaço social), amplo, com armários para guarda medicamentos, insumos e demais matérias utilizados na hemodiálise.

Ao serem questionados sobre facilidades e dificuldades do ambiente, os enfermeiros relataram que o espaço (figura 7a) e sua utilização são adequados em muitos aspectos como: o balcão centralizado com acesso fácil a materiais (medicações, agulhas, capilares de HD, etc.), nesta disposição permite uma melhor visualização de todos os pacientes, assim como de todos os profissionais que prestam os cuidados durante a permanência do paciente na HD. Entretanto não são propícios e adequados para se estabelecer as interações e os cuidados de enfermagem de forma singular, por considerarem um espaço pequeno.

O ambiente tem que facilitar - se tem uma visualização direta de todas as máquinas com o apoio de um balcão com acesso a tudo que precisamos, desde materiais até prontuários dos pacientes é o ideal, o problema é que com o espaço é pequeno temos que nos limitar em nossas movimentações. (E7).

O ambiente facilita a comunicação, gosto do espaço, mas faço meus registros de pé, no balcão não temos aonde sentar, só na sala de registros. Então a dificuldade é o espaço ser pequeno e o balcão muito alto. [...] não gosto da sala de registros

porque fico longe dos pacientes, tenho que olhar através dos vidros e não dá para ver direito, além de que poderá retardar o meu tempo de ação (E8).

As manifestações de insatisfação com o ambiente surgiram em ambos os cenários, cada qual analisado de acordo com suas características próprias, mas é notório que algumas dificuldades são descritas como de fácil solução, quando se trata de organização e planejamento do arranjo das características semifixas, como a distribuição dos mobiliários no ambiente, mas quando se trata de dimensões das características fixas do ambiente não é de fácil resolução. Para os depoentes do primeiro cenário investigado o ambiente é amplo, mas não favorece uma boa visualização de todos os pacientes devido o balcão não ser centralizado, já o segundo cenário apresenta balcão centralizado e alto, mas o espaço é inapropriado para atender as necessidades de circulação devido ao tamanho do salão.

É através das satisfações humanas que se pode conseguir uma qualidade assistencial, seja de forma direta, através da redução de tempos, movimentos e recursos, seja de forma indireta, pela promoção de uma maior satisfação do trabalho, saúde do trabalhador, refletindo em sua motivação, componente indubitavelmente atrelado à produtividade (SILVA; PINHEIRO; MOREIRA, 2011).

Facilidade é por ser pequeno e consigo observar todos os pacientes, mas não tem conforto, porque fico em pé na bancada. Em contra partida dificulta quando temos paciente na maca, não tem mobilidade, na hora de fazer assistência não consigo chegar aos equipamentos (E9)

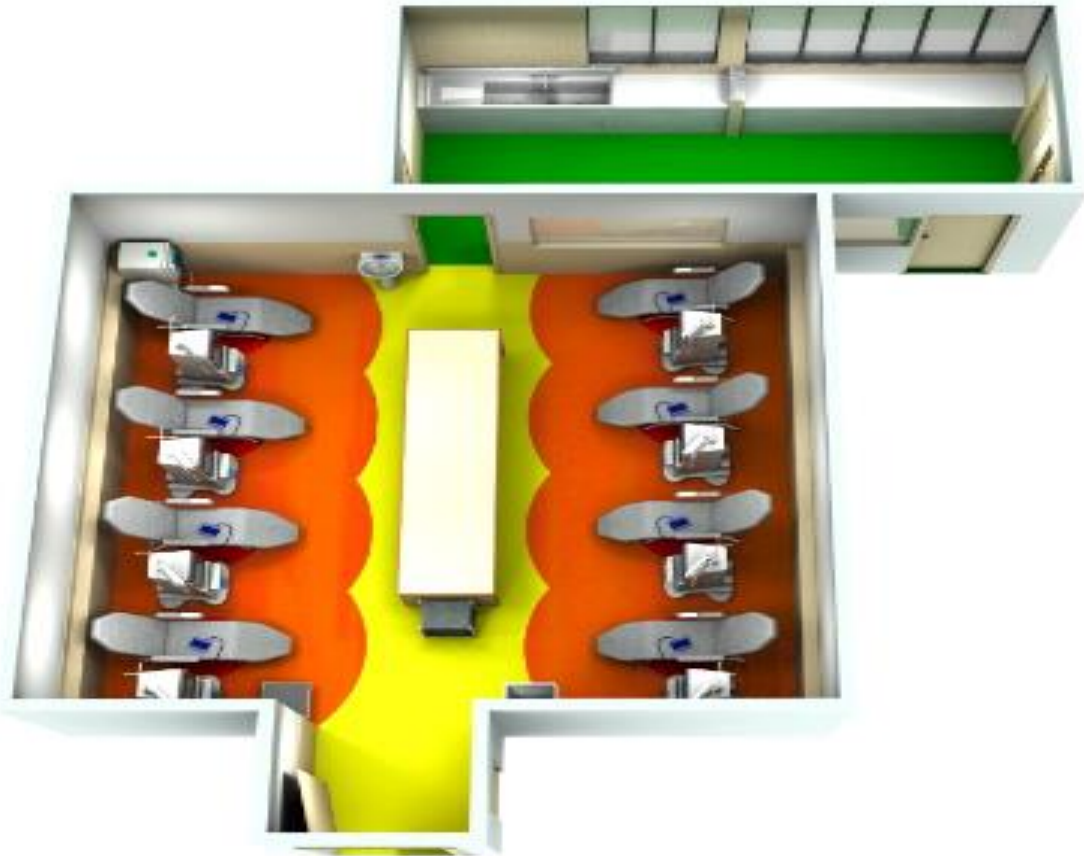
A facilidade é que em qualquer posição no salão estarei próximo e consigo ter uma reação rápida numa intercorrência, também não preciso falar alto para falar com ele. Dificuldade é porque poderia ser um pouco mais amplo, o espaço é pequeno, as poltronas são muito próximas umas das outras e esbarramos às vezes no outro paciente, ou no colega (E12).

As unidades de diálise devem atender aos requisitos de estrutura física previstos na RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 ou instrumento legal que venha a substituí-la. No Art. 22. da RDC Nº11/2014, é referido que “o posto de enfermagem da sala para hemodiálise, da sala para diálise peritoneal e da sala de recuperação e atendimento de emergência deve possibilitar a observação visual total das poltronas/leitos” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

O ambiente da HD deve atender às especificações de instalações previstas na Resolução, entretanto encontramos diferentes disposições de mobiliários nas unidades de HD,

devido aos padrões arquitetônicos das instituições, e é importante avaliarmos a possibilidade de mudanças para favorecer a circulação e visualização geral do ambiente.

Figura 7a: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUPE/UERJ, 2017.



Fonte: Produção da pesquisadora (ilustração desenvolvida com auxílio do programa *SketchUp*).

Nesta figura é possível visualizar, em anexo ao salão de HD, que existe uma sala de enfermagem (espaço público), referida pelos enfermeiros como sala de registros, separada por uma parede de vidro, este espaço é destinado à evolução de enfermagem, guarda de prontuários e demais documentos. Esta sala de registros possui cadeiras e balcão, pias para lavagem das mãos (sem uso) e armários para guarda de materiais e uma ampla janela de vidro por onde entra a luz natural. Este vidro, que separa os ambientes, permite a equipe visualizar o espaço do salão de hemodiálise.

Figura 7b: Mapeamento Comportamental Proxêmico do setor de hemodiálise do HUPE/UERJ, 2017.



Fonte: Produção da pesquisadora (ilustração desenvolvida com auxílio do programa *SketchUp*).

Nesta perspectiva (figura 7b) identifica-se o salão de HD com seus espaços íntimo, pessoal e social, é possível visualizar a porta que dá acesso a sala de registros (espaço público) e a parede com vidro que permite a visualização de ambos os ambientes, percebe-se que devido às dimensões do espaço ser pequeno, o balcão encontra-se centralizado (espaço social), permitindo uma boa visualização de todos os pacientes no salão, contudo existe uma proximidade muito grande entre as poltronas dos pacientes (espaço íntimo) e pouco espaço entre o balcão e as poltronas. A maioria dos participantes afirma que esta proximidade entre os pacientes interfere na privacidade destes, restringindo o enfermeiro a discutir determinados assuntos mais íntimos ou pessoais.

Damos orientações no salão sim, mas são gerais, muito genéricas e que servirão para todos, mas não é uma consulta de enfermagem, não é pessoal (E6).

Para dar uma assistência mais individual o salão não é o local mais indicado, quando é uma questão de orientação e não trás nenhum tipo de constrangimento para o paciente falo ali mesmo (E9).

O enfermeiro possui um papel fundamental no acolhimento e na melhoria da qualidade de vida do paciente, por isso deve desenvolver competências para ajudá-lo a aceitar o tratamento e aderir ao plano de cuidados traçados. É neste acolhimento que o enfermeiro

responsável pela sala de HD, no decorrer do processo agitado de mudança de turno e início da nova sessão de HD, deve conseguir recolher o máximo de informações possíveis sobre o paciente, para garantir uma assistência de cuidados adequados ao iniciar o tratamento com segurança. Terá de fazê-lo em plena sala de HD com os outros pacientes ao redor, o que o limitará em algumas discussões para não desrespeitar a privacidade do paciente, restringindo-o a intervir ou orientar em situações mais específicas.

O acolhimento do paciente renal crônico em início de hemodiálise é da competência do enfermeiro, pois é ele que tem um melhor conhecimento da pessoa e do contexto, cada experiência de acolhimento deve ser flexível e ajustada à situação clínica da pessoa, não deve ser padronizado, deve-se estabelecer com ele um elo, uma relação de proximidade e de presença permanente no cuidado ao paciente na HD. O enfermeiro interage com o paciente durante todo o período de permanência no setor, e no mínimo três vezes na semana, essa convivência e o cuidado prolongado possibilitam que ambos experimentem uma gama de fenômenos, sentimentos, pensamentos e reações, que podem interferir de forma positiva no processo de comunicação, dentre esses estão a empatia, a confiança e o respeito mútuo (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Conforme Fernandes e Cruz (2017) os enfermeiros reconhecem que são os profissionais mais competentes para acolher a pessoa em início de hemodiálise e estabelecer com ela uma ligação, uma relação de proximidade e confiança, que poderá ser determinante para o sucesso do processo de adesão ao tratamento. A tarefa de cuidar do paciente em HD é a atividade realizada entre todos os membros da equipe de saúde e, dessa forma, também é uma atribuição do enfermeiro. Neste cenário o enfermeiro assume uma postura de assistência e gerência, pois a natureza do trabalho do enfermeiro exige atender diferentes demandas de atenção que estão ligadas à complexidade da assistência prestada e do ambiente de trabalho. A Lei do Exercício Profissional nº7498/86 relata que é uma das atividades privativas do enfermeiro prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e, ainda, capacidade para tomar decisões imediatas (COFEM, 1986).

O enfermeiro da HD, por manter um contato constante e contínuo com o paciente na terapia renal, ao prestar um cuidado se envolve e aprende a exercitar seu compromisso, favorecendo estreita relação com o paciente e, conseqüentemente, contribuindo para assistência de qualidade. Portanto, nesse ambiente, o trabalho do enfermeiro não se resume a articular os diversos meios de trabalho da equipe de saúde e de enfermagem, mas na prestação direta de cuidados que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as necessidades implícitas. Dessa forma, o trabalho na HD exige novas competências dos

profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências específicas, provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho (CAMELO, 2012).

Na HD não trabalhamos sozinhos, trabalhamos com vários profissionais, e muitas vezes sou eu que vou identificar um problema que a nutrição ainda não viu. E também o social e vou discutir com a enfermeira chefe, pois eu sei que ela faz esta parte social. [...] quando Identifico um problema, aí mexe comigo e eu me coloco a disposição para resolver, ou solicito ajuda para auxiliar nas orientações (E5).

O paciente ao chegar no setor de HD desconhece o tratamento, eles acham que farão a HD durante um determinado tempo e vão se “curar”. Sou eu que muita das vezes converso e informo que é contínuo, que o rim dele não voltará a funcionar e que sem a HD ou um transplante não será possível viver (E11).

Os pacientes mesmo realizando a HD são comumente afetados por uma infinidade de problemas clínicos que necessitam de avaliação e monitorização contínua, incluindo diabetes, anemia, doença óssea e cardiovascular, desnutrição, complicações com o acesso vascular, gestão de volume hídrico, e aquelas relacionadas às questões psicossociais e emocionais. Os enfermeiros afirmam fazer o acolhimento independente de ter um espaço próprio, realizam suas orientações e prestam o cuidado de forma coletiva.

Fernandes e Cruz (2017) descrevem em seus estudos a educação terapêutica da pessoa como um processo complexo, orientado pelo esclarecimento sobre a terapia dialítica, os ganhos em saúde, mudanças nutricionais e hídricas, cuidados com acessos vasculares e elucidação das alterações de vida. Identificam como dificuldades no processo educativo: os internamentos de curta duração; escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho; falta de motivação dos profissionais; falta de articulação da equipe multidisciplinar; falta de estruturação e sistematização do processo de adesão. No processo de adesão ao regime terapêutico o envolvimento da família, a regressão dos sintomas, o empenho, a simpatia e confiança estabelecida com a pessoa são aspectos fundamentais.

O espaço do cuidado é em qualquer espaço, vai desde a porta de entrada, porque tem a sala de chefia de enfermagem, que passa orientações para o paciente. Na sala de curativo é cuidado total, orientação, confecção de curativo, recepção dele, mas somente para aqueles com cateteres (E5).

Faço as orientações aqui mesmo e os pacientes ao lado também ouvem; isso é bom porque pode servir para ele. Quando é algo mais reservado, faço após a hemodiálise em outro espaço, porque aqui não há privacidade (E12).

Independente do cenário investigado percebesse que o acolhimento é realizado de acordo com a necessidade de cada paciente ou pela percepção do enfermeiro em qualquer lugar e momento. Os depoentes relatam que as orientações dadas a um determinado paciente poderão servir de exemplo para os demais que estão ouvindo, embora muitos afirmem que o espaço comum da sala de HD é o mais difícil para o estabelecimento de conversas francas e empáticas, entre o paciente e o enfermeiro, de modo que o paciente se sinta confortável para compartilhar os seus problemas e preocupações mais íntimas.

Percebe-se a falta de um espaço específico de enfermagem nas unidades, onde os pacientes possam ser acolhidos, abordados e avaliados em todos os parâmetros que os afetam, além do tratamento de HD em si. É importante ressaltar que o acolhimento é realizado sim e em qualquer momento ou espaço, entretanto o que se discute é a importância de acolher em um espaço propício para uma consulta de enfermagem e este tipo de avaliação só será possível com um tempo e espaço próprio, onde seja permitido o estabelecimento de comunicação e uma relação terapêutica de confiança mútua com o paciente. Estudos recentes apontam que a consulta de Enfermagem traz benefícios à sociedade e proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades inerentes dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2012).

Frente à importância da consulta de Enfermagem na assistência ao paciente em HD e por acreditar que o enfermeiro deve se preocupar com a implementação de práticas que ofereçam condições seguras e de qualidade para o desempenho de suas atividades, existem diversos fatores que interferem na realização e na qualidade da consulta de Enfermagem, dentre estes se destacam: o quantitativo de profissionais enfermeiros, espaço físico, tempo e alta demanda de pacientes, a dificuldade no agendamento das consultas, a formação profissional.

Neste setor não temos um ambiente de consulta de enfermagem, e não conseguimos pela falta de enfermeiro, no momento não existe nenhum ambiente onde proporcione uma conversa mais privada entre enfermeiro e paciente (E4).

Espaço de consulta de enfermagem deve ser individualizado e não dá para fazer um diagnóstico adequado sem ter uma privacidade, seria ideal ter um espaço de consulta, porque consulta é o todo, a observação, o contato, o exame físico; as pessoas não querem expor problemas pessoais em um ambiente público, onde todos estão ouvindo, não só os pacientes, mas aqueles que transitam (E6).

Para os participantes é fundamental um espaço reservado para avaliação contínua do paciente, um espaço favorável a interação do profissional com o paciente para identificação de problemas e implementação do processo de enfermagem; é necessário que todas as evoluções de enfermagem sejam realizadas no prontuário, ou permaneçam no sistema eletrônico para futuros acessos, entretanto em um dos cenários os registros são feitos em prontuário eletrônico que fica disponível durante um determinado período, depois o próprio sistema os excluiu, impedindo que haja um registro diário permanente do paciente para acompanhamento contínuo.

Os pacientes admitidos para iniciar uma terapia renal substitutiva por hemodiálise passam por avaliação de diferentes profissionais como: nutricionista, assistente social, médico, psicólogo e enfermeiro. Nesta primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro deve levantar o histórico do paciente, como também: explicar sobre a doença renal crônica e o processo dialítico; enfatizar a importância da adesão à terapia dialítica, ao tratamento medicamentoso e as orientações nutricionais; orientar sobre os cuidados com o acesso vascular para a hemodiálise (cateter duplo lúmen ou fístula arteriovenosa); enfatizar a importância do controle da ingestão hídrica e ganho de peso.

O impacto inicial do tratamento decorrente do diagnóstico e tratamento imediato, resultante da falta de preparo e orientação prévia, é uma realidade da maioria dos pacientes com DRC. Isso remete a pensar sobre a importância do acolhimento ao paciente renal crônico, mediante a nova condição que a doença lhe impõe, quando o mesmo passa a depender do tratamento dialítico. Segundo Medeiros e Medeiros (2013), o acolhimento recai na humanização do atendimento que, por sua vez, pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada e resolutiva.

Após esta consulta, o paciente deve ser encaminhado para realizar sua primeira sessão de hemodiálise na qual serão realizados os seguintes procedimentos: coleta de material para exames laboratoriais; instalar o paciente em máquina de hemodiálise específica para pacientes com sorologia desconhecida; fazer o reuso do dialisador na máquina até confirmação de sorologias; encaminhar para vacinação contra hepatite B; encaminhar para o serviço de nutrição, serviço social e psicologia caso ainda não tenha sido feita avaliação pelos profissionais

A instalação do paciente na hemodiálise é um ponto crítico desse processo, a equipe de enfermagem deve estar atenta para prevenir complicações relacionadas há esse tempo, para isso é fundamental que o cuidado esteja fundamentado a luz do conhecimento científico, que

os procedimentos operacionais estejam escritos, disseminados e toda equipe treinada para garantir segurança e qualidade no atendimento.

Não existe um espaço para se realizar a consulta de enfermagem; então até o paciente de primeira vez, onde são coletados dados para ficha de anamnese, são feitas na sala, puxo uma cadeira, fico o mais próximo possível e vou fazendo as perguntas, e por mais próxima que eu esteja, os demais pacientes acabam ouvindo as repostas do paciente (E3).

O espaço pode interferir na comunicação. Seria ideal um espaço privado, porque o paciente tem vergonha de falar todos os assuntos. Apesar de que no segundo turno eles têm um vínculo muito grande, porque são pacientes de programas e se conhecem a muito tempo, mas mesmo assim têm assuntos que eles não querem compartilhar. (E8)

Esses dados corroboram com estudos realizados por Oliveira et al. (2012) no qual confirmam que os pacientes assim como os enfermeiros também identificam a consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, de aquisição de informações e de satisfação biopsicossocial, destacam ainda que a consulta de enfermagem, favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual, marcada pela informalidade e flexibilidade, que proporciona ao paciente uma participação mais ativa no processo de acolhimento favorecendo a liberdade de expressão e possibilitando uma comunicação mais efetiva.

A comunicação é a principal ferramenta que possibilita o relacionamento, pois pressupõe uma interação entre as pessoas, troca ou partilha de opiniões, informações, bem como, a expressão de sentimentos e emoções. A consulta de enfermagem possibilita o enfermeiro a ouvir seu paciente e percebê-lo como ser único, de onde ressaltam sentimentos como a valorização, que se refletem na melhor adesão do paciente aos cuidados e esquemas terapêuticos, já que estes necessitam de relações de confiança para reduzir o medo, a ansiedade e restabelecer a saúde.

Assim, estar próximo e dialogar contribuem para o surgimento da empatia e dos laços de confiança entre enfermeiras e pacientes, avigora o vínculo. Estudos apontam que a comunicação é essencial para a realização da consulta de Enfermagem, cabendo ao enfermeiro ter consciência da importância dos comportamentos verbais e não verbais durante a comunicação, reconhecendo emoções, expectativas e estereótipos que possam interferir no atendimento (NERY et al. , 2012).

Não há individualidade do paciente, um está do lado do outro, quando um passa mal não nem sempre temos o biombo disponível, então não tem privacidade. Se faço um cuidado ou estou orientando, todos estão ouvindo (E6).

Não existe um espaço de privacidade, seria interessante um espaço próprio, entretanto, o quantitativo de funcionários não é suficiente, nós ficamos responsáveis pelo que acontece no salão, também no que acontece nas diálise externa; o quantitativo ideal no salão seriam 5 técnicos e 1 enfermeiro (E9).

. Os depoentes relatam que a consulta de enfermagem permitirá o enfermeiro a ouvir seu paciente e perceber sua singularidade, mas se este espaço não é adequado não há uma individualidade e nem privacidade, mesmo que exista um biombo os pacientes próximos ouvem a conversa. Assim, o espaço onde se presta o cuidado de enfermagem é visto pelos profissionais como desfavorável e inadequado para a construção e consolidação da assistência, pois não possibilita, quando necessário, proporcionar um local de comunicação reservado, embora ofereça um ambiente de trabalho que auxilia ao tipo de tratamento prestado.

Segundo Macedo, Sena e Miranda (2013) é importante considerar os efeitos dos espaços físicos no respeito aos direitos e necessidades das pessoas. As consultas de enfermagem, preferencialmente, devem ser realizadas em um ambiente privado, preparado especialmente para o atendimento à saúde. Para isso, considerar tanto as características das pessoas a serem atendidas como a necessidade de pôr à sua disposição tecnologias assistenciais e educativas diversas.

Um espaço próprio de consulta já existiu, mas devido à falta de pessoal acabou. Era um ambulatório multiprofissional, mas não tinha ninguém para atender. Se houvesse este espaço, haveria melhoria na qualidade da assistência, teria contato com ele e a família, iria identificar questões, que em quatro horas em um ambiente comum eu não consigo. Ele teria confiança. (E1).

Somente durante a sessão não é suficiente para que eu possa intervir e passar as orientações, seria necessários agendamentos prévios com cada paciente da diálise (E5).

O enfermeiro desempenha um papel relevante junto ao paciente, num sentido bem mais abrangente, objetivando uma assistência integralizada em prol da melhoria do estado de saúde do paciente e a função da consulta deve ultrapassar os limites da informação e

orientação ao paciente, proporcionando real momento de transformação do sujeito, permitindo que este se sinta acolhido, compreendido e a vontade para dialogar sobre dúvidas, inquietações e angústias. A consulta deve ser um momento no qual o paciente e o profissional se relacionam, compartilham conhecimentos e afetos, trocam ideias, de forma que as dúvidas existentes também sejam percebidas, conduzindo à reflexão em busca de estratégias que proporcionem vida com melhor qualidade para o paciente renal crônico. A consulta de enfermagem apresenta-se como um modelo assistencial relevante no serviço, e este fato deve ser reconhecido não apenas pelos enfermeiros que a desempenham, como também pelos pacientes e por outras categorias profissionais (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

O ideal seria uma anti-sala que o enfermeiro atendesse, para verificar o peso, confirmar a lavagem do braço, como uma pré-consulta antes da diálise. [...] Porque temos muitas interferências, ruídos [...] somente durante a sessão não é suficiente para que eu possa intervir e passar as orientações, seria necessários agendamentos prévios com cada paciente da diálise (E5).

Os ruídos são muitos, e a pessoa não se sente a vontade para falar de tudo. O tempo que estamos na assistência realmente nos limita a ter uma atuação maior em consulta, além do espaço físico necessário, temos que ter quantitativo de pessoal suficiente.(E6).

Foram identificados alguns problemas relativos ao espaço da HD, porém, notou-se, a priori, uma satisfação com as instalações de características semifixas de uma forma geral, como: iluminação, temperatura, maquinários, poltronas, etc. Já em relação aos ruídos do ambiente, percebeu-se uma das dificuldades em estabelecer uma relação interpessoal mais qualificada com o paciente, inviabilizando uma assistência mais singular.

A abordagem da comunicação proxêmica baseado no comportamento do enfermeiro por meio das relações com o espaço possibilita identificar diferenças em suas habilidades de gerenciar suas atividades, ao entender que as características do ambiente podem dificultar ou facilitar a realização destas. Para Savi e Rech (2015), são muitas as variáveis presentes no ambiente que podem modificar o desempenho de uma pessoa, como a relação ao conforto ambiental que está intimamente relacionado ao ruído, iluminação, temperatura, umidade e pureza do ar, cada uma representa uma parcela importante para a manutenção de um ambiente propício ao bem-estar das pessoas que ali se encontram.

Quando um ambiente físico responde às necessidades das pessoas tanto em termos funcionais (físico/cognitivos), quanto formais (psicológicos), certamente terá um impacto

positivo na realização destas atividades, tornando-se um desafio para o enfermeiro cumprir com as metas assistenciais de forma que não interfira ou comprometa o desempenho de suas funções. Planejar e organizar um ambiente que favoreça e seja positivo as demandas do serviço, poderá ter suas limitações diante de decisões que requerem aprovações e investimentos da própria instituição de saúde. Alguns estudos demonstram que existem, por parte de alguns gestores, investimentos e melhorias dos setores de saúde, se adequando as reais necessidades das demandas da clientela e dos trabalhadores. Segundo Silva, Matsuda e Waidman (2012) se por um lado isso pode sugerir maior gasto, por outro representa a melhoria da saúde do paciente e otimiza o trabalho de enfermeiro, como consequência uma economia para a instituição e o aumento da produtividade e qualidade da assistência prestada.

Além disso, para Rodrigues e Santana (2013) ambientes projetados ou modificados visando favorecer a maximização da qualidade dos serviços, como sistemas de iluminação e climatização controlados pelos próprios enfermeiros, estes se sentem mais atraídos pelo posto de trabalho, por sua atividade e pelos resultados positivos das tarefas; haja vista que há diminuição de queixas tanto em relação às necessidades individuais quanto a doenças adquiridas nesses ambientes, resultando em redução de custos operacionais. Um ambiente que não proporciona as condições adequadas de trabalho reduz a prontidão de resposta e aumenta a tendência a falhas na assistência prestada.

Para Hall (2005), o espaço relaciona-se intimamente com os sentidos do homem, que se encontram, por sua vez, em íntima transação com o ambiente. Para a criação de um espaço de HD que atenda às características que permita a adequação às tarefas inerentes ao setor e as demandas do paciente, deverá ser baseado no contexto em que será usado com efetividade, eficiência e satisfação. É importante avaliar quais os fatores que levam o ambiente a ser referido como inapropriado para determinadas atividades, como acolher de forma singular o paciente sem haver um espaço de consulta de enfermagem pode gerar uma carga deletéria sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais, afetando a eficiência de todo o processo assistencial.

Assim, os aspectos envolvidos na adequação do ambiente devem advir do sentimento que o enfermeiro adquire com interação cotidiana com o ambiente construído e o paciente. Sua avaliação depende de sua percepção e uso dos sentidos independente do cenário investigado, mesmo que existam diferentes ambientes de HD com suas peculiaridades. Quando se inferi ao nível decisório as percepções do enfermeiro, interligando os limites entre a razão e a emoção, tendo ainda como elemento mediador a bagagem cognitiva

comportamental adquirida na trajetória profissional vivencial, fica explícito que o principal elemento que poderá influenciar as mudanças do ambiente é o enfermeiro.

5.2 Sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise

Dentre as 12 (doze) entrevistas analisadas (corpus da pesquisa) e as 345 (trezentos e quarenta e cinco/100%) UR emergentes, 105 (cento e cinco/30,43%) depoimentos descrevem como o enfermeiro identifica os diferentes sentidos corporais durante o cuidado na HD. Desta forma, emergiu uma nova categoria, **sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise**, em forma de uma segunda Unidade de Significação, a qual será descrita, discutida e analisada a seguir, com a exemplificação de depoimentos dos enfermeiros participantes.

Quadro 6: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da segunda categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.

Código dos temas/ categorias	Temas/Unidades de significação	Total de entrevistas realizadas 12												Total de UR na categoria
		Número de UR em cada entrevista/total de UR obtidas de cada entrevista												
		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2	Sentidos do espaço do cuidado em hemodiálise.	07	04	16	12	11	14	07	07	04	06	12	05	105

A palavra espaço pode apresentar várias conotações, todavia o espaço do cuidado caracteriza-se como local que uni aspectos físicos, biológicos, científicos, culturais, sociais, econômicos, entre outros, em uma teia de relações, onde se torna difícil excluir ou isolar partes, levando ao estabelecimento de relações de cuidado em situações vitais que envolvem o processo de comunicação (LANZONI, 2011).

A interação no espaço do cuidado em HD se traduz em atitudes realizadas para promover, manter ou recuperar a saúde. Com destaque para a comunicação efetiva e solidária, que possibilita demonstrar interesse, atenção, sentimentos e possibilidades (BROCA; FERREIRA, 2016). Expressa por meio de sorrisos, conversas, brincadeiras, esclarecimentos sobre os procedimentos, orientações e estímulos para o autocuidado, que favorecem o alívio

das sensações de medo, dor, preocupação, angústia e pânico. A comunicação viabiliza uma relação dialógica ao acolher a palavra do outro, oportunizando a escuta, a troca de informações e a demonstração de disponibilidade.

Como já foi mencionada anteriormente, a comunicação proxêmica é a capacidade de usar e efetivamente interpretar a distância interpessoal para a comunicação. Isto é, o espaço, proximidade ou contato com o interlocutor são entendidos a partir da construção cultural dos interlocutores. Para Hall (2005) o emprego que o homem faz do seu espaço, é uma elaboração especializada de cultura e a distância muda de cultura para cultura. A proxêmica propõe um tipo básico de comunicação em que, através da distância do corpo, as mensagens são transmitidas pelos sentidos corporais.

Desta forma, observa-se que o enfermeiro ao chegar ao setor para o plantão, demarca seu espaço do cuidado a partir da aproximação dos pacientes, mantendo uma distância íntima ou pessoal. Esta aproximação indica a necessidade de estabelecer um primeiro contato e mostrar sua preocupação com o bem estar do outro. Os principais sentidos identificados como fundamentais na HD são: a visão, a audição e o tato.

Existe realmente uma diferença no comportamento diário, tem pacientes que às vezes chegam aqui dão um abraço apertado, e em datas comemorativas não se esquecem de compartilhar, não é somente uma questão do contato por educação, existe também uma preocupação com a pessoa, e a recíproca é muito verdadeira. Eles também sabem quando não estamos bem, somos observados pelo nosso comportamento (E9).

Quando o paciente entra, já observo se está acompanhado, como está deambulando, a postura, se ele está apático ou não, se está disposto ou se arrastando, se ele me cumprimenta ou aos amigos, porque a adesão do paciente tem muito haver com a união com outros pacientes e a equipe. Observo se ele se lembra de pesar, porque uns entram já sentando; outros se lembram de pesar, têm essa preocupação com o próprio peso. Vejo pouco os pacientes lavarem o braço com a fístula, tem pia próximo dele, mas se não lembro a ele de lavar... é difícil ver ele lavar sozinho (E11).

Sabe-se que para estabelecer uma boa interação é necessário primeiramente obter confiança de quem se cuida, esta estratégia de aproximação inicial possibilita ao enfermeiro identificar e obter informações sobre o paciente, como possíveis intercorrências no transcórre da diálise. Ao se considerar que o processo de trabalho em saúde tem como um dos seus elementos principais as ações de cuidado, tanto físicas quanto relacionais, não se deve limitar a realizar apenas a procedimentos técnicos, pois a técnica impessoal e mecanizada pode levar ao distanciamento da pessoa cuidada. Deve-se englobar o sentido de ser, pois se tratando de

uma relação entre sujeitos, é imprescindível que na prática profissional os atores envolvidos estabeleçam uma boa interação, visando o engajamento necessário para a concretização do verdadeiro ato de cuidar (FORMOZO et al., 2012).

Cuidar inclui a realização de procedimentos técnicos aliados à valorização das expressões de atitudes condizentes com princípios humanísticos, entre os quais a valorização de valores morais, éticos e sociais, Pode-se dizer, também, que o processo de cuidar é diretamente influenciado pela formação pessoal e pela personalidade do cuidador e do ser cuidado, adquiridas através de suas experiências, crenças e cultura.

O espaço do cuidado não se restringe ao ato técnico, mas contempla o envolvimento e a preocupação com os envolvidos na interação. Nesse sentido, considera-se que ao efetuar um cuidado, estando atentas as manifestações não verbais e psicológicas/emocionais, o profissional realiza um cuidado mais integral e não somente uma atividade técnica presente somente de corpo. O desenvolvimento das ações de cuidado traz à tona, também, a questão da intersubjetividade estabelecida na relação interpessoal, com o envolvimento do não dito, mas expresso por gestos e expressões que são identificadas pelos nossos sentidos. A consideração pelo outro, a observação das suas particularidades, a individualidade e, ainda, o caráter expressivo manifesto na emoção imprimem qualidade humana ao cuidado.

O paciente de diálise é uma caixinha de surpresa, então a gente acaba ficando atento a qualquer tipo de intercorrência que ele possa vir a ter, e às vezes ele nem consegue se comunicar. Temos que ficar ligada no que está acontecendo, e de longe mesmo posso intervir chamando o paciente, vendo se ele está responsivo; tem paciente que já conheço quando começa a fazer hipotensão ou hipoglicemia. Se ele não consegue nem chamar, então observo os gestos, sua face, se está hipocorado(E4).

Tem situações que o paciente começa a passar mal antes da máquina alarmar, então tenho que prestar atenção nas expressões faciais, também se ele dorme, se vira o braço, ou dorme em cima. Se dobrar ou deitar em cima pode ter um hematoma, atrapalhando no fluxo ou deslocamento da agulha, então fico de olho no posicionamento da pessoa, durante o procedimento e nas feições. Quando ele passa mal e faz hipotensão, ele vai desfalecendo e sua suas feições mudam antes da máquina apitar (E6).

A atenção à comunicação não verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior exatidão, os sentimentos, as dúvidas e as dificuldades do paciente em verbalizar o que sente. Em seus estudos Schimidt e Silva (2013), afirmam que, quanto mais o clima for de confiança, mais a experiência pode ser

positiva; isto porque os gestos de cuidado e atenção ficarão sempre presentes na lembrança daquele que recebe o cuidado. Ao se despertar um sentimento de confiança entre paciente e equipe de enfermagem, possibilita-se que ambos experimentem uma sensação de segurança e satisfação.

Para Formozo et al. (2012) o cuidado para surtir efeito desejado necessita considerar o tato, audição e postura corporal, durante a interação interpessoal entre paciente e enfermeiro, para que sejam demonstrados os sentimentos implicados na ação, com satisfação ou reprovação da ação. É fato que ao usar frequentemente as relações interpessoais como instrumento de trabalho os enfermeiros são estimulados a desenvolver habilidades sociais para subsidiar esses processos de interação. Segundo Teixeira et al (2014) habilidades sociais são um conjunto de comportamentos transmitidos por uma determinada pessoa em um contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo, de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação, enquanto minimizando a probabilidade de futuros problemas.

[...] alguns profissionais que são mais sensibilizados, utilizam mais os sentidos. [...] eu particularmente tenho um pouco de dificuldade em ter esta proximidade com o paciente, eu tento manter uma distância terapêutica, a não ser que eu já tenha estabelecido uma relação de intimidade com o paciente, isto com o tempo vai se modificando (E3).

Tem paciente que é mais fechado, mas não deixa de demonstrar carinho, outros já são mais falantes e brincam uns com os outros. Então essas relações humanas estão muito afloradas aqui dentro, estamos sempre perto, não é somente ligar e desligar algo da tomada, tem toda uma história, muito própria de relações, que está ligada às características de cada um (E9).

Há grupos de diálise que são mais comunicativos, brincam e conversam durante diálise, geralmente porque estão a mais tempo juntos. É difícil paciente chamar e dizer que está passando mal, geralmente sou eu que observo e me aproximo para checar (E12).

Destaca-se o respeito pela diversidade de personalidades e diferentes formas de se estabelecerem as relações, cada um possui hábitos e formas de se comunicar, mas é imprescindível que haja empatia ao se compartilhar as emoções com os outros, sentir com o outro, suas preocupações; envolve perceber o outro com as suas reais necessidades sem julgar.

Percebe-se no discurso que a dificuldade de se aproximar faz parte de uma característica pessoal e cultural, tanto o enfermeiro como o paciente podem não estabelecer uma relação mais intimista no início do tratamento, mas com o passar do tempo é estabelecido uma relação de intimidade e confiança que permite a eles se aproximarem mais e estabelecerem uma relação mais profícua e conseqüentemente um cuidado mais eficiente.

Ao se colocar em relevo que as relações estabelecidas na HD não são influenciadas somente por parâmetros psicossociais, culturais, educacionais, entre outras, mas também por questões que são inerentes ao comportamento humano em um determinado espaço, percebe-se que a discussão do uso do espaço físico e sua implicação no comportamento humano, orientada pela teoria da comunicação proxêmica, possibilita lidar com alguns desafios tanto conceituais quanto metodológicos. Haja vista que contribuir para a produção de saúde e produzir um espaço físico na saúde adequado, não se separa da produção de saúde e da produção de subjetividade. Expressar necessidades estruturais, como espaço físico e de mobiliários, a partir dos distanciamentos e aquelas expressas pelos nossos sentidos, pode ser um fato pouco peculiar.

É uma compreensão que aposta na composição de saberes para a produção dos espaços físicos, entendendo que o espaço não é dado *a priori*. Segundo Schimidt e Silva (2012) o espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona. É um território que se experimenta, se reinventa e que se produz. A proposta de produção do espaço acontece porque há processos de trabalho, encontros entre as pessoas, modos de se viver e modos de ir reconstruindo o espaço.

A orientação da ambiência na hemodiálise, articulada à Comunicação Proxêmica, favorece que ao se intervir, criar e recriar os espaços físicos neste setor, se problematizem também as práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço. E nesse sentido, quando se tem o conhecimento do uso da proxêmica como guia orientador para a assistência e gestão em HD, outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos espaciais singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho.

Pela expressão do rosto vejo que ele não está bem [...] visão com observação, não é só olhar, é observar, identificar, para tomar alguma atitude. Quando você tem o costume, você conhece o paciente e lida com ele, você olha e identifica que não está bem, é hora de se tomar uma providência (E1).

O sentido que mais uso é a visão. Olho a máquina, a expressão do paciente, se está com dor, verifico a glicemia, se o sono está profundo, vejo pressão; o tempo todo eu mantenho meu olhar voltado para paciente, pois ele muda seu estado de forma muito rápida (E2).

Uso muito o sentido visão e depois a audição. Vejo muito a expressão corporal do paciente, se ele está alerta, se está mais acordado ou se está mais pálido. Vejo também a máquina, quantidade de soro suficiente para o flush (E8).

O contato visual ocorre quando queremos expressar que o canal de comunicação está aberto. Embora a equipe não fique com o olhar fixo no paciente o tempo todo durante a HD, ela mantém um olhar periférico que, segundo Hall (2005), é aquele que o ser humano detecta o movimento com o canto dos olhos. E, ao identificar mudanças no comportamento do paciente, o profissional muda o seu olhar, fixando-o para reduzir psicologicamente a distância entre os comunicadores e, ao se aproximar, amplia as possibilidades do diálogo se estabelecer, permitindo a troca de informações. O olhar fixo sugere interesse e envolvimento no relacionamento interpessoal.

Utilizo mais na íntima a visão, tato e audição. O olho no olho é uma coisa que não é só no espaço íntimo, devemos usar no pessoal ou social, que também é necessário. Mesmo na bancada, se estou anotando algo, mantenho meu olhar voltado para ele. Esse momento do íntimo é bem completo, porque ao mesmo tempo estou fazendo procedimento, estou tocando, com a visão direta para a pessoa, ouvindo o que o paciente tem a dizer e o que ele está trazendo de informações, de sinais e sintomas, como é a relação dele com os familiares (E6).

Tem situações que o paciente começa a passar mal antes da máquina alarmar, então tenho que prestar atenção nas expressões faciais e também se ele dorme, vira o braço, ou dormi em cima. Se dobrar ou deitou em cima pode ter um hematoma, atrapalhando no fluxo ou deslocamento da agulha, então fico de olho no posicionamento da pessoa, durante o procedimento e nas feições. Quando ele passa mal e faz hipotensão, ele vai desfalecendo e sua suas feições mudam antes da máquina apitar (E9).

A visão é uma ferramenta que nos permite colher informações quanto ao estado de desconforto físico, psicológico ou ambiental do paciente, através de expressões e posturas que o paciente assume durante o cuidado (Hall, 2005). Essas condições são percebidas por alguns profissionais com certa facilidade, e prontamente procuram resolvê-las. Atribuímos tal capacidade de percepção à “*expertise*” de alguns profissionais em HD. Observar os padrões de respostas fisiológicas ou emocionais de um paciente fornece dados para a adequação do processo de cuidar deste paciente. Se não estivermos atentos à comunicação não verbal do

paciente podemos interpretar incorretamente aqueles padrões de respostas (BROCA; FERREIRA, 2016).

Ao avaliar o paciente, o enfermeiro necessita considerar e respeitar os conhecimentos e a cultura do paciente, bem como escutá-lo, o que proporciona o reconhecimento de sinais e sintomas e a necessidade de uma escuta ativa. Neste sentido, na prática do cuidado em enfermagem, a habilidade de ouvir o outro é fundamental, pois permite analisar qual a melhor maneira de se comunicar com o paciente, em concordância com seu nível cultural e o conhecimento sobre seu estado de saúde.

Os pacientes tem sintomas antes da máquina alarmar, ele apresenta o mal estar antes da máquina dizer que o banho acabou, que a temperatura está alta ou baixa, que o sódio está baixo, que o paciente está começando a ter náuseas. Eu sempre falo que caso esteja passando mal e a gente esteja longe, levanta o braço que alguém vai ver, não precisa falar, a gente já sabe. [...] é um sinal que identificamos e esta orientação damos nas primeiras diálises, dizemos: qualquer coisa que sinta, levanta o braço. Porque temos muitas interferências, ruídos, então ele pode chamar e a gente não ouvir, mas ao levantar o braço vemos (E5).

A visão e a audição são os sentidos que mais uso, no pessoal e social uso muito esses sentidos. Vejo muito a expressão do paciente, se ele começa fazer face de dor, de desconforto, se começa a ficar pálido e no sistema também fico de olho, para ver se começa a dar algum problema. Na audição fico atenta ao chamado do paciente e o alarme da máquina.(E10).

Uma das competências do enfermeiro está ligada ao ato de julgar as necessidades de cuidados de cada paciente, dito com julgamento clínico, este é o ato de elaborar o planejamento da assistência de enfermagem a ser realizada, de forma que possa atender às suas necessidades e expectativas. O julgamento clínico estrutura-se pelas habilidades: interpessoal, que envolve a capacidade de comunicar-se, ouvir, e respeitar opiniões; técnica, na qual inclui um sólido conhecimento dos métodos de avaliação clínica, conhecimento científico, acerca dos problemas de saúde; intelectual, o qual se refere aos processos de pensamento; bem como às habilidades de percepção do enfermeiro em relação às respostas humanas (CROSSETTI et al., 2014).

A associação destas habilidades possibilita ao enfermeiro tomar decisões seguras e proporcionar cuidados qualificados e adequados às reais necessidades dos pacientes. Nos ambientes de atendimento de hemodiálise, o uso da comunicação verbal entre enfermeiro e paciente é sempre muito referida, e a audição é um dos sentidos mais utilizados independente das distâncias mantidas.

Na audição fico atento a qualidade do discurso, o timbre da voz, tudo isso chama a atenção, se ele está orientado ou não. Tem paciente que está mais triste, se está no ostracismo, isso tudo chama a atenção. A desorientação do nosso paciente pode significar uremia, por exemplo, isso é próprio das relações humanas (E9).

No sentido audição ouço muito o paciente chamar para dizer que não está bem, e também quando perguntam: quanto está tirando de peso? Enfermeira pode verificar minha glicose? Eles perguntam, porque quando começa o mal estar, é uma forma de alertar a gente. Os pacientes mais antigos têm essa percepção de identificar alterações antes de passar mal, eles avisam que estão tontos, perguntam se tem médico (E11).

O escutar também é um cuidado e uma forma de comunicação não verbal, não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio ao lado, utilizar gestos de afeto que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos vivenciados pelo paciente. Quando olhamos para a realidade atual que vivemos, na qual a mecanização dos sentidos é uma constante na vida das pessoas, precisamos ampliar nosso olhar para o espaço do cuidado em saúde, inserindo estratégias que sejam capazes de perceber além das informações ditas nas entrelinhas do discurso do sujeito, seus gestos e comportamentos.

Schimidt e Silva (2012) refere em um dos seus estudos sobre comunicação proxêmica que 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo, alertando-nos para o fato de que, apesar de muitas vezes valorizarmos mais as palavras, os sinais não verbais podem estar comunicando muito mais, inclusive contradizendo o expresso em palavras.

Percebe-se na fala dos enfermeiros que eles estão conscientes dos aspectos não-verbais presentes durante as suas interações com os pacientes (por exemplo: entonação de voz, aspectos emocionais, comportamentos gestuais, etc.) permitindo, sobretudo, perceber indícios de que algo não está bem. O enfermeiro ao ouvir determinados questionamentos durante a sessão de HD usa de sua intuição e identifica que embora o paciente não fale diretamente que está passando mal, tais gestos e falas são indicativos de possíveis alterações fisiológicas.

Na produção dos dados os enfermeiros da HD compartilham o toque com o sentido do vínculo, do interesse, do acolhimento, mas também da ansiedade. A punção da fistula arteriovenosa (FAV) é o momento de maior apreensão e ansiedade do paciente, é neste momento que ocorre o toque instrumental para a punção, e este pode alterar os padrões fisiológicos de um paciente, com hematomas, sangramentos e dor.

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

Quando vou fazer o procedimento o toque é mais técnico, que é a necessidade de fazer a punção, sentir o fluxo da fistula, o melhor local para punção; e quando termino de puncionar faço um toque afetivo para dizer que vamos começar a sessão. No final da sessão o toque também é mais técnico do que afetivo, é o momento da retirada da agulha (E6).

Toco quando o paciente tem alguma queixa, alguma câibra, quando vai “devolver o sangue”, se está com dor. O momento de toque geralmente é um momento desconfortável, pois é o momento que ele está com dor [...] e eu associo todas as vezes que tem o tato com o paciente, como um momento de desconforto para ele, [...] causa uma apreensão, seja no puncionar, no momento da câibra, mas isso não afeta com que eu faça correndo, pelo contrário, faço que seja menos doloroso para ele (E10).

Para os enfermeiros o toque instrumental é fundamental na HD, seja durante a punção da FAV, na realização do curativo, na verificação da pressão arterial, na administração dos medicamentos ou conexão dos cateteres, entre outros, mas afirmam que o toque poderá também se apresentar com um caráter mais afetivo e de relaxamento. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o ato de tocar alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional. Pode significar atitude de unir ao outro, tocar como uma maneira de perceber o outro ou a relação com o outro. Assim, o toque pode significar distância ou envolvimento entre pessoas que estão se comunicando, mas dependerá da pessoa, da cultura e contexto em que ocorre o toque.

Um estudo desenvolvido por Schimidt e Silva (2013) identificou que diversos fatores podem influenciar o toque dos profissionais da saúde, dentre estes estão o receio de se tocar em pessoas do sexo oposto, quando o procedimento a ser realizado é invasivo, ou quando a área do corpo é íntima. Levando em consideração que ao cuidar o toque poderá ser realizado dos mais diferentes modos e/ou meios como: com as mãos, com o corpo, com os cabelos, com os instrumentos de trabalhos, com as roupas, com as luvas, dentre outros. Tocar é entrar no mundo do outro, é despertar nele estímulos sensoriais agradáveis e desagradáveis. Ter consentimento do toque no cuidado ao outro e consciência do contato físico por ele

promovido pode auxiliar os pacientes na sua recuperação, e igualmente melhorar o vínculo, sentimentos e aproximações (MENON; MARTINS; DYNIEWICZ, 2014).

Toco porque preciso verificar se a fistula ou cateteres estão bons, ajudo o paciente a sentar na poltrona, verifico pressão, um toque na mão no braço, se estiver com câmbra, faço massagem, verifico o frêmito (E8).

Paciente dormiu, está com uma postura mais largada, me preocupa. Geralmente o abordo, chamo, toco e vejo a necessidade de verificar a glicemia, verifico também a PA, porque, embora ele esteja dormindo, ele também pode estar passando mal e não chama a gente (E9).

Neste ambiente do cuidado tocar permite reconhecer quais as demandas de cuidado os pacientes necessitam, é reconhecer que a enfermagem precisa evoluir no cuidado prestado, especialmente no que se refere ao toque instrumental-afetivo, e este poderá ocorrer nos diferentes momentos de permanência na HD. Verificou-se que o toque instrumental-afetivo foi realizado na verificação do frêmito, verificação de pressão arterial, massagem no momento de câmbra, no posicionamento correto do paciente na poltrona. A maneira como foi transmitido afeto para o paciente, na medida do possível, realizando os procedimentos com sua permissão, calma, manipulando minimamente e explicando a necessidade de se realizá-lo, foi uma atitude humanizada.

É preciso entender que o ato de tocar precisa do consentimento dos pacientes, e isso, à vezes, pode estar distante para alguns, ao consideramos todas as “marcas” nele geradas anteriormente. Efetivar um espaço para o compartilhamento de vivências com pacientes em terapias hemodialíticas apresenta-se como uma proposta para melhorar a interação, fazendo com que ambos, enfermeiros-pacientes, alcancem a relação, que é de cuidado, tornando-a abrangente e de qualidade (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015).

No toque existem pacientes que estabelecem um vínculo mais próximo, temos uma paciente especial que sempre quer ser abraçada e por isso tenho uma conexão mais forte (E4).

Quando a pessoa chega tem o toque afetivo, pois dou o bom dia e coloco a mão no ombro ou toco no braço para acompanhá-los até a poltrona, é um toque de acolhimento. Eu tenho que tocar para demonstrar realmente um interesse (E6).

Quando os pacientes chegam sempre cumprimento, até porque eles reclamam de quem chega ao setor e não os cumprimenta, então chego e falo um por um. Toco

quando instalo paciente e na saída também, porque tenho que tirar agulhas e fazer curativo. (E12).

O toque afetivo é referido como aquele empregado nos momento de cumprimento na chegada e saída do setor, ou demonstração de sentimento de carinho, entretanto nas observações tomou-se o cuidado de reconhecer se nas ações dos profissionais foram incluídas maneiras de expressar algum tipo de afetividade, tornando o toque instrumental também afetivo. Considerando que os profissionais relataram estar conscientizados sobre o valor do toque afetivo, sugere-se que este seja constantemente incentivado.

Os dados até o momento apresentados demonstram que para se prestar o cuidado integral é necessário ser um bom ouvinte, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando o paciente, proporcionando uma boa adesão e continuidade ao tratamento. Quanto aos efeitos comportamentais do olhar, ouvir e do tocar, estes apresentam contribuição essencial à interação das pessoas, trazendo vínculos, sentimentos e uma maior aproximação, para uma assistência mais singular.

Existem dificuldades na percepção de determinados sentidos corporais *a priori*, neste estudo o olfato e o paladar, que foram identificados por vários participantes como sendo algo difícil de associá-los ao cuidado de enfermagem na HD, contudo, e só de imediato e aparentemente, pois, ainda durante a entrevista, ironicamente os enfermeiros tomavam consciência da importância do olfato e paladar.

O odor pode ser marcante e acompanhar a pessoa por toda a vida, basta perceber o aroma e as lembranças explodem de forma imediata. O olfato, por mais preciso que seja, é um sentido mudo, que não necessita de tradutor. Isso explica a incapacidade de se descrever em palavras o cheiro de alguma coisa para alguém que nunca o tenha sentido (ARAÚJO, 2000 apud AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015).

Para o olfato não penso muito em odores, o único cheiro é o hálito cetônico e também em relação à higiene do paciente (E2).

O olfato em um primeiro momento não me diz nada, mas analisando, percebo que o hálito urêmico que se sente é porque ele ainda está iniciando o tratamento ou está mal dialisado, se ele está fazendo o tratamento a muito tempo e continua com hálito urêmico, tem algo de errado da terapia (E4).

Alguns enfermeiros têm dificuldades de expressar como usar o olfato no seu cotidiano, até fazem algumas associações com este sentido, onde foram encontradas duas fontes de

odores que representam o espaço do cuidado da HD: os odores corporais e odores ambientais. Odores corporais são as secreções como o suor, quando o paciente tem déficit de autocuidado com a higiene corporal, onde os odores são exalados e estão impregnados nos corpos dos próprios pacientes; exalações orais como a halitose, mas estas ligadas ao hálito urêmico no início do tratamento; além destes os eventuais sangramentos também se caracterizam como odores corporais. Existem também aqueles odores ambientais marcantes, característicos da HD, como os produtos químicos esterilizantes (ácido peracético), as soluções de banho utilizadas na máquina de HD, as quais geram uma memória olfativa que transita pelo cenário de cuidado.

Embora alguns relatem que o odor não impede e nem repulsa na hora do cuidado, para Azevedo, Araújo e Vidal (2015) o mau cheiro afasta o enfermeiro do contato direto, mesmo este sendo um indicativo de necessidade de cuidado relativo à higiene pessoal. Para alguns, ter pacientes no ambiente com odores dá uma característica desagradável e é necessário informá-los sobre a importância do autocuidado na higiene corporal e oral.

O odor não me impede e não me repulsa ao cuidado (E1).

Tem paciente que tem um autocuidado bem deficiente e a gente percebe logo pelo odor, mas não temos como nos afastar, tem que pegar do mesmo jeito. Tem paciente que tenho liberdade e converso sobre higiene (E4).

Essas sensações olfativas evidenciadas nas falas dos participantes, mesmo que se refiram a algo desagradável, é uma forma de captar a necessidade de se aproximar e intervir sobre o cuidado corporal. Suporta-se o desagradável porque é inerente ao cuidado, é uma condição preestabelecida ao cuidador. E para quem é importante suportar algo desagradável?

No Universo das sensações olfativas, nem tudo é desagradável, desconfortante ou com odor ruim. A percepção de um determinado odor estimula nossa “memória olfativa”, de uma forma que, tanto em nível consciente quanto inconsciente, elaboramos associações mentais que delimitam a propriedade de uma sensação olfativa. Esta pode ser concebida como agradável ou não, dependendo do que está registrado em nossa memória. Esse fenômeno sugere que os odores podem exercer influências determinantes no comportamento humano, ocasionando reações diversas, tais como incremento à atenção, diminuição de situações estressantes ou estado de conforto ou desconforto físico (PROCHET; SILVA, 2012).

É muito característico, porque tem desde os componentes de desinfecção da máquina, então é um odor característico da hemodiálise, o cheiro do ácido peracético (E6).

O olfato o que mais me chama atenção é o cheiro de sangue e o cheiro do proxitane (ácido peracético)(E7).

O olfato assim como os demais sentidos permitem (re)conhecer os diversos objetos que compõem um espaço, assim como associá-los as características relacionadas ao cuidado prestado neste setor, como os odores da sala de reuso, expurgo e sala de HD. O odor ocorre também nas relações sociais, o bom ou o ruim aroma emitido por um perfume do paciente, o cheiro que exala de sua roupa usada, o cheiro de limpeza do ambiente, podem, por exemplo aproximar ou afastar das pessoas.

Do ponto de vista fisiológico, paladar e olfato estão relacionados entre si. A ausência ou alteração desses sentidos dependem do estado anatômico do epitélio nasal e do sistema nervoso central e periférico. Alguns odores ficam tão impregnados que parecem produzir o seu sabor no paladar. Então, pode-se dizer que o sabor é o somatório das sensações olfatórias, gustativas e daquelas relacionadas às terminações nervosas localizadas no nariz e na boca (ACKERMAN, 1992 apud AZEVEDO et al., 2017).

E para os enfermeiros entrevistados expressar paladar como algo relativo ao cuidado também é de difícil entendimento, suas associações foram, em relação a restrições alimentares e hídricas do paciente, uma alerta para o ganho de peso. Na maioria das entrevistas este sentido gerou uma certa inquietação dos entrevistados por não conseguirem identificar sua relação com o cuidado.

Paladar é alerta, significa orientar sobre restrição hídrica e de comidas, e geralmente chegam pesados porque abusaram (E6).

Não há representação do paladar, na assistência não faço associações com o cuidado, a não ser daquilo que o paciente não pode comer (E12).

O paladar desempenha uma função importante em nossas relações sociais e culturais. Para alguns pesquisadores paladar remete a uma “memória familiar”, na infância com as comidas feitas com carinho e amor pelo ente querido, ou ainda pode remeter a um determinado tempo e lugar já vivenciado (COSTA, 2014). . Além do que constitui uma das principais formas de o homem se relacionar com espaço. Dependendo da distância

estabelecida entre o corpo do sujeito e a realidade circundante, eles podem apresentar maior ou menor teor de objetividade na ação de interagir com o mundo.

Para Costa (2014) quando se habita diferentes espaços a percepção tende a ser ainda mais diversificada, pois cada indivíduo percebe diferentemente o mesmo espaço de acordo com a sua formação cultural. O ser humano possuir sentidos comuns que de modo geral auxiliam na percepção espacial. E por haver diversidade de proximidade/distância com o uso dos sentidos corporais em relação ao espaço, é necessário manifestar uma relação sensorial-espacial, como afirma Borges Filho, 2007, p.69.

Por gradientes sensoriais, entendem-se os sentidos humanos: visão, audição, olfato, paladar. O ser humano se relaciona com o espaço circundante através de seus sentidos. Cada um deles estabelece uma relação de distância/proximidade com o espaço. Portanto, efeitos de sentido importantes são manifestados nessa relação sensorialidade-espaço.

Esta relação sensorial-espacial por meio do sentido paladar permite o enfermeiro detectar falhas no processo de autocuidado, principalmente nas restrições alimentares do paciente na HD. Como o paciente estabelece uma aproximação mais íntima, no mínimo três vezes por semana com o enfermeiro, este percebe alterações no peso, seja pela pesagem realizada a cada sessão de HD ou pela aparência física.

Segundo Martins e Riella (2013) os pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise, são acometidos frequentemente por complicações nutricionais, principalmente pela desnutrição energético-proteica, que se constitui como uma complicação fortemente preditora à morbimortalidade destes. Além da importância clínica do déficit energético-proteico, nos pacientes em hemodiálise, a adequação da água e dos micronutrientes ingeridos pelos pacientes em hemodiálise são de extrema importância, principalmente em relação ao cálcio, ferro, sódio, potássio e fósforo, nutrientes mais relacionados a complicações, uma vez que o rim não consegue mais manter o controle do meio interno do organismo.

Tem vezes que pego paciente comendo aqui durante a diálise alimento trazido de casa e que não é o adequado para ele, aí me aproximo e converso explicando porquê não deve comer. (E2).

Eles se queixam de dietas, alguns começam a mentir e tem dificuldade de manter um controle da ingestão hídrica e alimentar, percebemos que não estão se cuidando, quando chegam muito pesados, isso acaba virando um ciclo, difícil de controlar, eles precisam saber controlar sua boca (E4).

O controle dietético assume o papel de prevenir ou melhorar a toxicidade urêmica, os distúrbios metabólicos associados ao ganho de peso interdialítico, a elevação da pressão arterial e a progressão da anemia e da osteodistrofia renal (MARTINS; RIELLA, 2013). Sendo assim, a avaliação do estado nutricional do consumo alimentar e da ingesta hídrica do paciente em hemodiálise realizada pelo enfermeiro é de fundamental importância, em decorrência da associação direta que existe entre a dieta e as complicações advindas da sua não adesão.

5.3 Produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação

A terceira categoria emergiu em 40 (quarenta/ 11,59%) UR de um total de 345 (trezentos e quarenta e cinco/100%) UR extraídas das 12 entrevistas (corpus da pesquisa). Esta categoria será discutida e analisada a seguir, com a exemplificação dos depoimentos mais significativos dos depoentes do estudo a respeito **do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação**.

Quadro 7: Unidades de Registros (UR) das entrevistas agrupadas em Unidades de Significação da terceira categoria. Setor de Hemodiálise do HUCFF e HUPE - RJ, 2017.

Código dos temas/ categorias	Temas/Unidades de significação	Total de entrevistas realizadas 12												Total de UR na categoria
		Número de UR em cada entrevista/total de UR obtidas de cada entrevista												
		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
3	Produção do conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação proxêmica.	02	05	04	06	02	06	03	04	01	03	02	02	40

Ao considerarmos a enfermagem como um trabalho realizado com e por meio das pessoas, o processo de comunicação pode ser considerado uma das mais importantes atividades e um dos instrumentos básicos na assistência de enfermagem (MASSOCO; MELLEIRO, 2015). A comunicação é utilizada com os pacientes, com os familiares, com os colegas da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional, com todos os serviços de apoio e administrativos. Na administração da assistência de enfermagem é necessário ser

capaz de decodificar, decifrar e perceber os significados das mensagens que são enviadas durante as interações, possibilitando elaborar um plano de cuidados com vistas as intervenções, ficar atento aos sinais verbais, não-verbais e paraverbais que podem ajudar nesta tarefa.

Comunicação é essencial, no sentido de captar as não verbais, como as expressões naquele momento de dor, mal estar, câimbra; é importante para identificar sinais e sintomas de complicações; e a comunicação verbal é essencial para continuação da assistência [...] então, uma escuta atenta, sensível, percebe-se coisas para que possa devolver orientações mais adequadas a ele. Quando se abre o espaço para paciente falar, a agente começa a identificar possíveis problemas. Vejo a comunicação como essencial para o cuidado, não tem como cuidar sem ter uma comunicação na HD (E6).

A comunicação dá segurança para o paciente, se você conversa com ele , ele identifica que se importa, quer uma boa assistência, tem que ser receptivo, ele chega às vezes mal e se você mantém uma distância grande entre ele, além desta distância que é uma forma de comunicação, ele quer escutar de mim pelo tom de voz e pelo olhar que ele é importante para mim, ele quer atenção, aquele é o momento dele e ele precisa de mim. E só acontece com a comunicação (E5).

Os enfermeiros da HD descrevem a comunicação não verbal como algo essencial ao cuidado, como uma ferramenta capaz de identificar sinais e sintomas de complicações, por meio de expressões faciais do paciente, tom de voz e olhar. E a comunicação verbal como forma de dar continuação a assistência possibilitando passar orientações e captar possíveis problemas. A comunicação tem um objetivo, uma meta, um propósito, que é produzir uma reação, ou uma mudança, para que esta comunicação seja efetiva, segundo Stefanelli e Carvalho (2012) o processo tem início a partir de alguém (emissor) com uma necessidade de transmitir ou saber algo (mensagem) que necessita ser transmitida a outra pessoa (receptor). O emissor tem um objetivo e este deverá ser traduzido num código, numa linguagem entendível. Há necessidade de um codificador pegar as ideias do emissor e colocá-la num código, expondo o objetivo do emissor em forma de mensagem.

Entender os códigos da HD para o enfermeiro não é algo impossível de se realizar, tanto o enfermeiro como o paciente desenvolvem com o passar do tempo no setor estratégias de se comunicarem de forma não verbal, o convívio diário e de longa permanência permite estabelecerem uma boa interação e identificar formas de comunicar por códigos.

A partir momento que se conhece esta linguagem do que é verbal e não verbal você consegue identificar algumas situações que são pelos gestos, se o paciente está passando mal [...] agimos de forma intuitiva, mas nem todo mundo tem essa percepção. Depois que se trabalha muito tempo com esta clientela, passa-se a ter experiência e aumenta esta percepção. Na área de HD ajuda muito ter esta percepção, porque por mais que a máquina monitore a pressão arterial, as alterações começam antes da máquina alarmar (E3).

Comunicação é tudo, falo sempre ao paciente para que não cubra o rosto durante a HD, e caso se sinta mal para levantar o braço, é muito importante eu manter um olhar nas expressões dele, estabelecemos algumas formas de comunicar, porque ele pode passar mal e não conseguir chamar (E7).

Os depoentes afirmam que o tempo de experiência com pacientes na HD aumenta a percepção do enfermeiro e permite identificar gestos, expressões e comportamentos, além de propor códigos específicos de comunicação que favoreçam o cuidado, como levantar de braço, não cobrir o rosto, entre outros. Esses códigos que a equipe estabelece com os pacientes são ditos como algo muito importante nas relações enfermeiro-paciente, é algo muito marcante em ambos os cenários investigados.

Para entender o significado de uma mensagem baseado no comportamento dos interlocutores de acordo com Knapp e Hall (1999) apud Broca e Ferreira (2014), é necessário iniciar um código, este poderá ser a linguagem verbal, em um segundo momento identificar os comportamentos não verbais associados a determinados comportamentos verbais. Ao se eliminar o canal verbal, esses comportamentos não verbais serão captados como um código para a comunicação e se a introdução dos comportamentos não verbais não interferir a compreensão da mensagem pelo receptor, então os comportamentos não verbais serão considerados uma forma de substituir o comportamento verbal, portanto, elementos de um código não verbal, ou seja, um conjunto de ações que determina os significados atribuídos a certos códigos, como afirma (KNAPP E HALL pag. 153, 1999):

A maior parte de nosso comportamento não verbal envolve mudança de atitude ou movimentação. Interagimos com as pessoas mantendo distâncias variáveis; exibimos diferentes gestos e posturas durante um encontro; algumas vezes tocamos nos outros, outras não; rosto, olhos e voz apresentam formas diversas. Esta parte examina esses comportamentos individualmente, mas, na conversação diária, a combinação desses sinais, funcionando de maneira ajustada, caracteriza nosso comportamento na comunicação.

Entretanto como as pessoas não conseguem alcançar suas metas, seus objetivos sem a cooperação do outro, já que é interdependente com outros na realização dos seus objetivos, é necessários que ambos envolvidos na interação estejam comprometidos, a fim de alcançar os objetivos. Desta forma não adianta o enfermeiro propor formas de se comunicar por meio de códigos, se o paciente não estiver disposto a cooperar, é importante avaliar diariamente como o paciente chegou e se ele está apto a participar neste dia das formas de interações preestabelecidas. O cuidado de enfermagem congrega várias características, dentre elas estão à interação e a relação dialógica que se constrói com o outro, assim, é preciso desenvolver as potencialidades dos profissionais para que na relação interpessoal com os pacientes possam dar atenção às necessidades inerentes ao cuidado daquele dia, por meio da escuta ativa e de uma comunicação de aproximação (BROCA; FERREIRA, 2015).

A distância pode influenciar e definir o tipo de envolvimento e, assim, de comunicação que queremos manter com o outro. Assim, os diferentes padrões de distância são mantidos, dependendo com quem se está comunicando e se relacionando, não se esquecendo de que o ambiente também poderá influenciar no distanciamento ou aproximação dos corpos. As barreiras ou falhas na comunicação podem advir da falta de habilidade para ouvir, ver sentir e compreender a mensagem do outro.

Tem dias que o paciente chega me cumprimenta, senta e não conversa muito, pega o lençol se cobre e vai dormir ou escutar música. Já sei que algo não está bem, porque convivemos com eles e sabemos seu comportamento, aí me aproximo para tentar conversar e ele se abrir. Mas tem dias que não querem conversar e nem interagir, aí me preocupo porque às vezes ele passa mal e não expressa nada (E2).

A comunicação é importante em vários sentidos, primeiro porque no sentido emocional o paciente que está ali sentado quatro horas, fazendo, querendo ou não, um tratamento, que é desgastante para ele, e muitas vezes ele não quer estar ali [...] então o simples fato de dar atenção para ele, estar conversando com outros pacientes, faz com que o tempo passe e ele se sinta melhor (E10).

A habilidade de decodificar algo que está intrínseco em gestos e comportamentos está relacionada com a forma de conhecimento e entendimento dos elementos da comunicação. A forma de como nos colocamos e nos comportamos diante do outro, pode influenciar de forma negativa ou positiva e influenciar a efetividade da comunicação (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Ao perceber que o paciente se mantém em silêncio com pouca ou nenhuma interação durante a sessão de HD, o enfermeiro identifica a necessidade de se aproximar para buscar avaliar o porquê da mudança de comportamento. Este afastamento e

isolamento do paciente podem denotar uma falta de interesse pelo outro ou a negação na participação nos processos de interações estabelecidas neste ambiente. Observar padrões de respostas emocionais ou fisiológicas de um paciente fornece dados para a adequação ao contexto da relação interpessoal, redefinindo os objetivos a serem alcançados.

Avaliar comportamento em um determinado ambiente de HD requer de o enfermeiro estar atendo aos códigos estabelecidos e são de extrema relevância na análise de qualquer interação. Segundo Silva (2015), a nossa habilidade em decodificar corretamente uma interação é diretamente proporcional à atenção dispensada aos elementos da comunicação. A comunicação adequada é aquela que possui um objetivo definido, apropriada a uma determinada situação, pessoa e tempo. Tratando-se do relacionamento enfermeiro-paciente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o paciente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

Comunicar-se envolve compartilhar sentimentos e emoções de forma verbal ou não verbal em um relacionamento interpessoal. Além disso, a comunicação é um processo complexo, dinâmico, tem uma evolução, não tem início e nem fim e se restringe a duas ou mais pessoas (BROCA; FERREIRA, 2015). Desse modo, os dados da pesquisa evidenciam que os participantes relataram que a comunicação é importante e se expressa de diferentes formas e que na HD a não verbal é muito mais abrangente. E essa comunicação precisa ser entendida pelo paciente de modo a proporcionar-lhe acolhimento, e a partir de suas inquietações e queixas o enfermeiro consiga identificar e solucionar os problemas identificados. Portanto, é vital estreitar, estimular e fortalecer a relação profissional e, também, emocional, entre enfermeiro-paciente para fortalecimento e integração da assistência de enfermagem.

Comunicação é essencial, no sentido de captar as não verbais, como as expressões naquele momento de dor, mal estar, câimbra; é importante para identificar sinais e sintomas de complicações; e a comunicação verbal é essencial para continuação da assistência [...] então, uma escuta atenta, sensível, percebe-se coisas para que possa devolver orientações mais adequadas a ele. Quando se abre o espaço para paciente falar, a gente começa a identificar possíveis problemas. Vejo a comunicação como essencial para o cuidado, não tem como cuidar sem ter uma comunicação na HD (E6).

A comunicação é importante, porque tem o que é falado e não é falado; o paciente crônico na convivência a gente pega deles o que geralmente não é falado. E isso é

só com o tempo mesmo. Mas é essencial para entender a adesão, uma intercorrência, às vezes ele não verbaliza, só se expressa (E11)

A comunicação não verbal é referida como de grande importância no processo comunicativo, pois pode completar uma informação verbal (afirmando ou rejeitando), enfatizar, contradizer, substituir, avaliando indícios sobre as emoções ou mesmo controlar ou regular uma relação de interação. Ao afirmarem que a não verbal é muito utilizada por ambos nas interações, pode-se entender que o emissor ao tentar transmitir uma mensagem por meio de códigos e o receptor não compreender o sentido a que ela se refere, poderá gerar uma incongruência no sentido real da comunicação, gerando equívocos entre o emissor e o receptor.

É fato que mesmo na comunicação verbal o corpo assume uma variedade de posturas que ajudam a traduzir melhor o significado das palavras que são ditas. Para Silva (2015) deve-se na comunicação proxêmica se atentar à postura corporal, expressões corporais, distanciamento entre os corpos pode-se tornar a comunicação mais efetiva. Desta forma um receptor desatento pode não captar toda a mensagem se não observar além das palavras do emissor. E para os enfermeiros só com o tempo de convivência é possível estabelecer e identificar esses códigos da HD, que são transmitidas e percebidas pelos sentidos corporais.

Este fato tem uma relação direta com os dados do perfil de profissionais em ambos os cenários, pois nenhum enfermeiro possui menos de dois anos de atuação na HD, desta forma a expertise permite assim por dizer que este profissional possui habilidades suficientes para detectar os códigos não verbais. Esta habilidade de comunicação é essencial ao profissional que convive com pacientes sob cuidados na HD, independente da área de formação especializada, e sim o tempo de convivência e experiência adquiridas neste setor. Entretanto não se pode afirmar que todos os profissionais que atuam nesta área terão ou desenvolverão esta habilidade de percepção por meio da comunicação não verbal.

Na atual globalização, os profissionais estão cada vez mais qualificados e capacitados do ponto de vista tecnológico, as exigências para se ter atributos e conhecimentos são impostas devido às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Neste contexto a busca da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo novos atributos de qualificação dos profissionais de saúde, também são impostas no setor de hemodiálise.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas e procedimentos de maneira eficiente e com qualidade, mas sim um cuidado abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Contudo para que haja eficiência do

processo de cuidar é necessário avaliar a qualidade das interações com quem se cuida, um ser humano complexo e indivisível, e que para entendê-lo será necessário o uso da comunicação proxêmica como instrumento do cuidado.

É a partir dessa premissa e diante da realidade dos enfermeiros do cenário da HD, que se reforça a importância de que seja discutido, entre os profissionais de saúde ligados diretamente à assistência ao paciente, o uso da comunicação proxêmica como um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, os quais vislumbram uma melhor assistência ao paciente e mudanças em seu espaço do cuidado.

Figura 8: Fatores relevantes nas interações em hemodiálise.



Fonte: Produção da pesquisadora

E para que haja essas mudanças é preciso atentar para fatores como: a distribuição dos mobiliários e maquinários, a forma como se posiciona no espaço físico; o uso dos sentidos nas

percepções de gestos e expressões; compreensão do dito e do não dito para uma comunicação mais efetiva.

Esta Pesquisa apresenta algumas limitações, dentre as quais pode se destacar que o estudo foi realizado em instituições hospitalares públicas universitárias, e algumas conclusões não poderão ser generalizadas e atender as expectativas das clínicas satélites que possuem perfil de atendimento dos profissionais diferenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem tudo é conclusivo!

“O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”.
Michel Foucault

Respondendo aos objetivos propostos deste estudo, após análise das unidades de registro, com as suas respectivas categorias e com o mapeamento comportamental proxêmico, fundamentado por Eduard T. Hall, verificou-se que o enfermeiro na hemodiálise demarca seu espaço do cuidado como sendo um território de invasões constantes do espaço íntimo e pessoal, mas sempre atento ao uso dos sentidos corporais, as ações são baseadas na observações e sons emitidos no ambiente e estes potencializam os avanços na interação para uma comunicação mais efetiva.

Comunicar-se aparece sob diferentes aspectos ou significados, os quais foram percebidos ou identificados devido a sua proximidade com os pacientes. Para os profissionais da enfermagem, selecionados para a pesquisa, a comunicação ajuda, mas depende do paciente, dizem que o paciente de diálise é uma caixinha de surpresas; mesmo assim, o processo facilita nos cuidados, é importante para o paciente e para toda equipe, ainda que ele não queira falar, afinal é um mundo novo.

O enfermeiro informa que o tempo (unidade fundamental de viver) é que define, quando se acostuma com a doença, que estabelece a relação com equipe, com os outros pacientes, aceitando melhor e descobrindo o que é diálise. Esse perceber e ficar junto com o paciente, possibilita verificar que eles têm vergonha do cateter ou da fístula, que se incomodam quando as pessoas ficam olhando para elas; e aos poucos vão se interagindo e entendendo o tratamento. Essa proximidade pode ser considerada como proxêmica, principalmente pelas limitações do espaço da hemodiálise verificadas no mapeamento comportamental, ambientes fechados, escondidos, controlados.

Estudar comunicação proxêmica em espaços diferentes fisicamente pode não ser uma tarefa fácil de realizar, caracterizando um desafio da pesquisa, entretanto essa opção possibilitou entender melhor a dinâmica do movimento dos corpos nos diferentes espaços propostos por Eduard T.Hall, essa opção ajuda nas contribuições dos resultados, do objeto e nas habilidades para realizar o método, como pesquisadora.

Ao elaborar o mapeamento comportamental proxêmico, identifica-se que os espaços ainda que diferentes, com amplitudes e mobiliários também diferentes, é fundamental a

ampliação dos sentidos para uma ação rápida durante as interações e intervenções, mesmo estando a uma distância pública ou social.

Entretanto a dificuldade na percepção dos sentidos corporais como elemento da comunicação não verbal foi identificada em alguns dos sujeitos, por não possuírem determinados sentidos aguçados ou até não entendem o processo com a utilização destes sentidos, durante o processo do cuidado. A não utilização desses sentidos dificulta a percepção de determinadas situações de dor, sofrimento ou alterações fisiológicas. Fato que pode ser equacionado com o primeiro momento, quando da interação da equipe com o paciente, onde todos devem alinhar os pensamentos e procedimentos a serem adotados em todo o processo do tratamento

Durante o processo de análise das respostas dos enfermeiros, quanto aos questionamentos realizados, foram verificados que alguns elementos dificultam o processo de utilização de uma comunicação seja ela verbal ou não verbal, no atendimento do paciente, quando em tratamento em hemodiálise, que são: o espaço com as características fixas e semifixas das salas e suas divisões; a disposição das máquinas; a falta de sala para consulta de enfermagem; dificuldade da percepção de alguns enfermeiros com a comunicação não verbal.

O espaço com as disposições dos equipamentos, mobiliários e posicionamento das equipes de enfermagem dificultam uma visualização global dos pacientes em suas máquinas, cujos procedimentos poderiam se iniciar com apenas um olhar. Os setores de hemodiálise encontram-se sem padrão de infraestrutura, fragmentando as salas de hemodiálise, não otimizando o fator humano e o material existente, que são escassos.

Uma disposição das máquinas em “U” ou em círculos, onde encontraríamos no centro os enfermeiros com todos os controles dos pacientes, escaninhos com prontuários, telefone, computador, sem obstáculos para a visualização dos pacientes. Diante deste cenário os enfermeiros estariam mais receptivos para adotarem, com mais frequência, a observação dos pacientes de forma mais não verbal, diminuindo o constrangimento de alguns, por não quererem mostrar qualquer desconforto, em virtude de estarem com outros no mesmo ambiente.

A falta de uma sala para consulta de enfermagem é referida como muito importante, pois evita o constrangimento inicial, perante outros em tratamento, é o momento ideal para aliviar o tratamento que está por vir, evitando aquele choque imediato em uma máquina, mostrando um atendimento mais humanizado, e principalmente a interação da equipe de enfermagem com o paciente, facilitando o processo da utilização da linguagem não verbal, onde podem ser feitos vários questionamentos, quanto as suas reações corporais em resposta a

determinados estímulos e estabelecer até códigos entre eles. Deve sempre lembrar, o enfermeiro, que esse novo ambiente a ser freqüentado pelo paciente será a sua segunda casa. A humanização destes espaços busca permitir ao paciente um melhor conforto físico e psicológico.

A distribuição espacial gera uma série de comportamentos e práticas inconscientes. Assim sendo, os processos de comunicação de um setor também são influenciados por esta distribuição. Os fluxos de comunicação ascendente, descendente e lateral estão sujeitos a essa influência. Foi possível perceber como a arquitetura é uma variável na constituição das relações dentro do setor de hemodiálise. Na relação entre as estruturas arquitetônicas e as ações dos indivíduos verifica-se uma interferência nos resultados da comunicação. Sendo assim, ao formular e projetar espaços de trabalho é cada vez mais relevante refletir sobre alguns principais elementos arquitetônicos, visto que essas escolhas têm funções objetivas a cumprir, conforme o tipo de ambiente e atividades realizadas nele, porque podem influenciar nas vidas das pessoas, gerando percepções e sensações.

Ficou confirmado que os pacientes, assim como os enfermeiros, também identificam a consulta de enfermagem como espaço de acolhimento, de aquisição de informações e de satisfação biopsicossocial, destacando que a consulta de enfermagem favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual, marcada pela informalidade e flexibilidade, que proporciona ao paciente uma participação mais ativa no processo de acolhimento, favorecendo a liberdade de expressão e possibilitando uma comunicação mais efetiva, prazerosa, respeitando os limites territoriais aceitos socialmente.

Ressalta-se que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e paciente. O profissional de enfermagem deve ter em sua rotina a prática de promover medidas de conforto, sendo um gestor do cuidado e de emoções, fazendo com que o paciente se mantenha interagido com o ambiente físico e social.

A interpretação do resultado das observações e das entrevistas dos participantes do estudo possibilitaram inferir que a Comunicação Proxêmica é aquela ao qual existe uma tríade no processo de cuidar, com o espaço físico, com o uso dos sentidos corporais e a forma como nos comunicamos. A partir da técnica de análise do conteúdo foram encontradas algumas evidências, representadas nas unidades de codificação e categorias que demarcam o espaço e suas interações. Pode-se entender que o ambiente do cuidado em HD é em qualquer lugar; que o uso dos espaços íntimo e pessoal é para execução de procedimentos e interações com o

paciente, atentando para não violar sua privacidade; que no uso do espaço social é necessário um fluxo da comunicação mais eficiente, sem interferência das características semifixas e fixas do espaço, sendo que este seja centralizado para o enfermeiro.

Os sentidos do espaço representam que é necessário ter uma boa interação, com confiança de quem se cuida; empatia ao compartilhar emoções; saber que existe hábitos e formas diferentes de se comunicar; é expressar arranjos espaciais singulares com fluxo adequado; olhar identificando mudanças no comportamento, envolvimento e interesse; ouvir é estar atento à entonação da voz, aspectos emocionais e comportamentos gestuais; tocar é vínculo, acolhimento, sendo que o toque instrumental-afetivo deverá evoluir na HD; a memória olfativa na HD é gerada pelos odores corporais e odores ambientais; o paladar na HD é alerta de restrições alimentares e hídricas do paciente.

A comunicação para os enfermeiros durante o cuidado na HD é saber captar as expressões faciais e corporais para um cuidado singular; estabelecer códigos de comunicação; ter habilidades comunicativas; manter as diferentes distâncias proporcionando conforto, segurança e privacidade; compartilhar emoções; atentar a qualidade das interações.

A discussão sobre o espaço do trabalho, os sentidos envolvidos no cuidado e a comunicação nas relações devem ser promovidas constantemente, com o objetivo de redesenhar os processos do cuidado. O que não agrega valor deve ser retirado para que os profissionais de enfermagem otimizem seus esforços.

REFERÊNCIAS

ABIB, G. Observação participante em estudos de Administração da informação no Brasil/ **RAE**, v. 53, n. 6, p. 604-616[online], 2013. [acesso em: 13 de março de 2017].

ABUDERNE, P.; NAISBITT. **Mega tendências para as mulheres**. Tradução de Magda Lopes. – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

ALVES, S; FRANCO, S; CASTAÑER, M; CAMERINO, O; HILENO, R; RODRIGUES, J. El análisis de la comunicación paraverbal cinésica y proxémica de los instructores de fitness mediante patrones temporales (T-patterns). **Cuad. psicol. deporte**; 15(1): 111-122, ene.-jun. 2015. ilus, tab| IBECS | ID: ibc-138318

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante: Coleção Pesquisa Qualitativa**. Bookman Editora, 2009.

AZEVEDO, A.L. et al. Communication of nursing students in listening to patients in a psychiatric hospital. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

AZEVEDO, A.L.; ARAÚJO, S.T.C.; VIDAL, V.L.L. How nursing students perceive communication with patients in mental health. **Rev:Acta paul. enferm.** vol.28 no.2 - São Paulo Mar./Apr. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Revista e ampliada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENNER, PE.; TANNER, CA.; CHESLA, CA. **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics**. Springer Publishing Company, 2009.

BITTENCOURT, GKGD.; CROSSETTI, MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013, vol.47, n.2, pp.341-347. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica, n. 14. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Portaria Nº 1168/GM em 15 de junho de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm. Acesso em: 29/07/2016.

_____. Ministério da saúde. **Organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)**. Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 29/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Plataforma Brasil**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/plataformabrasil> acesso em: 03/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Datasus**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 31/07/2016.

_____. Resolução da diretoria colegiada- **RDC Nº. 154**, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível em: www.saude.mg.gov.br >. Acesso em: 15/08/2016.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 11**, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Acesso em: 15/08/2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0011_13_03_2014.pdf

_____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. acesso em: 16/03/14.

BOLLNOW. O. F. *O homem e o espaço*. Curitiba: Editora UFPR, 2008.

BORGES FILHO, O. **Espaço e literatura**: introdução à topoanálise. São Paulo, Ribeirão Gráfica e Editora, 2007.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2012; 17:575-86.

BROCA, PV, FERREIRA, MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2012 [acesso em 02 de março de 2016];65(1):97-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>

BROCA, PV, FERREIRA, MA. Nursing staff and nonverbal communication. **Rev. Reme min. enferm**: 18(3):697-702,jul-set, 2014.

BROCA, PV, FERREIRA, MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Rev. Esc Anna Nery** 2015;19(3):467-474

BROCA, PV, FERREIRA, MA. Action plan for the communication process in a nursing team **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 38, n. 1, p. 23-31, Jan.-June, 2016.

BRUNI, A. Enseñanza de las competencias cinésica y prosémica a estudiantes de lenguas extranjeras. **Núcleo [online]**. 2011, vol.23, n.28 [acesso 2015 maio 06], pp. 91-114. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079897842011000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192-200, 2012.

CAMERON, LE; ARAÚJO, STC. Visão como instrumento da percepção na assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Rev Esc Enferm USP** 2011 [online]; 45(1):95-9 [Disponível em:] www.ee.usp.br/reeusp/

CAVALCANTE, RB; CALIXTO, P; PINHEIRO, MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est., João Pessoa**, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHEEVER, KH. , HINKLE, J L. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. - 2 vols.13ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CHERCHIGLIA, ML et al. Determinants of expenditures on dialysis in the Unified National Health System, Brazil, 2000 to 2004. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.26, n.8, pp.1627-1641. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800016>.

CHOI, E.S.; LEE, J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v.42, n.7, p. 1070-78, 2012.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Março de 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>. acesso em :06/05/2016.

_____- Conselho Federal de Enfermagem. **Lei Cofen nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>. Acesso em: 05/08/2017.

COSTA, LRG; NOVAES, MR; FERNANDES, SEF; LUNA, LCG, ALEXANDRE, CS. Avaliação do risco de doença renal crônica em uma amostra populacional de diabéticos. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Jun. 2014;12(1). Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-risco-de-doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em:29/07/2016.

COSTA,ISR. Food to memory: kitchen representation in the lyric Lucia Maria Dal Farra. **Rev. Topus**, 2014. Disponível em: www.revistatopus.com.br/en/enviados/201654211110. Acesso em:23/08/2017.

CROSSETTI MGO, BITTENCOURT GKGD, LIMA AAA, GÓES MGO, SAURIN. Structural elements of critical thinking of nurses in emergency care. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 set;35(3):55-60. [on-line]. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem

CUNHA, A.C.C; SPANHOL, C.I.D. Liderança feminina: características e importância à identidade da mulher. **Rev. Saber Humano** - Ano 4, número 5 - 2014. ISSN 2178-7689.

DESLAURIERS, JP.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. e al.. A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos. Petrópolis, R.J. :Vozes, 2008p. 127-153.

FARIAS, L. M. et al. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 37-43, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14663/1/2010_art_1mfarias.pdf. Acesso em : 31 de julho de 2016.

FERNANDES, M; CRUZ, L Adesão ao regime terapêutico da pessoa em início de hemodiálise–intervenção do enfermeiro. **CIAIQ**, v. 2, 2017.

FORMOZO, G.A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.

FRANCO, R.F.; STRALEN, C.J.V. The living space and its importance for the production of subjectivity. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.18, n3, -402-419, dez 2012.

FURTADO, AMO.; SOUZA, SROS.; OLIVEIRA, BL.; GARCIA, CN. El enfermero asistencial y educador en una unidad de trasplante renal: un desafio Enfermería Global, vol. 11, núm. 3, julio, 2012, pp. 346-350. **Universidad de Murcia Murcia, España**

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S.; SAWADA, N.O.; PAGLIUCA, L.M.F. Análise da comunicação proxêmica com portadores de hiv/AIDS. **Rev latino-am enfermagem**, 2006. julho-agosto; 14(4). Disponível em :www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 12/11/13.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas** - 1.ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIBBS, G. **El análisis de datos en investigación cualitativa**. Ediciones Morata, 2012.

GRUBA, C. et al. Processo de territorialização e mapeamento em saúde da família. **Revista do Curso de Enfermagem**, v. 3, n. 3, 2015.

HALL, E. T. **A Dimensão oculta**. Tradução Waldéia Barcellos. 1ª edição. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 2005.

HELLER, E. **A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão**. [Tradução Maria Lúcia Lopes da Silva] 1. Ed. São Paulo: Gustavo Gili, 2013.

HORIGAN A.E.; SCHNEIDER, S.M.; DOCHERTY, S.; BARROSO, J. The experience and self-management of fatigue in patients on hemodialysis. **Nephrol Nurs J**. [acesso em: 27/02/2016] v. 40, n.2, p.113-22, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767335>

HUELGAS RG, CASTELAO AM, ARTOLA S, GÓRRIZ JL, MENÉNDEZ E. Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. **Nefrología (Madr.)** vol.34 no.1 Santander, 2014. [acesso 2015 maio 05]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Nov.12369>

KNAPP, M.L.; HALL, JA. **Comunicação não-verbal na interação humana**. [Tradução Barros MAL]. – São Paulo: JSN editora, 1999.

LANZONI, GMM et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem **Rev. bras. enferm.** vol.64 no.3 Brasília May/June 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300024> Acesso em: 16/08/16

LIM, CHI EUNG DANFORN; NG, RACHEL W C; CHENG, NGA CHONG LISA; CIGOLINI, MARIA; KWOK, CANNAS; BRENNAN, FRANK. Advance care planning for haemodialysis patients. **Cochrane Database Syst Rev**; 7: CD010737, 2016 Jul 26. | MEDLINE | ID: mdl-27457661

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** 2ª ed. São Paulo: EPU; 2013.

LUZ, GM; KUHNEN, A. O uso dos espaços urbanos pelas crianças: explorando o comportamento do brincar em praças públicas. **Psicologia, Reflexão e Crítica** 26.3 (2013). [acesso em 09 de abril de 2016], 552-560. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18828877015>

MACEDO, S.M.; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica.** 7.º ed. Atlas, 2011.

MARTINS, C.; RIELLA, MC. **Nutrição e o Rim.** 2ª edição - Guanabara Koogan, 2013.

MASSOCO, ECP.; MELLEIRO, MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev: REME Rev Min Enferm.** 2015 abr/jun; 19(2): 187-191

MEDEIROS, AJS; MEDEIROS, EMD. Desafios do tratamento hemodialítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem. **Revista brasileira de educação e saúde**, v. 3, n. 1, 2013.

MENEZES, FG.; BARRETO, DV.; ABREU, RM.; ROYEDA, F.; PECOITS FILHO, RF. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. **Rev. J Bras Nefrol** 2015;37(3):367-378

MENON, Daniele; MARTINS, Andreia Pereira; DYNIEWICZ, Ana Maria. Condições de conforto do paciente internado em UTI neonatal. **Saúde**, v. 1, n. 1, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em saúde**, 13ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro (RJ): Abrasco, 2013.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro. Editora: FioCruz. 244 pp. ISBN: 85-89697-06-1. 3ª reimpressão: 2010.

MOURA, L.; PRESTES, I.V.; DUNCAN, B. B.; Schmidt, M.I. Building a national database of patients receiving dialysis on the Brazilian Unified Health System, 2000-2012. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde** v.23 n.2 Brasília jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200004>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

MOURÃO, CML.; ALBUQUERQUE, MAS.; SILVA, APS.; OLIVEIRA, MS.; FERNANDES, AFC. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. rene. fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009.

NERY, I. S.; GOMES, I. S.; MORAES, S. D. S.; VIANA, L. M. M. Percepção de enfermeiras sobre as relações interpessoais na consulta de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 1, 2012.

NUNTABOOT, KHANITTA. Actual Nursing Competency among Nurses in Hospital in Vietnam. **International Scholarly and Scientific Research & Innovation** 10(3), 2016. Disponível em: waset.org/Publication/actual-nursing...nurses-in...in.../10004833. Acesso em 05/08/2017.

OLIVEIRA, MB. **Aplicado ao projeto arquitetônico. Da concepção à apresentação de projetos**. Editora Novatec, 2015.

OLIVEIRA, S. K. P., QUEIROZ, A. P. O., MATOS, D. P. M., MOURA, A. F.; LIMA, F.E.T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn*. 65(1), 155 - 161. Acedido a 18/05/2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=PT

OLIVEIRA, S.K.P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, 2012.

PERUSSO, IAO. Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal. **Dissertação de mestrado** - (Universidade Federal de Pernambuco, 2013-08-30). Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11450> acesso em 10/05/2017.

PESSOA, NRC.; LINHARES, FMP. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice. **Rev Esc. Anna Nery** vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.[Internet]. 2015.[acesso em 10 de março de 2017]. 19(1):73-79 . Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150010>

PIESZAK GM, TERRA MG, NEVES ET, PIMENTA LF, PADOIN SMM, RESSEL LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. **Rev: Rene.** 2013; 14(3):568-78.

POTT, FS; STAHLHOEFER, T; FELIX, JVC; MEIER, MJ;. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm,** Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 174-9.

PROCHET TC, SILVA MJP. Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm [Internet]. 2012** [acesso em 08 de abril de 2016];65(3):488-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a14.pdf>

PROCHET, T.C.; SILVA, M.J.P. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.2, p.321-326, 2008. Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/10.1590/50104-070720080002000014>. Acesso em:05/10/2012.

PUGGINA, AC et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc Anna Nery Enferm** 18 (2):283-283, Apr-Jun/2014.

REBOUÇAS, CBA; PAGLIUCA, LMF; RODRIGUES JÚNIOR, JC; OLIVEIRA, GOB; ALMEIDA, PC. El análisis comparativo de la comunicación no verbal entre enfermero y paciente ciego. **Index enferm;** 24(3): 134-138, jul.-sept. 2015. IBECs | ID: ibc-142698

RODRIGUEZ, PA; GARREOLMO J; FRANCH, NJ; DIEZ, EJ; MUNDET, TX; BARROT, PJ; et al. Prevalence of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Spain: Percedime 2 study. **BMC Nephrol** 2013;14:46.

RODRIGUES, Fernando de Assis; SANTANA, Ricardo Cesar Gonçalves. Restrições tecnológicas e de acesso a dados disponíveis sobre destinos de repasses financeiros federais

para a saúde pública em ambientes informacionais digitais. XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - 2013.

SANTOS, A.R. **Metodologia científica: Construção do conhecimento**. – 8ª Ed. revisada conforme NBR14724:2011, Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

SAVI, A. E.; RECH, G. R.F. Apropriação Espacial Das Crianças–Um estudo ergonômico no pátio escolar. **Estudos em Design**, v. 23, n. 3, p. 1-14, 2015.

SCHIMIDT , TCG .Comunicação entre profissional e o idoso hospitalizado. **Tese de (Doutorado)** – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Paulo, 2012.

SCHIMIDT , TCG; YEDA, YAO; SILVA, MJP. Avaliação mediata na replicação do Programa de Capacitação em Comunicação Não Verbal em Gerontologia. **Rev. esc. enferm. USP. [internet]** [acesso em: 13 de abril de 2016] vol.49 no.2 São Paulo mar./abr. 2015. [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200017>]

SCHIMIDT , TCG; SILVA, MJP. Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Rev. esc. enferm. USP.[internet]** [acesso em:13 de abril de 2016] vol.47 no.2 São Paulo abr. 2013. [<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200022>].

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA,M.J.P. Influência das características físicas humanas na comunicação do profissional das saúde com o idoso. **REME.rev.min.enferm;**17(3):510-516,jul-set.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v46n3/12.pdf>. Acesso em:15/07/2015.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA,M.J.P. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Rev.enferm.UERJ;** 20(3):349-354, jul.-set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7167201400060092800012&lng=en. Acesso em: 15/07/2015.

SESSO, RC.; LOPES, AA.; THOMÉ, FS.; LUGON, JR.; MARTINS, CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **Rev. J Bras Nefrol** 2016;**38(1):54-61**

SHAUGHNESSY, J.; ZECHMEISTER,E.; ZECHMEISTER,J. **Research Methods in Psychology**. Mc Graw-Hill Eduaction; 10ª edition, 2014.

SILVA, M.J.P. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Capítulo 4. Pag. 50 a 64. 2ª ed. Ver. E ampl.- Barueri, SP: Manole, 2012.

SILVA MJP. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 10ª.ed. São Paulo (SP): Loyola; 2015.

SILVA, Larissa Gutierrez da; MATSUDA, Laura Misue; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. The structure of a public emergency care service, from the workers' view: perspectives on quality. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2012.

SILVA M.A.M., PINHEIRO K.B., SOUZA A.M.A.; MOREIRA A.C.A. Health promotion in hospital settings. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 64 (3):596-599, 2011.

SILVA, T.M.; RAQUEL, MPS.; ALVES,CS.; PAZ, JSM. ALTERAÇÃO NO PALADAR DE IDOSOS E SUAS REPERCUSSÕES NUTRICIONAIS. Anais do 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise SBN 2014**.Disponível em: [http:// www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf). Acesso em: 15.06.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA (SOBEN). Disponível em://www.sbn.org.br/pdf/censo_2014_publico.pdf .acesso em: 06/02/2016.

STAKE, R.E. REIS, K. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre (RS): Penso, 2011.

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

STRAUSS, AL.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz et al. Protective factors associated with emotional and behavioral problems in school children. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 4, p. 539-548, 2014.

TERRA, AC; VAGHETTI, HH. Proxemics communication in nursing work: an integrative literature review **Cienc. enferm. vol.20 no.1 Concepción abr, 2014.**

TERRA, AC. Comunicação proxêmica: ações, reações e sensações de enfermeiros hospitalares. **Dissertação de (Mestrado)** – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

TONG A, FLEMMING K, MCINNES E, OLIVER S, CRAIG J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. **BMC Med Res Methodol. [internet]** 2012; [acesso em: 10 de abril de 2016]12:181-8. [Disponível em: <http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-181>]

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS). Annual Data Report. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda; 2014.

VALADARES, G.V.; VIANA, L.O. O Processo de formação na especialidade a partir da experiência do enfrentamento do conhecimento novo. **Rev: Cogitare Enferm**, 2009. [acesso em: 08/04/2016]. Abr/Jun; 14(2):379-83. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/15668/10409>

VASCONCELOS, S.G. **Comunicação entre mãe-filho em alojamento conjunto a luz dos fatores proxêmicos.** Dissertação (Mestrado). Ceará: UFC/ Universidade federal do Ceará. 2006.

YANG, YI, BAKER, S; KANNAN, A; RAMANAN, D. Recognizing proxemics in personal photos. Computer Vision and Pattern Recognition (CVPR) [internet], 2012. [acesso em: 24/05/2016.] **IEEE Conference on. IEEE.[internet] 2012.**

Disponível em: http://ieeexplore.ieee.org/xpl/login.jsp?tp=&arnumber=6248095&url=http%3A%2F%2Fieeexplore.ieee.org%2Fxppls%2Fabs_all.jsp%3Farnumber%3D6248095

ZANARDO; GM; ZANARDO, GM; KAEFER, CT. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí • v. 10 • n. 20 • Jan./Jun. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767335>

APENDICE

APÊNDICE A: Termo de Consentimento do HUCFF e HUPE



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na Hemodiálise: um estudo etnográfico. **Objetivos:** caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise; avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial na qualidade da interação e do cuidado prestado; discutir a Comunicação Proxêmica na relação com a adaptação do paciente na Hemodiálise. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método etnográfico. A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para julho de 2017..

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua **privacidade** será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

Sua participação nesta pesquisa consistirá sob a forma de um roteiro de observação participante e em responder as perguntas a serem realizadas em entrevista através de questões semi-estruturadas sendo gravada em aparelho de áudio (gravador) para posterior transcrição, as questões foram elaboradas de acordo com o objeto do estudo.

Os **potenciais riscos** da pesquisa são mínimos e incluem, desconforto emocional, na eminência de constrangimento gerado, visto que a atividade proposta para produção, conforme preconiza o método, dar-se-á por meio da observação, durante os cuidados prestados ao paciente na sessão de hemodiálise. Ou pela entrevista com questões semi-estruturadas, relativo a memórias e fatos resgatados das experiências e práticas profissionais sobre a importância da Comunicação Proxêmica como estratégia para adaptação do paciente à terapia.

Esses possíveis riscos e desconfortos que podem ser gerados ao participante no momento em que for observado ou entrevistado, podem ser interrompidos, assim como sua participação a qualquer momento e sua decisão não irá interferir em qualquer aspecto acadêmico/profissional. Será feito o possível para auxiliá-lo (a) no caso de ocorrer algum desconforto, esclarecendo-o (a) ou tranquilizando-o (a).

Nome do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante da pesquisa

O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico na área da Enfermagem em Nefrologia, além de proporcionar a reflexão a respeito da importância de considerar a Comunicação Proxêmica no cuidado ao paciente com DRC.

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

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

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

Participante da Pesquisa:

(Nome)_____
(Assinatura)

Rio de Janeiro, ____ de _____, 20____.

Alessandra Guimarães Monteiro Moreira
Pesquisador Principal
Cel: 99666-7990
e-mail: alessandra.moreira52@yahoo.com.br



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na Hemodiálise: um estudo etnográfico. **Objetivos:** caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise; avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial na qualidade da interação e do cuidado prestado; discutir a Comunicação Proxêmica na relação com a adaptação do paciente na Hemodiálise. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método etnográfico. A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para julho de 2017..

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua **privacidade** será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

Sua participação nesta pesquisa consistirá sob a forma de um roteiro de observação participante e em responder as perguntas a serem realizadas em entrevista através de questões semi-estruturadas sendo gravada em aparelho de áudio (gravador) para posterior transcrição, as questões foram elaboradas de acordo com o objeto do estudo.

Os **potenciais riscos** da pesquisa são mínimos e incluem, desconforto emocional, na eminência de constrangimento gerado, visto que a atividade proposta para produção, conforme preconiza o método, dar-se-á por meio da observação, durante os cuidados prestados ao paciente na sessão de hemodiálise. Ou pela entrevista com questões semi-estruturadas, relativo a memórias e fatos resgatados das experiências e práticas profissionais sobre a importância da Comunicação Proxêmica como estratégia para adaptação do paciente à terapia.

Esses possíveis riscos e desconfortos que podem ser gerados ao participante no momento em que for observado ou entrevistado, podem ser interrompidos, assim como sua participação a qualquer momento e sua decisão não irá interferir em qualquer aspecto acadêmico/profissional. Será feito o possível para auxiliá-lo (a) no caso de ocorrer algum desconforto, esclarecendo-o (a) ou tranquilizando-o (a).

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do Participante da pesquisa

Data: ____/____/____

O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico na área da Enfermagem em Nefrologia, além de proporcionar a reflexão a respeito da importância de considerar a Comunicação Proxêmica no cuidado ao paciente com DRC.

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

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUEP/UERJ – Rua: Boulevard, nº 28 de setembro, 77 - Vila Isabel. Cep 20.551-030 - Rio de Janeiro – RJ. Térreo do HUPE. Tels.: 2868-8253. e-mail.: cep-hupe@uerj.br. Atendimento de segunda-feira a sexta-feira das 09:00-12:00h e 13:00-17:00h

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

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

Participante da Pesquisa:

(Nome)

(Assinatura)

Rio de Janeiro, ____ de _____, 20 ____.

Alessandra Guimarães Monteiro Moreira
Pesquisador Principal
Cel: 99666-7990
e-mail: alessandra.moreira52@yahoo.com.br

APÊNDICE B: IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Código de identificação: _____ Idade: _____

Sexo: () F () M

Data: _____

Dados Profissionais:

1. Tempo de atuação como enfermeiro: _____

2. Tempo de atuação na nefrologia: _____

3. Função: () chefia () assistência () chefia/assistência

4. Há quanto tempo? _____

5. Trabalha em outra instituição com esta pacientela?

() sim () não

6. Capacitação/Aperfeiçoamento realizados após a graduação?

() sim () não

Qual/Quais?

Contatos:

Telefone: _____

Endereço eletrônico: _____

APÊNDICE C – QUESTÕES NORTEADORAS DE ENTREVISTA

Código de identificação: _____

Data: _____ Início: _____ Término: _____

1. Identifique no mapeamento comportamental sua localização nos diferentes momentos do cuidado?
2. Quais as dificuldades e facilidades do ambiente para auxiliar na comunicação durante o cuidado? (Mobiliário, iluminação, biombo, cadeiras, máquina de diálise, poltronas de HD; posto de enfermagem, bancada de preparação de medicamentos, balança, sala de curativos, pia para lavagem da fistula).
3. Identifique os diferentes sentidos corporais com as distâncias mantidas durante o cuidado: íntima; pessoal; social; pública
4. Explique como a postura corporal do profissional pode ser avaliada favoravelmente pelo paciente? (de pé, sentado, ombro a ombro, de costas, de frente)
5. Qual a sua percepção sobre a importância da comunicação durante a interação com o paciente na hemodiálise.

APÊNDICE D: Roteiro de Observação Sistematizado não participante

Código de identificação do sujeito: _____

Dados de identificação do paciente

Código do paciente:

Data de nascimento:

Sexo:

Dia da semana:

Início da HD no setor:

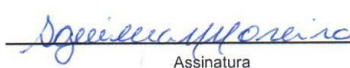
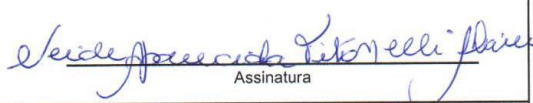
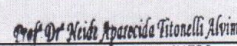
Fatores proxêmicos Situação	Tempo de duração	Posição	Distância	Tom de voz	Eixo dos Interlocutores	Comportamento de contato	Contato visual	Comunicação verbal	Impressões da pesquisadora
		() de pé () sentado () outros: Especifique	() íntima(0-0.50 cm) () pessoal(0,50-1,20cm) () social(1,20-3,60 cm) () pública(acima3,60cm)	() baixo (sussurro) () normal (audível) () alto (grito)	() frente a frente () lateral () costas	() tocar instrumental () tocar afetivo () outros: Especifique	() sim () não	() sim () não	
		() de pé () sentado () outros: Especifique	() íntima(0-0.50 cm) () pessoal(0,50-1,20cm) () social(1,20-3,60 cm) () pública(acima3,60cm)	() baixo (sussurro) () normal (audível) () alto (grito)	() frente a frente () lateral () costas	() tocar instrumental () tocar afetivo () outros: Especifique	() sim () não	() sim () não	
		() de pé () sentado () outros: Especifique	() íntima(0-0.50 cm) () pessoal(0,50-1,20cm) () social(1,20-3,60 cm) () pública(acima3,60cm)	() baixo (sussurro) () normal (audível) () alto (grito)	() frente a frente () lateral () costas	() tocar instrumental () tocar afetivo () outros: Especifique	() sim () não	() sim () não	
		() de pé () sentado () outros: Especifique	() íntima(0-0.50 cm) () pessoal(0,50-1,20cm) () social(1,20-3,60 cm) () pública(acima3,60cm)	() baixo (sussurro) () normal (audível) () alto (grito)	() frente a frente () lateral () costas	() tocar instrumental () tocar afetivo () outros: Especifique	() sim () não	() sim () não	

ANEXO



ANEXO A –Folha de rosto da Plataforma Brasil



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na hemodiálise: um estudo etnográfico		2. Número de Participantes da Pesquisa: 20	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Alessandra Guimarães Monteiro Moreira			
6. CPF: 013.794.077-70		7. Endereço (Rua, n.º): ITAMARACA CACHAMBI 14/201 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20771340	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 9666-7990	10. Outro Telefone:
		11. Email: alessandra.moreira52@yahoo.com.br	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>13 / 10 / 2015</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Escola de Enfermagem Anna Nery		13. CNPJ: 33.663.683/0002-05	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1293-8148		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Neide Aparecida Titonelli Alvim</u>		CPF: <u>016.665.654-96</u>	
Cargo/Função: <u>Diretora</u>			
Data: <u>13 / 10 / 2015</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		 Prof. Dr. Neide Aparecida Titonelli Alvim Diretora da EEAN/UFRJ SIAPE: 0365919	

ANEXO B – Declaração de Ciência do HUPE

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
---	--	--

VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

HUPE/UERJ
 Servidor Contratado Residente Aluno Outros: _____
 Serviço/Disciplina: _____ Tel: _____

INSTITUIÇÃO EXTERNA*
 Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ Indicação da CONEP Outros: _____
 Serviço/Disciplina: _____ Tel: _____
 *(Apresentar declaração de identificação da Instituição a que está vinculada)

PROJETO DE
 Graduação Especialização Mestrado Doutorado Outros: _____
 Qual Faculdade/Instituição: Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a (o) (SETOR DE HEMODIÁLISE/ NEFROLOGIA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse na realização da Pesquisa: (COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL PROXÊMICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NA HEMODIÁLISE) sendo os responsáveis o autor (ALESSANDRA GUIMARÃES MONTEIRO MOREIRA) e orientador (PROFª DRª SÍLVIA TERESA CARVALHO DE ARAÚJO) e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

• Período de coleta dos dados:(01/02/2016 à 20/06/2015) os dados serão coletados através de:
 ENTREVISTA QUESTIONÁRIO PRONTUÁRIO OUTROS ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Enfº Rogério Marques de Souza
 Coordenador de Enfermagem
 COREN-RJ 51076 HUPE/UERJ
 Matr. 31026-8/ID. 2508325-0

Rogério Marques de Souza | Coord. de Enf. _____ 15/10/2015
 *Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura com carimbo Data

* (quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por outro responsável)

Alessandra G. M. Moreira _____ 15/10/2015
 Nome do pesquisador Assinatura Data

ANEXO C – Declaração de coparticipante do HUCFF

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

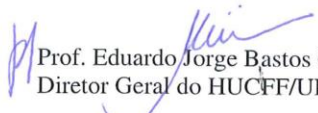
DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Com relação ao projeto de pesquisa intitulado “Comunicação não Verbal Proxêmica no Cuidado de Enfermagem ao Paciente na Hemodiálise: Um Estudo Etnográfico”, coordenado pela Pesquisadora Profa. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, tendo como instituição proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), 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 co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Dra. Mirian Vieira Maia
Diretora Geral Substituta
HUCFF/UFRJ
CRM: 5243665-5


Prof. Eduardo Jorge Bastos Côrtes
Diretor Geral do HUCFF/UFRJ

ANEXO D- Parecer do EEAN/HESFA



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na hemodiálise: um estudo etnográfico

Pesquisador: Alessandra Guimarães Monteiro Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50207415.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.303.505

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado apresentado no Núcleo de Pesquisa Enfermagem Hospitalar que busca o conhecimento da interação entre o comportamento do enfermeiro e seu discurso para com o paciente considerando cada detalhe que compõe o ambiente físico e social pela técnica de abordagem proxêmica não verbal. Propõe explorar o objeto: a Comunicação Proxêmica do enfermeiro frente ao paciente portador da Doença Renal Crônica na Hemodiálise

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Estabelecer estratégias de interação no cuidado de enfermagem na hemodiálise por meio do conhecimento da Comunicação Proxêmica.

ESPECÍFICOS

Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise;

Avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial na qualidade da interação e do cuidado prestado.

Discutir a Comunicação Proxêmica na relação com a adaptação do paciente na Hemodiálise.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2262-0148

E-mail: cep@eean.br

ANEXO E- Parecer do HUCFF/UFRJ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
((HUCFF/ UFRJ))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na hemodiálise: um estudo etnográfico

Pesquisador: Alessandra Guimarães Monteiro Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 5007415.0.3002.5057

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.329.969

Apresentação do Projeto:

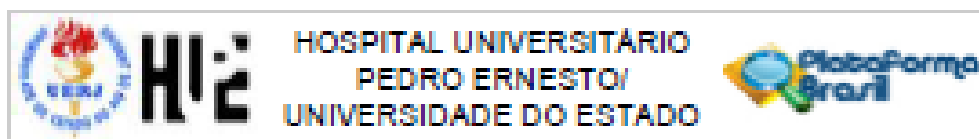
Protocolo 303-15, do grupo III, recebido em 10.11.2015.

INTRODUÇÃO:

Investigar comportamento, em um ambiente hospitalar de alta complexidade, como o setor de hemodiálise, é um processo difícil de ser operacionalizado, porque comportamentos e gestos não são, normalmente, identificados e nomeados com facilidade. Podemos dizer que o comportamento proxêmico, como parte de uma linguagem não verbal, pode ser muitas vezes, enigmático no processo de comunicação. Os fatores contextuais que levam ao comportamento de aproximação repercutem nas ações do fazer em enfermagem e, conseqüentemente, na qualidade e eficácia dos cuidados prestados. O ambiente faz grande diferença na maneira como nos colocamos em relação aos outros durante a conversação. Neste setor os vínculos afetivos são estreitos, onde relações de amizade e afeto ocorrem o tempo todo, pela a proximidade é intensa devido ao tempo de permanência e do tratamento contínuo. O ambiente em que as pessoas se comunicam frequentemente contribui para uma maior aproximação ou afastamento dos corpos, e tanto a frequência como o conteúdo das mensagens são influenciadas por vários aspectos do ambiente em que se comunicam. Este ambiente influencia nosso comportamento, mas também podemos

Endereço: Rua Prof. Raulino Paulo Rosa nº255 (Cidade Universitária)
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.641-973
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2606-0400 Fax: (21)2606-0461 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

ANEXO F - Parecer do HUPE/ UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação Não Verbal Proxêmica no cuidado de Enfermagem ao paciente na hemodiálise: um estudo etnográfico

Pesquisador: Alessandra Guimarães Monteiro Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50207415.0.3001.5059

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.350.477

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma tese de doutoramento que tenho como desenho um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Para coleta dos dados será utilizado o método da Etnografia, que possibilitará um estudo sobre comportamento humano abstraindo o significado das ações a partir do contexto do indivíduo, compreendendo como as pessoas os interpretam e direcionam suas atitudes. Os dados serão captados por meio de observação sistematizada participante e entrevista com questões semiestruturadas. Os sujeitos da pesquisa serão Enfermeiros do setor de Hemodiálise de dois Hospitais Universitários, sendo um Federal e um Estadual.

Objetivo da Pesquisa:

- 1- Estabelecer estratégias de interação no cuidado de enfermagem na hemodiálise por meio do conhecimento da Comunicação Proxêmica
- 2- Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre Comunicação Proxêmica no contexto do cuidado de Enfermagem na Hemodiálise;
- 3- Avaliar a importância da Comunicação Proxêmica como elemento essencial na qualidade da interação e do cuidado prestado.
- 4- Discutir a Comunicação Proxêmica na relação com a adaptação do paciente na Hemodiálise.

Endereço: Avenida 28 de Setembro, 77 - Tâncos
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.501-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2019-0250 **Fax:** (21)2019-0250 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br