UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

A COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO/CLIENTE SUBMETIDO AO PROCESSO HEMODIALÍTICO

ADRIANA MARIA DE OLIVEIRA

RIO DE JANEIRO
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

A COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO/CLIENTE SUBMETIDO AO PROCESSO HEMODIALÍTICO

RIO DE JANEIRO
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

A COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO/CLIENTE SUBMETIDO AO PROCESSO HEMODIALÍTICO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro-UNIRIO, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem: O Cotidiano da Prática do Cuidar e ser Cuidado.

Pesquisa Institucional: "Enfermagem Construindo Estratégias para Expansão da Assistência na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso".

Mestranda: Adriana Maria de Oliveira
Orientadora: Profª. Drª. Enedina Soares

Rio de Janeiro

Dezembro/2013

Oliveira, Adriana Maria de.
O48 A comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente submetido ao processo hemodialítico / Adriana Maria de Oliveira, 2013.
119 f. : 30 cm

Orientadora: Enedina Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Relações Enfermeiro-Paciente. 2. Hemodiálise. 3. Transplante de Rim. 4. Período Pré-Operatório. I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730699

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

A COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENFERMEIRO/CLIENTE SUBMETIDO AO PROCESSO HEMODIALÍTICO

Defesa da Dissertação: 11/12/2013

Banca examinadora:

_____

Presidente: Profª. Drª. Enedina Soares
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

_____

1ª Examinadora: Profª. Drª. Aline Miranda Fonseca
Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

_____

2ª Examinadora: Profª. Drª. Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

_____

Suplente: Profº. Drº Roberto Carlos Lyra da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

Suplente: Profª. Drª. Vera Lúcia Freitas de Moura
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

Rio de janeiro

2013

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”!

(Florence Nightingale)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha Beatriz pelos momentos de ausência, e pelo orgulho e confiança depositada diante de tantos desafios que a vida me expõe.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me capacitou e me fez vencer barreiras e transcender meus limites em busca do conhecimento e aperfeiçoamento profissional. Essa busca que ampliou o meu olhar em relação ao outro e me fez vê-lo não como mais um corpo, mas como um ser singular, único e com necessidades específicas do cuidar.

Seria difícil citar todos os responsáveis que acreditaram e torceram por mim nessa grande jornada, que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, no entanto, posso destacar:

Ao programa de Pós-graduação Strictu Senso - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, professores e funcionários que me auxiliaram prontamente na execução desse trabalho e construção constante do meu conhecimento.

À Profª. Drª. Enedina Soares pelo seu imensurável conhecimento, pela confiança, contribuições profissionais e pessoais, além da compreensão nos momentos de conciliação do estudo com o trabalho e pelo carinho com que sempre me tratou.

Aos membros da Comissão examinadora que contribuíram com significativas sugestões e críticas construtivas para a realização e finalização do estudo.

Aos Enfermeiros Luzia de Guadalupe, Solange Campos, Ronaldo Sampaio e aos demais enfermeiros do Hospital Universitário Gafrée e Guinle que direta ou indiretamente contribuíram na efetivação deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus familiares em particular meus pais, João e Joana por todo apoio que mesmo sem perceberem, fizeram o diferencial em minha vida e a todos que compreenderam minha ausência em situações de grande importância para que eu pudesse me dedicar na conclusão deste importante estudo.

Aos professores Wellington Amorim e Sônia Regina de Souza pela força e confiança a mim depositada, conduzindo e transmitindo os seus ensinamentos.

OLIVEIRA, Adriana Maria de. **A comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente submetido ao processo hemodialítico.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, 2013.

RESUMO: O paciente portador de insuficiência renal crônica com necessidade de uma das três modalidades terapêuticas (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) deveria ser informado sobre essas possibilidades, com a finalidade de poder participar ativamente na escolha do procedimento. Entretanto, é importante enfatizar que, a escolha da modalidade terapêutica substitutiva vai variar de acordo com cada caso. Ainda que não seja possível a adequação do cliente com a terapia escolhida, ele tem o direito de saber da existência destas. Em alguns casos, em função da fragilidade da doença do paciente e da possibilidade da realização do transplante, a diálise pode não ser a opção adequada. Trata-se de um estudo descritivo, de campo e com abordagem qualitativa direcionada aos clientes em processo hemodialítico com indicação para o transplante renal. Tem como objetivo investigar a comunicação do enfermeiro com o paciente em processo hemodialítico indicado para transplante renal, com ênfase nas ações educativas. Estudo realizado no setor de hemodiálise de um hospital universitário, situado no Município do Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa nove enfermeiras, sendo quatro do quadro permanente e cinco residentes de enfermagem. A técnica utilizada para coleta de dados foi entrevista semiestruturada, para a qual foi utilizado um roteiro pré-determinado, subdividido em duas partes: dados que traçaram o perfil dos participantes e questões relativas ao objeto do estudo. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo resultando na elaboração de quatro categorias: encaminhamento para o transplante renal com uma subcategoria – estrutura da instituição para o transplante; orientação para o transplante com duas subcategorias- direcionamento para o transplante e interesse do cliente; responsabilidade do enfermeiro na comunicação com cliente; importância da Comunicação enfermeiro/cliente. Os resultados apontam os aspectos estruturais para o processo da comunicação ao cliente em hemodiálise com vista ao transplante, apreendendo todos os seus significados e processos envolvidos. Evidenciou-se a necessidade de mais desenvolvimento na atuação da comunicação para a prática de enfermagem, visando o preparo do cliente na fase do pré-operatório mediato, considerada como importante ferramenta no relacionamento interpessoal e no sucesso das ações educativas realizadas pelo enfermeiro para àqueles que se encontram sob seus cuidados. Acreditamos que é preciso repensar no papel do enfermeiro como educador implicando não só em esclarecer, mas interpretar o que o indivíduo deseja, funcionando como indicador para o autocuidado. A base dessa interação é a comunicação efetuada com o cliente indicado para o transplante renal, somando-se a contribuição de todas as fases do perioperatório. Sabendo-se que, toda a comunicação prestada no pré-operatório mediato repercutirá no êxito do pós-operatório imediato, mediato e tardio, contribuindo na melhoria da assistência prestada, adesão ao tratamento e, consequentemente, melhoria da qualidade de vida deste paciente.

Descritores: Processo Hemodialítico; Transplante Renal; Comunicação; Enfermagem, Pré-operatório.

OLIVEIRA, Adriana Maria de**. Interpersonal Communication in nurse/client relationship subjected to hemodialysis process.** Dissertation in Nursing-Center of Biological and Health Sciences Federal University of the State of Rio de Janeiro-UNIRIO, 2013.

ABSTRACT: The patient with chronic renal failure requiring one of three therapeutic modalities (hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation) should be informed of these possibilities, in order to be able to actively participate in the choice of the procedure. However, it is important to emphasize that the choice of the modality replacement therapy will vary according to each case. Although, it is not possible to fit the client with the chosen therapy, he has a right to know of the their existence. In some cases, due to the fragility of the patient's disease and the possibility of transplantation, dialysis may not be the appropriate choice. This is a descriptive study, field and qualitative approach to targeted customers in hemodialysis process with the indication for renal transplantation. It aims to investigate the communication of nurses with patients on hemodialysis procedure indicated for renal transplantation, with emphasis on educational activities. Study conducted in the hemodialysis unit of a university hospital, located in the municipality of Rio de Janeiro. Nine nurses participated in the study, four of the permanent staff and five residents of nursing. The technique used for data collection was semi-structured interview, for which a pre-determined script, divided into two parts was used: data that traced the profile of the participants and issues relating to the object of the study. Data were analyzed using thematic content analysis resulting in the development of four categories: referral to kidney transplantation with a sub-category - structure of the institution for transplantation; guidance for transplantation with two sub-categories leading for transplantation and customer´s interest, responsibility of nurses in communication with the client; importance of the Communication nurse/client. The results point to the structural aspects of the communication process to the client on hemodialysis with possible transplantation, seizing all its meanings and processes involved. It was evidenced the need for further development in the performance of communication for nursing practice, aiming at the preparation stage of the client inmediate preoperative , considered as an important tool in interpersonal relationships and the success of educational activities performed by nurses for those who are under their care . We believe it is necessary to rethink the role of the nurse as an educator implying not only to clarify, but to interpret what the individual wants, working as an indicator for self-care. The basis of this interaction is the communication made with the customer indicated for renal transplantation, summing up the contribution of all phases of the perioperative period. Knowing that, any communication provided in the immediate preoperative resonate with the success of the immediate, mediate and late postoperative period, contributing to the improvement of the assistance, treatment adherence and thereby to improve the quality of life of this patient.

Keywords: Hemodialytic Process; Renal Transplantation; Communication; Nursing; Preoperative.

OLIVEIRA, Adriana Maria de**. La comunicación en la relación interpesonal enfermero / cliente sometido al proceso de hemodiálisis.** Disertación de Maestría en Enfermería-Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro-UNIRIO, 2013.

RESUMEN: El paciente portador de insuficiencia renal crónica con necesidad de una de las tres modalidades terapéuticas (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal) debería ser informado sobre esas posibilidades, con la finalidad de poder participar activamente en la elección del procedimiento. Sin embargo, es importante enfatizar que, la elección de la modalidad terapéutica sustitutiva va a variar de acuerdo con cada caso. Aún que no sea posible la adecuación del cliente con la terapia elegida, él tiene el derecho de saber de la existencia de estas. En algunos casos, en función de la fragilidad de la enfermedad del paciente y de la posibilidad de la realización del trasplante, la diálisis puede no ser la opción adecuada. Se trata de un estudio descriptivo, de campo y con enfoque cualitativo direccionada a los clientes en proceso de hemodiálisis con indicación para el trasplante renal. Tiene como objetivo investigar la comunicación del enfermero con el paciente en proceso de hemodiálisis indicado para trasplante renal, con énfasis en las acciones educativas. Estudio realizado en el sector de hemodiálisis de un hospital universitario, situado en el Municipio de Rio de Janeiro. Participaron de la investigación nueve enfermeras, siendo cuatro del cuadro permanente y cinco residentes de enfermería. La técnica utilizada para recolección de datos fue entrevista semiestructurada, para la cual fue utilizada una guía pre-determinada, subdividido en dos partes: datos que trazan el perfil de los participantes y preguntas relativas al objeto de estudio. Los datos fueron analizados por medio del análisis temático de contenido resultando en la elaboración de cuatro categorías: encaminando para el trasplante renal con una subcategoría – estructura de la institución para el trasplante; orientación para el trasplante con dos subcategorías- dirección para el trasplante e interés del cliente; responsabilidad del enfermero en la comunicación con el cliente; importancia de la Comunicación enfermero/cliente. Los resultados apuntan los aspectos estructurales para el proceso de la comunicación al cliente en hemodiálisis con vista al trasplante, aprehendiendo todos sus significados y procesos envueltos. Se evidenció la necesidad de más desarrollo en la actuación de la comunicación para la práctica de enfermería, visando el preparo del cliente en la fase del pre-operatorio mediato, considerada como importante herramienta en la relación interpersonal y en el suceso de las acciones educativas realizadas por el enfermero para aquellos que se encuentran sobre sus cuidados. Creemos que es preciso repensar en el papel del enfermero como educador implicando no solo en esclarecer, pero interpretar lo que el individuo desea, funcionando como indicador para el autocuidado. La base de esa interacción es la comunicación efectuada con el cliente indicado para el trasplante renal, sumándose la contribución de todas las fases del peroperatorio. Sabiéndose que, toda la comunicación prestada en el pre-operatorio mediato repercutirá en el éxito del post-operatorio inmediato, mediato y tardío, contribuyendo en la mejoría de la asistencia prestada, adhesión al tratamiento y, consecuentemente, mejoría de la calidad de vida de este paciente.

Palabras clave: Proceso de Hemodiálisis; Trasplante Renal; Comunicación; Enfermería, Pre-operatorio.

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS NO ESTUDO

AC- Análise co Conteúdo

BVS- Biblioteca Virtual da Saúde

DP- Diálise Peritoneal

CAT- Categoria

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

IRC- Insuficiência Renal Crônica

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PCA- Pesquisa Convergente Assistencial

PET- Programa Estadual de Transplantes

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIELO- Biblioteca Eletrônica Científica Online

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS UTILIZADOS NO ESTUDO

Tabela 1- Percentual de Pacientes em Hemodiálise por Sexo e Região..... 36

Gráfico 1- Panorama de Transplantes- Rio de Janeiro de 2010 a 2012..... 41

Quadro 1- Perfil dos Entrevistados que Atuavam no Setor de Hemodiálise- Rio de Janeiro, 2013..... 68

SUMÁRIO

RESUMO xiii
ABSTRACT xiv
RESUMEN xv
LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS NO ESTUDO xvi
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS UTILIZADAS NO ESTUDO xvii

1.0-INTRODUÇÃO 20
Considerações Iniciais 21

2.0-REFERENCIAL TEÓRICO 29
Comunicação ao Paciente Hospitalizado 30
Desafios na Comunicação Enfermeiro/ cliente 33
Relacionamento Interpessoal 35
Terapias de Substituição Renal 36
O Enfermeiro Educador 48
Assistência de Enfermagem Perioperatória 51

3.0-METODOLOGIA 57
Tipo de Estudo 58
Cenário do Estudo 60
Participantes 62
Coleta de Dados 62
Aspectos Éticos 66

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS 67
Análise das categorias 71
Categoria 1: Encaminhamento para o Transplante Renal 71
Subcategoria 1.1: Estrutura da Instituição para o Transplante 77
Categoria 2: Orientação para o Transplante 79

Subcategorias 2.1: Direcionamento para o Transplante..... 83
Subcategorias 2.2: Interesse do Cliente para o Processo do Transplante 85
Categoria 3: Importância da Comunicação 88
Categoria 4: Responsabilidade do Enfermeiro na Comunicação com o Cliente 92

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS 97

REFERÊNCIAS 102

APÊNDICES 111
I- Perfil dos Participantes 112
II- Roteiro para a Entrevista 113

ANEXOS 114
I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE 115
II-Comitê de Ética e Pesquisa/ Termo de Compromisso com a Instituição 118

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

1-INTRODUÇÃO

Considerações Iniciais

O desenvolvimento deste estudo emergiu ao longo da minha trajetória profissional. Ao entrar em contato com clientes portadores de nefropatias em tratamento nas unidades de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, surgiu, então, a oportunidade de realizar duas investigações dentro dessa área: “O enfermeiro educador em uma unidade de transplante renal: uma questão desafiadora”, desenvolvido durante o curso de especialização Latu Sensu de Nefrologia, abordando os aspectos principais do enfermeiro como orientador e auxiliando nas condutas do cliente submetido às terapias de substituição renal.

O segundo estudo foi desenvolvido enquanto residente do programa de Terapia Intensiva durante a passagem pelo setor de Nefrologia, requisito para o cumprimento do programa, funcionando como enriquecimento teórico-prático de pacientes críticos. Nesse setor tive um contato mais próximo com essa clientela e observei grande afinidade construída, enfatizando a importância das orientações que os enfermeiros prestavam aos clientes em diálise, intentando prepará-los adequadamente para o transplante. Observei que alguns não sabiam o que significava esse procedimento, outros tinham opiniões errôneas acerca do assunto, baseando-se no relato e nas experiências de outros pacientes, ou seja, diziam não querer realizar o transplante, pois estavam “bem” com as terapias a que eram submetidos (diálise peritoneal e hemodiálise).

Era frequente o cliente chegar às unidades de terapia de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal) sem orientação de todas as possibilidades existentes, inclusive do transplante renal. Por isso, considero de fundamental importância que o paciente seja orientado sobre as várias opções terapêuticas disponíveis, considerando-o como sujeito ativo no processo de escolha. Ainda mais quando se trata de mudanças significativas na vida daqueles que serão submetidos ao transplante renal.

É importante enfatizar que a escolha da modalidade de terapia substitutiva vai variar de acordo com cada caso. Ainda que não seja possível a adequação do cliente à terapia escolhida, ele tem o direito de saber da existência delas. Em alguns casos, em razão da extrema debilidade do paciente ou de outros motivos, a diálise pode não ser a opção adequada; o tratamento paliativo pode, então, ser a melhor escolha (DAUGIRDAS,

BLACKE, ING, 2008).

Ainda relacionado com a minha atuação como residente, pude acompanhar mais adiante as orientações que eram fornecidas e me levaram a importantes reflexões no processo da comunicação de que os enfermeiros e sua equipe realizavam no setor de hemodiálise, particularmente as informações prestadas aos clientes que poderiam ser submetidos ao transplante renal, e percebi o quanto era fundamental a comunicação nesse processo, possibilitando através desta o encorajamento para esse tipo de procedimento terapêutico. Essa relação contribuiu significativamente por ser um forte canal de ligação entre enfermeiro/cliente. Somos por excelência seres da comunicação. No encontro comunicativo com os outros, descobrimos quem somos, compreendemo-nos, crescemos em humanidade, mudamos para melhor e nos tornamos fator de transformação da realidade que vivemos (SILVA, 2004).

Dessa forma, observei que a comunicação era uma ferramenta de grande importância no contexto de transplante do estudo referido anteriormente. E contribuindo para o fato, Silva (2006) refere que a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada. Temos de aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente. A comunicação é sabedoria que nasce na inquietude científica e na busca do conhecimento e da compreensão do ser humano mas também se coloca a serviço deste a partir do conhecimento da sua vulnerabilidade e feridas da vida.

Por isso, entende-se que a comunicação possui um aspecto importante no cuidado de enfermagem, essencial para estabelecer uma relação de confiança, de respeito e de empatia.

É válido ressaltar ainda que além da questão da orientação ao cliente e os desafios da comunicação no processo; o cliente em terapia hemodialítica poderá sofrer constante estresse pela mudança de rotina, quando condicionado a um tratamento de substituição renal, sofrendo constante instabilidade emocional, necessitando muitas vezes de suporte psicoterápico. E ao encontro dessa concepção, Travelbee (1979) se baseia nos pressupostos relativos à capacidade dos indivíduos de enfrentar estresse por período prolongado, sugerindo a ideia de que o sofrimento é uma experiência que será vivida em algum momento da vida, e o enfermeiro é o profissional indicado para proporcionar ajuda e esclarecimento quando o estresse está relacionado com o processo saúde-doença.

Mais adiante, foi possível observar também que apesar dos esforços dos enfermeiros acerca do seu papel de educador no setor de transplante e ouvinte das inquietações (dúvidas) dos clientes transplantados, houve várias dificuldades durante as tentativas de estabelecer uma comunicação efetiva pelos mais diversos motivos, por exemplo, déficit de pessoal, demanda elevada de pacientes, método de linguagem que alcançasse o objetivo de estabelecer uma comunicação adequada e sobrecarga de atividades realizadas pelos enfermeiros. No entanto, o anseio de dirimir os problemas ocorridos era muito forte por parte dos enfermeiros e, mesmo enfrentando esses obstáculos, muitos eram os esforços para que as informações devidas fossem disseminadas.

As funções assistenciais, administrativas e educacionais do enfermeiro numa unidade de transplante renal destinam-se fundamentalmente a promover maior adesão ao tratamento por parte do receptor do enxerto e proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente, uma vez que o tratamento é o que melhor oferece reabilitação socioeconômica e de menor custo social. A orientação educacional em enfermagem e o acompanhamento rigoroso dessas pessoas auxiliam na prevenção de complicações, especialmente as rejeições e as infecções. Dessa forma, é necessário que o profissional esteja devidamente treinado e ciente das técnicas e rotinas adequadas para o tratamento, visando ao perfeito restabelecimento do cliente submetido ao transplante renal (LIMA e SANTOS, 2004).

A equipe de enfermagem, de forma geral, tem por essência o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo importantes ações por meio do cuidado, responsabilizando-se pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes (ROCHA e ALMEIDA, 2000). O enfermeiro, por outro lado, tem por especificidade prover condições para que esse cuidado ocorra de forma segura e com qualidade, por meio de ações gerenciais. Nesse sentido, no processo de aprimoramento profissional do enfermeiro, é imprescindível ressaltar a liderança como um facilitador no processo (MANZO, RIBEIRO, BRITO et al, 2012).

Esta situação constituiu uma preocupação para o enfermeiro, pois muitos clientes chegavam às unidades de hemodiálise com questionamentos e dúvidas a respeito do transplante renal, afetando-lhes diretamente a adesão ao tratamento e diminuindo a responsabilidade de cada um em frente dele; além do forte impacto que a doença traz pelas mudanças físicas, psicológicas e no estilo de vida, limitando-os e atingindo todos a sua volta.

A motivação pelo estudo foi acompanhada das inquietações em estabelecer uma comunicação efetiva com essa clientela, surgindo durante as vivências relatadas anteriormente e despertadas pelas orientações que os clientes recebiam acerca do transplante renal, visando ao preparo para a cirurgia, e ganhou consistência ao me despertar o interesse em ampliar e verificar de que maneira o enfermeiro realiza a comunicação com os clientes em terapia hemodialítica, com vistas ao transplante. Percebi que a comunicação pode ser o diferencial nas ações educativas em saúde.

Pude verificar que o enfermeiro estava envolvido diretamente nessas informações, implicando não só o preparo e conhecimento técnico-científico, mas a disseminação dessa mensagem no pré-operatório de transplante renal no programa de terapia intensiva, trazendo forte impacto, pois ficou evidente que muitas dúvidas, que poderiam ter sido esclarecidas durante as sessões hemodialíticas, ainda faziam parte do cotidiano dessa clientela no pós-operatório, mormente, na identificação dos clientes que provavelmente seriam indicados para transplante.

É importante considerar que o cliente exerce importante papel em todo o processo de comunicação, assumindo um compromisso com a própria saúde. Por isso, é imprescindível que haja uma comunicação adequada no relacionamento interpessoal entre enfermeiro/cliente. O enfermeiro deve procurar conhecer o cliente, contribuindo para que haja uma melhor interação de ambos, auxiliando no processo de uma comunicação eficiente e dirigida para as dificuldades identificadas durante a assistência.

A enfermagem pode ser praticada em diversos locais. Neste estudo, nossa proposta acentua-se, principalmente, na comunicação enfermeiro/cliente em terapia dialítica de clientes com provável indicação cirúrgica. Por isso, o processo de comunicação deve iniciar-se desde o momento em que ocorre o interesse pelo transplante renal, muitas vezes iniciado no próprio setor de hemodiálise até a efetivação do procedimento cirúrgico.

Uma experiência anunciada, em que o cliente deixa de fazer a própria escolha acerca de suas condições, vê-se com as necessidades básicas e desejos afetados e se mostra diferente, preocupado e inseguro, é chamada de pré-operatória. A equipe de enfermagem deve envolver o cliente na situação, de modo que ele participe do processo e expresse o que sente e como gostaria de ser tratado. Portanto, o profissional de saúde, em particular o enfermeiro, nunca deve esquecer que cada cliente é único, com suas singularidades particulares; sempre que possível, ele deve estar ciente de tudo o que

ocorre; o cuidado deve ser contínuo; os registros são importantes, não apenas para indicar o estado do cliente, mas também para a informação de toda a equipe de saúde; e, por fim, a avaliação é fundamental acompanhamento da evolução do quadro do cliente (FIGUEIREDO, LEITE e MACHADO, 2008).

Por isso, é imprescindível estabelecer um relacionamento de troca para que resultados positivos possam ser alcançados em prol de mais qualidade de vida para o cliente. Cuidar significa assistir os seres humanos em suas necessidades básicas, daí o caráter universal do cuidar. Cuidado de enfermagem é um fenômeno intencional, essencial à vida, o que ocorre no encontro de seres humanos que se integram por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Esse cuidado se expressa em um "saber fazer" embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, dirigido às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (VALE, 2008).

Objetivando conhecer esse indivíduo e estabelecer uma relação que favoreça nossas ações, surge a realidade do enfermeiro educador em unidades de tratamento hemodialítico com ações desafiadoras que buscam fundamentação teórica na pesquisa da Comunicação de Silva (2006) e sustentação do estudo no Relacionamento Interpessoal de Travelbee (1979).

A problemática abordada durante todo o discurso visa avançar no progresso assistencial na área da enfermagem, tendo-se como objeto deste estudo a investigação da comunicação enfermeiro/cliente no relacionamento interpessoal da assistência de enfermagem nos serviços de hemodiálise com vistas ao transplante renal. Essa percepção desencadeou as seguintes questões norteadoras:

- Qual o processo da comunicação destinada ao cliente em terapia hemodialítica com indicação ao transplante renal?
- Que estratégias são utilizadas pelo enfermeiro no que concerne ao cliente com indicação ao transplante renal?
- De que maneira a comunicação prestada pelo enfermeiro ao cliente em terapia hemodialítica serve de apoio no pré-operatório de cirurgia de transplante renal?

Para responder a esses questionamentos, delineamos os seguintes objetivos:

- Investigar a comunicação enfermeiro/cliente no processo hemodialítico indicado para transplante renal, com ênfase nas ações educativas prestadas pelo enfermeiro.
- Verificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para facilitar o processo de comunicação no período pré-operatório mediato.
- Discutir o processo de comunicação como ferramenta para as questões que envolvem a assistência de enfermagem no pré-operatório mediato de transplante renal.

Dentre as justificativas para este estudo, ressaltamos a dimensão da mortalidade e morbidade das doenças renais, as quais precisam ser lembradas como problemas relevantes de saúde pública, visto que, comparadas a outras doenças, as nefropatias são menos incidentes. No entanto, o custo social das doenças renais é desproporcional à sua incidência e tem sido crescente, especialmente no seu aspecto social e econômico (THOMÉ e BARROS, 1999).

Diante dessas informações, emerge a preocupação constante referente aos gastos com hemodiálise no Brasil. O grande volume de recursos financeiros do orçamento ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) alocado aos procedimentos relativos às terapias renais substitutivas (SANCHO e DAIM, 2008).

Considerando o crescimento de clientes nefropatas inseridos nas modalidades de terapias substitutivas, dentre elas, um possível transplante é de suma importância que o sujeito envolvido no processo seja orientado quanto às possibilidades de realizá-lo, e ratificar que a comunicação é o instrumento fundamental nas ações educativas, para que possamos como profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, esclarecer dúvidas, orientar, difundir informações relevantes e necessárias ao sucesso do transplante, quando este for possível e fizer parte da escolha do cliente.

Conhecer e participar como se processa a comunicação do enfermeiro/cliente no setor de hemodiálise, com vistas ao transplante, poderá ajudar na reflexão da importância como essa comunicação é realizada e quais suas contribuições nas ações do enfermeiro, enquanto educadores. O estudo funciona, ainda, como estímulo para a replicação de mais trabalhos provenientes deste, e de contribuir nas repercussões da comunicação na rotina dos clientes em processo hemodialítico, para sua apreensão e sucesso dos resultados.

É de extrema importância reconhecer a contribuição para a necessidade da otimização do preparo da equipe comprometida com a terapia hemodialitica em prol de uma comunicação efetiva e favorecer a adesão do cliente, além de uma repecursão crítica para o preparo físico e cognitivo das mudanças que poderão ocorrer durante todas as fases processo até o transplante. Além de considerarmos os aspectos importantes da enfermagem no processo hemodialítico do cliente com possibilidade de ser submetido ao transplante renal.

Com a educação do cliente, o enfermeiro tem em vista orientá-lo para o autocuidado, ensiná-lo a prevenir as complicações decorrentes da não adesão ao regime de tratamento e prepará-lo para procedimentos técnicos e cirúrgicos (LIMA e SANTOS, 2004).

Observamos ainda, para que o estudo fosse embasado dentro dos princípios da temática, a realização de um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), inicialmente nos bancos de dados Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dos trabalhos publicados em períodos com recorte temporal de janeiro de 2000 a maio de 2012, os quais abordassem a temática em questão, utilizando como descritores: comunicação, enfermagem, transplante renal.

Na base de dados SCIELO, quando selecionamos os descritores comunicação e enfermagem, encontramos quatrocentos e cinquenta e cinco artigos relacionados, sendo aproveitados duzentos e nove trabalhos abordando a comunicação; na base LILACS, constatamos mil cento e onze artigos, sendo aproveitados duzentos e noventa e três que discutiam a comunicação dentro do contexto da enfermagem, mas nada dirigido ao profissional enfermeiro especificamente. Portanto, houve insuficiência de trabalhos científicos quanto à temática comunicação do enfermeiro no contexto do cliente em processo hemodialítico com vistas ao transplante renal.

Consideramos relevante por esperarmos a possibilidade de uma releitura do processo de enfermagem em todas as suas etapas e a participação do enfermeiro atuando de maneira especializada, individualizada, destinada, em especial, ao cliente nefropata no processo da comunicação, permitindo a manutenção dos cuidados essenciais para o alcance de resultados significativos, contribuindo com outros estudos da mesma temática, norteando as condutas utilizadas e possibilitando o maior sucesso das ações, visando cooperar com as ações práticas da comunicação, assim como identificar as estratégias que facilitem o processo.

O período pré-cirúrgico é um momento que requer extrema atenção, visto que são vários os fatores envolvidos que poderão estar abalados, dentro dos quais, destacamos o físico, psicológico e familiar. Por esse motivo, acredita-se que o estudo venha contribuir significativamente na atenção voltada para questões simples, porém de suma importância para a comunicação.

Lima e Santos (2004) vêm contribuir quando afirmam que a falta da sistematização da assistência somada a uma comunicação fragmentada dificulta o processo no fornecimento das orientações, além destas parecerem mais confusas para alguns pacientes, principalmente para aqueles que possuem baixo grau de instrução. Pode ser comprovado que a ocorrência falhas, no processo de comunicação para as orientações, pode comprometer o entendimento por parte do outro e a adesão ao tratamento.

Quando essa atenção relacionada com a comunicação não é dirigida e executada a tempo e adequadamente, as dúvidas existentes tendem a comprometer a adesão ao tratamento no pós-operatório, podendo gerar resultados negativos.

Portanto, no período em que o cliente se encontra em terapia hemodialítica e é identificado como forte candidato ao transplante, faz-se necessária prestar uma atenção voltada à comunicação enfermeiro/cliente, visando fortalecer as chances de uma indicação segura para o procedimento, evitando futuras complicações, em vista da fragilidade que a doença impõe e da própria ideia de cirurgia que causa uma situação de estresse físico e psicológico. Cabe ao profissional enfermeiro validar que a comunicação é importante para o crescimento como seres humanos, faz parte de nossas experiências anteriores e também daquelas adquiridas a cada dia.

Somos seres de relações e esta compreensão nos leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridos no processo comunicativo (SILVA, 2006). Para tanto, se faz necessário repensar nosso papel diante do cliente, já que o cuidar de modo transformador é um cuidar que, na interação dos cuidados e das trocas, vê o outro de maneira inteira e a partir dessas experiências, uma comunicação competente propicia um conviver que humaniza e constrói (BRAGA e SILVA, 2007).

REFERENCIAL TEÓRICO

2-REFERENCIAL TEÓRICO

Comunicação ao Paciente Hospitalizado

A palavra comunicação vem do latim *comunicare*, que significa “colocar em comum”. Ao observar a origem da palavra, entendemos que, na comunicação com outras pessoas, devemos preocupar-nos se somos compreendidos por elas, pois apenas dessa maneira o processo de comunicação se estabelece com sucesso (MACHADO, 2007).

Na área da saúde, é fundamental saber lidar com gente. A todo o momento, pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergências e unidades de internação, surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada.

Isso acontece, porque o profissional da área da saúde tem como base do seu trabalho as relações humanas, seja ela com o cliente ou com a equipe multidisciplinar, Assim, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta o processo da comunicação nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não.

A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o conteúdo da mensagem que o paciente envia, para, então, estabelecer um plano de saúde adequado e coerente com suas necessidades. Para tanto, é preciso estar atento aos sinais de comunicação verbal e não verbais emitidos por você e por ele durante a internação (SILVA, 2006).

A pessoa, a ser hospitalizada, independentemente da faixa etária, é obrigada a romper com todas as atividades sociais e ficar longe da família e daqueles que lhe têm amor, deixando de ser um indivíduo socialmente ativo para se tornar uma paciente, com diminuição dos contatos com parentes e conhecidos (AZEVEDO, 2005).

É fundamental que o profissional proponha o agir comunicativo como instrumento de trabalho, pois essa conduta viabiliza a comunicação efetiva entre cliente, família, profissional, possibilitando o estabelecimento de um objetivo em comum. Nessa perspectiva, há valorização do cliente, de seus sentimentos e percepções, bem como dos aspectos saúde-doença (MEIER e NASCIMENTO, 2003).

Sanduval (2000) refere a comunicação como um conjunto de pequenas e grandes práticas articuladas e articulantes, sociais e culturalmente determinadas e produtoras de sentido. A comunicação em saúde entende como toda e qualquer, pequena e grande, prática destinada à incorporação de conhecimento útil, à revisão e/ou construção de representações e adoção de modos de agir que possibilitem a promoção do autocuidado à saúde individual, coletiva e ambiental, assim o profissional estará promovendo uma vida. Silva (2006) define os tipos de comunicação da seguinte forma:

-Comunicação Verbal refere-se às palavras expressas através da fala ou escrita.

- Comunicação não verbal- está associada às palavras, mas ocorre por gestos, silêncio, expressões faciais, posturas corporais etc.

Para melhor desenvolver a comunicação é preciso conhecer os componentes do processo, que são o emissor ou remetente (aquele que emite a mensagem), o receptor (aquele que recebe a mensagem) e a mensagem propriamente dita (a informação ou emoção transmitida do emissor para o receptor). A mensagem é a informação para cuja efetivação é necessário que seja clara e organizada para que o receptor possa decodificá-la, podendo ser composta por informações verbais e não verbais (POTTER e PERRY, 2002).

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar, atender as necessidade de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades e despertar nos pacientes a confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros. A comunicação torna-se difícil, porque a maioria dos estímulos é transmitida por sinais e não símbolos - a pessoa tem um conjunto próprio de ideias, valores, experiências, atribuição a cada significado não só denotativo, mas, sobretudo, conotativo. O estudo do não verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização - ajuda ainda a potencializar sua própria comunicação, como elemento transmissor de mensagem (ATKINSON e MURRAY, 1989; SILVA, 2006; ORDAHI, PADILHA e SOUZA, 2007).

É de importância vital que o enfermeiro verifique sempre se o que foi entendido corresponde ao que o outro está expressando. Em vez de “adivinhar as interações da pessoa”, cabe ao enfermeiro analisar as informações e os dados disponíveis, esclarecer

suas percepções, tentando compreender o outro. Espera-se que o enfermeiro tenha conhecimento científico sobre as doenças, tratamentos e outras contribuições da ciência, além de conhecimento sobre a conduta humana, especialmente as emoções, os sentimentos, as atitudes e as diferentes manifestações comportamentais (LEITE, MARINI e FELLI, 2006).

Ouvir a mensagem emitida, mediante as comunicações verbais e não verbais, implica compreender o que a pessoa expressa e alcança significados que ela dá à realidade. O profissional só deve intervir quando puder contribuir para aumentar a informação da pessoa sobre sua própria atividade mental. Aceitar que as pessoas estão em constante transformação, crescimento, amadurecimento, além de estarem na busca pela autonomia e autorrealização, ajuda o enfermeiro a entender muitas opções e limitações do outro. Aceitar esse movimento constante ajuda a livrar a pessoa do "*script*" imposto pela doença e pela limitação de suas vivências relacionadas (LEITE, MARINI e FELLI, 2006).

Pensamos que é um equívoco entender uma relação comunicativa entre profissional e usuário como uma relação de plena simetria de saber como poder. Nunca haverá simetria plena nesse plano. Não obstante a simetria referente ao saber, pensamos que podemos estabelecer uma relação comunicativa no interior do cuidado profissional quando alicerçado na busca, entre outras condições, da correção normativa, no sentido habermasiano[1] do termo (DESLANDES, 2006).

As premissas da ação comunicativa não se dão somente nos atos de fala stricto sensu. Como reconhecer posturas-éticas quando o paciente não pode responder por si (está inconsciente, por exemplo). No caso da saúde, é preciso pensar em molduras amplas, apoiadas pelo direito, que deem sustentação e legitimidade ao fazer médico e, ao mesmo tempo, protejam os usuários e lhes deem instrumentos que se contraponham ao uso não ético, não comunicativo, de um saber (DESLANDES, 2006).

---

[1] Habermasiano: termo proveniente do filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas, intelectual inserido na teoria crítica e do pragmatismo. Sustenta que existem dois modos possíveis de ação social- a estratégica e a comunicativa.

Deslandes (2006) admite a existência de uma cultura organizacional que inibe a aprendizagem e, antes dela, a comunicação, com algumas características, tais quais: concentração do poder no topo da organização, poder desequilibrado, estrutura vertical, autoritarismo; foco nos sistemas e não nas pessoas; descrédito de possibilidade de mudança (ceticismo); falta de emprego para a aprendizagem; abordagem pouco holística dos problemas, previsão de um tratamento de sintomas; comunicação “transmissional” vertical, falta de uma comunicação aberta lateral; predomínio do individualismo, descrédito do trabalho em equipe e padrão de liderança-herói, carismática, que se esconde, que não reconhece erros, vulnerabilidade.

Assim sendo, por meio de palavras faladas ou escritas, sejam por meio de gestos, expressões corporais e faciais, o trabalho na área da saúde exige do profissional o conhecimento do processo chamado comunicação interpessoal e de seus fundamentos básicos (SILVA, 2004).

Desafios na Comunicação Enfermeiro/cliente

Não há como separar o emocional do fisiológico quando o assunto é ser humano. A recuperação do cliente não depende exclusivamente de fatores bioquímicos, mas sim do quanto ele se sente aceito ou rejeitado, à vontade ou constrangido enquanto está no hospital. Cuidar de paciente não afeta só o seu físico, mas principalmente a sua identidade. O homem é, ao mesmo tempo, um ser psicossocial e psicobiológico, ou seja, essas ações não são autônomas ou excludentes, mas dois modos de ser um mesmo indivíduo.

Por sermos humanos, não deixamos de ficar preocupados do que é aceito culturalmente, socialmente, quando estamos doentes; portanto, como profissionais, não podemos apenas considerar o “fisiológico” do paciente, pois seu comportamento está diretamente ligado ao que ele sente e pensa (SILVA, 2006). O cliente hospitalizado age, por sua vez, basicamente como pessoa assustada, pois está em ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. O instinto natural de autodefesa e autopreservação falam mais alto, e ele passa a prestar atenção redobrada ao que acontece a sua volta, delimita seu próprio território e jamais admite a invasão arbitrária.

Como as pessoas tem dificuldade de falar de seus sentimentos, o profissional precisa está atento à linguagem corporal do paciente e distinguir, em cada contexto, quais os sentimentos dele (SILVA, 2006; SILVA, 2003).

É preciso resgatar a função de entrevistador, inúmeras vezes, exercida pelo profissional de saúde, a qual pode ser tomada pela tomada de consciência de suas falhas na comunicação. As mais comuns são barreiras naturais que causam impedimentos naturais na comunicação: a linguagem (uso de termos técnicos, palavras que sugerem pré-conceito, impaciência, mensagem incompleta), impedimentos físicos (surdez, mutismo), fatores psicológicos (personalidade, pensamento, emoções), diferenças educacionais (profissional, cultural) e barreiras organizacionais (status da pessoa em determinada organização). Cabe, portanto, à equipe conhecer os mecanismos que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe.

Nunca, em outro período da história, o trabalho em equipe foi tão valorizado, portanto, as competências interpessoais ocupam um lugar privilegiado entre as outras competências. Por isso, é necessário que o administrador, que ocupa o lugar de líder, dirija sua atenção a essas competências, para que façam parte do seu perfil enquanto líder.

As competências interpessoais são aquelas usadas pelo líder no seu relacionamento com os subordinados, superiores, colegas, enfim, com todas as pessoas que fazem parte da sua rotina. As competências intelectuais também estão relacionadas com o acesso à informação e à educação. Portanto, é indicado que os administradores se mantenham em constante atualização profissional, para que possam assimilar novos conceitos, com o objetivo de se manterem atualizados, pois assim terão maiores probabilidades de atingir suas metas com sucesso (MACHADO, 2007).

O pessoal da saúde, em particular, o enfermeiro, não tem por hábito validar os seus hábitos de comunicação com seus colegas de trabalho. Há pessoas competentes nos procedimentos técnico-científicos de sua especialidade, mas têm dificuldades em interagir e comunicar seus propósitos. A importância de conhecermos bem o assunto deve-se, também, ao fato de que receber e enviar mensagens depende da própria atitude, assim como convicções de valores: crenças, valores, experiências prévias, expectativas quanto à mensagem e relacionamento existente entre as pessoas. O sentido conotativo orienta o indivíduo na realidade, o denotativo faz transcender o contexto mais

imediatista e construir novas interpretações. Toda comunicação tem duas partes: o conteúdo (fato ou informação) e o sentimento (o que você quer comunicar e como se sente a respeito desse fato ou informação) (SILVA, 2006).

Relacionamento Interpessoal

A enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal terapêutico, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com objetivo em comum. Além de constituir um fundamento cultural do ser humano, a comunicação é também uma necessidade básica, sem a qual o relacionamento humano, sem qual o relacionamento humano seria impossível. O processo de comunicação está presente em todas as etapas das nossas vidas, precedendo como elemento essencial para as interações entre duas pessoas, transmitindo ideias, sentimentos, ensinamentos e outros (TRAVELBEE, 1979).

A partir do momento em que a enfermeira entra em contato com o paciente e identifica o problema, inicia-se um relacionamento com o indivíduo, respeitando sempre a sua individualidade, pois cada indivíduo pode ser visto como uma pessoa psicossocial e espiritual única, que reagirá de formas diferentes na interação com a enfermeira.

Travelbee (1979) diz ser a relação interpessoal terapêutica um processo de troca de comprometimento, ressaltando ser o enfermeiro o responsável por ajudar o paciente a encontrar a sua própria cura. A autora divide o relacionamento terapêutico enfermeiro/cliente em quatro fases:

1ª fase: Fase pré-interação: É a fase em que o enfermeiro começa a vinculação com o paciente, tentando compreendê-lo, colhendo dados através de observação não participante e participante, simultaneamente;

2ª fase: Fase Inicial: A fase inicial de orientação significa os primeiros encontros entre o enfermeiro e o paciente, ambos são desconhecidos, é a fase de recepção e apresentação. Por isso, é importante que a enfermeira, o paciente e a família estejam envolvidos no cuidado, analisando a situação, de modo que, juntos, possam reconhecer, esclarecer e definir o problema existente;

3ª fase: Fase da identidade: É a fase em que provavelmente se inicia a interação, quando a enfermeira e o paciente se conhecem cada vez mais, identificam os problemas e estabelecem uma meta. Nesta fase a enfermeira encontra-se menos angustiada com a

situação, pois se estabelece uma relação segura de segurança e confiança entre as partes envolvidas.

4ª fase: Fase do término: é a fase em que o paciente se sente integrado no ambiente provedor de cuidados. Porém nesta fase o paciente pode fazer mais exigências ou utilizar outras técnicas para chamar a atenção do enfermeiro, dependendo da sua necessidade individual. A enfermeira deve encorajar o paciente no sentido de que ele reconheça a situação em que se encontra, proporcionando um ambiente seguro e um apoio emocional, se necessário.

É a fase do fim do processo terapêutico, é a solução do problema, quando o cliente e a enfermeira após um relacionamento interpessoal terapêutico conseguem o propósito de alcançar e solucionar as necessidades afetadas do cliente. Nesta etapa surgem sentimentos como gratidão, independência ou indiferença.

Após estabelecer a comunicação efetiva e a interação com o cliente, a enfermeira identifica as necessidades básicas afetadas e estabelece metas a serem cumpridas durante a hospitalização.

Terapias de Substituição Renal

A insuficiência renal crônica (IRC) é o resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por doenças que tornam o rim incapaz de realizar suas funções. Como os rins têm capacidade de se adaptar à perda de sua função, os sinais importantes de falência renal aparecem somente nos estágios avançados de IRC. As causas mais comuns que levam à doença são hipertensão arterial, diabetes e glomerulonefrites - inflamação de estruturas renais microscópicas chamadas de glomérulos. Do total de serviços de Nefrologia realizados em todo o país, apresentados na tabela 1, 93% são financiados pelo Ministério da Saúde; outros 7% resultam de convênios e particulares (BRASIL, 2011).

Visando entender como funciona a distribuição dos clientes submetidos à hemodiálise no país, apresentamos a tabela a seguir:

Tabela 1 - Percentual de Pacientes em Hemodiálise, por Sexo e Região.

REGIÃO	MASCULINO	FEMININO
CENTRO-OESTE	41,13%	58,87%
NORDESTE	39,89%	60,11%
NORTE	40,96%	59,04%
SUDESTE	41,93%	58,07%
SUL	41,77%	58,23%
TOTAL/GERAL	41,33%	58,67%

Fonte: SIA/MS/DATASUS, 2009.

Com o serviço de Terapia Renal Substitutiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem prestado assistência integral aos portadores de IRC. São duas modalidades de assistência: hemodiálise e diálise peritoneal. Os atendimentos são realizados em serviços de nefrologia habilitados junto ao Ministério da Saúde, que contabiliza atualmente 632 unidades distribuídas em todo o país. A maior parte dos pacientes em diálise situa-se na faixa etária de 51 a 65 anos. No entanto, 41% encontram-se na faixa etária de 21 a 50 anos, ou seja, a população economicamente ativa. Os pacientes com mais de 65 anos representam 21% do total (BRASIL, 2011).

A manutenção da vida através das terapias de substituição renal mostra-se muito complexa e nem sempre é possível ao cliente aderir inteiramente ao tratamento, embora a aderência constitua um fator decisivo para a sua sobrevivência. Sendo a aderência do cliente renal ao regime de tratamento um fator que interfere em sua qualidade de vida, o enfermeiro tem como um dever participar ativamente da implantação de programas educacionais que atendam à necessidade do cliente de conhecer o que está ocorrendo ou que poderá ocorrer com a sua saúde (LIMA e SANTOS, 2004).

Essa continuação da vida inclui as três modalidades de terapias de substituição renal, dentre as quais podemos citar:

Hemodiálise

A hemodiálise é um método de tratamento artificial realizado com a retirada de volume sanguíneo através de acesso vascular exclusivo, no qual a composição de um soluto é modificada pela exposição de uma solução através de uma membrana semipermeável, que é uma lâmina perfurada por orifícios e poros. As moléculas de água e os solutos de baixo peso molecular nas duas soluções conseguem passar através dos poros da membrana e se misturar, mas solutos maiores (como proteínas) não conseguem passar através da barreira semipermeável; assim o volume dos solutos de alto peso molecular de cada membrana permanecerá inalterado (DAUGIRDAS, BLACKE e ING, 2008). Considerado como forte impacto na vida dos que necessitam do procedimento pelas mudanças de rotina que o tratamento implica (MENEZES, MAIA e JÚNIOR, 2007).

Os mecanismos de transporte de soluto na hemodiálise poderão ocorrer através:
- Difusão: movimento de solutos moleculares aleatórios. Quanto maior o peso molecular, mais lento será o transporte através de uma membrana semipermeável. As moléculas pequenas, que se movem em alta velocidade, frequentemente irão colidir com a membrana, desta forma, a velocidade de transporte por difusão através da membrana será alta.

- Ultrafiltração: é o transporte por convecção, ou seja, as moléculas de água são extremamente pequenas e conseguem passar através de todas as membranas semipermeáveis, e ocorre quando a água é impulsionada por uma força hidrostática ou osmótica é empurrada através da membrana (DAUGIRDAS, BLACKE e ING, 2008).

O Ministério da Saúde vai ampliar em R$ 181,6 milhões o investimento anual em hemodiálise para melhorar o atendimento aos pacientes com insuficiência renal. Essa verba corresponde a um aumento de 10% no valor repassado aos serviços de saúde por cada sessão do tratamento – é o maior reajuste deste procedimento na tabela SUS desde 2005. Com essa injeção de recursos e outras medidas destinadas ao setor, o orçamento federal para o tratamento de diálise será superior a R$ 2 bilhões este ano. Em dezembro de 2011, um adicional de R$ 73,3 milhões por ano para ampliar o atendimento em hemodiálise no SUS (BRASIL, 2012).

Dados estatísticos do Ministério da Saúde mostram que foram investidos R$ 1,8 bilhão em hemodiálise somente no ano de 2012, o que representa o dobro do total destinado há sete anos (em 2004/2011 foram R$ 887,9 milhões). O total alocado para a área, considerando todo o atendimento em nefrologia, é de R$ 2,1 bilhões.

Em 2011, ocorreram mais de 11,5 milhões de sessões de hemodiálise na rede pública. O crescimento em sete anos foi de 46,5%. Em 2004, foram 7,8 milhões de procedimentos. Em relação ao número de serviços, só no ano passado, 20 novos foram habilitados para assistência em nefrologia, totalizando 672 em todo o país – 30% a mais que o total no ano de 2004.

A atuação do Ministério da Saúde na atenção aos pacientes com problemas renais se estende à área de prevenção e promoção da saúde, evitando complicações ou mesmo a necessidade de diálise. Para tanto, foi criado, no fim de 2011, um grupo de trabalho para estruturar a linha de cuidado e implementar a Rede de Atenção Integral à Saúde Renal. Esse grupo reúne representantes da Sociedade Brasileira de Nefrologia, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, além de representantes das gestões estaduais e municipais.

Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal (DP) e suas variações são modalidades de diálise que usam o peritônio como membrana semipermeável para depuração de toxinas urêmicas. A DP adequada mantém o portador de insuficiência renal crônica (IRC) sem sintomas, por meio da reposição parcial da função desempenhada pelos rins saudáveis (BARROS, 2000).

O método de DP é um tratamento artificial substitutivo renal, realizado com a introdução por gravidade de volume de até três litros de solução padrão na cavidade abdominal, envolvendo transporte de solutos e líquidos através do peritônio - membrana semipermeável, heterogênea, com múltiplos e diferentes poros, e com fisiologia e anatomia relativamente complexas, com o objetivo de remover substâncias tóxicas e os produtos de degradação metabólica e restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico. O processo de transporte das toxinas ocorre principalmente, por difusão (retirada de soluto por diferença de gradiente de concentração) e por ultrafiltração (retirada de água) pelos poros para solução de diálise infundida na cavidade peritoneal (LIMA e SANTOS,

2004).

O enfermeiro que atua com DP deve ter outras características, que não somente habilidades técnicas, mas amplo conhecimento de todas as modalidades de substituição da função renal. Deve possuir habilidades de ensino, consistência, flexibilidade, senso de humor, comunicação e avaliação do paciente sob seus cuidados.

O cuidado de enfermagem para o paciente em diálise peritoneal é, em geral, realizado no ambulatório, exceto nos pacientes agudos e/ou crônicos que estejam hospitalizados. A maior parte do tempo da enfermagem dispensado ao paciente tem a finalidade de ensiná-lo a realizar os procedimentos e servir como fonte de referência quando os problemas acontecem. A consulta de enfermagem realizada mensalmente tem como objetivo certificar-se de que o paciente está realizando a DP de maneira segura e eficiente. Portanto, o trabalho do enfermeiro na diálise peritoneal consiste em fomentar, motivar e apoiar os pacientes para que possam realizar seu próprio tratamento (BARROS, 2000).

Transplante Renal

A ideia de transplante de órgãos é muito antiga na humanidade. Muitas são as esculturas e pinturas em que quimeras são representadas. Dentre as mais famosas lendas com transplantes, está aquela que teria ocorrido no século XIII envolvendo São Cosme e São Damião. Os santos teriam aparecido a um sacristão que tinha perdido a perna e colocou outra proveniente de um etíope recém-morto. O doente recuperado voltou a caminhar. No entanto, o transplante de órgãos passou da fantasia à possibilidade, quando no início do século XX se aprimoraram as técnicas cirúrgicas que permitiram efetivamente a realização de enxertos.

O transplante renal é o procedimento cirúrgico que consiste na introdução de um rim compatível de um doador vivo ou cadáver em um paciente com doença renal crônica terminal, oferecendo sobrevida superior às formas-padrão de diálise disponível, atualmente. Entretanto, o transplante pode não ser indicado para o paciente que apresenta problemas para seguir a medicação. Mesmo se for decidido que o transplante é a melhor opção, a questão da ocasião persiste (DAUGIRDAS, BLACKE e ING, 2008).

Atualmente o transplante é a melhor forma de terapia para a doença renal

terminal. Seu objetivo é devolver ao paciente condição de vida, atividade de trabalho e desempenho sexual que ele tinha antes da doença. Além disso, após o transplante os desagradáveis sintomas e complicações da síndrome urêmica são invertidos. Tendo em vista a origem do enxerto e seu receptor, Riella (2003) classifica os transplantes em várias denominações:

-Autoenxerto – transplante onde doador e receptor é a mesma pessoa. Como exemplo está o transplante de pele.

-Isoenxerto – transplante realizado entre indivíduos geneticamente idênticos, como por exemplo, o transplante entre gêmeos univitelinos.

-Aloenxerto – transplante em que doador e receptor são da mesma espécie, mas geneticamente distintos. Neste tipo se enquadra a grande maioria dos transplantes realizados em seres humanos.

-Xenoenxerto – transplante em que doador e receptor são de espécies distintas, como por exemplo, transplante onde o doador é um macaco babuíno e o receptor, o homem.

Os transplantes renais clinicamente realizados se classificam quanto à relação ao doador/ receptor, em três tipos, a saber:

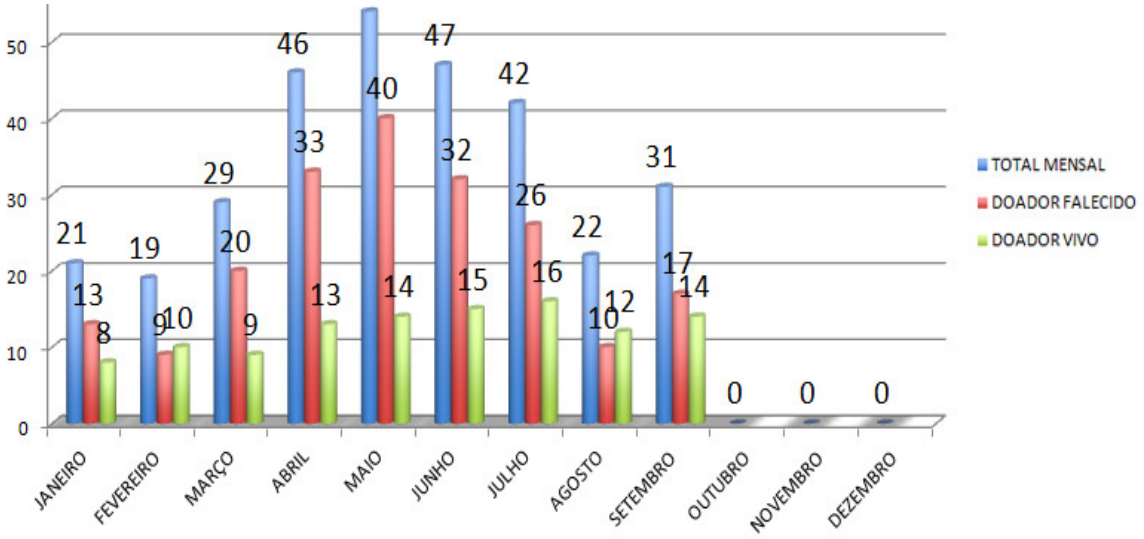
-Doador vivo parente – neste transplante o doador está geneticamente relacionado com o receptor, como é o caso de doadores irmãos, pais ou filhos, que possuem metade de seu material genético em comum com o receptor.

-Doador vivo não parente – trata-se de doador sem relação genética com o receptor. Enquadra-se aqui o doador cônjuge que, apesar do laço afetivo, não é relacionado geneticamente.

-Doador falecido– é o doador em morte encefálica decorrente de traumatismo ou acidente vascular craniano, que do ponto de vista ético seria o doador de órgãos ideal para todo tipo de transplantes. No caso do transplante renal, sua utilização tem sido crescente no nosso meio. Neste tipo de transplante não há parentesco com o receptor e é possível graças aos esforços das equipes multidisciplinares de captação de órgãos.

Para entender como ocorre na distribuição de transplantes no Estado do Rio de Janeiro demonstramos no gráfico 1 as seguintes informações:

Gráfico 1- Panorama de Transplantes – Rio de Janeiro, 2010 a 2012.

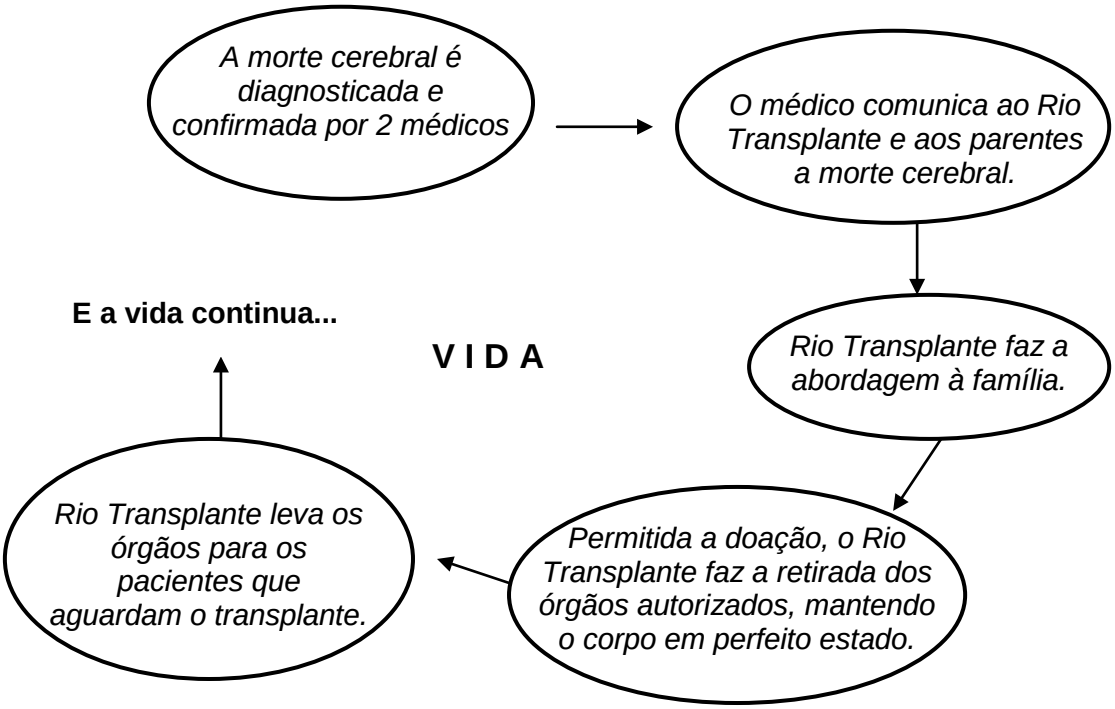


Fonte: Central Estadual de Transplante-PET, 2013.

Mediante a essa realidade, após confirmação da morte cerebral formada sempre por três profissionais independentes das equipes de transplante (em geral um neurologista ou neurocirurgião, um intensivista e um radiologista) e avaliação dos resultados de exames realizados e entrevista familiar e, confirmando-se a doação, iniciam-se os preparativos para cirurgia de extração de órgãos. Diante da escassez de órgãos, as doações são, via de regra, de diferentes hospitais, o que implica a necessidade de coordenar a ação de múltiplas equipes (BRASIL, 2008).

Ao definir os profissionais envolvidos com o processo de diagnóstico da morte encefálica e doação /transplantes podem destacar-se: médicos, enfermeiros, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

O caminho da doação de órgãos é de suma importância, pois visa diminuir os limitantes como demora na detecção da morte encefálica, contato com a família, comunicação a ela e a mobilização dos profissionais envolvidos no procedimento. Visando a esses acontecimentos, temos a seguir, conforme o Sistema Nacional de Transplante (BRASIL, 2010) o caminho até chegar ao transplante.



Fonte: Sistema Nacional de Transplantes (2008)

Ainda composta por uma equipe qualificada no processo de transplante, o enxerto está sujeito a uma grande diversidade de complicações, tanto clínicas como técnicas (RIELA 2003):

Portanto, as atividades de enfermagem pré-operatórias devem incluir o estabelecimento de uma avaliação basal do paciente/cliente antes do dia da cirurgia com uma entrevista pré-operatória, que inclui, além de um exame físico, avaliação emocional, história anestésica prévia e a identificação de alergias ou problemas genéticos conhecidos, que possam afetar o resultado cirúrgico, assegurando que os exames necessários foram feitos ou realizados, organizar os serviços de consultas apropriados e desenvolver um programa de educação preparatória a respeito da recuperação anestésica e cuidados pós-operatórios (BRUNNER e SUDDARTH, 2009):

- Complicações clínicas
  - Rejeição

É desencadeada quando o sistema imunológico do transplantado reconhece o tecido enxertado como estranho. Pode apresentar-se sob três formas: Hiperaguda, aguda e crônica.

- Hiperaguda - ocorrem minutos ou poucas horas após o transplante, causando uma destruição rápida e irreversível. Pessoas previamente sensibilizadas por transfusões

sanguíneas, multíparas, transplante prévio ou pré-sensibilização bacteriana apresentam anticorpos pré-formados contra o enxerto. Desde a realização do cross match[2] pré-transplante, este tipo de rejeição tornou-se raríssimo. As lesões mais comuns são arterite e arteriolite, trombose vascular e necrose isquêmica, levando ao estreitamento ou oclusão completa da luz dos vasos.

- Aguda - é o único tipo para o qual existe tratamento, podendo ocorrer em qualquer período após o transplante em receptores não tratados com imunossupressores, ou então meses a anos após a interrupção da imunoterapia. Os sinais e sintomas clínicos são febre matinal, ganho de peso, edema, hipertensão arterial, redução do volume urinário, aumento de 30% da creatinina sérica, eosinofilia, dor local e aumento do volume e da consistência do enxerto.

- Crônica - processo irreversível, ocorrendo tardiamente de forma lenta. Pode ser desencadeada por condições como: arteriosclerose, hipoperfusão crônica, hipertensão e imunossupressão inadequada. É detectado laboratorialmente através de presença de proteinúria, aumento de creatinina sérica e diminuição do clearance de creatinina. Histologicamente caracteriza-se pela fibrose na íntima dos vasos, infiltrado intersticial e focos de fibrose.

- Nefrotoxicidade
- A nefrotoxicidade é um efeito colateral causado pela ciclosporina, medicação que causa queda de filtração glomerular, alteração da função tubular, hipertensão arterial, aumento da creatinina, ácido úrico e redução da excreção fracionada de sódio, devendo ser diferenciada da rejeição e da necrose tubular aguda. O tratamento limita-se à diminuição ou à suspensão da dose a ser administrada.
- Necrose tubular aguda
- Nesta alteração existem vários fatores desencadeantes descritos a seguir:
- Hidratação inadequada;
- Doador obeso;

---

[2] Prova cruzada de transplante**.** Exame laboratorial que determina a presença de anticorpos pré-formados no sangue do receptor contra as células do possível doador.

- O não uso de manitol na cirurgia;
- Dificuldade de perfusão;
- Tempo prolongado de isquemia quente ou fria;
- Anastomose com tempo prolongado;
- Incidente pré-morte do doador cadáver, como hipotensão, parada cardíaca e respiratória.

A necrose tubular aguda pode caracterizar-se sob três formas: anúrica, oligúrica e não-oligúrica, apresentando sinais e sintomas como aumento dos níveis séricos de uréia, creatinina e potássio, proteinúria, hematúria, alteração da pressão arterial, edema e outros. Por isso, a recuperação da função renal ocorre em média de uma a três semanas depois, sendo necessário submeter o paciente a tratamento dialítico e redução da dose da azatioprina para evitar depressão da medula.

- Infecções

A grande maioria dos transplantados apresenta episódios infecciosos. A incidência desse processo está relacionada com a duração do procedimento cirúrgico, com o esquema de imunossupressão, com a procedência do órgão, com o agente etiológico, com a reserva nutricional, metabólica e imunológica no pré-transplante, e existência ou não de episódios de rejeição.

Existem também fatores predisponentes, como diabetes melito, hepatites B e C prévias, leucopenia, esplenectomia, uremia persistente, contaminação por hemoderivados ou pela própria flora do paciente.

O período crítico para o desencadeamento varia de três a seis meses, pois nesta fase o receptor ainda está sob efeito direto e indireto da doença de base, das repercussões naturais de uma cirurgia de grande porte, da permanência na UTI, da maior necessidade de imunossupressão, da presença de disfunção do órgão transplantado e também da coincidência com o final do período de incubação de muitas doenças.

Dentre estas complicações técnicas, merecem destaque:

- **Complicações técnicas**

  - Trombose da artéria renal

Os fatores desencadeantes podem ser: erro técnico e acotovelamento dos vasos, arteriosclerose. Quando não detectada precocemente, pode levar a perda do enxerto.

  - Trombose da veia renal

Manifesta-se em decorrência do aumento do volume do enxerto durante episódios de rejeição aguda ou por extensão da trombose da veia ilíaca, causando compressão venosa, sendo necessária nefrectomia do enxerto.

  - Estenose da artéria renal

Pode ocorrer tardiamente devido a erro técnico e arteriosclerose, localizando-se com mais frequência na anastomose. Para sua correção, pode ser feita dilatação com balão ou correção cirúrgica.

  - Hemorragia

Desencadeada por problemas de anastomose vascular, sendo necessário realizar reexploração cirúrgica para correção.

  - Fístula urinária

Seu desenvolvimento pode ocorrer por necrose do ureter distal, deiscência da sutura vesical, erro técnico, infecção, retenção de coágulo e outros. Deve ser feita correção cirúrgica.

  - Obstrução urinária

Pode ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio devido a coágulos, angulação, compressão e infarto do ureter, estenose ureteral e fibrose progressiva dos tecidos. Seu tratamento, quando por coágulos, é feito com irrigação vesical ou troca da sonda vesical de demora. Nas outras causas, é necessária correção cirúrgica, sendo feita nefrostomia para alívio temporário.

  - Ruptura do enxerto

Em geral ocorre nos episódios de rejeição, em que existe edema intenso do enxerto. É necessária reexploração cirúrgica para sutura ou nefrectomia.

  - Linfocele

Desencadeada por erro técnico na ligadura dos vasos linfáticos periveia e artéria ilíaca. Para correção são feitas drenagem percutânea, drenagem para o peritônio ou marsupialização. Knobel (2003) refere que a terapêutica imunossupressora é iniciada alguns dias antes do transplante no caso de doador vivo e no ato cirúrgico quando é utilizado órgão de doador falecido. A maior parte dos pacientes recebe esquema tríplice de imunossupressão com a combinação de ciclosporina A, azatioprina e corticoide. Durante o ato cirúrgico, os pacientes recebem 1,0g de metilprednisolona e os outros imunossupressores são iniciados no dia seguinte**.** Todos os esquemas de imunossupressão utilizam doses maiores das drogas na fase inicial (fase de indução), reduzindo-as progressivamente após alguns meses para os níveis de manutenção.

Portanto, a meta global no período pré-operatório é oferecer ao paciente o maior número possível de fatores de saúde positivos que contribuam para uma comunicação ampla das informações necessárias para o preparo do cliente, por isso, devem ser realizadas todas as tentativas para estabilizar as condições que, de outra forma, atrapalham uma recuperação tranquila.

Nestas perspectivas, o enfermeiro exerce importante função nas atividades de educação em saúde ofertadas ao cliente em terapias substitutiva. Isso porque, o cliente interessado em obter um transplante necessitará de uma comunicação ampla, ou seja, a que vise alcançá-lo em todas as fases do pré-operatório, sabido como o momento decisório da cirurgia até ser encaminhado para a unidade de referência do transplante. Percebe-se que a tentativa de dirimir as dúvidas no sentido de auxiliar ao paciente é uma vivência constante do enfermeiro nos setores da nefrologia.

Desta maneira, as atividades do enfermeiro nas fases pré-operatórias devem incluir o estabelecimento de uma avaliação basal do paciente/cliente antes do dia da cirurgia com uma entrevista pré-operatória, que inclui, além de um exame físico, avaliação emocional, história anestésica prévia e a identificação de alergias ou problemas genéticos conhecidos que possam afetar o resultado cirúrgico, assegurando-lhe que os exames necessários foram feitos ou realizados, organizar os serviços de consultas apropriados e fornecer educação preparatória a respeito da recuperação pós-anestésica e os cuidados pós-operatórios (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Os objetivos das ações dos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro em terapia substitutiva, são de oferecer uma técnica segura e confiável, reduzir o número de hospitalizações e complicações, estimular e reforçar o processo de aprendizagem e

conseguir maior grau de reabilitação do paciente. Para tanto, a enfermagem abrangerá suas funções administrativas, assistenciais e de pesquisa.

Em relação aos aspectos éticos e legais que envolvem a doação de órgãos, são as questões com base nos princípios bioéticos: altruísmo, autonomia, beneficência, justiça e utilidade. Os princípios de altruísmo e autonomia são evidentes no processo de doação de órgãos. Quando se tratar de um doador vivo, ele deverá ter autonomia e liberdade para escolher entre doar ou não o órgão e para quem doar. Essa é uma decisão autônoma, tanto quanto é um ato altruísta e benevolente. Para que essa decisão seja autônoma, é importante que o doador vivo compreenda todos os riscos a que será submetido caso sua escolha seja a doação. Os atos de doar órgão e o de transplantar são realizados para beneficiar indivíduos que estão criticamente doentes. O benefício deve incluir a melhora da saúde do receptor e o conforto e bem estar do doador (quando doador vivo) ou da família do doador. A utilidade inclui os possíveis benefícios e as consequências negativas que poderão ser de ordem médica, psicológica e financeira. As considerações sobre a justiça requerem que os pacientes receptores sejam avaliados individualmente sem considerar questões de gênero, raça e status socioeconômico (DALRI, ROSSI e CARVALHO, 1999).

O Enfermeiro Educador

Processo educativo é a construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral - bem assim, o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas na execução do cuidado no debate com os profissionais e gestores do setor, para alcançar atenção de saúde em consonância com as reais necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população e contribuam para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2005).

A função, que está sendo construída no âmbito do SUS, de pessoas que irão acompanhar e facilitar a reflexão crítica acerca do trabalho em equipe é facilitadora e vão ajudar a colocar em marcha ações de educação permanente em Saúde em todo o País (BRASIL, 2005).

A referência para seleção dos facilitadores deve ser a integralidade e à pergunta dos problemas locos-regionais que será respondida. Identificados os problemas, o

exercício é descobrir quais são os mais críticos, ou seja, quais as dificuldades enfrentadas que impossibilitam um salto de qualidade. Definidos os nós, serão selecionados os temas, equipes, locais de atenção e prioridades que serão desenvolvidos nos locais de educação permanente. O passo seguinte é definir pessoas com potencial de conduzir esses processos de reflexão crítica. Por tanto, são esses os facilitadores de educação permanente que farão parte do curso de formação (BRASIL, 2005).

Chamamos atenção para o fato de que a educação em saúde não pode ser de competência exclusiva de uma única categoria profissional; ela deve contar com um a participação multiprofissional. Figueiredo e Tonini (2008) consideram que o papel educativo do profissional de saúde é um dos componentes das ações básicas, é tarefa de toda a equipe nas unidades de saúde.

Todo cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção de doenças; assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Espera-se que todo contato que o enfermeiro tem com o usuário do serviço de saúde, estando a pessoa doente ou não, deveria ser considerado uma oportunidade de ensino à saúde. Apesar de a pessoa ter o direito de decidir se aprende ou não, o enfermeiro tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivá-la quanto à necessidade de aprender (FIGUEIREDO, 2005).

O pensar em educação e sua relação com o processo de trabalho, observar a importância a respeito da efervescência de novas práticas de saúde e de cuidar no mundo profissional da Enfermagem que demarcam os tempos atuais, permitindo visualizar o efeito de transição entre o ensino e a prática. De um lado, esses efeitos de transição, situados na saúde e na educação impõem aos enfermeiros-educadores um ritmo desgastante de incertezas, de insegurança quanto ao seu destino nas instituições de saúde, de ensino e na sociedade, assinalado pelas dificuldades de inserção e pela exclusão no mercado de trabalho. Por outro lado, esses efeitos de transição mostram as implicações do reconhecimento dos próprios exercestes de Enfermagem, uma vez que eles são determinados e ratificados em lei pela estratificação dos diversos níveis da categoria.

Daí pressupor que, no momento da execução do processo de trabalho ao atuar na prática pedagógica, os enfermeiros-educadores estão obrigatoriamente interagindo com o seu objeto de trabalho (os educandos) e com o produto do trabalho que é a própria relação estabelecida no processo ensino-aprendizagem (VASCONCELOS e PRADO, 2004).

Dentre os vários contextos e áreas de atuação do enfermeiro nos últimos anos, merecendo importante destaque, é o enfermeiro educador na acreditação hospitalar, dentre as diferentes áreas de atuação, visando potencializar a qualidade do serviço. Por isso, ao passar dos anos, mais profissionais se aprimoram na busca pela habilidade e aprimoramento das suas ações perante o cliente.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre dois campos, tanto em qualquer nível da atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam mesmo inconscientemente um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

O conceito de qualidade em saúde não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente. Mesmo com o crescente interesse em se definir qualidade em saúde, essa tarefa ainda representa desafio para os atores que operam nesse campo, e não chegaram a um acordo acerca da definição operacional apropriada e compartilhada. Um serviço de saúde para ter qualidade deve estar integrado, isto é, estar conectado a outros serviços de saúde de alta complexidades, a redes educacionais, a ciência e tecnologia, transportes e infraestrutura, as quais, articuladas ao setor saúde, lhe darão suporte para assistência de qualidade (KUSCHNIR, LIMA, BAPTISTA E MACHADO, 2011).

Dentre as estratégias destacadas no processo de trabalho do enfermeiro, encontra-se o processo educativo desenvolvido para todos os profissionais da categoria sob o seu comando. Assim, s enfermeiros líderes devem adotar como meta auxiliar desenvolver habilidades de raciocínio crítico, ressignificando dessa forma os saberes pré-existentes de cada profissional de sua equipe (JOINT COMMISSION, 2008).

A enfermagem é uma profissão desenvolvida através dos séculos, em estreita relação com a história da civilização. Sua assistência era prestada em bases empíricas, não exigindo qualquer nível de escolaridade para o exercício das funções de enfermeiro. Sua prática era desenvolvida por voluntários, escravos e religiosos que faziam, também, a supervisão das atividades de enfermagem.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação-CNE/ Câmara de Educação Superior-CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, dispõe em seu art. 4º, inciso I que:

> “Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e

> reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos [...]" (BRASIL, 2001).

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre dois campos, tanto em qualquer nível da atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Estes profissionais utilizam mesmo inconscientemente um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

Para Vasconcelos (2001:30) "a educação em saúde passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e na sociedade".

A comunicação enfermeiro-paciente deve estabelecer relações interpessoais efetivas, que visem acolher os envolvidos dentro das possibilidades de articulações da equipe, ensinando-os medidas de saúde e mantendo um ambiente seguro. O educador na concepção de PAULO FREIRE (2003: 23) é "quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender".

Em conformidade aos princípios estabelecidos pelo SUS, em especial o da integralidade, a educação em saúde coloca-se como tema relevante para as práticas desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, pois, propicia o autoconhecimento do indivíduo como ator social capaz de interagir e intervir em suas necessidades mais abrangentes. Essa prática influi direta e indiretamente na adoção de novos hábitos condicionantes para uma melhor qualidade de vida, e reduz os riscos e os agravos à saúde.

Assistência de Enfermagem Perioperatória

Durante vários anos, a necessidade de uniformizar ou padronizar as linguagens de enfermagem tem sido discutido na literatura de enfermagem. Uma linguagem uniformizada tem várias finalidades, permitindo a coleta e análise das informações que

documentem a contribuição no atendimento e desenvolvimento dos sistemas eletrônicos de informação clínica e do prontuário eletrônico dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento e conhecimento de enfermagem. Essa realidade proporciona informações para a formulação da política organizacional e pública concernente à assistência à saúde e facilita o ensino na tomada de decisão clínica para os estudantes de enfermagem (JOHNSON, 2005).

Para organização do processo de trabalho, temos disponível a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerada como uma ferramenta de suma importância na prática diária por ser um método que facilita a organização do trabalho, permitindo uma assistência individualizada e dinâmica ao cliente. Ao admitirmos como foco deste estudo o processo da comunicação, percebemos que a comunicação também é um mecanismo da assistência que facilita as ações frente aos objetivos, que é cooperar para um atendimento singular, voltados às especificidades de cada indivíduo para que resultados favoráveis sejam alcançados.

Os estudiosos pesquisadores afirmam que a enfermagem é um processo interpessoal, simbólico e complexo e que o enfermeiro precisa ter consciência da elação dos comportamentos verbais nas interações e reconhecerem que as emoções, expectativas e os estereótipos interferem na comunicação, bem como o conhecimento prévio dos emissores. Acreditam na motivação como fundamental para aquisição da habilidade em comunicação (BRAGA e SILVA, 2007).

Por isso, sentimos a necessidade de detalhar a sistematização da de enfermagem no perioperatória do transplante renal, por entender que pode ser um suporte relevante à comunicação que o enfermeiro exerce de forma interrupta ao cliente em hemodiálise, objetivando assessorá-lo no pré-operatório. Os clientes, em especial os nefropatas, a se depararem com a realidade de estarem dependentes das terapias renais substitutivas, podem ser acometidos por medos como o desconhecido, mudança de vida, interferências na vida familiar e no trabalho. Diante desses desafios, acreditamos que a sistematização da assistência poderá contribuir de forma significativa para apoiar a comunicação que o enfermeiro utiliza para dar continuidade à assistência de enfermagem ao cliente em terapia hemodialítica com interesse ao transplante.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), por meio da Resolução nº 358/2009, dispõe no artigo 1º sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em

que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências, dando o respaldo legal para a ação do enfermeiro. O artigo 2º desta resolução determina que o Processo de Enfermagem deva ser organizado em cinco etapas inter-correlacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

- Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem: processo deliberado, sistemático ou contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre as respostas em um dado momento do processo saúde-doença,
- Diagnósticos de Enfermagem: Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;
- Planejamento de Enfermagem: determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, identificada na etapa de diagnósticos de enfermagem;
- Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;
- Avaliação de Enfermagem**:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram ao resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é individualizada e, para atender a esse objetivo, temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória que, sem dúvida é o alicerce que dá sustentação às ações de enfermagem no Centro Cirúrgico, além de criar maior interação da assistência no pré, trans, e pós-operatório. Deve ser planejada rigorosamente pelos enfermeiros que atuam na fase Peri operatória, com um instrumento adequado para a realidade da Instituição, para que realmente,

atenda a seus objetivos e não resulte em mais dificuldades para o desempenho das atividades do profissional (SOBECC, 2013).

No artigo 3º da Resolução nº. 358/2009, o processo de enfermagem deve basear-se num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções; e que, forneça a base para avaliação dos resultados alcançados. Nesse contexto, a consulta de enfermagem, na forma de visita pré-operatória, pretende fornecer suporte para uma aplicabilidade que oriente o histórico e a coleta de dados (COFEN, 2009).

O enfermeiro deve avaliar as condições específicas do paciente no pré-operatório, identificando seus problemas e fornecendo-lhes informações que certamente contribuirão para diminuir seus medos e, também, suas angústias, ansiedade e insegurança. A enfermagem tem um papel fundamental por ser uma profissão que busca promover o bem-estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade, dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e do processo do morrer (JORGETTO; NORONHA; ARAÚJO, 2005).

O encontro do enfermeiro e o paciente geralmente ocorrem com o propósito de cuidar. A ajuda está centrada na ação de prover uma necessidade de conforto, de higiene, de movimentação, de medicação ou de outra ação técnica de enfermagem. Trata-se de integrar o “apoio psicológico” em todas as ações de enfermagem (LEITE, MARINI e FELLI, 2006).

O enfermeiro deve ter consciência de que a cirurgia é algo marcante na vida do cliente, pois traz implicações significativas, afetando seus desejos e suas necessidades básicas, sejam elas de ordem física, emocional, espiritual, mental, social e econômica. A enfermagem atende os clientes em todas as fases da cirurgia: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, existindo ações e atos específicos para cada uma dessas fases (FIGUEIREDO, LEITE e MACHADO, 2008).

As ações de cuidado ao paciente em período pré-operatório, momento de especial atenção pelas modificações que se operam no ser humano e ressaltar o cuidado humanizado através das relações interpessoais, de dedicação ao outro, de escuta e comunicação como dimensões indispensáveis para o cuidado de enfermagem (HUDAK e GALLO, 2006).

Dentro do contexto a assistência de enfermagem varia de acordo com a fase perioperatória que são eventos ocorridos durante todo o período cirúrgico, desde o preparo para a cirurgia até a recuperação dos efeitos temporários da cirurgia e anestesia e é compreendida por períodos: Perioperatório; Pré-operatório mediato e imediato; Transoperatório e Pós-operatório imediato, mediato e tardio (MEEKER e ROTHROCK, 2007).

- Pré-operatório: tem seu inicio no momento em que se identifica a necessidade de uma intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa cirúrgica.
  - Mediato-até 24h antes da cirurgia
  - Imediato-24 horas antes da cirurgia

- Transoperatório: tem início no momento em que o paciente é transferido para mesa cirúrgica e termina no momento em que é transferido para Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA).

- Pós-operatório- tem início com admissão no setor de URPA e termina após a avaliação na unidade de internação. É subdivido em:
  - Imediato: da admissão do paciente na sala da URPA até as primeiras 24 horas pós-operatórias.
  - Mediato: período que vai de 24 a 48 horas pós-operatórias.
  - Tardio: a partir de 48 horas de pós-operatório e persiste enquanto o indivíduo necessitar de atenção especial

O suporte familiar deve acontecer conforme necessidade dos membros da família e infraestrutura (recursos humanos e materiais) existentes no serviço. Para tanto, recomendamos fazer uso de políticas de saúde estabelecidas pelos gestores locais.

A enfermeira deve iniciar as orientações para auto-cuidado conforme protocolo institucional, envolvendo o paciente e a família no processo de educação. Sugere-se um cronograma para orientação envolvendo também a equipe multiprofissional.

Os objetivos da assistência de enfermagem, no pré-operatório, visam o preparo bio-psico-sócio- espiritual e emocional do paciente e familiares/cuidadores para enfrentar o trauma anestésico- cirúrgico ao qual será submetido à avaliação física e continuidade do tratamento. A enfermeira deverá garantir a interação multidisciplinar, para viabilizar os cuidados necessários ao paciente no período perioperatório.

Ao interpretar o cuidado, o enfermeiro terá segurança em seus atos junto ao paciente e tranquilidade para coordenar o trabalho de sua equipe. Além disso, terá argumentos na discussão de cada caso para definição de projetos terapêuticos individuais e coletivos, como criar e manter um ambiente saudável e terapêutico que promova autonomia do ser humano; mantendo as relações interpessoais terapêuticas individuais e em grupos para atendimento das necessidades da pessoa que precisa de ajuda (LEITE, MARINI e FELLI, 2006 ; PEREIRA, 2003).

Devido à complexidade, a modalidade terapêutica transplante renal exige que a equipe de enfermagem preste uma assistência específica, com qualidade e domínio técnico-científico, para embasar a sua atuação. Com este objetivo, faz-se necessário que o enfermeiro sistematize as suas ações e planeje os cuidados prestados aos pacientes submetidos ao transplante renal, reavaliando periodicamente, implementando a assistência de enfermagem e intervindo com segurança nos períodos pré, intra e pós-operatório.

METODOLOGIA

3-METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de campo e com abordagem qualitativa direcionada aos clientes em processo hemodialítico com vistas ao transplante.

O interesse pela pesquisa qualitativa deve-se à adequação para a compreensão da problemática do estudo, aprofundamento, análise, interpretação e discussão dos resultados, permitindo atender satisfatoriamente aos objetivos propostos, além de prevê a incorporação de significados e intencionalidades inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, por meio da vivência e da explicação do senso comum, que responde às questões particulares, preocupando-se com um tipo de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2008). Ao ser aplicado, propõe-se a:

> "A pesquisa qualitativa é apropriada se o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim o que elas apresentam. Tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte da sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador. Essa realidade fez parte do nosso contexto de estudo". (LEOPARDI, 2002: 116-117):

Triviños (2008) refere que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento chave e descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Com vistas ao citado pelo autor, tentou-se apreender as falas dos partícipes na sua totalidade, aplicando os trechos pertinentes á análise. Continuando a ideia do autor, a pesquisa qualitativa, tem no seu significado a preocupação essencial e, ainda, que seus pesquisadores preocupam-se com o processo, e não simplesmente com os resultados, e tendem a analisar seus dados indutivamente. Quanto à pesquisa descritiva, propõe-se a descrever com exatidão fatos e fenômenos de determinada realidade.

Santos (1999) descreve a pesquisa descritiva como o levantamento das características conhecidas ou componentes de um fato, fenômeno ou problema. Normalmente, é feita na forma de levantamento ou observações sistemáticas. Portanto, o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade e exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja estudar, uma precisa delimitação das técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

A pesquisa de campo vai ao encontro da realidade é considerada por Leopardi (2002) como aquela que é desenvolvida em cenários naturais, em locais de convívio sociais e procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

Nessa perspectiva, procurou-se solidificar o estudo no campo da técnica a partir do método investigativo denominado: pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde o que poderá levar às construções teóricas; portanto a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação coma as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua.

A principal característica da PCA consiste na articulação intencional com a prática assistencial. Dessa forma, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, o que não implica em atribuir a qualidade de idênticas às características destas duas atividades e inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolvem os sujeitos pesquisados ativamente nos processos de pesquisa e assistência. Esse tipo de pesquisa articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente durante o processo da pesquisa para as situações práticas; por outro lado, os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática.

A PCA inclui alguns pressupostos:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos da saúde e

renovação de práticas em superação, o que requer comprometimentos dos profissionais em incluir a pesquisa em suas atividades, unindo o saber-pensar ao saber-fazer;

- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas e estudos da pesquisa;
- O espaço das relações entre pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica;

A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes deste contexto. O profissional da área da saúde é potencialmente um pesquisador de questões co as quais lida cotidianamente, o que possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no tratamento que realiza.

Este tipo de pesquisa conduzida na área da enfermagem inclui atividades de cuidado/assistência dos clientes; por isso há quem a veja confundida com o ato de cuidar. Tal tipo de pesquisa inclui um gesto de cuidar; no entanto defendemos a posição de que a pesquisa no seu todo não se consubstancia como ato de cuidar ou de assistir somente (TENTRINI E PAIM, 2004).

Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Hemodiálise de um Hospital Público Universitário situado no Município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma Instituição Federal de ensino que só a partir de 1968 passou a ser denominado "Hospital Universitário", ocasião em que fora realizada uma grande reforma para readaptação como um hospital-escola. Serve de campo de estagio tanto para seus discentes como de outras instituições públicas e privadas de diferentes áreas de estudo (Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Laboratório, etc.) (BORGES, 2008).

O setor de hemodiálise é composto por uma área física que compreende sala de espera, posto de enfermagem, seis poltronas e oito máquinas de hemodiálise - sendo duas dessas máquinas direcionadas para os setores críticos como os centros de

terapia intensiva adulto e infantil; uma sala de reuso (prepara de materiais). Possuem ainda duas salas externas ao setor, uma reservada para a equipe médica e a outra para a organização dos materiais de hemodiálise. Funciona de segunda-feira aos sábados no horário diurno de 07h00min ás 19h00min horas e domingo em regime de sobreaviso da equipe responsável.

A unidade recebe um grande fluxo de clientes em terapia hemodialítica compreendido entre os dias de terças e quintas-feiras, tanto no horário da manhã, quanto da tarde sendo atribuída a preferência dos mesmos nesses dias. Os outros dias da semana (segundas, quartas, sextas e sábados) o quantitativo de atendimento é menor.

O setor recebe os clientes internos e externos. Alguns clientes externos são provenientes de outras clínicas de diálise que tiveram seu funcionamento interrompido. O atendimento à clientela externa é organizado juntamente com os internos, que fazem acompanhamento no ambulatório da hemodiálise. A distribuição dos pacientes é realizada de forma organizada, a fim de evitar conflitos de horários. Durante a permanência no setor, os acompanhantes podem ficar na sala de espera ou no primeiro andar da instituição, aguardando o término da diálise.

Quanto ao quantitativo de recursos humanos de enfermagem, possui duas enfermeiras, sendo que uma cumpre carga horária de 07h00min as 13h00min horas e uma de 13h00min as 19h00min horas, ambas são responsáveis pela assistência e supervisão. Além dessas, existem duas outras enfermeiras com experiência em terapia hemodialitica que atuam em outros setores do hospital, ficando em sobreaviso para cobrirem possíveis ausências que poderão ocorrer.

As enfermeiras do Programa de Residência subvencionado pelo Ministério da Saúde compreendem o quantitativo total de oito enfermeiras que cumprem escala obrigatório por um mês durante o primeiro ano de residência no setor de hemodiálise, podendo retornar ao setor, caso seja sua preferência no segundo ano da residência. Destas, uma residente desistiu da especialização, outra não havia sido escalada no setor de hemodiálise e uma havia falecido durante o curso.

A equipe conta ainda, com um médico diarista e mais dois com escala de 12X36 (doze horas de trabalho seguidas por 36 horas de descanso) e mais dois residentes de medicina, atuando de segunda à sexta-feira.

Com relação aos técnicos de enfermagem existem doze, os quais são distribuídos nos diferentes horários dando cobertura total ao atendimento diurno.

Participantes

Para participação do estudo, a população foi selecionada por meios de critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Consideramos como critérios de inclusão:

- Enfermeiros do quadro permanente que atuam no setor da hemodiálise há pelo menos, seis meses, os que se dispuseram participar livremente do estudo e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- Enfermeiros residentes do primeiro e segundo ano que estejam atuando ou atuaram na unidade de hemodiálise e participam da terapêutica dos pacientes que poderiam ser submetidos ao transplante renal.

Foram utilizados como critério de exclusão os enfermeiros que estavam licença por período prolongado.

Participaram da pesquisa quatro enfermeiras lotadas no serviço de hemodiálise que prestam ou prestaram cuidados de enfermagem aos clientes submetidos ao processo hemodialítico e cinco enfermeiros residentes que atenderam aos critérios de inclusão.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi efetuada durante o primeiro semestre de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada, tendo como base a comunicação que o enfermeiro, partícipe deste estudo, realiza durante o tratamento hemodialítico do cliente indicado para o transplante renal. Utilizou-se um roteiro, previamente elaborado, composto por três questões subjetivas:

- De que maneira é realizada a identificação dos clientes em procedimento hemodialítico indicados para transplante renal;

- Quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação aos clientes no período pré-operatório para transplante renal;
- Definir de como o participante percebe a comunicação no processo assistencial aos clientes que serão submetidos ao transplante.

Embora tenha por objetivo obter informações, a entrevista constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas (TENTRINI e PAIM, 2004).

A entrevista realizada foi do tipo semi-estruturada, visando atender aos objetivos propostos. Foi realizado primeiramente, um traço do perfil dos participantes, objetivando conhecê-los profissionalmente. Posteriormente, foram realizados os questionamentos pertinentes ao estudo, permitindo uma fala informal, em que o enfermeiro pudesse partilhar experiências apreendidas durante as condutas na comunicação ao cliente em terapia hemodiálitica com vistas ao transplante.

A entrevista semi-estruturada parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa. À medida que a interação do entrevistador e o entrevistado progridem, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa. Nessa modalidade, o pesquisador, ao conduzir a entrevista, terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido referente à pesquisa, que certamente suscitarão direções para o questionamento, e não se condiciona o entrevistado a elaborar exatamente as mesmas perguntas para todos os entrevistados (TENTRINI e PAIM, 2004).

As entrevistas foram efetuadas em local reservado e gravadas mediante autorização dos partícipes, considerando o horário e disponibilidade de cada entrevistado, de modo que não interferisse na dinâmica do setor.

Após as entrevistas todo o material foi transcrito, para obter o sentido e apreensão dos significados, constituindo-se em procedimento de reflexão. Utilizou-se de suporte teórico e referência para embasamento dos fatos e enriquecimento da pesquisa.

Os resultados foram analisados qualitativamente, embasados no referencial conceitual da comunicação de Silva (2006) e sustentado na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Trevellbe, procurando relatar as experiências vividas pelo enfermeiro no setor de hemodiálise, tendo em vistas a importância da comunicação na prestada ao cliente candidato ao transplante, permitindo contribuir

significativamente para o preparo deste paciente no pré-operatório mediato e imediato.

Visando direcionar este estudo, com o intuito de compreendermos os dados obtidos, baseamos as falas dos participantes de acordo com na 3ª fase da teoria de Joyce Travelbee (fase da identidade), onde provavelmente se inicia a interação, em que enfermeiro e o paciente se conhecem cada vez mais, identificam os problemas e estabelecem metas. Nesta fase o enfermeiro encontra-se menos angustiado com a situação, pois se estabelece uma relação de segurança e confiança entre as partes envolvidas.

Além de a comunicação constituir um fundamento cultural do ser humano, é também uma necessidade básica, sem a qual o relacionamento humano seria impossível. O enfermeiro é referido por Travelbee como terapêutica por ser uma arte curativa, ajudando o indivíduo doente ou necessitado de atendimento de saúde. Por isso, consideramos que o processo de comunicação está presente em todas as fases da vida profissional, precedendo como elemento essencial para as interações entre duas pessoas, transmitindo idéias, sentimentos, ensinamentos dentre outros. Para esta etapa, foi considerada também a análise de conteúdo a melhor técnica para a pesquisa qualitativa, pois visa conhecer e esclarecer o conteúdo dos depoimentos dos participantes da pesquisa.

A análise de Conteúdo trata as informações provenientes dos discursos/falas dos sujeitos investigados sobre um determinado assunto, onde seja possível centralizar as idéias e categorizar tematicamente. Compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão destacando-se em três fases: Pré-análise; exploração do material ou codificação dos dados; e Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2010). Procurou-se relatar as experiências dos participantes durante a comunicação no relacionamento interpessoal do procedimento de hemodiálise com vistas ao cliente indicado para o transplante renal.

A pré-análise foi constituída da leitura extenuante na fala dos participantes, apreendendo nove (9) entrevistas, visando à composição das categorias. O conteúdo analisado foi transcrito na íntegra, pois envolve as experiências vividas pelas enfermeiras da assistência ao cliente hemodialítico, com vistas ao transplante renal. Dessa maneira, a pré-análise consistiu na leitura e escolha das unidades de

significação relativas ao tema, para em seguida fazer-se os recortes das unidades de análise, considerando a variação qualitativa dos conteúdos temáticos nas unidades analisadas.

A pré-análise foi constituída da leitura extenuante na fala dos participantes, apreendendo nove (9) entrevistas, visando à composição das categorias. O conteúdo analisado foi transcrito na íntegra, pois envolve as experiências vividas pelas enfermeiras da assistência ao cliente hemodialítico, com vistas ao transplante renal. Dessa maneira, a pré-análise consistiu na leitura e escolha das unidades de significação relativas ao tema, para em seguida fazer-se os recortes das unidades de análise, considerando a variação qualitativa dos conteúdos temáticos nas unidades analisadas.

A exploração do material foi efetivada a partir de recortes e codificação dos núcleos de significados que constituem as categorias e subcategorias, considerando a regra de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência à comunicação e no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente em processo hemodialítico. O tratamento dos dados obtidos, interpretação e análise deram-se à luz da conceituação da comunicação Silva 2006 e da teoria e Travelbee (1979).

Após a coleta de dados foi elaborada a leitura de cada relato, apreendendo os achados, dos quais emergiram quatro categorias:

Cat. 1 - encaminhamento para o transplante renal com uma subcategoria – estrutura da instituição para o transplante;

Cat. 2 - Orientação para o transplante com duas subcategorias - direcionamento para o transplante e interesse do cliente para o processo do transplante;

Cat.3 - Responsabilidade do enfermeiro na comunicação com cliente;

Cat.4 - Importância da comunicação enfermeiro/cliente.

É importante ressaltar que a identidade dos participantes se manteve preservada, seus nomes foram modificados, utilizando-se de um codinome, nominadas E1, E2, E3, E4 - referem-se aos enfermeiros do quadro fixo de pessoal da instituição e ER5, ER6, ER7, ER8 e ER9 enfermeiro residente.

Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO para avaliação e aprovação. A participação dos sujeitos no estudo foi registrada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecida, segundo os princípios da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual apresenta as diretrizes regulamentadoras mais abrangentes acerca de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012).

Após aprovação do Comitê de Ética foi solicitada autorização à Instituição onde foi realizada a coleta de dados e o convite aos participantes da pesquisa, os quais tinham liberdade e o direito de desistirem do estudo em qualquer momento se assim achassem necessário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4-RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta etapa da pesquisa, foi possível conhecer a população estudada, traçando o seu perfil quanto ao gênero, faixa etária, tempo de formação, e qualificação na área de nefrologia, descrito no quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos Entrevistados que Atuavam no Setor de Hemodiálise - Rio de Janeiro, 2013.

Participantes da Pesquisa	Gênero	Faixa Etária	Tempo de Formação	Qualificação na Área de Nefrologia
E1	Feminino	39 anos	15 anos	Não
E2	Feminino	49 anos	14 anos	Não
E3	Feminino	52 anos	13 anos	Não
E4	Feminino	62 anos	40 anos	Sim
ER5	Feminino	26 anos	1 ano e 8 meses	Em treinamento
ER6	Feminino	27 anos	1 ano e 8 meses	Em treinamento
ER7	Feminino	26 anos	2 anos	Em treinamento
ER8	Feminino	28 anos	2 anos e 4 meses	Em treinamento
ER9	Feminino	24 anos	1 ano e 11 meses	Em treinamento

Fonte: OLIVEIRA, A.M. A Comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente submetido ao processo hemodialítico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem- Rio de Janeiro-UNIRIO, 2013.

Podemos observar na descrição do quadro-1, que dos nove participantes, 100% são mulheres, demonstrando que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina, embora nos dias atuais, seja exercida por profissionais de ambos os sexos. Tem sido comum observar que o homem tem avançado na inserção

desse contexto profissional. É fato que a enfermagem, ainda nos dias atuais, permanece como profissão essencialmente feminina, haja vista que o percentual de homens que buscam essa opção profissional é reduzido. A singularidade do trabalho da enfermagem marcante não somente por caracterizar-se como profissão essencialmente integrada por pessoas do sexo feminino como, também, pela especificidade das ações que desenvolvem no dia-a-dia (SPINDOLA e SANTOS, 2003).

Em relação à faixa etária, observa-se que os participantes da pesquisa são formados por um perfil mais maduro quando se refere ao enfermeiro do quadro permanente da Instituição, encontrando-se na faixa etária de 39 a 62 anos, levando a crer que a responsabilidade é aprimorada com o passar do tempo, tornando os profissionais mais conscientizados quanto ao seu papel como eterno educador. O profissional enfermeiro tornou-se muito “invasiva” com os avanços da tecnologia e ciência de saúde, mas que ainda fazem-nos responsáveis no cuidar com consciência e responsabilidade. (FERNANDES 2005),

Em relação aos enfermeiros, residentes, a faixa etária predominante foi mais jovem, de 24 a 28 anos, atestando que parte da sua constituição é composta por profissionais em plena construção e avanço profissional. Diante dessa informação, é importante enfatizar que a residência permite um aperfeiçoamento profissional nas práticas vividas. Podemos por tanto, considerar que no modelo de competências importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho.

Sabe-se que o enfermeiro assume um caráter mais intelectualizado, menos prescritivo, exigindo a mobilização de competências que envolvem domínios cognitivos mais complexos e que vão além da dimensão técnica, demandando novas exigências de qualificação do trabalhador e a elevação dos níveis de escolaridade (DELUIZ, 2001).

Observa-se também, que o tempo de formado varia entre 13 a 40 anos entre os enfermeiros fixos da unidade de hemodiálise e, os residentes entre 20 a 28 meses. Já no que se refere à qualificação profissional, apenas um dos participantes do quadro permanente possui especialização na área de nefrologia reconhecida pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, além de administração hospitalar.

A promoção da qualidade da assistência tem sido um dos motivos pelos quais os enfermeiros mais experientes e qualificados proporcionam treinamento a atualização para suas equipes. A tendência do rumo da nefrologia depende do empenho do enfermeiro cada vez maior, visando uma assistência mais adequada que vai gerar uma qualidade do cuidado para o cliente em terapia dialítica (LIMA e SANTOS, 2004).

Duas participantes não possuem qualificação em outras áreas e um participante possui qualificação em dermatologia e terapia intensiva. Entre os residentes, uma possui especialização de enfermagem do trabalho, outro cursa especialização em auditoria. É possível perceber que a especialização em nefrologia tem sido uma área pouco procurada, visto que o crescimento e os avanços tecnológico-operacionais na área da saúde que oferecem rápido retorno financeiro atraem mais frequentemente, profissionais recém-formados para o mercado, o que pode ser percebido nas falas dos partícipes.

> (...) é uma especialização pouco procurada-**E2**.
> (...) Atualmente, a maioria dos enfermeiros que eu conheço não procura essa especialidade-**E4.**

Entre os entrevistados, um referiu que não tem especialização e nem faria se tivesse oportunidade.

> (...) não trabalho com hemodiálise - exceto pela passagem no setor, durante a residência (...) espero nunca trabalhar. Não é meu campo. A vida deles é muito sofrida. Eles têm que fazer hemodiálise com dias determinados na semana, passando muitas horas no setor (...) é muito triste-**ER6**.

A realidade da instituição em estudo não é diferente, pois apenas um dos participantes possui especialização na área. Os outros que atuam no setor referem ter vontade de se especializar, mas postergam essa decisão por inúmeros problemas pessoais.

> (...) recebemos treinamento pela enfermeira chefe que é muito boa em tudo que faz aqui no setor-**E2.**

> Esse treinamento possibilita nos capacitar para atuarmos com este tipo de paciente (...)-**E3.**

Embora o treinamento em serviço e a prática diária da assistência de enfermagem, a especialização proporciona um conhecimento focalizado em procedimentos técnicos específicos, capacitando-o à divulgação de sua experiência, autonomia de trabalho, aprimorando o cuidado de enfermagem dirigido ao cliente portador de insuficiência renal (LIMA e SANTOS, 2004).

Análise das Categorias

A organização dos dados coletados permitiu a construção das unidades de registros, após apreensão dos depoimentos dos participantes, agrupando-se os temas relativos ao objeto de estudo em cada unidade analisada. Além disto, através dessas unidades, foram identificadas quatro categorias temáticas: Cat. 1 - encaminhamento para o transplante renal com uma subcategoria – estrutura da instituição para o transplante; Cat. 2 - Orientação para o transplante com duas subcategorias - direcionamento para o transplante e Interesse do cliente para o processo do transplante; Cat. 3 - Responsabilidade do enfermeiro na comunicação do cliente; Cat.4 - Importância da comunicação entre enfermeiro/cliente.

As categorias temáticas foram descritas com riqueza de detalhes para a apreensão das informações relevantes, incluindo as subcategorias e os fragmentos dos textos das unidades de registro para compreensão dos dados obtidos para a análise discussão e finalização da pesquisa.

Categoria 1- Encaminhamento para o Transplante Renal

Nesta categoria foi solicitada como se dava o processo de indicação para o transplante renal dentre os clientes que se encontravam em tratamento hemodialítico no setor de estudo. Nesta questão, foi possível perceber que alguns informantes pensavam bastante antes de responder, ou seja, analisava a pergunta e se mostravam pensativos, mas passado algum tempo, conseguiam emitir uma resposta. Outros fugiram do sentido do questionamento falando de suas experiências em outras unidades de trabalho e/ou

sobre seu ponto de vista da realização do transplante.

Verificamos nas falas dos entrevistados a precisão de como são efetuadas as indicações, apreendendo o termo “encaminhamento” como o núcleo da unidade de registro, que aparece em várias falas para responder a questão sobre identificação do cliente em terapia hemodialítica indicado para transplante. Procuramos selecionar as falas mais significativas.

> Normalmente os pacientes pegam um parecer dizendo que vão para um possível transplante. É feito uma triagem para os interessados (...)-**E1.**
>
> Quem faz essa identificação é o médico **-E1, E2, E3, ER5 e ER6.**
>
> Acompanhamos o paciente e depois orientamos naquilo que ele tem dúvidas, focamos as informações necessárias (...)-**E4.**
>
> (...) A chefe do setor conhece bem os pacientes e tem um foco melhor para o transplante. Ela acompanha os pacientes, conversa com a equipe sobre o transplante e sabe de quem quer o transplante (...)-**E2.**
>
> (...) O médico que diz pra gente se aquele paciente é indicativo de transplante ou não. Quando isso acontece, a gente encaminha. Eu poderia fazer, pois sei os que se encaixam no perfil porque eu tenho experiência com transplante (...)-**E3.**

O ser humano desde o princípio da sua existência necessita e utiliza a comunicação para compartilhar fatos, interagir com os outros, ou seja, relacionar-se. Essa realidade não é diferente nos dias atuais, muito menos dentro das unidades hospitalares, ambiente, que pode se tornar ameaçador para os que se encontram doentes. Muitas vezes o enfermeiro não percebe que utiliza a comunicação durante toda a sua assistência. Alguns entrevistados falam muito rápido sobre a comunicação na

identificação do cliente indicado para transplante focando no termo orientação, esquecendo de que para haver orientação é preciso estabelecer a comunicação para que os se cumpram os propósitos de informação e esclarecimentos, muitas vezes contidos nas orientações.

A rotina no dia-a-dia do profissional inibe sua percepção. Apaixonar-se pela ideia de compreender as pessoas pode eliminar o preconceito que os clientes nada sabem sobre as questões de doença e saúde (SILVA, 2006). O processo da comunicação está em todas as etapas das nossas vidas, pois é um elemento essencial apara a transmissão de ideias, sentimentos e ensinamentos (TRAVELBEE, 1979).

A rotina faz com que, muitas vezes, olhemos sem ver, escutemos sem ouvir, palpemos sem sentir e estereotipemos nossos pacientes, enquadrando-os em categorias estanques (BARROS, 2000; LIMA e SANTOS, 2004).

Nos depoimentos o parecer descrito acima significa o protocolo próprio da secretaria de saúde. A identificação do cliente para o transplante renal é fortemente realizada pelos médicos, embora seja referida por algumas enfermeiras que não há impedimento para que elas façam esse encaminhamento, mas que é rotineiro o médico indicar o cliente para transplante. Uma enfermeira, inclusive, possui experiência com a área de transplante, mas não faz essa identificação usualmente.

Outra questão aborda o preparo da chefe do setor para lidar com as questões do transplante. Assim como veremos a frente, a qualificação dentro da área deve favorecer as condutas do enfermeiro na utilização da comunicação com o cliente e o treinamento deste para o transplante. Destacamos que já foi visto na análise do perfil dos participantes e, apenas uma enfermeira possui especialização em nefrologia que coincidentemente é a mesma informante elogiada por alguns participantes da pesquisa.

O treinamento do cliente pode ser definido como qualquer interação entre o paciente e o profissional de saúde, que intencionalmente reconhece as necessidades de saúde, permitindo que o paciente um maior conhecimento da sua condição e necessidade de cuidados (BARROS, 2000).

É enfático ainda, que o enfermeiro assume uma grande responsabilidade diante do cliente nas ações educativas na indicação ao transplante. Devemos considerar também que o indivíduo pode apresentar características que contra indiquem o transplante, gerando uma falsa expectativa, mostrada como preocupação na fala de uma das partícipes, mas o profissional enfermeiro pode e deve prestar as informações necessárias a respeito do assunto. Isso porque, precisamos conhecer o cliente, suas

necessidades e dúvidas para poder inseri-lo ou não no programa de transplante que é facilitado pelo relacionamento interpessoal entre enfermeiro/cliente. Por isso, é importante conhecer as especificidades de cada interessado para depois estimular.

Para ser um bom educador não basta conhecer profundamente o assunto a ser ensinado; é preciso saber as características daqueles a quem estaremos ensinando. Não se pode usar a mesma metodologia para todos os pacientes e quanto mais conheceu as suas características, mais fácil será acertar na metodologia (BARROS, 2000; LIMA e SANTOS, 2004).

> (...) Devemos ter cuidados no que falamos para o paciente para não alimentar uma falsa esperança, caso ele não possa transplantar. Nós somos muito cobrados pelo que falamos (...)-**E2.**

A teoria de Travelbee (1979) investiga meios de comunicação que favoreçam o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente e, a partir da observação desta prática, focalizar no processo interativo, envolve duas ou mais pessoas.

Seguindo a análise dos dados, é importante enfatizar que embora a rotina seja uma ferramenta que organiza o processo de trabalho, o enfermeiro assume importante papel na educação em saúde, haja vista que ele acompanha o cliente durante toda prestação da assistência de enfermagem de maneira ininterrupta e que esta relação pode exigir desde o preparo do profissional, para procedimentos técnicos, como para estabelecer uma comunicação efetiva. Através desse encontro de ideias, a rotina pode limitar o direcionamento do cliente em terapia hemodialítica para transplante renal.

Após a identificação do problema, ou seja, após o esclarecimento da situação em questão, a ansiedade e o medo tendem a diminuir. A enfermeira pode trabalhar com família e o cliente e, de acordo com o problema, pode encaminhar a família para outros profissionais, por exemplo, à psicologia, o serviço social, entre outros. As atitudes do paciente e da enfermeira é que vão nortear a forma de receber ajuda. Nesse momento inicial, é necessário estar atento às reações do paciente diante da interação interpessoal (TRAVELBEE, 1979).

> Eu possuo muito tempo de experiência em hemodiálise. Faço esse encaminhamento (...)-**E4.**

> (...) Como eu trabalho em transplante eu sei os critérios, consigo identificar quem pode quem não pode, mas a decisão final é do médico (...)-**E2**.

> (...) A indicação ou não para transplante é mais uma coisa médica. Tem a participação do enfermeiro, mas a decisão final deve ser médica. Mas, eu não acho que o enfermeiro deve ser omisso (...)-**E4.**

Para melhor interpretar os atos verbos-gestuais do cliente, o profissional de saúde precisa se assumir como produtor consciente de linguagem e como elemento formador, intérprete de mensagens (SILVA, 2006).

O enfermeiro deve ter plena consciência dos meios de comunicação para esclarecer e interpretar o que o cliente deseja realmente saber ou fazer, dessa maneira o paciente está orientado a explorar todos os caminhos para uma satisfação do cuidado (TRAVELBEE, 1979).

A partir do conhecimento do problema e do objetivo a ser alcançado, o cliente e a enfermeira interagem compartilhando e colaborando para a resolução do problema, influenciando no seu desenvolvimento pessoal e profissional, à medida que ocorre a interação com o paciente na tentativa de resolver problemas, a sua prática de enfermagem vai se tornando mais eficiente (LEITE, MARINI e FELLI, 2006).

Dentro desta categoria emergiu a subcategoria Estrutura da Instituição para o Transplante, citada diversas vezes como característica dificultadora para o encaminhamento dos clientes para o transplante, nas quais se enfatizou a necessidade de refletir sobre adequações na estrutura da Instituição para o preparo da equipe, objetivando efetuar a comunicação como um conjunto de pequenas e grandes práticas articuladas com os profissionais de saúde, em particular com o enfermeiro que atua nos setores de tratamento hemodialítico para os pacientes portadores de doenças renais.

Continuando a ideia anteriormente citada, é possível perceber que alguns participantes sentiram dificuldade de estabelecer essa identificação do cliente em hemodiálise, atribuindo ao fato de a Instituição ser uma unidade hospitalar e não um ambulatório de transplante. Explicam que o funcionamento de ambulatório é diferente do hospitalar. O primeiro é mais voltado para a comunicação em relação ao transplante,

enquanto que o hospital recebe o cliente para dialisar até estabilizar o quadro clínico e, em seguida, encaminhá-lo para clínicas.

Entretanto, como vimos nas características do cenário de estudo, esta descrição não é uma realidade condizente, já que tanto os clientes internos quanto os externos já dialisam a longa data e um quantitativo muito pequeno é transferido para outras clínicas. A maioria dos clientes, segundo a descrição de duas participantes, não quer de forma alguma ser transferida argumentando que está muito bem adaptada ao setor. “Alguns pacientes dizem que não querem sair daqui e dizem que se sentem bem aqui. Caso me transfiram, não vou fazer mais diálise (...)”-**E3, E9**. Isso justifica o motivo de se trabalhar a comunicação enfermeiro/cliente no cliente inserido na hemodiálise para transplante.

Atribuem também que o fato de não serem clínicas limita o encaminhamento dos clientes para o transplante. Há uma proposta futura de ampliação, segundo as falas de dois partícipes de uma unidade com um setor de transplante composto por uma equipe multiprofissional, alegando-se que haverá melhoras significativas na atuação da enfermagem voltadas para a comunicação com este tipo de clientela.

A área física apropriada é quase tão importante quanto a qualificação da equipe, uma vez que esse conjunto permitirá que o processo de ensino-aprendizagem ocorra sem interrupções ou, ao contrário, seja dificultado por ruídos (BARROS, 2000; LIMA e SANTOS, 2004).

Continuando a análise, observou-se que na fala de mais de uma enfermeira (**E2, E3, ER5, ER6, ER8 e ER9**) a referência da chefe do setor é muito positiva quando o assunto é conhecimento e preparo para lidar com essa clientela tão específica. Foi relatado que o clima familiar do setor favorece o comprometimento dos clientes ao procedimento de diálise e estimula, de forma indireta, o interesse pelo transplante porque ela transmite segurança. O fato atribui ao enfermeiro ocupante de cargo de chefia grande responsabilidade diante de seus liderados.

> (...) Ela é muito boa no que faz. Ela se compromete com o paciente de verdade (...)-**E3.**

> “Ela conhece todos os pacientes, os trata com se fosse uma grande família (...)-**ER5”.**

O enfermeiro que atua em nefrologia tem assumido papel fundamental desde que se iniciaram os programas de diálise. As perspectivas de uma especialidade sempre em desenvolvimento e as novas exigências legais de habilitação para o exercício profissional têm exigido do enfermeiro constante aprimoramento (BARROS, 2000).

Ser um líder assertivo significa ter a capacidade de comunicar-se de maneira clara e objetiva ao invés de manifestar uma postura passiva ou agressiva. Agir com assertividade possibilita que o líder desenvolva dentro da equipe um padrão de comunicação mais aberto, o que com certeza acaba propiciando à equipe um melhor rendimento, assim como possibilita uma canal aberto entre líder e liderados (MACHADO, 2007).

Subcategoria 1.1-Estrutura da Instituição para o Transplante

Consideramos que a estrutura física e os recursos materiais e humanos disponíveis para o bom andamento das atividades do enfermeiro não é algo que se consiga resolver em curto prazo, mas, sim, a médio e longo prazo, haja vista que necessita de um sistema administrativo da saúde de grande magnitude. Porém, temos recursos facilitadores que devemos lançar quando prestamos uma assistência individualizada ao cliente em hemodiálise. Entre eles, podemos citar a comunicação e a sistematização da assistência de enfermagem, pretendendo-se não interromper o trabalho de autocuidado e da transmissão de informação diante da possibilidade de um transplante. A metodologia da sistematização da assistência (SAE) deve ser baseada em um referencial teórico que oriente a coleta de dados sobre o estado de saúde, conduzindo os diagnósticos de enfermagem, auxiliando no estabelecimento das prioridades, fundamentando as intervenções e fornecendo parâmetros para avaliação (BARROS, 2000). A SAE proporciona uma linguagem para que os enfermeiros comuniquem o que fazem entre si com os outros profissionais da saúde e do público e facilita a avaliação e a melhoria do cuidado de enfermagem (JOHNSON, 2005).

> A estrutura física do hospital dificulta o trabalho dos pacientes que querem transplantar (...)-**E1, E2, E4, ER7.**
>
> (...) Existe o desejo de montar um ambulatório de transplante, acho que o funcionamento dessa unidade seria

> muito importante porque usaríamos uma assistência sistematizada para este tipo de paciente (...)-**E2.**
>
> Teremos que fazer todas as adequações necessárias com a nova unidade, que é uma proposta para o futuro, montaríamos um serviço de enfermagem qualificada, uma equipe multiprofissional, consulta de enfermagem, acompanhamento pré e pós-transplante. Já tentaram criar uma unidade assim, mas o hospital não tinha condições de estrutura e pessoal qualificado (...)-**E4.**
>
> Aqui não vivemos a realidade do transplante, não temos estrutura física e de pessoal (...)-**E2.**
>
> O paciente fica por certo período com a gente, o acompanhamos antes do transplante. Seria interessante acompanhá-los depois (...)-**E1.**

No Brasil, infelizmente, são poucas as instituições de saúde que entendem e valorizam a necessidade de sistematizar o processo de enfermagem. A ordenação e o direcionamento das atividades beneficiarão não apenas as ações do enfermeiro, mas, principalmente, as instituições, que terão como avaliar melhor o trabalho desenvolvido no ambiente hospitalar. Com vistas a essa panorâmica, torna-se necessário um programa de treinamento para a aplicação da SAE, visto que não é uma realidade prática de muitas instituições. A maneira incorreta ou insuficiente pode resultar em um planejamento e implementação equivocados no atendimento ao paciente (SILVA, 2006).

Apesar de a instituição não realizar o procedimento de transplante, uma vez que os clientes que apresentam interesse e após o preparo (orientações pela equipe médica e de enfermagem, exames e compatibilidade com um doador) são encaminhados para outras unidades referenciadas, cabe aos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, difundir o processo de transplante ao cliente em terapia hemodialítica. É relevante considerar ainda que alguns clientes poderão não se enquadrar no perfil exigido para o procedimento, todavia ele tem o direito de saber das terapias de

substituição renal disponíveis.

A comunicação é uma ferramenta auxiliar no processo e de vital importância para a realização do trabalho do enfermeiro, de modo que sem ela, torna-se impossível a efetivação das trocas de informações de forma segura, completa e precisa (JOINT COMMISSION, RESSOURCES, 2008).

Para atender às suas reais necessidades, é imprescindível observar a maneira como o paciente é recebido, assistido, acolhido e como se estabelece a relação com a equipe de enfermagem, pois são fatores que influenciam significativamente no desenvolvimento do processo a que se submeterá cirurgicamente até sua recuperação (BAGGIO, TEIXEIRA e PORTELA, 2001).

O enfermeiro deverá incluir no seu cronograma de atividades espaço para entrar em contato com o paciente (recém-admitido ou não), estabelecendo com ele um canal de comunicação compreensivo, apresentando sua disponibilidade em ajudar. O enfermeiro deve se interessar em conhecê-lo, identificar suas necessidades e verificar os cuidados que já foram implementados (LEITE, MARINI e FELLI, 2006).

Deslandes (2006) relata que vale a pena ressaltar a natureza do processo comunicativo, que não deve ser compreendido segundo o modelo de transmissão de informações, mas, sim, segundo o modelo habermasiano do entendimento. Diferentemente do primeiro modelo, no qual há apenas um fluxo de informações de um emissor para um receptor, no modelo comunicativo que defendemos se processa um fluxo recíproco.

Categoria 2-Orientação para o Transplante

Relacionados a essa categoria, no questionamento sobre as estratégias utilizadas pelo enfermeiro no âmbito da comunicação, foi apontado as questões que envolviam a “orientação” como núcleo de significação para o questionamento. Ressaltamos a comunicação com o cliente em terapia hemodialítica, o que pode funcionar como um forte canal de ligação, intensificando o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o cliente para questões de orientação no preparo dele para a possível cirurgia. Esta comunicação, considerada de suma importância, carece de uma formação mais consolidada da equipe interdisciplinar e uma interação desta equipe com o paciente, conforme podemos observar nos depoimentos a seguir:

> As orientações são muito focadas com os médicos (...)-**E2.**
>
> É muito comum os pacientes terem dúvidas. Quando isso acontece, nós passamos pra eles todas as orientações necessárias para o preparo do transplante (...)-**E3.**
>
> (...) Quando bem orientado eles têm um ganho de vida, então, a estratégia é essa, acompanhar o paciente desde quando ele dá entrada na diálise e se interessa em transplantar até ficar estabilizado: níveis de ureia, creatinina e potássio reduzidos. É importante não terem dúvidas (...)-**E4.**

A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de fazer ser compreendido. Nesse processo, inclui-se ainda a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos − que podem ser reduzidos ou intensificados pela comunicação − e de persuasão (indução da mudança de comportamentos e valores) (SILVA, 2006).

Travelbee (1979) considera o relacionamento terapêutico ou a relação pessoa-pessoa uma meta a ser alcançada, chegando ao resultado final de uma série de interações planejadas entre os seres humanos (enfermeiro e cliente), os quais durante o caminhar do cuidado desenvolvem uma capacidade crescente de estabelecerem relações interpessoais. Este conceito é também entendido nas falas dos entrevistados

> Os enfermeiros não usam tanto termos técnicos, por exemplo, cefaleia e outros termos que eles não vão entender. Usam termos claros, bem mais claros para compreenderem e não ficarem assustados. O enfermeiro reforça o que o médico diz (...)- **ER6.**

Somente pela comunicação efetiva é que o enfermeiro poderá auxiliar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamentos. Mas, entre todos os profissionais da área da saúde, o enfermeiro, por interagir diretamente com o paciente, precisa estar mais atento ao uso das técnicas da comunicação interpessoal (SILVA, 2006).

A partir do momento em que a enfermeira entra em contato com o paciente e identifica o problema, inicia-se um relacionamento com o indivíduo, respeitando sempre sua individualidade, pois cada indivíduo pode ser visto como uma pessoa biopsicossocial e espiritual única, que reagirá de formas diferentes na interação com o enfermeiro.

> Acompanhei mais as orientações relacionadas à hemodiálise e fístula do que do transplante propriamente dito. Pude perceber quando eles se interessavam pelo transplante, os médicos acompanhavam os pacientes junto com a chefe do setor, que possui muito conhecimento na área. Ela é muito boa no que faz (...) **ER5**.

Para estabelecer a comunicação no relacionamento com o cliente, interferimos na construção do conhecimento juntamente com o sujeito ativo nesse processo - o cliente. Destacamos que essa relação na unidade de hemodiálise estudada acontece de maneira intensificada quando relatadas através do olhar das entrevistadas quando dizem que “o cliente é acolhido e vivenciam um ambiente familiar”. Esse fato contribui para solidificar a comunicação no processo de terapia substitutiva.

Deve ser usada a capacidade e seus conhecimentos científicos, experiências e vivências quando é iniciado o relacionamento com o paciente, que deve estar disposto a desenvolver o relacionamento de ajuda, respondendo ao esforço do enfermeiro de acordo com a sua capacidade de comunicação, visto que o enfermeiro possui conhecimento científico para saber administrar os conflitos que surgem na relação, permitindo a compreensão do seu papel no relacionamento terapêutico com o paciente. (TRAVELBEE, 1979).

O enfermeiro tem importante papel para garantir a qualidade e segurança do paciente − representa a proporção mais alta de trabalhadores no atendimento de saúde em todos os locais, inclusive nos hospitais. Ressalta-se o fato de que, diante das condições de trabalho, a equipe de enfermagem pode estar contribuindo, involuntariamente, para a ocorrência de falhas no sistema organizacional, tais como níveis insuficientes de pessoal, orientação e treinamento inadequados, deficiência em monitorar a competência de forma permanente e em criar um ambiente de respeito, responsabilidade compartilhada e comunicação aberta entre a equipe e os profissionais de todas as áreas. (JOINT COMMISSION, 2008).

> A orientação do enfermeiro é muito diferente do médico. Muitas vezes os médicos falam, os pacientes acham que entendem e não entendem nada e vão perguntar para o enfermeiro. Os enfermeiros explicam melhor (fácil) e de acordo com a linguagem que eles vão entender (...)-**ER6.**

> A enfermeira do setor tem uma relação muito próxima com os pacientes, orienta com muito conhecimento em relação aos cuidados que os pacientes devem ter (...)-**ER7.**

> Essa orientação pode ocorrer de uma maneira mais informal com a chefe do setor. E ainda assim o fato de que a pessoa orientada não significa que vai receber bem as orientações ou vá aderir ao tratamento (...)-**ER8.**

Enquanto profissionais de saúde, não podemos esquecer que nossas mensagens podem ser interpretadas não apenas pelo que falamos mas também pelo modo como nos comportamos. Por isso, é possível aumentar nossa efetividade na comunicação ao tomar consciência da nossa linguagem corporal, principalmente no tocante postura e contato visual. A comunicação adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitida por sinais, e não por símbolos. As pessoas têm um conjunto próprio de valores, ideias, experiências, atribuindo a cada sinal um significado não só denotativo, mas,

principalmente, conotativo (SILVA, 2006). Esse processo torna a comunicação do enfermeiro uma ferramenta fundamental para o preparo da cirurgia no pré-operatório mediato de transplante renal, através da construção de novos saberes e solidificação do relacionamento enfermeiro/cliente.

Subcategoria 2.1- Direcionamento para o Transplante

Esta subcategoria emergiu das questões relacionadas às orientações que os enfermeiros prestam aos clientes em terapia hemodialítica e que poderão ser submetidos ao transplante renal. Foi possível perceber que não há um fluxograma que conduza esse cliente ao transplante, embora relatado por um dos participantes que há um protocolo da secretaria de saúde. No setor realmente existe uma pasta de protocolos do Ministério da Saúde, no entanto, falta um direcionamento mais organizado. Apesar disso, o enfermeiro procurou meios de adaptação para conduzir o cliente desde o interesse para o transplante até o encaminhamento deste para a unidade de referência de acordo com a instituição de origem, seguindo uma ordem de acontecimentos que está retratada a seguir conforme os depoimentos do passo a passo desse direcionamento:

> Temos o protocolo da secretaria de saúde que você tem que seguir (...)-**E3**.

> A gente preenche uma ficha. O que é feito é isso. Ele entra no programa renal e quando as escórias estão estabilizadas, em patamar de renal crônico em tratamento, ou seja, ajustado ao tratamento a gente começa o trabalho com esses pacientes se ele se interessar pelo transplante. É feito isso, depois que ele está um mês na terapia renal substitutiva, se estiver adaptado ao tratamento ele é encaminhado (...)-**E4**.

A comunicação é um importante instrumento e habilidade básica do profissional quando lembram que ele se comunica o tempo todo com o cliente, com outros profissionais da área da saúde, com seu colega e, além disso, que a prática de enfermagem é voltada para o trabalho em equipe (SANDUVAL, 2000).

Para tanto, a comunicação se faz entre pessoas e cada pessoa é um mundo à parte com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem, segundo a própria lente. Ouvimos e vemos de acordo com a nossa percepção (SILVA, 2006).

A meta global no período pré-operatório é proporcionar ao paciente o maior número possível de fatores positivos à saúde. São feitas todas as tentativas para estabilizar as condições que, de outra forma, atrapalham uma recuperação tranquila. Brunner e Suddarth (2009) referem que quando os fatores negativos dominam, aumentam os riscos das cirurgias e de complicações pós-operatórias. Antes de qualquer tratamento cirúrgico ser iniciado, é obtida uma história de saúde, realizando um exame físico, durante o qual são verificados os sinais vitais e estabelecida uma base de dados para as futuras complicações.

> Quando o paciente inicia o programa de diálise e quando ele está estabilizado, aí é que nós o encaminhamos para unidades que fazem transplante. Geralmente, é após meses de diálise que eles são encaminhados (...)-**E4**.

O educar envolve afeto, persistência, desejo, relações humanas e contato corpo a corpo. A doença leva o sujeito a procurar novas maneiras de lidar com a vida e leva os(as) enfermeiros(as) a procurar novas maneiras de cuidar e pensar na vida e no desejo, quando só se pensa na doença e na morte (MAGALHÃES, GUIMARÃES e AGUIAR, 2004).

No processo de ensino-aprendizagem para pacientes portadores de insuficiência renal crônica, é importante lembrar algumas características específicas que ocorrem resultantes da doença e que vão influenciar no aprendizado. Portanto, é imprescindível que o enfermeiro elabore uma comunicação sistematizada e individualizada para uma harmoniosa adequação de acordo com cada cliente. A educação para o paciente adulto deve ser de curta duração, ter metas claras para serem atingidas, estilando a participação ativa, oferecendo reforço positivo, procurando ir do fácil para o difícil, do concreto para o abstrato, não oferecendo informações complexas até que o paciente esteja preparado para compreendê-las (BARROS, 2000; LIMA e SILVA, 2004). Os participantes deste estudo admitem estas afirmativas.

> O paciente deve ser muito bem direcionado no transplante para não correr o risco do procedimento não dar certo. É claro que são muitos fatores envolvidos no transplante (...) tipo de doença de base, resposta do organismo ao órgão dentre outros -**ER7.**

Assim, se queremos ou precisamos mudar seus hábitos, postura, ou até mesmo orientá-los sobre algo, é necessário estabelecer um vínculo de confiança com base em um comportamento empático, como olhar direto, inclinação do tórax para frente, manejos positivos de cabeça, além das palavras corretas (SILVA, 2006).

Logo, é interessante fazer com que os pacientes sejam entendidos por eles mesmos e pelos outros quando se refere àqueles que possuem déficit de comunicação por causa da sua patologia. Ajudar o paciente a se comunicar é uma tarefa da enfermeira (TRAVELBEE, 1979).

Subcategoria 2.2 - Interesse do Cliente para o Processo do Transplante

Esta subcategoria surgiu ainda das questões associadas às orientações. Muitos partícipes relataram que as condutas dependem não só do profissional mas também do interesse do cliente, tendo em vista que o setor não é uma unidade transplantadora e talvez seja por isso que alguns pacientes não procuram por essa opção de tratamento; outros atribuíam a falta de interesse dos pacientes ao medo do transplante.

> Geralmente quando eles mostram interesse, a gente orienta os riscos e benefícios do transplante, o tratamento do pós e medicações que são caras e que poderão fazer perder o transplante-**E3.**

A necessidade que o enfermeiro representa para os clientes exige deste profissional inúmeras responsabilidades como identificar o indivíduo para o transplante, se houver interesse e possibilidade. É primordial utilizar uma comunicação com vistas ao preparo do mesmo para o procedimento, objetivando orientá-lo e informá-lo de todos os acontecimentos envolvidos nesse processo devido às diversas mudanças que ocorrerão no procedimento de transplante renal. Acreditamos que é um passo

importante que gerará segurança e adequações necessárias ao sucesso do transplante no pré-operatório mediato.

Visando bons resultados, percebe-se que as atividades do enfermeiro são complexas e inclui a manutenção da vida. Depois da atuação, focaliza-se a promoção da recuperação e a iniciação do ensino e dos cuidados, acompanhamento e referências essenciais para a recuperação e reabilitação depois da alta.

> Alguns pacientes não têm interesse em ser submetido ao transplante (...) às vezes é porque está descontrolado na pressão e não toma aquela dosagem de medicação prescrita porque não quer ter sua função sexual diminuída ou porque já viu outro paciente transplantar e falecer. Ficam na dúvida se enfrentam ou não essa situação (...) é preciso esclarecer que cada caso é um caso (...)-**E4.**

O enfermeiro deve oferecer ao paciente e familiar um cuidado singularizado, focando o esclarecimento de dúvidas, uma vez que é o elemento da equipe de saúde que mais tempo permanece ao lado dos mesmos, sendo um elo entre a equipe multidisciplinar e os clientes. Estes esclarecimentos deverão ser feitos avaliando previamente o estado bio-psico-sócio-espiritual e emocional do paciente.

> Outros pacientes não sabem que vão tomar medicação pra sempre ou que o próprio organismo pode não se adaptar às medicações... uso de corticoides por exemplo. É preciso informar (...)–**E2.**

A aprendizagem é a finalidade do trabalho que resulta no processo de interação que transforma a ambos, educadores e educandos, e os meios de trabalho, que são os equipamentos, os materiais didático-pedagógicos e os conhecimentos disponíveis (VASCONCELOS e PRADO, 2004). Quando isso acontece, o processo de trabalho se inicia e se completa em uma relação direta, imediata e estritamente social.

> Por mais que a gente se comunique, oriente, a vontade do paciente é soberana (...) temos que respeitá-lo se não quiser fazer o transplante (...)-**E4.**

> O interesse do paciente é muito importante. É claro que um paciente orientado de forma adequada é muito importante também (...) eu digo isso porque conheci uma paciente que realizou o transplante e não teve sucesso, teve rejeição e voltou para a hemodiálise (...) não teve uma adesão da medicação pós-transplante, não participou do tratamento. Ela se arrependeu, diz que não foi por falta de orientação (...) pelo que ela fala, sabia dos riscos (...) ouvia os profissionais, mas na cabeça dela achava que estava curada - **ER7.**

Em consonância com as falas descritas anteriormente, por mais que o transplante seja divulgado na mídia, como acontece esporadicamente, as dúvidas se repetem nesse contexto. Daí a importância de considerar a comunicação voltada a esse cliente de forma individualizada e sistematizada, levando em consideração as especificidades de cada indivíduo, considerando que a dúvida de um não será a mesma de outros. Contudo, ratifica-se que a comunicação deverá ser introduzida desde o primeiro contato com o cliente, exercendo sustentação e base para a ação futura do enfermeiro que é preparar o indivíduo para o transplante.

No processo de trabalho do enfermeiro-educador, a autonomia para o trabalho também precisa ser vista como um espaço de liberdade, de criatividade, para discutir, analisar, articular e definir áreas prioritárias de atuação, bem como um espaço para a produção de conhecimentos a partir da realidade. Esta atuação é teorizada, pensada e planejada no que diz respeito aos procedimentos didáticos, aos métodos e à utilização dos recursos de ensino. Neste sentido, o processo de trabalho do enfermeiro-educador passa a ser caracterizado como uma prática social e política (VASCONCELOS e PRADO, 2004.).

Campos (2004) considera muito importante conhecer aspectos genéricos do processo saúde-doença-atenção, como também aprender com a variação, saber escutar e

perscrutar cada caso singular. As decisões devem ser ponderadas a partir de opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas e compartilhamento de dúvidas. Para esse autor, a clínica do sujeito demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo, e conhecer a história de um ser inexistente (a ontologia da doença) pode atrapalhar mais do que ajudar. Concordamos com o autor; portanto, é preciso saber sobre singularidades possíveis e valorizar esse saber especializado utilizando-se com base no pressuposto da clínica do sujeito.

A enfermagem é entendida como um processo interpessoal que acontece entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda. Essa relação tem como objetivo levar a pessoa, a família e a comunidade a encontrarem um significado para esta experiência e sentido para suas vidas (TRAVELBEE, 1979).

Categoria 3-Importância da Comunicação

Verificou-se nesta categoria como os enfermeiros percebem a comunicação no processo assistencial aos clientes que serão submetidos. Observamos que apenas os **E1, ER7 e ER9** fugiram da proposta da questão, os demais consideraram ser de suma importância. Percebemos ainda que o que foi entendido corresponde ao que o outro está expressando. Sendo assim, as informações e os dados disponíveis esclarecem as percepções, tentando compreender o outro, nas quais se enfatizou a necessidade de treinamento e orientação para o processo educativo ao cliente, entretanto, consideramos a comunicação como ferramenta chave para a contribuição na formação desse treinamento/orientação. Essa prática destina-se à incorporação de conhecimento útil à revisão e/ou construção de representações e adoção de modos de agir que possibilitem a promoção do autocuidado, isto é, ajuda o cliente a compreender e suportar a espera de um órgão e a esperança de obter uma vida menos sofrida.
Isto está explícito nas falas dos entrevistados.

> A comunicação é importante porque prepara para o transplante. Não basta ter condições (perfil clínico, de conduta, de adesão ao tratamento), tem que ter aceitação da mudança nos hábitos de vida muito mais que a hemodiálise. A comunicação traz informação (...)-**E4.**

O processo da comunicação é fundamental para o crescimento humano, pois é através dele que mostramos nossas capacidades, adquirimos novos conhecimentos e, principalmente, aprendemos a absorver e respeitar valores diferentes dos nossos (MACHADO, 2007).

Esse depoimento resgata a ideia de enquadramento do perfil para o transplante, levando nosso pensamento à importância de estabelecer uma comunicação efetiva para o cuidado e nas informações pertinentes para este caso. Além se ser considerado o acolhimento como uma forma de estabelecer um vínculo e confiança dentro do relacionamento interpessoal do enfermeiro/cliente. Este fato é também declinado nos depoimentos a seguir.

> É super importante porque tem determinadas patologias que não adiantam transplantar. O paciente tem que saber (...)-**E3.**

> É importante. Eles se sentem acolhidos (...)-**E4.**
> Julgo importante. Com certeza é fundamental -**ER5.**

A comunicação em saúde é entendida como toda e qualquer (pequena e grande) prática destinada à incorporação de conhecimento útil à revisão e/ou construção de representações e adoção de modos de agir que possibilitem a promoção do autocuidado à saúde individual, coletiva e ambiental, assim o profissional estará promovendo uma vida (SANDUVAL, 2000).

O enfermeiro deve ter consciência de que a cirurgia é algo na vida do cliente, visto que traz complicações significativas, afetando seus desejos e necessidades básicas, sejam de ordem física, emocional e espiritual, mental, social e econômica. É fundamental manter o cliente tranquilo ou tranquilizá-lo, caso se perceba que ele está tenso, confortando-o. Ele deve ser chamado pelo nome, tratado com cortesia, simpatia, educação e compreensão devido à situação pela qual está passando. Isso requer conhecimento e habilidades próprios de enfermagem (FIGUEIREDO, LEITE, MACHADO, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na fase pré-operatória do paciente indicado para transplante renal, sendo fundamental transmitir confiança e

segurança, diminuindo sua ansiedade e angústia, através do relacionamento estabelecido entre ambos. No entanto, a atuação profissional, por vezes, ainda se mostra autoritária e preocupada em seguir normas e rotinas orientadas para o autocuidado, com aspectos formais e objetivos, embora se saiba que a intimidade ou familiaridade do cuidar requer mais flexibilidade e interação com o paciente, buscando conhecer quais são as suas reais necessidades, a fim de planejar a assistência de enfermagem (KIRCHOF, 2003).

Os atores deste estudo fazem as seguintes referências:

> Penso que é muito importante porque às vezes o paciente entende mais os enfermeiros do que os médicos, eles explicam de uma maneira mais simples e compreensível (...) é levado em consideração as características deles. - **ER6.**

> (...) é uma relação importante, até mesmo porque a enfermagem tem um contato muito grande em qualquer âmbito da profissão e é o profissional que vai estar ali para tirar as dúvidas (...) pra poder amparar porque acredito que no momento ele pode se sentir com medo-**ER8.**

Os ambientes educacionais podem incluir domicílios, hospitais, centros de saúde comunitários, locais de trabalho, organizações de serviços, abrigos, ação do usuário ou grupos de apoio. Espera-se que a enfermeira funcione como "professor" para os outros membros da equipe, assim como para os pacientes. Talvez esteja inserido no "Ser-Enfermeiro" o interesse em ajudar os pacientes e suas famílias a aprender como manter e/ou restaurar a saúde e (re) adaptar-se às novas condições de seu estado (FIGUEIREDO, 2005).

Tendo em vista que o ambiente de trabalho favorece a comunicação do profissional enfermeiro e o paciente, é o primeiro passo para interpretação de informações, já que o homem é todo comunicativo, portanto, não há um momento que ele deixe de passar uma mensagem, mesmo sem verbalizar nada, mas possui linguagem própria, emoções no momento da veiculação da mensagem e um estado físico que interfere no processo de decodificação (SILVA, 2006).

> Importante, mas o enfermeiro precisa está muito treinado para orientar e poder passar tudo para o paciente (...) esclarecer bem as informações para que ele possa ter uma adesão e sucesso no transplante (...) o enfermeiro é a referência, não poderá gerar insegurança no paciente - **ER7.**

Os profissionais envolvidos no cumprimento dessas ações devem possuir competências técnicas e políticas que os tornem resolutivos às necessidades dos programas e à realidade da comunidade na qual estão desenvolvendo o seu trabalho. Neste contexto, o enfermeiro, através de sua qualificação profissional, poderá contribuir para a melhoria do atendimento, viabilizando a assistência prestada e diminuindo todas as causas que comprometem a qualidade e a agilidade dos serviços oferecidos. Figueiredo e Tonini (2008) recomendam que o enfermeiro para atuar em conjunto com as famílias precisa ser generalista, capaz de desenvolver estratégias, diante das diversas situações.

A enfermagem pode ser vista como um processo interpessoal terapêutico, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com um objetivo comum. Além de a comunicação constituir um fundamento cultural do ser humano, é também uma necessidade básica, sem a qual o relacionamento humano seria impossível. Portanto, o processo de comunicação está presente em todas as etapas de nossas vidas, precedendo como elemento essencial para as interações entre duas pessoas, transmitindo ideias, sentimentos, ensinamentos dentre outros.

A enfermagem é referida por Travelbee (1979) como terapêutica por ser uma arte curativa, ajudando o indivíduo doente ou necessitado de atendimento de saúde porque é um processo interpessoal que envolve uma ou mais pessoas para alcançar uma meta em comum. O fato de ajudar o paciente a encontrar o sentido da sua enfermidade está embasado na crença de que a doença pode e deve ser uma experiência de crescimento e aprendizagem, e que isto pode provocar na pessoa um crescimento como ser humano, a partir da consciência do seu próprio sofrimento. Ajudá-lo a enfrentar e suportar essa fase da sua vida é uma tarefa para a enfermeira que está assistindo o doente.

Cat.4 - Responsabilidade do Enfermeiro no processo de Comunicação

A responsabilidade do enfermeiro no processo de comunicação inerente ao cliente emergiu da importância na orientação. Dentre as responsabilidades encontradas nos discursos da comunicação, aponta-se estimular o cliente no transplante, informar, orientar, verificar as condições de cada indivíduo, comunicar-se de maneira adequada, organizar e direcionar o fluxo dos clientes para o transplante, ser cuidadoso no que fala, ou seja, implica na comunicação efetiva, acolher, tolerar as individualidades de cada um, estimular mudanças, qualificar-se, reforçar informações/aprendizado.

Observamos que, cada vez mais, é necessário e relevante o estudo sobre o processo da comunicação porque ao praticá-la há o aperfeiçoamento da forma como o enfermeiro se comunica, evitando interferências que poderão comprometer os resultados, assim como qualificar os envolvidos nesse processo para tamanha atribuição, visando buscar soluções para os problemas que poderão surgir durante a comunicação no relacionamento interpessoal entre o transmissor e o receptor da mensagem.

A comunicação pode ser uma ferramenta importante para o estabelecimento de relacionamentos saudáveis e adequados, tanto no contexto pessoal quanto no ambiente organizacional. Os indivíduos que utilizam um estilo de comunicação baseado na empatia e nos valores éticos desenvolvidos parecem ter maior facilidade em relacionar-se com os demais, assim como parecem apresentar maior facilidade em mediar conflitos (MACHADO, 2007).

> Somos responsáveis em estimular o paciente que está em diálise e tem esperança que de ser transplantado (...) não basta estimular de que tudo vai dar certo (...) é preciso informá-lo e orientá-lo e propiciar condições que favoreça o êxito do transplantar (...)-**E1.**

Cabe à equipe, em particular, o enfermeiro, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao cliente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe, promovendo o preparo do doente renal para o transplante, facilitando o processo da enfermagem nas ações educativas em saúde.

A relação entre o educador e o educando em um aprender mútuo pelo processo emancipatório leva a construção do saber, que é coletiva, crítica e inserida no contexto social (LOPES, PIOVESAN, MELO et al, 2007). Por isso, a integralidade da atenção à saúde é um eixo norteador da proposta de educação permanente em saúde, uma vez que direciona as ações em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional.

> Tenho experiência em transplante, mas não posso falar de qualquer maneira com o paciente aqui dentro (...) tudo precisa ser organizado, direcionado, pois tudo tem o momento (...) a gente tem que ter muito cuidado no que falamos para o paciente (...). -**E2**

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, mas, sim, propor ações de cuidados abrangentes, que impliquem, dentre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Desse modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender às reais necessidades do paciente (PONTES, LEITÃO e RAMOS, 2008).

Ao falar da comunicação com o paciente, Travelbee descreve algumas técnicas que o enfermeiro pode levar em consideração, dentre elas: saber a hora de falar e de calar-se; discutir temas relevantes e apropriados a cada situação; saber ouvir, mesmo que seus pensamentos divirjam dos pensamentos do outro; usar seus atributos pessoais, como caráter, a experiência anterior, o bom senso, o conhecimento científico e a preocupação com o bem-estar do paciente. É preciso, ainda, levar em conta as condições do paciente que está atendendo, ou seja, as características de sua patologia. Com o passar do tempo, o enfermeiro vai alcançando habilidades em comunicar-se, ou seja, entender aqueles que falam e faz com que sejam entendidos por eles mesmos e pelos outros.

> Observo que muita coisa está ao nosso alcance para fazer o melhor pelo paciente (...) ver o que você fez por ele – perceber que ele mudou de ideia, mesmo que tenha tido vontade de morrer (...) não precisa de mais nada, apenas

> acolher o paciente, apesar dos problemas que eles causam (...). **-E3**

É imprescindível reconhecermos enquanto profissionais que temos disponível várias ferramentas para o cuidado, como enfatizar a comunicação à construção e, por vezes, reconstrução de medidas favoráveis ao nosso crescimento profissional e pessoal ao se relacionar com o outro.

> Temos muita responsabilidade frente ao paciente porque o nosso serviço que requer pessoal qualificado (...)- **E4.**

> É fundamental porque nossa comunicação é diferente. O foco é outro. O médico foca na doença, o enfermeiro foca na pessoa e nos cuidados (...) quanto mais a gente reforçar e aperfeiçoarmos as responsabilidades no processo de comunicação a gente vai ter a certeza que vai ser bem absorvido (...) a gente vai falar uma, duas, três, quantas vezes forem necessárias para que aquela informação chegue à pessoa e a pessoa entenda e consiga viver da melhor forma (...)-**ER5.**

Atualmente, a equipe de enfermagem, no exercício do cuidado, tem como objetivo principal reconhecer e definir a assistência de enfermagem mais adequada ao cliente de unidade cirúrgica no período pré, trans e pós-operatório, além de buscar e consolidar seus caminhos. Estar com os seres humanos com que atua e promover a diferença na assistência dessa fase. Como profissionais da área de saúde, preocupados com o ser humano, ao prestar o cuidado ao paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico, devemos desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para efetuar uma comunicação precisa que possa oferecer oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva e menos solitária (SILVA, 2003).

A atenção, a confiança e o apoio desenvolvidos entre o enfermeiro e o cliente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro/ cliente. Nenhum outro profissional de saúde tem as oportunidades consistentes e frequentes de interagir com o cliente dentro

dessa mesma estrutura (TRAVELBEE, 1979). A enfermeira é identificada como um profissional com conhecimento, interessada em ajudar os outros e a si mesma, em prevenir enfermidades, promover a saúde e ajudar os doentes a encontrar um sentido na vida, a partir de sua enfermidade.

> A assistência sistematizada influencia muito a vida do paciente. Ele passa por muitas mudanças de rotina de vida (...) é bom orientar como vai ser o antes, durante e após transplante porque tudo vai ser diferente (...) tudo vai mudar. -**ER8.**

A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. A comunicação efetiva é bidirecional. Para que ela ocorra, é preciso que haja resposta e validação das mensagens ocorridas (SILVA, 2006). Pode-se então questionar o quanto um profissional interfere no que acontece dentro do outro (sentimentos, atitudes, intenções) por não validar as mensagens verbais e não verbais recebidas.

A atitude do enfermeiro requer um saber técnico-científico, em que aquele que ensina é considerado o único responsável e condutor do processo educativo. Impede a construção de um saber sobre o processo saúde/doença que capacite e responsabilize os indivíduos na compreensão com a própria responsabilidade profissional (AMARAL, OLIVEIRA, CARDOSO, et al, 2011).

> O enfermeiro tem muita responsabilidade com o paciente. O paciente tem mais abertura para falar com o enfermeiro que está o tempo todo no setor. (...). Acho que o enfermeiro fala mais a língua do paciente, eles não têm tanto medo de falar com o enfermeiro, como tem dos médicos (...)-**ER9.**

Travelbee acredita que a doença ajuda as pessoas a compreender sua limitação e condição humana. Esta sua concepção está embasada na crença de que a experiência de doença ajuda o ser humano a crescer e se fortalecer, reconhecendo assim sua limitação e potencialidade. A experiência de doença leva a pessoa a compreender sua própria vida, levando-o a encontrar, a partir dela, as forças interiores necessárias para a luta travada na recuperação ou adaptação a uma situação que não pode ser mudada. Porém, esse adaptar-se, na visão da autora, não tem o sentido de conformismo, e sim de realmente compreender e aceitar sua realidade e limitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou a comunicação no relacionamento interpessoal do enfermeiro/ cliente em processo hemodialítico com vistas ao transplante renal, ratificando a importância que o papel do enfermeiro exerce diante dessa clientela, constituído como o alicerce do relacionamento interpessoal.

O cliente portador de insuficiência renal crônica tem a disponibilidade de três modalidades de terapia substitutiva, entre elas, a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Consideramos ponderoso informar sobre as modalidades existentes assim que é detectada a necessidade de dialisar. É importante lembrar que mesmo tendo interesse por algumas das terapias anteriormente citadas, há critérios para o seu uso, principalmente a diálise peritoneal e o transplante. Entretanto, independentemente do fato, o indivíduo tem o direito de ter o conhecimento das modalidades existentes, ainda que na instituição a qual o cliente pertença não exista as três terapias. Neste caso, o sujeito poderá ser encaminhado para uma unidade que possua o método de diálise escolhido.

Muitas vezes, o paciente permanece em uma modalidade simplesmente porque não foi abordada nenhuma outra. Acredita-se que o mesmo é um sujeito ativo no cuidado à saúde e das escolhas que envolvem sua vida. Para tal, faz-se necessário inseri-lo para que o método de escolha seja em conjunto com a equipe. O cliente por ser o "protagonista" da sua própria vida e a equipe, em particular o enfermeiro, com a finalidade de fornecer uma comunicação efetiva pautada nos esclarecimentos que deverão ocorrer e para a educação em saúde no que concerne ao preparo desse indivíduo para o transplante.

Ao considerar a possibilidade do transplante renal, podem ocorrer mudanças significativas, como físicas, sociais e psicológicas vivenciadas pelo cliente, afetando sua rotina de vida. Por vezes, esse indivíduo está bem adaptado ao procedimento de hemodiálise, ou seja, está em um patamar de estabilidade da doença renal crônica e/ou possui sua doença de base, seja diabetes, hipertensão e outras em controle considerável. É considerável também o bom relacionamento com a equipe e com outros clientes, fazendo com que seja compartilhada história de vida, momentos de alegria, tristeza ou quaisquer outros sentimentos. Essa situação contribui para um acolhimento individualizado.

Muitos defrontam o setor de tratamento como a extensão da sua casa; outros, por vivenciarem uma desestruturação dos seus lares devido à doença ou outros motivos,

sentem-se alegres quando vão dialisar porque sentem um relacionamento familiar no setor da hemodiálise.

É contraditório, mas essa é a realidade de muitos clientes. O local da hemodiálise se torna um momento de alívio para muitos, visto que podem expor suas emoções e são amparados por uma equipe multiprofissional, além de ser um local seguro em caso de instabilidade da doença.

Essa realidade pode interferir no interesse pelo transplante em virtude da estabilidade do ritmo de vida no contexto da hemodiálise.

Ao iniciar a análise dos dados, constatamos nos participantes a predominância do sexo feminino em idade economicamente ativa, que veio ao encontro com o percentual da clientela em hemodiálise, segundo fonte do Ministério da Saúde de 2009, e que, coincidentemente, encontra-se também em situação ativa economicamente. Acredita-se que a mulher tem ocupado um importante papel no mercado de trabalho, movimentando, assim, a economia brasileira.

Diante da atemorização à integridade física dessa mulher, podem ocorrer prejuízos às necessidades de alimentação, eliminação, relacionamento e comunicação, provocando desestruturação familiar e consequentemente baixo rendimento e/ou afastamento do trabalho. Essa realidade pode ser encarada por muitas mulheres como privação de sua capacidade como cidadã.

Ao analisarmos os achados, foi possível perceber que o resultado desta pesquisa evidenciou que a maioria dos pacientes é encaminhada quando foi demonstrado interesse pelo transplante, tornando-se uma restrição apenas para os interessados, ou seja, não é um hábito abordar todos os clientes, ainda que os mesmos se enquadrem dentro do perfil de um receptor.

Desse modo, vale ressaltar que o enfermeiro não deve se limitar apenas quando é solicitado, mas se antecipe ao prestar informações sobre o transplante. Para tanto, é de extrema importância que este profissional favoreça a relação enfermeiro/cliente e considere as diferenças de cada terapia de substituição renal, dando maior atenção às informações voltadas para as especificidades de cada modalidade, permitindo uma comunicação direcionada para o entendimento por parte do cliente em terapia hemodialítica com interesse no transplante renal.

Em relação às estratégias utilizadas, verificamos que não houve uma específica, mesmo com a existência de um protocolo da secretaria da saúde, referido por um dos participantes. Todavia, houve um direcionamento do cliente para o

preparo deste para o transplante, havia critérios pré-estabelecidos para incluí-los dentro dessa realidade. O objetivo dessas medidas visa educá-lo para que haja um preparo para a cirurgia no momento da decisão do transplante até o momento do encaminhamento (pré-operatório mediato), que é a realidade da unidade estudada. Contudo, admitimos que quando a comunicação atinge os objetivos a que se propõe, o sucesso das ações em enfermagem é inevitável.

A estrutura da unidade foi bem considerada no estudo, enfatizando a necessidade de estruturação física da unidade e da qualificação do pessoal envolvido para o transplante por ser um limitador à assistência do enfermeiro. Consideramos que o enfermeiro possui duas ferramentas que transcendem as dificuldades encontradas que é a comunicação e a sistematização da assistência de enfermagem, pretendendo dar continuidade ao nosso trabalho. Além da possibilidade de uma unidade (ambulatório) de transplante futuramente voltada a essa clientela, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, que condiciona a instituição à mobilização não só de recursos materiais mas também de recursos humanos capacitados e qualificados para atuarem junto com o transplante.

É necessário enfatizar de quando nos deparamos com algumas limitações dos serviços de saúde, isso não significa enxergar apenas os aspectos negativos, mas principalmente ressaltar as críticas construtivas, objetivando contribuir para uma busca em prol da melhoria da nossa assistência, de preferência no que concerne a comunicação durante as orientações prestadas ao cliente e sua família.

A importância da comunicação e responsabilidade que o enfermeiro assume ao estabelecer a comunicação no relacionamento interpessoal do enfermeiro/cliente nos torna um disseminador das informações pertinentes ao transplante renal.

Consideramos imprescindível adequar nossas ações aos horizontes disponíveis relacionados aos recursos humanos e materiais para que possamos valorizar os aspectos emocionais e de entendimento do outro durante o interesse e a viabilidade de se realizar um transplante renal o mais preparado possível.

Acreditamos que o presente estudo trará importantes reflexões e um olhar diferenciado na forma pela qual o enfermeiro daquela unidade se comunica, prestando de fato as informações necessárias no sentido do autocuidado de cada cliente. Para que isso aconteça, é necessário que reavaliemos a influência dessa comunicação na relação enfermeiro/cliente e que não seja rotineira, mas individualizada e direcionada.

Apontamos a necessidade de proporcionar medidas que informem na sua totalidade e envolvam os clientes quanto ao preparo para o transplante renal, pautado em todo o período do pré-operatório mediato, contribuindo significativamente para a redução dos riscos provenientes da falta ou da fragmentada comunicação que o enfermeiro deverá estreitar com cada cliente. Espera-se que a comunicação não seja realizada aleatoriamente sem o senso crítico do que está sendo informado de fato, se realmente está atingindo e sendo absorvido pelo cliente. É preciso resgatar o olhar em relação ao outro.

É significativo considerar que por se tratar de um cliente com uma doença crônica, muitas vezes, a comunicação pode se tornar crônica também e acarretar prejuízos nessa relação informativa. Assim, é fundamental que o profissional enfermeiro resgate essa percepção.

Por se tratar de um espaço onde a comunicação é de suma importância e ao mesmo tempo frágil no sentido de não atingir o cliente, o estudo propõe a valorização da comunicação no contexto do cliente nefropata com o intuito de apoiar a possibilidade de pensar e escolher o que é melhor para ele. Enfim, a comunicação é um cuidado.

Outra situação observada foi a influência da pesquisa convergente assistencial presente no estudo. Por ser um cenário em que a prática assistencial se faz presente ininterruptamente, os desafios se tornam frequentes na comunicação enfermeiro/cliente e requer engajamento por parte dos profissionais na busca por soluções cabíveis para o contexto envolvido. Essa realidade é facilitada por questões que trazem o tempo uma averiguação de cunho científico. Afinal de contas, trata-se de uma realidade dinâmica que sofre constantes transformações porque lida com o ser humano ativamente participativo.

Portanto, é preciso repensar no papel do enfermeiro como educador implicado não só em esclarecer, mas também em interpretar o que o indivíduo deseja, funcionando como entusiasmo para o autocuidado. A base dessa interação é a comunicação efetuada eficientemente com o cliente para o transplante renal, somando-se na contribuição de todas as fases do perioperatório, uma vez que acreditamos que toda a comunicação prestada no pré-operatório mediato repercutirá no pós- operatório imediato, mediato e tardio, contribuindo na adesão ao tratamento, objetivando auxiliar na qualidade de vida de todos aqueles que se encontram sob nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMARAL L.R.; OLIVEIRA, M.A.D.; CARDOSO, R.B.; ÁRVILA, S.P.A.R.; CARDOSO, B.L.C. **Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária.** FG Ciência, Guanambi, v.1, n.1, p.01-21, Jan./Jul. 2011. Disponível em: http://www.portalfg.com.br/revista/arquivos/artigos/Artigo_2.pdf Acessado em: 16/11/2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERELIZAÇÃO (SOBECC). **Práticas Recomendadas.** 6ª Ed. Ver. E atual, São Paulo-SP, Manole, 2013.

ATKINSON e MURRAY. **Fundamentos de enfermagem: o processo de comunicação interpessoal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AZEVEDO, D.M. **Humanizando a hospitalização infantil**. Nursing (São Paulo). 2005; 88 (8): 409-11.

BAGGIO M.A, TEIXEIRA A, PORTELLA M.R. **Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo diferença.** Ver Gaúcha Enferm 2001; 22 (1): 122-39.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Edição Revisada e Atualizada. Tradução: Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70, Ltda, 2010.

BARROS, Manfro e cols. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2000.

BORGES, M.R. **A História da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. Rio de janeiro: Revinter, 2008.

BRAGA E.M; SILVA M.J.P**. Comunicação competente- visão de enfermagem especialista em comunicação.** Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20 (4): 410-4.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de outubro de 2001. Seção 1 E, p. 37. Acesso em: 13/Nov./2013. Disponível em: http://www.ufv.br/seg/diretrizes/efg.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. **Protocolo de cuidados de enfermagem em Transplante de Órgãos –** ABTO, 2008. Acessado em: 22/Nov./2013 Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/Assistência_de_Enfermagem_ao_pcte_Transpl_Renal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.933, DE 27 DE SETEMBRO DE 2010**, Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, o Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e de Tecidos para Transplantes – QUALIDOTT. Acessado em: 22/Nov./2013 Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2933_27_09_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel indicadores do SUS nº 7, volume III.** Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2011. Acessado em 17/Nov./2013 Disponivel em: portal. saude.gov.br/portal/painel_de_indicadores_7_final.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recursos para Hemodiálise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acessado em: 01/Nov./2013 Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 466/12.** Acessado em 12/ Nov./2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

CAMPOS, R.O. **Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência.** Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):12-16, 2004. Acessado em: 16/11/2013 em Disponível em: HTTP://www.scielo.br.

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009**. Brasília (DF) 2009. Acessado em: 30/04/2012. Disponível em http://www. Portal cofen. Gov.br/

DALRI M.C.B.; ROSSI L.A.; CARVALHO E.C.D. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. Rev.Esc. Enf.USP. v.33, n.3. p. 221-30. set, 1999. Acessado em 15 de Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n3/v33n3a03.pdf

DELUIZ, N. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo.** Boletim Técnico do SENAC, 2001. Acessado em: 21 Nov. 2013 Disponível em: http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/273/boltec273b.htm

DAUGIRDAS JT, BLACKE PG., ING T.S. **Manual de diálise** [revisão técnica: Miguel Carlos Riella; tradução: Tela Lúcia de Azevedo Hennemann] rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DESLANDES, SF. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FERNANDES, A.T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde.** Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde Pública**. São Caetano do Sul, 2005. Acessado em: 20/Out./2013 Disponível em: **http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/#ixzz2kqjxc8mp**

FIGUEIREDO, N.M.A; LEITE J.L.; MACHADO, W.C.A. **Centro cirúrgico: atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem.** São Caetano do Sul, SP: editora Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (org.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em Saúde Coletiva.** 2ª reimpressão da 1ª Ed. São Paulo: Yends Editora, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2003.

HUDAK, C.M; GALLO B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem** - uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem:enfrentando os desafios atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; DOCHTERMAN, J.M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligação entre NANDA, NOC, NIC**. Porto Alegra: Artmed, 2005.

JORGETTO, G.V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I.E. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES CIRURGICOS: AVALIAÇÃO COMPARATIVA.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_03.htm

LEITE. M.M.J; MARTINI, J.G.; FELI, V.E.A. **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto (PROENF)**. Porto Alegre: Artmed/Pan-americana Editora, 2006.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2ª Ed.rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, E.X; SANTOS I. **Rotinas de Enfermagem em Nefrologia.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2004.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O; PEREIRA, M.F. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** XVI Curso de Especialização em Saúde Coletiva -Educação em Saúde. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Distrito Federal, 2007.

KIRCHOF L.C. **O trabalho da enfermagem: análise e perspectiva**. Ver Bras Enferm 2003; 56(6): 669-73.

KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

KUSCHNIR R, LIMA L.D, BAPTISTA T.W.F, MACHADO C.V. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 2011.

MACHADO, R.M. **Relacioanmento Interpessoal**. Curitiba: Ibpex, 2007.

MAGALHÃES C.R; O GUIMARÃES E.C; AGUIAR B.G.C. **Papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório**. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, 2004. Acesso em: 20/Jan./2013. Disponível:www.revista.ufpe.br/revista**enfermagem**/index.php/revista/article/

MANZO B.F, RIBEIRO H.C.T.C, BRITO M.J.M, ALVES M. **A enfermagem no**

processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem/ Jan.-Fev. 2012 Acessado em: 19/Nov./2013; 20(1):[8]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_20.pdf

MEIER M.J, NASCIMENTO SR**. Comunicação e tecnologia: instrumentos do cuidado**. Ver. Tec. Cient. Enferm. 2003; um (3): 19-23.

MEEKER, M.H. & ROTHROCK, J.C. ALEXANDER. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª edição. São Paulo: Editora Elsevier, 2007.

MENEZES, C.L; MAIA, E.; JÚNIOR, J.F.L. **O Impacto da Hemodiálise na Vida dos Portadores de Insuficiência Renal Crônica:** uma análise a partir das necessidades humanas básicas. Artigo publicado na Nursing. 115ª ed., 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Ed. 8ª, São Paulo: HUCITEC, 2004.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PONTES A.C; LEITÃO I.M.T.A; RAMOS I.C. **Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61 (3): 312-8.

POTTER P.A; PERRY A.G**. Fundamentos em enfermagem: conceitos, processo e prática**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES-PET. Estatísticas. Acessado em: 22 Nov. 2013. Disponível em: http://www.transplante.rj.gov.br/Site/Conteudo/Estatisticas.aspx

SANCHO L.G; DAIN S. **Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1279-1290, Jun, 2008. Acessado em 17/Nov./2013 em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n6/09.pdf

SANDUVAL M. **Comunicação em saúde:** Nursing (São Paulo). 2000; 40 (4): 12-3.

SANTOS, R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&L, 1999.

SILVA, L.D. **Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem**. 2ªed.- Rio de Janeiro: Cultura médica: 2003.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio- a comunicação nas relações interpessoais em saúde**, 4ª edição. São Paulo: Editora Gente; 2006.

SILVA, M.J.P. **Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. **Mulher e trabalho – a história de vida de mães Trabalhadoras de enfermagem.** Rev. Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; 11(5): 593-600 Acessado em: 21/Nov./2013 Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrología e Distúrbios Hidroeletrolíticos.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA S.M.M.; ALMEIDA M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000;8 (6):96-101.

ORDAHI L.F.B; PADILHA M.IC.S.; SOUZA L.N.A**. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal.** Ver. Latino-

americana de Enfermagem. 2007; 15 (5): 965-72.

TENTRINI M; PAIM L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª edição revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

THOMÉ F., BARROS E. **Prevenção das doenças renais.** In: BARROS E., MANFRO R., THOMÉ F., GONÇALVES L.F. **Nefrologias-rotina, diagnósticos e tratamento**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

TREVELBEE, J. **Intervención en enfermaria psiqyuiátrica.** Colombia: Carvajal; 1979.

TRIVIÑOS, A.N.S. I**ntrodução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas AS, 2008.

VALE E.G. **Conceito Cuidado de Enfermagem: contribuição para o ensino de graduação** [tese]. Fortaleza-CE: Universidade Federal do Ceará; 2008.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. HUCITEC; São Paulo - 2001.

VASCONCELOS C. M. C.B.; PRADO M. L. **Vivendo o sofrimento e os desafios no trabalho: expressões autocríticas de um grupo de enfermeiros-educadores Revista Eletrônica de Enfermagem -** Vol. 06, Num. 01, 2004 - ISSN 1518-1944 Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO - Brasil). Acessado em 11/Out./2013 Disponível em: **http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/#ixzz2kqkQ55bZ**

APÊNDICES

Apêndice I

Perfil dos participantes

1) Perfil profissional

A) Sexo: F () M ()

B) Tempo de formado:_____

C) Há quanto tempo atua no setor?_____

D) Possui alguma qualificação profissional na área de nefrologia?_____

E) Idade: 20-30 anos ()
31-40 Anos ()
41-50 Anos ()
>de 60 anos ()

Apêndice II

Roteiro para entrevista

1-De que maneira é realizada a identificação dos clientes em procedimento hemodialítico para transplante renal?

2- Quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação ao orientar os clientes no período pré-operatório para transplante renal?

3- Defina como você percebe a comunicação no processo assistencial aos clientes que serão submetidos ao transplante.

ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Título: A comunicação no relacionamento interpessoal enfermagem/cliente submetido ao processo hemodialitico.

OBJETIVO DO ESTUDO: Os objetivos deste projeto são: Investigar como a equipe de enfermagem realiza a comunicação/orientação ao cliente em processo hemodialítico indicado para transplante, com vistas à otimização da recuperação nas fases do pós-operatório mediato e tardio; verificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro e sua equipe para facilitar o processo de comunicação no período pré-operatório mediato do transplante renal e discutir a importância da comunicação como importante ferramenta para as questões que envolvem a assistência sistematizada de enfermagem no pré-operatório imediato, mediato de transplante renal.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para atender aos objetivos propostos. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente de 30 a 60 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a identificar como se processa a comunicação no relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem com o cliente em processo hemodialítico com vistas ao transplante, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa será realizada no Hospital Universitário Gafrée e Guinle no setor de hemodiálise. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Pós-graduação Strictu sensu sendo a aluna Adriana Maria de Oliveira pesquisadora principal, sob a orientação da Professora Enedina Soares. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte pelo telefone 9141-6113/7753-9965, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:_____

Endereço:
_____

_____

Telefone:

_____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

_____

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele (a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

_____

Nome:_____

Data: _____

Anexo II

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA-CEP

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, **Adriana Maria de Oliveira** portador (a) do RG nº 11161405-3, mestrando (a) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Gaffrée e Guinle a realizar a pesquisa sob o título de: **"A comunicação no relacionamento interpessoal enfermagem/cliente submetido ao processo hemodialitico."** A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que atuam na instituição do referido estudo.

Ressalto ainda que a pesquisa está dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, _____de _____de _____.

_____

Pesquisador (a)

O compromisso de manter a privacidade e o sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, assim como os materiais resultantes deste.

Os resultados do estudo serão tornados públicos em periódicos e/ou encontros, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação. O Comitê de ética e pesquisa

(CEP) desta Instituição será comunicado da suspensão ou encerramento da pesquisa, por meio de relatório anual ou na ocasião da interrupção da pesquisa. Assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano a mesma ou a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no tremo de consentimento.