



VI Seminário Internacional
de Pesquisa e Estudos Qualitativos
21 a 23 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA
EPISTEMOLOGIA

CONFORME O DISPOSTO NA FICHA DE INSCRIÇÃO, EXPLICITE:

- a) Área de inscrição: 9 - SAÚDE
- b) Modalidade de pesquisa: 6 – ESTUDO DE CASO
- c) Trabalho a ser apresentado de acordo com:
 - Área (escreva a área): SAÚDE
 - Tema/modalidade de pesquisa (escreva qual): COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

**SIGNIFICADOS DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL DURANTE A
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Ms. Michelle Ferraz Martins Jamarim

Ms. Roberto Côrrea Leite

Dr. Claudinei José Gomes Campos

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

michmartins123@gmail.com; leite.rc@uol.com.br; ccampos@unicamp.br

Resumo

Objetivo: Compreender os significados da comunicação não verbal durante a assistência dos profissionais de saúde que atuam em um Serviço de Atenção Domiciliar. Método: Estudo de caso qualitativo realizado ao Sul de Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação participante e o grupo focal. Os dados foram analisados segundo análise temática de conteúdo proposta por Minayo. Resultados: Participaram do estudo nove profissionais e da análise do material empírico emergiu a seguinte categoria temática: Significados da linguagem não verbal durante a assistência domiciliar, composta por duas subcategorias que demonstraram os momentos em que a linguagem corporal mostrou-se mais evidente: Desconhecimento do contexto domiciliar e a inexistência do vínculo na relação; A necessidade dos profissionais sentirem-se acolhidos no domicílio. Conclusão: os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades e competências em busca de compreender e interpretar a linguagem não verbal, visto que quando interpretada de forma adequada, favorece o entendimento do outro, melhora o relacionamento interpessoal, a qualidade e humanização da assistência.

Palavras-chave: Comunicação não verbal. Linguagem corporal. Pessoal de saúde. Assistência domiciliar. Humanização da assistência.

Abstract

Objective: Understand the meanings of non-verbal communication during the assistance of health professionals who work in a Home Care Service. Method: Qualitative case study carried out in the south of Minas Gerais, Brazil. Participant observation and the focus group were used as data collection techniques. The data were analyzed according to thematic content analysis proposed by Minayo. Results: Nine professionals participated in the study and the following thematic category emerged from the analysis of the empirical material: Meanings of nonverbal communication during home care, which is composed of two subcategories that demonstrated the moments when nonverbal communication was more evident: Little familiarity with the home context and the absence of a bond in the relationship; Professionals need to feel welcomed at home. Conclusion: health professionals must develop skills and competences in search of understanding and interpreting non-verbal language, since when interpreted

properly, it favors the understanding of the other, improves the interpersonal relationship, the quality and humanization of care.

Keywords: Nonverbal communication. Body language. Health personnel.; Home nursing. Humanization of assistance.

Introdução

A comunicação na saúde favorece a efetividade da assistência quando utilizada de forma apropriada, (SILVA, 2013; PONTES et al, 2014). As habilidades de comunicação não-verbal melhoram o relacionamento interpessoal, a satisfação dos pacientes e a adesão ao tratamento (LORIÉ, 2017). Compreender e utilizar a comunicação não verbal de forma eficaz é uma habilidade educativa importante (ANDREW, 2017), inserida em nosso comportamento.

Os profissionais de saúde, por possuírem uma formação baseada no modelo biomédico e tecnicista, não percebem o quanto a linguagem corporal auxilia na assistência diária e faz de seu atendimento um momento focado no aspecto humano (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

A equipe interdisciplinar que atua no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) necessita manter uma relação muito próxima e estabelecer um vínculo com o paciente, seus familiares e a própria equipe. Para isso, a comunicação é fundamental para um relacionamento positivo entre todos os atores envolvidos, em busca de organizarem suas ações.

Percebe-se que os profissionais de saúde não possuem conhecimento e habilidade para interpretar os sinais não verbais durante a assistência, o que faz com que os mesmos não valorizem as reais necessidades emocionais e sociais do indivíduo (NÁPOLES, 2015).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi compreender os significados da comunicação não verbal durante a assistência dos profissionais de saúde que atuam no SAD.

Estudos sobre esta temática, são relevantes diante da lacuna de conhecimento científico e da visível subutilização da comunicação não verbal por parte dos profissionais de saúde, habilidade que é imprescindível para uma relação positiva, de qualidade e que proporcione humanização e segurança do paciente. A escolha da equipe de saúde do SAD como objeto de estudo se deu pela oportunidade de coletar dados com profissionais de diversas áreas de conhecimento, com diferentes formações e em um ambiente rico em interações interpessoais.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória (LUDKE; ANDRE, 2013). Como método de pesquisa utilizou-se o estudo de caso, que investiga um fenômeno em profundidade, em seu ambiente de vida real (YIN, 2010).

Para a análise do material, utilizou-se a análise temática de conteúdo proposta por Minayo, que avalia a subjetividade dos sujeitos em suas falas (MINAYO, 2014).

O domicílio dos pacientes constituiu o local para observação dos profissionais e a sede do SAD o local onde realizou-se o grupo focal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer número: 3.187.242 e CAAE: 06868 319.0.0000.5404. O projeto cumpriu as normas da Resolução 466/12, que normatiza pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013). Aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, que foi lido os objetivos e procedimentos do estudo e esclarecido todas as dúvidas previamente à sua assinatura.

A população do estudo foi composta por 15 profissionais da equipe efetiva do SAD, formada por uma coordenadora do serviço graduada em assistência social, dois médicos, um fonoaudiólogo, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social, dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem, dois motoristas e um assistente administrativo. Foram abordados todos os sujeitos elegíveis e a amostra composta de modo intencional e fechada por exaustão, critério em que os participantes são todos os que fazem parte do universo do pesquisador (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELLA et al, 2011).

Considerou-se como critérios de inclusão: ser membro atuante da equipe do SAD; possuir nível superior de ensino; possuir mais de seis meses de experiência na profissão e estar atuando na prática no domicílio dos pacientes, no momento da coleta de dados. Assim, a amostra constituiu-se de dez profissionais, sendo excluídos 5 profissionais.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a observação participante, acompanhada de um diário de campo e o grupo focal. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2019 a janeiro de 2020, durante as visitas domiciliares, em que cada profissional foi observado de forma individual, de modo aleatório, sem avisá-lo previamente que seria observado naquele dia, respeitando a ordem de visitas e a atuação de cada profissional. Foram realizadas seis observações em dias alternados para cada profissional, com duração média de

três a quatro horas cada uma. Três participantes requereram mais de seis observações devido à alta demanda ou intercorrência no dia.

Foi realizada primeiramente a observação participante, que é uma técnica de levantamento de informações (MINAYO, 2014).

As observações foram realizadas pela própria pesquisadora e foi utilizado um roteiro para anotações de natureza reflexiva e descritiva baseado no modelo de Triviños (TRIVINOS, 2009) e um roteiro para análise da comunicação não verbal, sugerido por Maria Júlia Paes (SILVA, 2013), que serviu para guiar os diversos fatores a serem observados na comunicação não verbal e permitiu os participantes revelarem informações importantes de maneira natural.

Após o término de cada observação, a pesquisadora descrevia o que percebia sobre a comunicação não verbal de cada profissional, baseando-se na ordem do roteiro.

Optou-se por realizar o grupo focal após o término das observações, com o intuito de evitar influências no comportamento dos participantes. A observadora conhecia os objetivos do estudo e foi treinada nas questões técnicas e éticas previamente.

Para realizar o grupo focal, a pesquisadora baseou-se em um roteiro de perguntas norteadoras com o objetivo de instigar e aprofundar as respostas do grupo (DESCOMBE, 2003). Este roteiro foi submetido a um teste piloto e sofreu algumas modificações. A pergunta disparadora foi: “O que significa comunicação não verbal para vocês?”

A reunião de grupo focal foi gravada em áudio e tanto a pesquisadora quanto a observadora, anotavam em um diário de campo os sinais não verbais manifestados como: as expressões faciais, olhares, tom de voz, atitudes e comportamentos não verbais.

O grupo focal teve duração total de 90 minutos, sendo possível perceber uma dificuldade dos participantes em falar sobre o tema. Após a reunião, a pesquisadora reuniu-se com a observadora para discutir e comparar suas anotações e percepções.

Todas as falas coletadas durante o grupo focal foram transcritas pela pesquisadora, nomeadas pela letra “E” seguida do número da mesma, e posteriormente todo o material foi impresso e colocado em uma pasta para proceder à leitura flutuante. Os participantes não

tiveram acesso à transcrição das entrevistas, porém foram discutidas com o grupo de pesquisa chamado: NUPEQS – Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde e o orientador desse estudo.

Todo o material coletado durante as observações e o grupo focal foi analisado por meio da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (MINAYO, 2014) e para analisar e sugerir inferências, a pesquisadora utilizou como referencial teórico uma obra principal: “Comunicação tem remédio” de Maria Júlia Paes da Silva (SILVA, 2013).

Para se obter credibilidade e rigor metodológico, foi utilizado duas técnicas de coleta de dados (observação participante e grupo focal) e os instrumentos foram construídos baseando-se na literatura, analisados por pares e realizado teste piloto que antecedeu a coleta de dados.

Resultados

A partir da análise dos dados emergiu uma grande categoria temática principal composta por duas subcategorias que demonstraram os momentos em que a comunicação não verbal se tornou mais evidente, e que são descritas a seguir:

Categoria 1: Significados da comunicação não verbal durante a assistência domiciliar

A primeira categoria resultante da análise do material surgiu de forma clara durante os seis meses de observações e foi confirmada nas falas dos participantes durante o grupo focal.

A comunicação não verbal mostrou-se evidente em alguns momentos específicos e serão descritos, em subcategorias para facilitar a discussão e compreensão das mesmas:

1.1: Desconhecimento do contexto domiciliar e a inexistência do vínculo na relação

Durante as observações, percebeu-se que o comportamento não verbal dos profissionais de saúde do SAD se destacava sempre durante as primeiras visitas domiciliares, ocasião em que esses estabeleciam um primeiro contato com familiar (es), cuidador (es) e paciente.

Acompanhado de incertezas por desconhecerem o outro e todo o contexto domiciliar, expressavam em suas atitudes e gestos certo constrangimento por invadir a privacidade sem haver intimidade na relação, ao que se somavam comportamentos de intimidação e insegurança, justificados pela inexistência de vínculo, confiança e a incerteza de como seriam acolhidos no domicílio. As atitudes não verbais que predominaram durante as observações foram anotadas

em um diário de campo, constatadas no momento em que os profissionais tentavam manter certo distanciamento corporal. Nesse momento, percebia-se um clima de reconhecimento do território e do outro, tanto pelos profissionais, quanto pelas pessoas que ali moravam.

A falta de vínculo e intimidade contribuíram para observar o não verbal e os sentimentos expressos pelos profissionais, os quais foram revelados de forma clara, logo nas primeiras visitas, definidos por expressões faciais sérias e desconfiadas, com testas enrugadas e pouca comunicação verbal, o silêncio, os gestos e olhares reservados e temerosos, tom de voz baixo e tímido, ruídos vocálicos como tosse e pigarrear, toque pouco frequente ou apenas de forma instrumental, troca de olhares quando não aprovavam algo e sinais entre os membros da equipe.

Constatou-se da análise do material coletado durante reunião de grupo focal, trechos das falas que sustentam esses achados:

E1: “(...) no atendimento domiciliar a gente acaba invadindo a privacidade da casa, tentando mudar normas, mudar rotina da casa, mudar conceitos que eles tinham a vida inteira, coisas que eles sabiam e então, isso é (...) a gente entra dentro do convívio familiar e muda regras da casa”

E2: “Acho que é ... no início das visitas, a gente se comunica mais pelo olhar, pelos sinais com o rosto, gestos... porque a gente tá invadindo o território do paciente né? E não sabemos a reação que eles vão ter”.

Observou-se que o contato inicial durante as primeiras visitas é um momento especial e muito delicado para os profissionais de saúde do SAD que, por não possuírem domínio do não verbal, possuem dificuldade na construção de uma relação de confiança com familiares e pacientes, o que é fundamental na qualidade da assistência.

1.2 A necessidade de os profissionais sentirem-se acolhidos no domicílio

Percebeu-se como os comportamentos não verbais dos profissionais de saúde dependiam diretamente dos sinais não verbais dos familiares, cuidadores e do paciente. Nesse momento, constatou-se uma necessidade de o profissional ser acolhido pelos familiares e notou-se um clima de reconhecimento um do outro até que as relações interpessoais se tornavam aos poucos produtivas e agradáveis conforme surgia a empatia, a confiança e o vínculo entre

profissionais, cuidadores e pacientes ou ao contrário, quando ambos não conseguiam estabelecer uma relação de empatia e não se sentiam acolhidos.

A linguagem não verbal em certas ocasiões parecia ser a forma mais sensata de conhecer o outro e a escolha mais segura e discreta para demonstrar sentimentos e pensamentos sem discussões e conflitos entre profissionais e familiares, em um ambiente ainda desconhecido.

Os profissionais expressavam de forma não verbal, atitudes positivas ou negativas conforme a receptividade e acolhimento dos familiares, cuidadores e paciente. De forma positiva, apresentavam-se simpáticos e sorridentes, permitiam maior aproximação com a família e o paciente, falavam em tom de voz baixo e calmo, mostravam-se pacientes na tentativa de ganharem confiança e transmitirem segurança. Já de maneira negativa, a ausência de proximidade parecia significar a não aceitação do cuidado demonstrando insatisfação ao sentirem-se coagidos e ao perceberem desconfiança em relação à suas atitudes e trocavam entre si, olhares e piscadas, para anunciarem o quanto estavam insatisfeitos ou quanto discordavam de certas atitudes e comportamentos.

Evidencia-se nas falas a seguir o quanto a receptividade e aceitação por parte dos familiares, influenciou de forma direta no comportamento e ações dos profissionais de saúde:

E1: “(...) tem pessoas que dão mais facilidade, dão mais liberdade pra gente se aproximar e tem outros que não. Outra casa que nós já fomos hoje, nós tivemos muito problema com eles, desde o início com os cuidadores, com o paciente não. A gente não conseguiu nem ser recebido hoje. Então, é ...existem pessoas que não, não... não dá essa proximidade (...)”.

É interessante notar nesse estudo que não somente os pacientes, mas também os profissionais de saúde, valorizam a receptividade e o acolhimento por parte dos pacientes e familiares, o que facilita o surgimento da empatia e vínculo, elementos imprescindíveis para um relacionamento positivo e de confiança e que interfere diretamente na forma de agir e fazer dessa relação.

Discussão

Os pensamentos e sentimentos manifestados pelos profissionais por meio da comunicação não verbal foram interpretados mediante as observações e anotações em um diário

de campo, e as hipóteses levantadas pela pesquisadora confirmaram-se por alguns comentários realizados por eles, logo após as visitas domiciliares, em que pareciam ter a necessidade de justificar suas atitudes e comportamentos para a equipe. O grupo focal mostrou-se fundamental para comprovar os achados desse estudo, mediante a análise e interpretação das falas.

As atitudes não verbais dos profissionais tinham relação com o desconhecimento sobre o contexto domiciliar, o que justifica um comportamento introspectivo e observador sobre o ambiente em que serão inseridos. O contexto domiciliar compreende as condições ambientais e físicas, aspectos socioeconômicos, religiosos e culturais, que impactam na vida do paciente doente e seus familiares. Assim, entender o contexto domiciliar permite que a equipe de saúde conheça às condições reais dos pacientes e familiares (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014; LACERDA, 2015), o que viabiliza a criação de estratégias para auxiliar no enfrentamento dos problemas que possam ocorrer (DUGGLEBY, 2016).

Os profissionais iniciam o cuidado no domicílio com pouca ou nenhuma informação sobre a realidade do local e tem que se adaptar ao contexto domiciliar (ANDRADE; SILVA; SEIXAS; BRAGA, 2017), em que cada residência possui suas particularidades com diferentes recursos disponíveis (SUN, LAPORTE; GUERRIERE; COYTE, 2017), o que torna-se um desafio para os profissionais de saúde a cada nova experiência, pois cada família é única em diferentes ambientes, com conceitos e aspectos culturais divergentes, com novas adequações em todos os sentidos do cuidado (NASCIMENTO et al, 2016).

Diante dos diversos fatores que antecedem o início da assistência domiciliar, justifica-se o comportamento não verbal e introspectivo dos profissionais ser demonstrado com maior evidência durante as primeiras visitas, momento este em que os mesmos necessitavam observar para conhecerem a realidade de cada família e o território, para então, estruturarem suas ações.

Assim, o domicílio é um local que necessita ser conquistado e preparado para oferecer assistência, e é importante que se observe as atitudes e valores para que se compreenda como o cuidado é organizado pela família. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar cientes que só conseguem conquistar seus espaços, se construírem uma boa relação não só com os pacientes, mas também com todos que ocupam esse espaço (FERREIRA, 2016).

Os profissionais do SAD relatam que a assistência no domicílio proporciona aproximação da intimidade e privacidade das famílias. A privacidade do paciente deve sempre ser preservada e dessa forma, os profissionais muitas vezes necessitam de competências relacionais para se adaptar às regras da casa ou ensinar os hábitos que podem prejudicar o cuidado do paciente, sempre com respeito às decisões dos pacientes e familiares (SUGIURA; LACERDA, 2018).

Durante as observações desse estudo, percebeu-se que a assistência domiciliar vai além do saber técnico, pois quando a equipe passa a participar da vida do paciente e seus familiares, estabelece-se um compromisso pelo outro, em uma relação interpessoal de confiança com os atores. A relação interpessoal e a comunicação efetiva só existem se houver aproximação, empatia, confiança e vínculo entre profissionais, familiares e pacientes.

Os profissionais de saúde devem conhecer a si mesmos e seus sentimentos para que possam diferenciar suas emoções com a dos outros, além de ficarem atentos aos efeitos de suas palavras e as reações no outro, para compreenderem da melhor forma as emoções vivenciadas pelos pacientes e assim, desenvolver uma relação empática com eles, o que aumenta a satisfação com a assistência recebida (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017). A empatia, o comportamento positivo para com o outro e o aporte emocional ao núcleo familiar refletem uma assistência humanizada, uma vez que o profissional busca compreender o outro, o que facilita suas ações em relação aos procedimentos a serem realizados (MORAIS et al, 2018).

A comunicação eficaz é a ligação que fortalece o vínculo na relação profissional, paciente e família e o que determina o bom desenvolvimento da assistência (FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018). Dessa forma, oferecer um atendimento que atenda às necessidades de cada indivíduo e sua família durante o atendimento domiciliar ainda se encontra prejudicada devido ao pouco conhecimento das técnicas e estratégias da comunicação verbal e não verbal, o que justifica a necessidade de capacitar esses profissionais.

A comunicação inicia-se durante o acolhimento tanto do paciente quanto da equipe, onde o profissional sente-se à vontade para utilizar uma linguagem menos técnica, o que beneficia a formação do vínculo. A proximidade e o vínculo permitem uma adequada

comunicação. A empatia e a atitude de compreender o outro demonstram atenção e respeito, o que determina uma relação humanizada (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

A qualidade dos serviços de saúde depende de 40 a 50% do vínculo que se estabelece entre profissionais e pacientes. Portanto, devemos nos atentar para a subjetividade e sentimentos do indivíduo e não somente para sua doença (BUENO; TARABAY; LOURENÇO, 2016).

Conclusão

É essencial que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades e competências em busca de aperfeiçoar a qualidade da comunicação e assim, conseguirem utilizar de forma mais consciente, a empatia, o vínculo e o acolhimento.

Diante dos achados deste estudo, recomenda-se o repensar sobre como a comunicação não verbal vem sendo ensinada e subutilizada pelos profissionais de saúde de diversas áreas de atuação e como a qualidade da assistência poderia ser beneficiada se soubéssemos utilizar essa ferramenta tão eficiente e imprescindível em nossas relações interpessoais.

Uma estratégia seria implementar um programa de capacitação que ensine os profissionais de saúde a reconhecer os diversos sinais de linguagem corporal e seus significados, para que valorizem a importância de uma comunicação efetiva e os benefícios de se discutir seus ruídos e as formas de aperfeiçoar esse processo.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, P.A. Nonverbal communication: Forms and functions. Mountain View, CA: Mayfield; 1979.

ANDRADE, M.A.; SILVA, K.L.; SEIXAS, C.T.; BRAGA, P.P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2017; 70(1):210-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>

ANDREW, J.H.; JASON, F.; DANIEL, R.; GRACE F.; CHRISTOPHER, S.C. 2017. Doze dicas para uma linguagem corporal eficaz para educadores médicos. Professor de Medicina, 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1080 / 0142159x.2017.1324140>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2013 Jun 13; 12(Seção 1):59. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BUENO, I.A.F; TARABAY, C.H; LOURENÇO, M.T.C. Communication in oncology and phsychological adjustment: a literature review. *Psic, Saude & Doenças*. 2016; 17(3): 527-541. DOI: <https://dx.doi.org/10.15309/16psd170317>

DESCOMBE, M. Interviews. In: Descombe M. editors. *The Good Research Guide: for small-scale social research projects*. 2ª ed. Buckingham: Open University Press; 2003. p.163-191.

DUGGLEBY, W.; WILLIAMS, A.; GHOSH, S.; MOQUIN, H.; PLOEG, J.; MARKLE-REID, M.; PEACOCK, S. Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(81):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-016-0486-7>

FARIAS, E.S; SANTOS, J.O; GÓIS, R.M.O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Cienc Biol Saude* 2018;4(3):139-54.

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>

FERREIRA, F.P.C. Fisioterapia: quando o domicílio se torna espaço reabilitador. XV Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. São Paulo; 2016.

FONTANELLA, B.J.B; LUCHESI, B.M; SAIDEL, M.G.B; RICAS, J; TURATO, E.R; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):389-94. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

HERMANN, A.P; NASCIMENTO, J.D; LACERDA, M.R. Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro. *REME*. 2014;18(3):545-50. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140040>



VI Seminário Internacional
de Pesquisa e Estudos Qualitativos
21 a 23 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA
EPISTEMOLOGIA

LACERDA, M.R. Brevidades sobre o cuidado domiciliar. Editorial. Rev Enferm UFSM. 2015;5(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218657>

LORIÉ, Á; REINERO, D.A; PHILLIPS M; ZHANG, L; RIESS, H. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. Patient Educ Couns. 2017; 100(3):411-424. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>

LUDKE, M; ANDRE, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2^a ed. São Paulo: EPU; 2013.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MORAIS, G.B; OLIVEIRA, E.P; ALEXANDRE, J.K.L; FERREIRA, L.H.R.M; CRUZ, M.R; CAVALCANTI, T.R.F. A valia do vínculo na relação equipe multidisciplinar-paciente oncológico para a continuidade do cuidado: uma revisão integrativa. Rev Saude Cienc online 2018;7(2):114-24. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v7i2.622>

NÁPOLES, R.A.L. Contribuições da psicanálise para um novo enfoque na relação fisioterapeuta – paciente [Dissertação - Mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.

NASCIMENTO, J.D; LACERDA, M.R; GIRARDON-PERLINI, N.M.O; CAMARGO, T.B; GOMES, I.M; ZATONI, D.C.P. A vivência do cuidado familiar em casas transitórias de apoio. Rev Bras Enferm. 2016; 69(3):538-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690317i>

PONTES, E.P; COUTO, D.L; LARA, H.M.S; SANTANA, J.C.B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. Rev Min Enferm. 2014;18(1): 152–7. DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20140012>

RENNÓ, C.S.N; CAMPOS, C.J.G. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. REME. 2014; 18(1):106-115. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>

SCHIMIDT, T.C.G; SILVA, M.J.P. Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 426-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200022>

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2013.

SUGIURA, S.Y; LACERDA, M.R, Tonin L, Rodrigues JAP, Nascimento JD. A vivência do contexto domiciliar por familiares e profissionais de saúde. Rev Enferm UFSM. 2018; 8(2):304-19. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769228649>

SUN, Z., LAPORTE, A.; GUERRIERE, D.; COYTE, P.C. Utilisation of home-based physician, nurse and personal support worker services within a palliative care programme in Ontario, Canada: trends over 2005–2015. Health Soc Care Community. 2017; 25(3):1127-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12413>

TEREZAM, R; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L.A.K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):669-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.

YIN. R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.