

ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO PROXÊMICA COM PORTADORES DE HIV/AIDS

Marli Teresinha Gimenez Galvão¹
Simone de Sousa Paiva²
Namie Okino Sawada³
Lorita Marlena Freitag Pagliuca⁴

Este estudo descritivo e exploratório analisou os fatores proxêmicos da equipe de enfermagem e portadores de HIV/AIDS em ambiente hospitalar em Fortaleza - CE, entre outubro e novembro de 2004. A coleta de dados foi pela observação não participante. Analisou-se 41 interações e não foi observado influência do sexo. A posição do profissional em relação ao paciente foi de pé, a distância íntima ocorreu em 21,95% das interações e estavam relacionadas a procedimentos técnicos na maioria delas, a distância pessoal predominou em 63,41% relacionadas à assistência técnica, a distância social ocorreu em 14,64% e foram para conversação; em 15 interações houve presença de obstáculos, o toque localizado foi o comportamento de contato mais freqüente; o contato visual esteve presente em onze interações com a função de regular o fluxo da conversação; o tom de voz foi sempre adequado. Consideramos que a proximia permite identificar fatores importantes na comunicação com o paciente portador de HIV/AIDS.

DESCRITORES: comunicação; síndrome de imunodeficiência adquirida; HIV-1; relações enfermeiro-paciente

ANALYSIS OF PROXEMIC COMMUNICATION WITH HIV/AIDS PATIENTS

This descriptive and exploratory study analyzed the proxemic factors of the nursing team and HIV/AIDS patients in a hospital environment in Fortaleza - CE, between October and November 2004. Data were collected through non-participant observation. Forty-one interactions were analyzed, in which no gender influence was observed. The professional's position towards the patient was mainly standing; intimate distance occurred in 21.95% of interactions, which were mostly related to technical procedures; personal distance predominated in 63.41% of cases, which were related to technical care; social distance occurred in 14.64% of interactions, which were aimed at conversation; obstacles were present in 15 interactions; local touch was the most frequent contact behavior; visual contact was present in 11 interactions, with a view to regulating the conversation flow; the tone of voice was found always adequate. Through proxemics, we can identify important factors in communication with HIV/AIDS patients.

DESCRIPTORS: communication; acquired immunodeficiency syndrome; HIV-1; nurse-patient relations

ANÁLISIS DE COMUNICACIÓN PROXÉMICA CON PACIENTES CON VIH/SIDA

Estudio descriptivo y exploratorio en que fueron analizados factores proxémicos del equipo de enfermería y portadores del VIH/SIDA en un ambiente hospitalario en Fortaleza - CE, entre octubre y noviembre de 2004. Los datos fueron recopilados mediante observación no participante. El análisis de 41 interacciones no reveló ninguna influencia del sexo. La posición del profesional ante el paciente fue en pie; la distancia íntima ocurrió en el 21,95% de las interacciones y, en la mayoría de los casos, estaba relacionada a procedimientos técnicos; la distancia personal predominó en el 63,41% de los casos, relacionados a la atención técnica; la distancia social ocurrió en el 14,64%, con objeto de conversar; en 15 interacciones hubo presencia de obstáculos; el toque localizado fue el comportamiento de contacto más frecuente; el contacto visual estuvo presente en once interacciones para regular el flujo de la conversación; el tono de la voz fue siempre adecuado. Consideramos que la proximia permite identificar factores importantes en la comunicación con el paciente portador del VIH/AIDS.

DESCRIPTORES: comunicación; VIH-1; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; relaciones enfermero-paciente

¹ Professor, e-mail: marligalvao@gmail.com; ² Enfermeira, Mestranda. Universidade Federal do Ceará; ³ Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: sawada@eerp.usp.br; ⁴ Professor Titular da Universidade Federal do Ceará

INTRODUÇÃO

Há três décadas convive-se com a aids e, segundo observado, a doença tem apresentado um crescimento desenfreado, atingindo cada vez mais indivíduos em plena vida reprodutiva.

Atualmente, o uso de anti-retrovirais proporciona qualidade de vida e sobrevida semelhante a outras doenças crônicas⁽¹⁾. Assim, a internação hospitalar é adotada como um recurso diferente do usado na primeira década da epidemia, quando não se dispunha de exames eficientes nem de drogas (anti-retrovirais) mais específicas. Hoje, os principais motivos da internação decorrem do diagnóstico tardio, da intolerância aos medicamentos ou das doenças oportunistas.

Na hospitalização, o indivíduo deixa seu ambiente para se adequar ao mundo e às rotinas pouco familiares. No caso de portadores do HIV, as internações requerem períodos mais prolongados e eles vivenciam um ambiente hospitalar onde a solidão é constante. Em face da preocupação quanto à evolução da doença, os pacientes muitas vezes se isolam no próprio leito.

Em virtude das medidas de biossegurança utilizadas e do isolamento físico dos pacientes com aids, a assistência de enfermagem atribui a essa assistência características muito peculiares⁽²⁾. Por medo de contágio durante tal assistência, esse cuidar mostra-se extremamente técnico e impessoal. Nele predomina a relação com coisas e objetos e, portanto, a preocupação e o cuidado com as diferentes formas de comunicação.

O ato da comunicação compara-se ao ato de respirar: o ser humano não pára de se comunicar⁽³⁾. Ante sua importância, a comunicação é indicada como um instrumento básico da assistência de enfermagem, pois torna possível o relacionamento enfermeiro-paciente⁽⁴⁾. Seu estudo, porém, requer aprofundamento com vistas a ser devidamente conhecido e utilizado pelo enfermeiro em sua prática diária.

A comunicação pode ser verbal e não-verbal. Conforme demonstrado por estudos, 35% do significado da mensagem são transmitidas verbalmente, e 65% são emitidos de forma não-verbal⁽⁵⁾. O espaço é considerado um meio de comunicação não-verbal⁽⁶⁾. Desse modo, um dos aspectos a ser levado em conta na comunicação com o paciente é o seu espaço pessoal e territorial,

denominado de comunicação proxêmica⁽⁵⁻⁶⁾. O termo proxemia é um neologismo criado por Eduard Hall, para designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do seu espaço⁽⁷⁾. Assim, a comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura inconscientemente o próprio espaço⁽⁶⁻⁷⁾.

Segundo destaca esse autor, a análise proxêmica envolve oito fatores compostos pelas seguintes dimensões: 1. postura-sexo: analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores, como as posições: de pé, sentado e deitado; 2. eixo sociofugo-sociopeto: o eixo sociofugo demonstra o desencorajamento da interação, enquanto o sociopeto trata do inverso. Essa dimensão analisa o ângulo dos interlocutores, a saber: face a face, de costas um para os outros, entre outras angulações; 3. cinestésicos: cabe-lhes provocar a proximidade entre os interlocutores. Analisa o contato físico a curta distância, como o toque ou o roçar da pele e o posicionamento das partes do corpo; 4. comportamento de contato: esse fator refere-se às formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico; 5. código visual; verifica o modo de contato visual ocorrido nas interações como o olho no olho ou ausência de contato; 6. código térmico: diz respeito ao calor percebido pelos interlocutores; 7. código olfativo: analisa as características e o grau de odor percebido pelos interlocutores; e, finalmente, 8. volume de voz: avalia a percepção dos interlocutores em relação ao espaço interpessoal.

Em decorrência da nossa experiência assistencial e do desenvolvimento de pesquisas com portadores de HIV/aids, julgamos oportuna a presente investigação, cujo objetivo é analisar fatores proxêmicos durante as interações da equipe de enfermagem e portadores de HIV/aids em ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo desenvolvido em uma unidade de internação de um hospital especializado e de referência ao atendimento de pacientes com doenças infectocontagiosas de Fortaleza, Ceará, durante os meses de outubro e novembro de 2004. Dela participaram membros da

equipe de enfermagem e pacientes hospitalizados que se encontravam na unidade e que aceitaram participar da pesquisa.

Como técnica, adotou-se a observação direta não participante e sistemática das interações ocorridas no plantão entre profissional e paciente. Eram registradas todas as interações realizadas durante a observação e identificados os fatores proxêmicos, seguindo um roteiro de observações dividido em três partes. Na primeira parte, anotavam-se os dados de identificação do paciente; na segunda, do profissional e, na terceira parte, descreviam-se as observações da interação, como: situação ou procedimento realizado, tempo de duração, posição e distância do profissional, tom de voz, eixo dos interlocutores, comportamento de contato, contato visual e obstáculos.

Para análise da comunicação, o paciente era observado durante doze horas, por pesquisador previamente treinado. As observações eram realizadas no máximo por duas horas consecutivas, no período da manhã ou da tarde, no intervalo das 7:00 às 19:00 horas, durante três ou mais dias. Encerrou-se a coleta de dados ao serem identificados todos os fatores proxêmicos entre profissional e paciente, ou seja, por saturação.

Os dados obtidos foram analisados à luz dos fatores proxêmicos⁽⁷⁾. Após estudadas e interpretadas por um primeiro pesquisador as categorizações foram confirmadas por outros dois pesquisadores, o que possibilitou a descrição e discussão dos resultados.

O estudo seguiu todas as instruções da Resolução nº 196, de 19 de outubro de 1996, do Comitê Nacional de Pesquisas, referente a estudos que envolvem seres humanos. Todos os participantes receberam as devidas informações e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Descrição dos sujeitos

Foram observados quinze membros da equipe de enfermagem e cinco pacientes. Dos membros da equipe de enfermagem, três eram enfermeiros, todos do sexo feminino; seis, auxiliares de enfermagem, um do sexo masculino, e seis eram estagiárias do curso técnico de enfermagem, pois se trata de um hospital-escola que recebe acadêmicos de todos os

níveis. As faixas etárias variaram da seguinte forma: dos 30- 39 anos (5), dos 20-29 anos (4), dos 40-49 anos (3), idade inferior a 20 anos (2) e igual ou superior a 50 anos (1). Oito componentes eram brancos, e sete eram mulatos.

Dos cinco pacientes, dois eram do sexo feminino e três do sexo masculino; dois mulatos, dois pardos e um branco, nas faixas etárias de 30-39 anos (3), 20-29 anos (1) e acima de 39 anos (1). Todos procediam de Fortaleza. Sobre a escolaridade, dois possuíam o equivalente ao primeiro grau incompleto, um, o segundo grau incompleto, um, o ensino superior completo, e uma paciente sabia escrever apenas o próprio nome. O número de interações observadas totalizou 41 situações.

Análise dos fatores proxêmicos

Código sexo - postura

Inicialmente, analisou-se o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores: de pé, sentado ou deitado. Não foi identificada a influência do sexo na postura adotada pelos interlocutores, por ter sido o número de homens pouco representativo. Em estudo com pacientes laringectomizados, não se observou interferência do sexo na postura adotada, atribuindo-se esse fato ao tipo de interação profissional técnica⁽⁶⁾.

Além disso, discutir as questões de gênero nesse grupo de pacientes é bastante delicado e complexo, pois se resume a discutir apenas a significação sexual de ser homem ou mulher. As normas, valores, percepções e representações na sociedade acompanham esses sujeitos, os quais, de modo geral, não desempenham os papéis que a sociedade deles espera no referente à identidade sexual.

Em estudo sobre as questões de gênero e sexualidade masculina nos tempos da aids, o homem foi considerado o pivô da transmissão e responsável pelo desempenho da prática sexual, reproduzindo um esteriótipo que o coloca em situação de risco⁽⁸⁾. Apesar de não ter sido o objetivo desse estudo investigar como adquiriram a doença, inferiu-se que as questões relacionadas à sexualidade e preferências sexuais interferem na comunicação não-verbal dos interlocutores. Os pacientes podem se sentir envergonhados, inferiorizados e discriminados.

Em todas as situações observadas, o profissional encontrava-se de pé. Quanto ao paciente, em somente uma interação ele estava nessa posição. Nas demais situações, o paciente estava sentado ou deitado. Quando se mantém a posição de pé, enquanto o outro interlocutor permanece sentado, a distância social, a impressão evocada é de dominação do primeiro sobre o segundo⁽⁷⁾. Por conseqüência, ao se sentir, de certa forma, inferior ao profissional que dele cuida, particularmente quando se está internado, submetendo-se a ordens e rotinas hospitalares nem sempre agradáveis, o interlocutor pode bloquear o processo de comunicação e evitar expressar seus verdadeiros sentimentos, suas dúvidas ou medos. Dessa forma, cabe aos profissionais da saúde ficar atentos a esses aspectos para otimizar o processo de comunicação com esses pacientes.

Eixo sociofugo - sociopeto

Esse fator refere-se à disposição (sociopeto) ou indisposição (sociofugo) dos interlocutores em interagir um com o outro. Tal dimensão analisa o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa, a posição dos sujeitos: face a face, lateralizado ou de costas um para o outro. Assim, quanto ao eixo dos interlocutores, a comunicação face a face e a lateralizada foram verificadas, cada uma, em dezessete situações, enquanto a posição adotada pelo profissional em seis interações foi de costas para o paciente, mesmo quando havia comunicação verbal, e, em uma situação, o paciente encontrava-se de costas para o profissional.

Durante as interações houve mudança de posição, parcialmente decorrente da pressa dos profissionais de enfermagem e de situações de "fuga" de momentos com o paciente, sobretudo quando este lhes questionava algo no momento da interação.

Em estudos anteriores, foram identificadas queixas dos pacientes sobre o pessoal da equipe de saúde. Tais queixas referiam-se à indelicadeza, invasão de privacidade, demonstração de indiferença, expressão facial desanimada e andar apressado⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Embora o número de interações realizadas de costas tenha sido inexpressivo, foram detectadas dezenove situações nas quais o profissional apresentava-se desencorajado a interagir com o paciente, apesar de este, por vezes, demonstrar o contrário. Essas situações eram observadas quando o profissional assumia posição de costas para o

paciente, durante a realização de um procedimento ou até mesmo no repasse de informação ao paciente. O olhar do profissional se voltava para a televisão ligada, para o equipo de soro ou para os resquíscios de sangue no extensor do jelco[®]. As respostas dadas aos questionamentos do paciente pelo componente da equipe aos seus questionamentos eram rápidas e evasivas. O paciente, por sua vez, olhava atentamente o profissional que o atendia, chamava-lhe a atenção para alguma alteração percebida ou exprimia verbalmente sua insatisfação. Para isso, dirigia-se ao profissional ou à pesquisadora, e queixava-se de que ninguém lhe dava importância, independentemente de pedirem sua opinião sobre o assunto.

A dificuldade observada no profissional para a interação com o paciente e a necessidade demonstrada por este de atenção decorrem, parcialmente, da situação de um portador que se encontrava em fase final de vida. Segundo referências, muitos profissionais de saúde ainda não sabem lidar com a possibilidade de perda do paciente portador de uma doença incurável e inconscientemente, afastam-se dele. Os pacientes terminais lembram-lhes a fragilidade humana e os obrigam a pensar e agir sobre a finitude do corpo e a existência da morte⁽¹¹⁾. Em contrapartida, o paciente busca um suporte emocional, geralmente negado pela sociedade ou até por familiares. Dessa forma, os pacientes esperam apoio emocional e psicológico daqueles com quem mantêm os últimos ou talvez únicos contatos: os profissionais que os acompanham.

Em quatorze interações foi observado comportamento sociopeto pelo componente da equipe de enfermagem, mediante demonstração de atenção durante atendimento ou em conversa sobre assuntos não referentes ao atendimento. Ressalta-se a importância desses comportamentos no relacionamento dos profissionais da saúde com os pacientes, pois a comunicação é o meio pelo qual os relacionamentos são estabelecidos. O prestador do cuidado deve desenvolver habilidades de comunicação por meio da empatia, abertura, autenticidade e respeito, com a finalidade de estabelecer uma relação de ajuda, visando à maior adaptação do paciente e a melhores resultados no tratamento⁽¹²⁾.

Fatores cinestésicos

Identificam a proximidade entre os interlocutores e o que a determina. Analisam o contato

físico a curta distância, como o toque e o roçar de pele, bem como o posicionamento das partes do corpo dos interlocutores.

Na Tabela 1, podem-se perceber as distâncias mantidas entre os interlocutores e o tipo de intervenção no momento das interações.

Tabela 1 - Distâncias mantidas entre os interlocutores e tipo de intervenção realizada no momento das 41 interações

Tipo de intervenção	Distância							
	Íntima		Pessoal		Social		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
	9	(21,95 %)	26	(63,41%)	6	(14,64%)	41	100
Procedimento técnico	7	77,78	19	73,08	2	33,33	28	68,30
Conversação	2	22,22	7	22,92	4	66,67	13	31,70
Total	9	100	26	100	6	100	41	100

A distância íntima ocorreu em pouco menos de 21,95% das interações, relacionada com mais frequência a procedimentos técnicos (77,78%). Essa distância é a do reconforto e da proteção; o olfato e a percepção do calor irradiado se intensificam, nessa situação, e os músculos e a pele podem entrar em contato. Ao contato estranho, a tática de base consiste em permanecer imóvel ou esquivar-se⁽⁷⁾. Durante a assistência técnica de enfermagem, os profissionais podem invadir o espaço pessoal do paciente ao manter essa distância, causando reações negativas e bloqueando a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica entre paciente e profissional. Torna-se necessário preservar o máximo possível o espaço pessoal do portador hospitalizado do HIV, quase sempre dominado por sentimentos diversos, deprimido, revoltado ou frustrado com a possibilidade de morte iminente.

A distância pessoal foi verificada em mais da metade das situações observadas (63,41%), destas, em torno de 73,08% constituía-se de assistência técnica. Na distância pessoal, não existe distorção visual dos traços do outro, o calor corporal não é perceptível, é possível os interessados se tocarem por suas extremidades superiores. A essa distância, podem-se discutir assuntos pessoais⁽⁷⁾, recomendável nos processos de ensino dos pacientes⁽⁶⁾.

Na minoria das interações, foi observada distância social. A essa distância, a maioria das interações era de conversação com paciente (66,67%), mediante repasse de informação ou quando ocorria evolução. A essa distância, os sinais não-

verbais dificilmente são percebidos. Eles se tornam impróprios para a situação de comunicação verbal com o paciente, mais freqüentemente observada na interação em distância social.

Os obstáculos existentes no decorrer da interação são aqui estudados em virtude de influenciar a distância adotada, bem como dificultar o contato físico. Houve quinze situações nas quais predominaram obstáculos à comunicação. Entre estes, os mais comuns foram o uso de máscara, embora o paciente não apresentasse doença de transmissão por via aérea; suporte de soro entre os interlocutores e televisão ligada, distraindo os sujeitos. Em duas situações o extensor do jelco[®] encontrava-se com resquícios de sangue em seu percurso, motivo a desviar a atenção do profissional durante a comunicação com o paciente. Foram considerados ainda como obstáculos a escadinha entre os interlocutores e a realização de outra atividade pelo profissional.

Os obstáculos encontrados, de modo particular a utilização da máscara e a atenção do profissional voltada para o sangue no extensor do jelco[®] durante a fala do paciente, podem significar o receio desses profissionais que cuidam de pacientes com HIV/aids quanto à infecção e às doenças dela decorrentes. Em um hospital de doenças infectocontagiosas, o índice de insalubridade da equipe de saúde é alto, e representa risco ao profissional dessa área. É preciso identificar quando há risco real e como se deve proceder de maneira que o paciente não se sinta ignorado em decorrência da doença.

Comportamento de contato

Classifica as formas de relações táteis ocorridas, da seguinte forma: acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico. Não se observou situação em que houve roçar de pele entre os interlocutores. O toque foi verificado em metade das interações em distância íntima, e o restante, em distância pessoal modo próximo.

O toque localizado ocorreu em dezoito situações. Quatorze desses toques estavam associados a procedimentos técnicos. Três ocorreram no intuito de chamar a atenção do paciente ou para acordá-lo e um aconteceu como forma de tranquilizar o paciente que referia dor. Pesquisas descrevem a predominância do toque instrumental nas interações

entre equipe de enfermagem e paciente atendidos, quer seja durante hospitalização, quer seja em consultas ambulatoriais⁽¹³⁻¹⁴⁾. Na maior parte das interações não houve comportamento de contato, em face das dificuldades encontradas, tanto no profissional quanto no portador do HIV/aids, de interagir um com o outro.

Código visual

Por meio desse fator, verifica-se o modo de contato visual ocorrido nas interações como o olho no olho ou ausência de contato. Esteve presente em onze interações, todas relacionadas à comunicação verbal, provavelmente para identificar os sinais não-verbais da linguagem, pois a visão é o sentido mais especializado do homem e faculta ao sistema nervoso uma quantidade de informações muito maior que o tato e a audição. Pode-se, pelos olhos, identificar as emoções do indivíduo, como sinais de surpresa (abertura ocular maior), alegria (brilho) ou tristeza (abertura ocular menor)⁽⁷⁾. O olhar também tem a função de regular o fluxo da conversação. Portanto, esse fator é imprescindível na interação com o paciente.

As dimensões relacionadas ao código térmico e olfativo, respectivamente descritas como fatores proxêmicos 6 e 7, não foram analisadas pelo fato de o método de análise dos dados não permitir detectar essas informações.

Volume de voz

Analisa a percepção dos interlocutores em relação ao espaço interpessoal, mediante classificação do volume e da intensidade da fala durante a interação: sussurro, grito ou tom normal. Em nenhuma situação notou-se tom de voz alto. Na maioria das interações, o tom de voz era normal (audível); em apenas cinco interações, houve tom baixo. Destas, a distância em que se deu a comunicação era íntima ou pessoal, de modo que o paciente podia escutar, embora a pesquisadora não soubesse o que estava sendo dito. Em cinco interações não ocorreu comunicação verbal.

Em todas as interações, o ventilador apresentava-se barulhento, o televisor encontrava-se ligado em 22 momentos, e, em sete, o volume do aparelho era alto. Em quatro interações havia barulho de construções. O ruído ambiental é considerado uma

invasão de espaço pessoal e territorial do paciente hospitalizado, acarretando uma série de respostas humanas em forma de sentimentos, atitudes, valores, expectativas e desejos⁽¹⁰⁾. Cabe ao profissional ficar atento a esses ruídos passíveis de interferir na comunicação com o paciente. Conforme se percebeu uma paciente apresentava tosse produtiva e freqüente, dificultando a verbalização.

CONSIDERAÇÕES

Segundo se observou, a postura adotada pelos profissionais traduz idéia de dominação e supremacia deles sobre o paciente, reforçada pela organização institucional do ambiente proxêmico. Nem todos os procedimentos permitem optar por uma ou outra posição. Recomenda-se, no entanto, que, pelo menos durante conversa com o paciente, o componente da equipe permaneça sentado na mesma altura do paciente e face a face com ele, principalmente na comunicação com os portadores de HIV/aids, marcados, freqüentemente, pelo estigma da doença e da morte.

As distâncias não foram adequadas às situações observadas. Procedimentos técnicos devem ser evitados à distância íntima. Embora nem sempre seja possível obedecer a essa regra, em virtude da exigência técnica de invasão do espaço pessoal do paciente, podemos perceber o incômodo causado por meio da linguagem não-verbal desse paciente e, assim, reverter o mal-estar provocado. Os processos de ensino do paciente devem ser realizados à distância pessoal, por não haver distorção dos traços dos interlocutores nem interferência do calor corporal na interação. A distância social não deve ocorrer nos momentos de conversação com o paciente, pois os sinais não-verbais dificilmente são percebidos.

A proxemia aplicada à observação do processo comunicativo entre profissionais de enfermagem e paciente permite avaliar a assistência prestada, mediante identificação dos diferentes fatores proxêmicos. A partir de então, pode-se interferir nesses fatores, revendo os comportamentos assumidos durante a comunicação com o paciente e, se possível, mudando o espaço da interação, a fim de melhorar o relacionamento interpessoal no ambiente hospitalar e estabelecer um processo comunicativo mais eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/aids através do HAT-QoL. *Cad Saúde Pública* 2004 janeiro-fevereiro; 20(2):430-7.
2. Sadala MLA. Cuidar de pacientes com aids: o olhar fenomenológico. São Paulo (SP): Unesp; 2000.
3. Santos RE. As teorias da comunicação: Da fala a internet. São Paulo (SP): Paulinas; 2003.
4. Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo (SP): Atheneu; 2003.
5. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: Teoria e ensino. São Paulo(SP): USP; 1992.
6. Sawada NO, Zago MM, Galvão CM, Ferreira E, Barichello E. Análise dos fatores proxêmicos com o paciente laringectomizado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 agosto; 8(4):72-80.
7. Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio D'água; 1986.
8. Mota MP. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cad Saúde Pública* 1998 janeiro-março; 14(1):145-55.
9. Spitzer RB. Meeting consumer expectations. *Nurs Admin Q* 1988; 12(3):31-9.
10. Sawada NO. O sentimento do paciente hospitalizado frente a invasão de seu espaço territorial e pessoal. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1995.
11. Maia CIB, Guimarães LER, Ribeiro LHO. Diante do fenômeno da morte: um estudo sobre mecanismos de defesa de auxiliares de enfermagem In: Neme CMB, Rodrigues OMPR. *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos (SP): Rima; 2003. p.3-22.
12. Kasch, CR Interpersonal competence and communication in the delivery of nursing care. *Adv Nurs Sci* 1984 janeiro; 6(2):71-88.
13. Silva MJP da, Domingues J. O toque: percepção de idosos hospitalizados. *Texto e Contexto Enfermagem* 1997 maio-agosto; 6(2):291-9.
14. Pinheiro EM, Rocha IF da, Silva MCM da. Identificação dos tipos de toque ocorridos no atendimento de enfermagem de um serviço ambulatorial. *Rev Esc Enfermagem USP* 1998 outubro; 32(3):192-8.