



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE ENFERMEIRO E IDOSO NA CONSULTA
DE ENFERMAGEM: uma análise à luz da teoria de Hall**

Orientadora: Prof.^a Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

**JOÃO PESSOA-PB
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE ENFERMEIRO E IDOSO NA CONSULTA
DE ENFERMAGEM: uma análise à luz da teoria de Hall**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde – Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

JOÃO PESSOA-PB
2013

FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE IDOSO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: uma análise à luz da teoria de Hall**

Aprovado em: ____/____/____/

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

(Orientadora/ UFPB)

Prof.^a Dr.^a. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças - UFC

(Membro Efetivo/ UFC)

Prof.^a Dr.^a. Maria das Graças Melo Fernandes

(Membro Efetivo/ UFPB)

Prof.^a Dr.^a. Grazielle Roberta Freitas da Silva

(Membro Suplente Externo/ UFPI)

Prof.^a Dr.^a. Simone Helena dos Santos Oliveira

(Membro Suplente Interno/ UFPB)

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

*Dedico este estudo a Deus e a Virgem Maria,
fonte de inspiração, a meus familiares e
amigos poço seguro no qual sempre posso
contar.*

AGRADECIMENTOS

*Ao meu bom e fiel **Deus**, por ter me concedido a graça de vencer mais uma etapa de vida, com fé, força, sabedoria, paciência e determinação.*

*À minha **Virgem Mãe Maria**, protetora e intercessora de todos os momentos.*

*Aos meus pais **Queiroga e Gorete**, fonte de motivação e determinação, por toda educação que me proporcionaram, por conduzirem-me a galgar caminhos corretos, por permanecerem sempre ao meu lado, apoiando-me e incentivando-me.*

*Ao meu esposo **Pedro**, pela compreensão pelos momentos de ausência e pelos incentivos ao longo de toda caminhada.*

*Ao meu filho **Pedro Henrique**, razão pela qual procuro crescer pessoal e profissionalmente.*

*Às minhas irmãs **Flávia e Fernanda**, companheiras de todas as horas, pelo compartilhamento das alegrias e dificuldades.*

*À minha **Tia Ana Maria**, fonte de motivação para seguir os caminhos da docência.*

*Aos meus cunhados **Lulinha, Gustavo e Neto**, pelo apoio e incentivo.*

*À minha cunhada **Rovênia**, pelas orações e palavras sábias.*

*À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa**, por toda dedicação, estímulo e motivação que me fizeram vencer.*

*À **Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes** por todo auxílio e carinho.*

*Às **Prof^{as}. Dr^{as}. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes, Dr^a. Grazielle Roberta Freitas da Silva e Dr^a. Simone Helena dos Santos Oliveira** por terem aceitado o convite para participarem da Banca, e pelas valiosas contribuições que possibilitaram aprimorar este trabalho.*

*Ao **Prof. Dr.^o Joab de Oliveira Lima**, pela paciência e dedicação na sua assistência.*

*À minha amiga **Juliana Paiva Góes da Silva**, pela troca de experiências e pelo companheirismo.*

*Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela oportunidade de concretizar este sonho.*

*Às **especialistas**, pela em aperfeiçoar o instrumento proposto para este estudo.*

*Aos **Juízes**, pela disponibilidade, dedicação e responsabilidade com que efetivaram uma difícil etapa deste estudo.*

*Aos **enfermeiros da Atenção Primária à Saúde** e aos **idosos** que se dispuseram a participar deste estudo.*

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por todos os ensinamentos que me foram repassados.

Aos colegas de turma, pelos bons, saudáveis e saudosos momentos juntos vivenciados.

À Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, pelo estímulo ao crescimento profissional e pela oportunidade de conduzir a docência.

Aos meus amigos da FACENE, por todo incentivo, toda ajuda e orientação.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste meu sonho.

*“Triunfarei sobre o mal, conquistarei troféus.
Não há outra questão, quando se é cristão
Não se para de lutar... até chegar ao céu.”
(Sandro de Andrade)*

RESUMO

Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. **COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE ENFERMEIRO E IDOSO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM: uma análise à luz da teoria de Hall.** 2013. 103 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2013.

Introdução: A comunicação relaciona-se à transmissão e troca de mensagens entre os seres que interagem, contemplando toda existência humana. É estabelecida, em sua maior parte, pela linguagem não verbal, que corresponde ao uso inconsciente ou consciente das expressões corporais e faciais, complementando a linguagem verbal. **Objetivo:** Analisar a comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos na consulta de enfermagem à luz do referencial teórico de Hall. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado por meio de filmagens das consultas de enfermagem realizadas em Unidades Básicas de Saúde do município de João Pessoa-Paraíba. Participaram 32 enfermeiros vinculados à Estratégia Saúde da Família, e 32 idosos atendidos pelos enfermeiros durante o período de coleta, que ocorreu de agosto a setembro de 2012. Fizeram parte também com o estudo os especialistas em comunicação que validaram o instrumento para análise da comunicação não verbal segundo Hall e os juízes que analisaram as filmagens. Os dados foram processados no *software* estatístico *PASW Statistic* versão 18 e analisados por meio de estatística descritiva e exploratória. Foi empregado o teste qui-quadrado (X^2) e calculado os escores médios individuais de cada variável indicadora relacionada aos nove fatores. A confiabilidade do instrumento de coleta de dados foi feita utilizando-se o coeficiente α de Cronbach. Por fim, a partir dos cálculos dos escores médios individuais e por fatores, utilizou-se a técnica estatística de Comparações Múltiplas para comparar os itens da escala de Hall. Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da universidade Federal da Paraíba, sob CAAE: 03499412.1.0000.5188. **Resultados:** Os resultados apontaram 1.575 interações não verbais entre enfermeiro e idoso. O tempo médio de consulta variou entre 4 a 49 minutos, e como resultado dessas interações observou-se predomínio de enfermeiros (90,63%) e idosos (65,63%) do sexo feminino, a consistência interna do instrumento de coleta de dados apresentou baixa confiabilidade (0,630). As avaliações médias para os fatores analisados foram classificadas, de uma forma geral, como Regular, por apresentar média em torno de 3, sendo a pior avaliação a do Fator Código Visual (2,81), e a melhor a do Volume de Voz (3,44). Quanto as variáveis que compõem os nove Fatores postulados por Hall, a maioria obteve classificação Regular, com exceção para a Distância Íntima que foi classificada como Boa, houve prevalência da postura sentada (80,09%), cadeiras uma em frente a outra (64,46%), distância pessoal (91,40%), expressão facial tranquila (59,78%), uso do toque apenas ao realizar um procedimento técnico (53,33%), interação visual enquanto manipula objetos (57,69%) e volume de voz inalterado (48,79). **Conclusão:** Esses resultados são preocupantes, pois revelam que barreiras importantes, como avaliação da distância, postura cinestésica, comportamento de contato e comunicação visual, ainda não foram superadas, no sentido de estreitar os elos comunicativos entre enfermeiros e idosos. Isto reflete a necessidade de os enfermeiros dominarem conscientemente suas manifestações corporais e faciais a fim de melhor interagir com o idoso.

Palavras chave: Enfermagem. Comunicação não verbal. Idoso. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. **NONVERBAL COMMUNICATION BETWEEN NURSE AND THE ELDER IN THE NURSING CONSULTATION: na analysis by Hall's theory.** 2013. 103 f. Master's dissertation. Nursing Postgraduation Program. Health Science Center. Federal University of Paraíba. João Pessoa – PB, 2013.

Introduction: Communication takes place through the transmission and exchange of messages between interactants, which contemplates the whole human existence. It is established, in its most part, by the nonverbal language which corresponds to the unconscious or conscious use of the corporal and physical expressions and it complements the verbal language. **Objective:** To analyze the nonverbal communication between nurses and the elderly in the nursing consultation based on the theory by Hall. **Methodology:** The research concerns a descriptive exploratory study and it has a quantitative approach. It took place through filmings of the nursing consultations which happened in Health Basic Units in João Pessoa, Paraíba, Brazil. 32 nurses took part of the process and they were linked to the Family Health Strategy. Other 32 elderly consulted by these professionals also took part during the collection period, from August to September in 2012. Experts in communication also made part of the process and they validated the instrument for the analysis of the nonverbal communication according to Hall and the judges who analyzed the filmings. The data were processed in the *PASW software* version 18. They were observed through descriptive and exploratory statistics. The qui-squared (X^2) test was used and the individual medium scores by every variable related to the nine factors were calculated. The reliability of the data collection instrument was done by the use of the coefficient α by Cronbach. Finally, from the calculation of the individual medium scores and through factors, the statistic technique of Multiple Comparisons was used to compare the items of Hall's scale. Ethical observances were considered. They were based on the guidelines and rules which aim the research involving human beings – 196/96 Resolution from the National Health Council. The project was observed and approved by the Ethical Committee on Health in Research of the Health Science Center from the Federal University of Paraíba, under CAAE: 03499412.1.0000.5188. **Results:** The results pointed out 1.575 nonverbal interactions between the nurse and the elderly. The consultation average time ranged between 4 to 49 minutes and as a result the predominance of the female nurses (90,63) and the elderly (65,63) and the internal consistence of the collection instrument showed little reliability (0,630). The average evaluations for the observed factors were classified in a general way as Regular for presenting an average 3. The worst evaluation was the one of the Visual Code Factor (2,81) and the best one was the Voice Volume (3,44). About the variables which compound the nine factors proposed by Hall, most had a Regular classification except for the Intimal Distance which was classified as Good. In most situations they were sitting (80,09%), opposite chairs (64,46), personal distance (91,40), calm facial expression (59,78), touch was used only for a technical procedure (53,33%), visual interaction for the manipulation of the objects (57,69) and no alteration in the voice volume (48,79). **Conclusion:** These results are worrying because they show that important barriers like the distance evaluation, kinesthetic posture, contact behavior and visual communication have not been overcome yet and they narrow down the communicative links between the nurses and the elderly. This reflects the necessity of the nurses to domain consciously their corporal and facial manifestations in order to improve the interaction with the elderly.

Keywords: Nursing. Nonverbal Communication. Elderly. Primary Health Attention.

RESUMEN

Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. **COMUNICACIÓN NO VERBAL ENTRE ENFERMERO Y ANCIANO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: un análisis a la luz de la teoría de Hall**. 2013. 103 f. Disertación de Maestría. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa - PB, 2013.

Introducción: La comunicación se relaciona con la transmisión e intercambio de mensajes entre seres en interacción, contemplando toda la existencia humana. Está establecida, en su mayor parte, por el lenguaje no verbal, que corresponde al uso inconsciente o consciente de expresiones corporales y faciales, completando el lenguaje verbal. **Objetivo:** Analizar la comunicación no verbal entre enfermeros y ancianos en la consulta de enfermería a la luz de la referencia teórica de Hall. **Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado por medio de grabaciones en video de consultas de enfermería realizadas en Unidades Básicas de Saúde de la municipalidad de João Pessoa – Paraíba. Participaron 32 enfermeros vinculados con la Estrategia Saúde da Família, y 32 ancianos atendidos por los enfermeros durante el período de recolección, que va de Agosto a Septiembre de 2012. Hicieron parte también con el estudio los especialistas en comunicación que validaron el instrumento para análisis de comunicación no verbal según Hall y los jueces que analizaron las imágenes. Los datos fueron procesados por el *software* estadístico *PASW Statistic* versión 18 y analizados a través de estadística descriptiva y exploratoria. Fue empleado ensayo Chi cuadrado (X^2) y calculadas las calificaciones medias individuales de cada variable indicadora relacionada a los nueve factores. La confiabilidad del instrumento de recolección de datos fue realizada utilizando el coeficiente de Cronbach. Finalmente, a partir de los cálculos de las calificaciones medias individuales y por factores, se utilizó la técnica estadística de Comparaciones Múltiples para comparar los ítems de la escala de Hall. Fueron consideradas las observaciones éticas contempladas en las directrices y normas reglamentadas para pesquisas envolvendo seres humanos – Resolución 196/96 del Conselho Nacional de Saúde. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comitê de Ética em Pesquisa del Centro de Ciências da Saúde de la Universidade Federal da Paraíba, bajo CAAE: 03499412.1.0000.5188. **Resultados:** Los resultados apuntaron 1.575 interacciones no verbales entre enfermero y anciano. El tiempo promedio de consulta varió entre 4 y 49 minutos y como resultado de estas interacciones se observó un predominio de enfermeros (90,63%) y ancianos (65,63%) de sexo femenino, la consistencia interna del instrumento de recolección de datos presentó confiabilidad baja (0,630). Las evaluaciones promedio para los factores analizados fueron clasificadas, de manera general, como Regular, ya que presentaron un promedio de alrededor de 3, siendo la peor evaluación la del Factor Código Visual (2,81), y la mejor la de Volumen de Voz (3,44). En cuanto a las variables que componen los nueve factores postulados por Hall, la mayoría obtuvo una clasificación Regular, con excepción de la Distancia Íntima que fue clasificada como Buena, prevaleció la postura sentada (80,09%), sillas una frente a otra (64,46%), distancia personal (91,40%), expresión facial tranquila (59,78%), uso de contacto sólo al realizar un procedimiento técnico (53,33%), interacción visual mientras se manipulan objetos (57,69%) y volumen de voz inalterado (48,79). **Conclusión:** Estos resultados son preocupantes, pues revelan que importantes barreras, como evaluación de la distancia, postura cenestésica, comportamiento de contacto y comunicación visual, todavía no fueron superados, en el sentido de estrechar lazos comunicativos entre enfermeros y ancianos. Esto refleja la necesidad de que los enfermeros dominen conscientemente sus manifestaciones corporales y faciales a fin de mejorar la interacción con los ancianos.

Palabras clave: Enfermería. Comunicación no verbal. Anciano. Atención Primaria de la Salud.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1-	Distribuição dos enfermeiros segundo idade e sexo - João Pessoa-PB, 2012 (n = 32).....	46
Tabela 2	Distribuição dos idosos segundo idade e sexo - João Pessoa-PB, 2012 (n = 32).....	47
Tabela 3-	Avaliação do grau de confiabilidade de instrumentos de coleta de dados através do coeficiente α de Cronbach - João Pessoa, 2012.....	47
Tabela 4-	Análise da consistência interna do instrumento de coleta de dados conforme respostas dos avaliadores - João Pessoa-PB, 2012.....	48
Tabela 5-	Distribuição da avaliação dos juízes, conforme fatores propostos por Hall para a avaliação - João Pessoa-PB, 2012.....	49
Tabela 6-	Comparação das médias dos fatores por avaliador ^(a) - João Pessoa-PB, 2012.....	52
Tabela 7-	Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Postura-sexo, Eixo sociofugosociopeto e Avaliação da distância ^(a) - João Pessoa-PB, 2012.....	53
Tabela 8-	Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Cinestésico e Comportamento de contato ^(a) - João Pessoa, 2012.....	54
Tabela 9-	Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Código visual, Código térmico, Código olfativo e Volume de voz - João Pessoa, 2012.....	55
Figura 1-	Desempenho médio dos fatores da teoria de Hall por avaliador.....	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1	COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL E ENFERMAGEM	24
3.1.1	Envelhecimento e Comunicação.....	29
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
4.1	TEORIA PROXÊMICA DE HALL.....	33
5	METODOLOGIA.....	38
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	39
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
5.4	COLETA DE DADOS.....	40
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
6	RESULTADOS.....	45
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	46
6.2	ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO.....	47
6.3	ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS FATORES.....	48
6.4	ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: HOMOGENEIDADE DAS PROPORÇÕES.....	52
7	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	57
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	58
7.2	ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO.....	59
7.3	ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS FATORES.....	60
7.4	ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: HOMOGENEIDADE DAS PROPORÇÕES.....	65
8	CONCLUSÕES.....	78
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICES	89
	ANEXO	102

1 INTRODUÇÃO

A comunicação relaciona-se à transmissão de mensagens entre duas ou mais pessoas, por motivos e situações diversas; corresponde à troca de informações ou à exibição de sentimentos, como medo, alegria, tristeza, raiva e ainda à exposição de sensações através de expressões verbais ou não verbais. Para Hall (2005), a comunicação representa o alicerce cultural do ser humano e, mais do que isso, da própria vida que influencia, favoravelmente ou não, a interação, estabelecendo o relacionamento dos indivíduos entre si e com o ambiente.

Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim *communicare* e significa *pôr em comum*. A comunicação constitui um instrumento dinâmico que exerce influência no comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo, conforme suas crenças, valores, história de vida e cultura, sendo uma necessidade básica, intrínseca à existência humana (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; MOTA; FRANÇA, 2010). Seu objetivo é permitir que o ser humano compreenda o mundo, para melhor relacionar-se com os outros, e assim poder perceber-se e transformar-se para mudar a realidade.

Para a concretização da comunicação, faz-se necessária a presença do emissor e receptor assim como da mensagem. O emissor é aquele que emite a mensagem, ideia ou pensamento, com características determinadas pelas crenças ou valores próprios. O receptor é o destinatário de envio da mensagem. A mensagem é a notícia transmitida de forma clara e organizada através da linguagem, verbal ou não verbal, a fim de se tornar efetiva ao receptor. Quando o receptor responde à comunicação do emissor com uma mensagem de retorno, há o *feedback* que configura o processo de pensamento centrado na compreensão da mensagem (REBOUÇAS, 2008; POTTER; PERRY, 2009).

A comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e/ou faladas consagradas pelo uso da linguagem com forte influência da cultura em que está inserida (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Já a comunicação não verbal corresponde à transmissão de expressões corporais inconscientes ou conscientes sem o uso de palavras; refere-se às expressões emanadas pelo corpo de forma fisiológica, física e gestual, que pode ser influenciada pelos artefatos utilizados pelo ser humano, como os adornos característicos a cada tipo de personalidade e colocados no ambiente, bem como pela distância e postura adotadas pelas pessoas em um determinado ambiente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; BARBOSA et al., 2010; SILVA, 2010).

Quanto ao ambiente, enfatiza-se sua importância frente às classificações da comunicação, uma vez que estas podem ser influenciadas pela cultura a que o comunicante pertence ou em que esteja inserido. Considerando ainda o ambiente, ressalta-se sua

importância especialmente na comunicação não verbal, pois constitui um mecanismo que pode complementar a linguagem verbal ou auxiliá-la na emissão da mensagem, tornando possível contradizer o envio da mensagem incoerente expressa pela linguagem verbal ou mesmo substituí-la. É oportuno destacar que esta comunicação pode influenciar, com melhores ou piores resultados, as pessoas com quem se interage (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Desta forma, o impacto de problemas da comunicação não verbal no cuidado é mais forte que a comunicação verbal, podendo dificultar o estabelecimento de vínculo de confiança entre o enfermeiro e o paciente. Estudos demonstram que 55% dos sentimentos são expressos através da comunicação não verbal; 38%, pela voz, e somente 7% são representados por palavras (GALVÃO et al., 2009; BARBOSA et al., 2010; SILVA, 2010). Assim, a comunicação não verbal é mais significativa que a comunicação verbal, indo do consciente ao inconsciente (HALL, 2005), podendo ser utilizada, de forma estratégica, pelo uso dos signos linguísticos.

Quanto aos signos linguísticos, cita-se a cinésica, também conhecida como linguagem do corpo; a proxêmica, que estuda os espaços interpessoais e a distância mantida entre os comunicantes; a tacêsica, que analisa o toque na interação e a paralinguagem ou paraverbal, que examina o tom de voz durante a interação. Frente ao exposto, o enfermeiro enquanto agente detentor do cuidado desenvolve um papel de facilitador dos componentes da comunicação, podendo esta ser compreendida como função ou habilidade do profissional em desenvolver e manter a interação, e assim, estabelecer o relacionamento e concretizar o cuidado (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A comunicação não verbal efetiva proporciona um cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humanitário, permitindo a compreensão e compartilhamento de todas as mensagens expressas pelo paciente, por possibilitar a transmissão de informações quanto aos sentimentos, crenças, valores, atitudes, comportamentos e ideias de forma recíproca. No entanto, evidencia-se a importância do enfermeiro em conhecer a si mesmo para melhor utilizar suas habilidades de comunicação não verbal a fim de concretizar o cuidado.

O cuidado de enfermagem corresponde à base de sua atuação profissional, e a comunicação não verbal representa um instrumento de conhecimento científico que promove esse cuidado. Considerando isso, o enfermeiro precisa visualizar a assistência de saúde de forma ampla que perpassa as realizações técnicas e possibilite a cura e bem-estar do paciente. Assim, o uso consciente da comunicação não verbal permite uma melhor interação com o

paciente, em especial quando o enfermeiro toma consciência da importância da linguagem corporal, sobretudo no que cerne à proximidade, à postura e ao contato visual. Isso fica evidente durante a consulta de enfermagem realizada nos serviços de saúde.

A consulta de enfermagem é uma modalidade de atendimento privativo do enfermeiro, pautada nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde com objetivo de prestar uma assistência sistematizada, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de todas as faixas etárias. Suas ações estão legalizadas pela Lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício da Enfermagem e estabelece essa atividade como privativa do enfermeiro e pela Resolução COFEN/159, que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (BRASIL, 1986; COFEN, 1993).

Na consulta de enfermagem, o profissional deve atentar às peculiaridades de cada faixa etária, tanto no que remete ao tipo de atendimento, quanto aos aspectos da comunicação não verbal, que deve considerar as limitações e especificidades de cada ser, em cada fase da vida. No que se refere à faixa etária de idosos, sabe-se que esta vem aumentando significativamente a cada dia e, com isso, surge a necessidade de a sociedade adaptar-se a esta nova realidade, para poder atender as necessidades dessa população, principalmente na atenção à saúde.

Dado o exposto, na atualidade, o sistema de atenção à saúde, dentre outras demandas, direciona o foco de suas ações ao público idoso, aquele com idade igual ou superior a sessenta anos. No Brasil, o crescimento desta população se relaciona à transição da alta mortalidade e fecundidade para o declínio desses índices, respectivamente, que evidenciam o envelhecimento (BRASIL, 2003; VERAS, 2009; HEIN; ARAGAKI, 2012).

O envelhecimento pode ser considerado um processo biológico que ocorre ao longo de toda a vida. Com o advir da idade, evidenciam-se alterações estruturais e funcionais no organismo que podem levar à limitação das atividades de vida diária. No entanto, o envelhecimento pode ser considerado um bem de consumo que toda sociedade pretenderá alcançar de forma satisfatória, quando associado à permanência da qualidade de vida.

Desta forma, o processo de envelhecimento pode produzir um impacto sob os órgãos do sentido, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas, que podem interferir ou

constituir-se em uma barreira para a comunicação, como, por exemplo, redução da acuidade visual, deterioração da função auditiva e alteração da voz. Com isso, os enfermeiros precisam identificar essas barreiras para, então, estabelecerem estratégias de cuidado.

Para realização do cuidado ao idoso, o enfermeiro lança mão da Avaliação Funcional, que descreve habilidades e atividades realizadas pelo idoso, bem como mensura a prática das atividades de vida diária, oferecendo um panorama geral das condições do processo saúde - doença do idoso (MORAES, 2008). No entendimento de Monteiro e Faro (2010), a Avaliação Funcional, visa proporcionar à pessoa idosa autonomia e independência para garantir-lhe qualidade de vida, através de estratégias de promoção a saúde e prevenção de agravos, com o foco direcionado ao bom funcionamento físico, mental e social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 2006, pela Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência das pessoas idosas, através de medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Contudo, esta Portaria ressalta que a saúde da pessoa idosa se amplia mais pela condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006).

Convém destacar que a Enfermagem exerce um papel de relevância na identificação e no monitoramento das condições de saúde da pessoa idosa, pois, quando desempenhadas satisfatoriamente, possibilitam a manutenção da autonomia e independência, enquanto se efetiva o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e idoso, o que garante uma assistência integral e contínua, de forma humanizada e resolutiva, com qualidade e responsabilidade.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família, instituída em 1994 pelo Governo Federal, tinha por objetivos reorganizar o modelo tradicional de saúde, até então centrado na doença, para evidenciar a família e o contexto social no qual esta estava inserida, o que contribuiria na compreensão do processo saúde doença, tornando-se possível efetivarem-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001). Desta maneira, a assistência do enfermeiro ao idoso na atenção primária deve voltar-se à manutenção das condições físicas, psíquicas e sociais de independência, que evidenciam a integralidade, continuidade e humanização da assistência, para assim lhes proporcionar qualidade de vida (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010; MARIN et al., 2010).

No processo de comunicação não verbal entre enfermeiro e idoso, é responsabilidade do enfermeiro assistencialista de todos os níveis de atenção a saúde observar, perceber,

interpretar e compreender as respostas do paciente, enfatizando seus próprios gestos corporais como possíveis fontes de interferência para a comunicação. Cabe destacar que esse processo possibilita ao enfermeiro perceber com maior exatidão os sentimentos, dúvidas e dificuldades de expressão do idoso, ajudando-o na prestação da assistência, bem como potencializando a capacidade de comunicação do próprio profissional que passará a tomar condutas de agir mais conscientes a fim de melhor transmitir as informações aos pacientes (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; BARBOSA et al., 2010; SILVA, 2010).

É oportuno destacar que, durante minha vivência como enfermeira da atenção primária, pude observar que a procura do idoso por atendimento cresce a cada dia, seja para um atendimento formal ou informal, o que amplia a possibilidade de compreensão do processo saúde-doença. Apesar disso, enquanto docente, acompanhando alunos em unidades de atenção primária, pude identificar o pouco preparo dos enfermeiros para oferecer um atendimento diferencial a esse público, que considere todos os contextos no qual este esteja inserido, o que pode comprometer a relação entre esses, em especial no que tange às habilidades de comunicação não verbal dos enfermeiros com esses crescentes usuários.

Por vezes, podem ser identificadas, na atenção primária, dificuldades nas relações entre profissionais e usuários, profissionais sem disponibilidade para oferecer uma escuta qualificada aos idosos, seja pela demanda do atendimento e número de atribuições que lhes compete, seja pela falta de capacitação ou afinidade com esses usuários, o que exalta a limitação no atendimento ao idoso. Outros omitem os comportamentos não verbais dos idosos, evidenciando seu despreparo em utilizar essa comunicação, o que direciona a imposição das ações de saúde sem ser considerada a autonomia e independência de cada ser.

A importância em estudar a comunicação não verbal refere-se ao fato de que a compreensão desta comunicação facilita o trabalho do enfermeiro e viabiliza uma melhor assistência ao idoso, podendo ampliar as possibilidades de produzir bem-estar e qualidade de vida aos usuários sob seus cuidados.

Nessa conjuntura, os enfermeiros precisam adotar condutas que favoreçam a comunicação não verbal, como observações acerca do espaço onde o trabalho se desenvolve; cuidado centrado em mecanismos não verbais que proporcionam a criação de um vínculo mais imediato com o paciente, como olhá-lo nos olhos e tocá-lo; capacitação profissional; paciência para mediar a consulta e persistência para o alcance da intervenção necessária ao paciente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Nesse sentido, as Teorias têm sido um passo fundamental em direção à compreensão da Enfermagem como práxis, entendida esta como ação aprofundada pela reflexão carregada de sentido. As Teorias constituem um mecanismo que permite maior autonomia e delimitação das ações de uma profissão e podem ser definidas como um conjunto de pressupostos, princípios ou hipóteses interpretativas que colaboram para explicar ou orientar a ação. A reflexão da enfermagem advém de conhecimentos próprios, bem como de conhecimentos compartilhados de outras disciplinas que instituem saberes. O uso de Teorias de outras disciplinas na prática de enfermagem tem contribuído para o crescimento da profissão, por possibilitar um repensar das ações práticas, dando fundamentação ao conhecimento do saber fazer (McEWEN, 2009).

Com base em pesquisas anteriores acerca da comunicação não verbal, esta é considerada a base para realização de toda intervenção de enfermagem, sendo indispensável que ocorra de forma consciente. Sobre essa perspectiva, os enfermeiros precisam conhecer e aprofundar os estudos sobre as Teorias de comunicação não verbal, o que fundamenta a escolha da Teoria Proxêmica de Hall como suporte de sustentação para este estudo (REBOUÇAS et al., 2007; FARIAS et al., 2010).

O uso da Teoria Proxêmica de Hall (2005) possibilita ao enfermeiro explorar os sentidos para interpretar os comportamentos transmitidos inconscientemente pelo corpo observado, uma vez que a compreensão desses sentidos torna possível a percepção do homem acerca do espaço em que esteja inserido. Os sentidos, de forma geral, constituem um instrumento que auxiliará os enfermeiros na compreensão das extensões expressas pelo corpo do idoso, visto que o ser humano é sensível a mudanças sutis nas feições do outro, quando este reage ao que estamos dizendo ou fazendo.

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos: Como ocorre a comunicação entre enfermeiros e idosos na consulta de enfermagem? Que tipo de interações os enfermeiros apresentam ao se comunicar com os idosos? Os enfermeiros utilizam estratégias de comunicação não verbal com idosos durante a consulta de enfermagem?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos na consulta de enfermagem à luz do referencial teórico de Hall.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Validar o instrumento de análise da comunicação não verbal;
- Avaliar a consistência interna do instrumento de análise;
- Investigar as interações apresentadas pelo enfermeiro ao se comunicar com os idosos;
- Identificar estratégias de comunicação não verbal utilizadas pelos enfermeiros com idosos durante a consulta de enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreensão deste estudo, serão apresentados os tópicos que lhe deram suporte teórico: comunicação não verbal e enfermagem; envelhecimento e comunicação e teoria proxêmica de Hall.

3.1 COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL E ENFERMAGEM

As pessoas agregam em sua existência habilidades de comunicação que se iniciam a partir de seu nascimento, sendo expressas pelo choro ou expressões faciais que evoluem com o desenvolver da linguagem, com a finalidade de facilitar os relacionamentos.

Historicamente, a comunicação provoca participação e interação entre dois ou mais elementos, estimulando a troca de mensagens entre eles – um emite informação, e o outro a recebe e esboça reação – sendo essencial para a vida humana e organização social, pois promove o convívio entre as pessoas. Para que a comunicação exista, portanto, deve haver mais de um elemento, para que seja possível a partilha de sentimentos e ideias ou de comandos e respostas (AGUIAR, 2004).

Os elementos essenciais à efetividade da comunicação relacionam-se à existência do referente, emissor e receptor, mensagem, canal, *feedback*, variáveis interpessoais e ambiente. O referente é o que motiva a comunicação entre as pessoas. O emissor e/ou receptor corresponde(m) àquele(s) que libera(m) e recebe(m) a mensagem. A mensagem se refere ao conteúdo da comunicação. Já o canal é o meio usado para emitir e receber as mensagens através dos sentidos da visão, audição e tato. O *feedback* refere-se à compreensão da mensagem, ensejando o retorno por parte do receptor. As variáveis interpessoais relacionam-se aos fatores que influenciam a comunicação. O ambiente é o cenário onde ocorre a interação, devendo satisfazer às necessidades de conforto físico, emocional e de segurança entre emissor e receptor. Desta forma, a maneira como esses elementos são usados é fundamental à concretização da assistência, pois os enfermeiros necessitam da comunicação para desempenharem suas funções (POTTER; PERRY, 2009; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Assim, de acordo com Aguiar (2004), a comunicação pode ser classificada de três formas: comunicação intrapessoal, comunicação interpessoal e comunicação de massa. A intrapessoal é dada quando o ser humano se volta para seu próprio eu; a interpessoal é estabelecida entre um sujeito e outro, ou entre grupos de sujeitos; e a em massa é instituída entre os meios tecnológicos, para que a mensagem possa alcançar a todos.

A eficácia do processo comunicativo provém do uso de códigos verbais compreendidos pelo receptor. Os códigos verbais podem ser traduzidos em mais de uma função, determinada pela forma como a mensagem é transmitida ou recebida e pelo contexto social onde ela ocorre. As funções que traduzem os códigos verbais são as seguintes: função emotiva, função poética, função conativa, função referencial, função metalinguística e função fática (CHALHUB, 2005).

A função emotiva está centrada no remetente, quando o ser humano se expressa, externa um pouco de seus sentimentos e de sua interioridade; a função poética refere-se à mensagem, sendo organizada com formas e palavras que facilitam a compreensão; a função conativa está centrada no destinatário, que delimita seu papel no processo de comunicação; a função referencial refere-se ao contexto da mensagem e está em todos os dados necessários à sua compreensão; a função metalinguística está centrada no código, que corresponde aos elementos usados na transmissão da mensagem; a função fática refere-se ao contato e reitera a mensagem (AGUIAR, 2004).

Na busca pela reflexão dos modos de o indivíduo relacionar-se com o mundo, compreende-se que a finalidade básica da comunicação humana está pautada no entender o mundo, no compreender o funcionamento do mundo e na transformação de si mesmo, do outro e do mundo, por meio da linguagem não verbal e verbal que podem ocorrer simultaneamente. A linguagem não verbal, ou psicobiológica, envolve o corpo com suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais, incluindo-se os artefatos utilizados pelo ser humano e os colocados no ambiente, além da distância mantida entre as pessoas e as posturas corporais que os indivíduos ocupam em determinado local; já a linguagem verbal, ou psicolinguística, ocorre quando o ser humano se apropria da palavra, com a finalidade de expressar suas necessidades ao mundo que o rodeia (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Quanto à comunicação não verbal, desde a Grécia antiga se dava ênfase às expressões corporais. Em 1600, Francis Bacon, o Lorde Chanceler da Inglaterra, dizia ser possível perceber a disposição da mente pelas características do corpo, na época ciência conhecida por fisiognomia, que não tinha uma boa reputação por acreditarem que seus praticantes o faziam apenas pelo dinheiro. Por essa época, houve muitos abusos, ao passo que uma lei condenava os que fingissem conhecer fisiognomia como patifes e vagabundos, devendo ser açoitados ou presos publicamente. Em 1872, com essa lei não mais praticada, Charles Darwin, o pai da teoria evolucionista, buscou a existência de relação entre os gestos humanos e animais, quando especulou ser possível perceber um caráter egoísta apenas com sinais não verbais.

Desta forma, foi ele o pioneiro em demonstrar a importância de estudarem-se as origens filogenéticas da comunicação não verbal. Depois de Darwin, houve pouco estudo acadêmico acerca da linguagem corporal até a década de 1960, quando este assunto se tornou popular e academicamente respeitável com as pesquisas do zoólogo Desmond Morris mostrando a similaridade do comportamento humano com o dos gorilas, babuínos e chimpanzés, o que foi seguido das afirmativas do psicólogo Michael Argyle acerca da personalidade maquiavélica, inspirado na obra do escritor italiano do século XVI, Nicolau Maquiavel (COHEN, 2011).

Além de Darwin, outros pesquisadores estudaram o comportamento não verbal, com destaque para Birdwhistell (1970), Belsky, Steinberg, Draper (1991), Stefanelli (1993), Ekman e Friesen (1993), Bitti e Zani (1997), Hall (2005), Araújo, Silva e Puggina (2007), Silva (2010) e Barbosa et al. (2011).

Entre outros estudiosos sobre a comunicação não verbal, cita-se Rebouças (2008). Para esta autora, as expressões faciais possuem funções expressivas sobre o que se passa internamente com as emoções das pessoas, sendo este um dos aspectos mais estudados pelos psicólogos. Estas expressões são significativas por apresentarem um fator regulador das interações sociais humanas, por demonstrarem predisposição para continuar mantendo a interação ou comunicarem o momento de interrompê-la.

Esta comunicação pode ser considerada o solo firme sob o qual se constroem as relações humanas, sendo as palavras apenas o início dessa relação, aquilo que o homem usa quando todo o resto falha, estando presentes as imagens sensoriais, visuais, auditivas, cinestésicas, olfativas e gustativas (STEPANIKOVA et al., 2012).

Tudo isso corrobora com a perspectiva de Hall (2005) ao mencionar que a comunicação não verbal é tida satisfatória, quando o ser que interage utiliza seus sentidos para melhor compreender o outro, apontando a visão como o principal órgão do sentido que, quando bem utilizado, traduz informações valiosas na compreensão dos sinais emanados pelo corpo do ser no qual se interage.

Concernente a isso, o Ministério da Saúde destaca que a comunicação não verbal é essencial na área da saúde, pois trata-se de um processo dinâmico que permite a acessibilidade entre as pessoas, facilitando a obtenção de informações valiosas para a condução terapêutica, baseada nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Quando realizada adequadamente, proporciona a implementação de ações que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças (BRASIL, 2007).

As fontes de comportamento não verbal podem ocorrer através de programas neurológicos herdados, em que a pessoa realiza experiências próprias do ser humano, confirmadas por pesquisa realizada em 1970 sobre o desenvolvimento de crianças nascidas cegas, quando se constatou que, embora elas nunca tivessem observado as expressões do rosto de um ser humano, elas expressavam emoções básicas do mesmo modo, levando à conclusão de que faz parte do desenvolvimento neurológico a expressão das emoções por intermédio do corpo. Experiências comuns a todos os membros das espécies, quando, independentemente da cultura, demonstra uma necessidade fisiológica comum aos seres humanos relacionadas à satisfação de suas necessidades básicas, como bocejar, o ruído emitido pelo estômago quando estamos com fome ou o aumento do número de vezes em que molhamos os lábios quando estamos com sede. Essas expressões são responsáveis por 80% dos sinais não verbais praticados pelo indivíduo e sofrem influência da cultura e classe social em que se vive, sendo facilmente identificada pelos indivíduos que convivem entre si (SILVA, 2010).

Alguns autores subdividem os sinais não verbais, classificando-os em cinésica, ou linguagem do corpo, proxêmica, paralinguagem, ou paraverbal, tacêsica, características físicas e fatores do meio ambiente. A cinésica, ou linguagem do corpo, descreve as posições e a movimentação do corpo humano que possui significado na comunicação interpessoal e nas diferentes culturas, indo dos gestos manuais aos faciais. A proxêmica estuda o uso humano do espaço para fins de comunicação, quando a distância mantida entre os que interagem pode expressar diferença de *status*, preferências, simpatias e relação de poder. Já a paralinguagem, ou paraverbal, estuda os sons produzidos pelo aparelho fonador usado no sistema sonoro da língua, fornecendo a emoção do emissor, expressa pelos sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. A tacêsica focaliza o toque em situações de saudação e despedida entre indivíduos de diferentes classes sociais e entre sexos opostos. As características físicas remetem às informações transmitidas pela própria forma e aparência do corpo, como faixa etária, sexo e condição de saúde. Os fatores do meio ambiente referem-se à disposição dos objetos no espaço e às características desse espaço, como cor, forma e tamanho (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; SILVA, 2010).

Contudo, ainda se destaca que as expressões corporais, demonstradas de maneira não verbal, apresentam quatro funções básicas: complementar à comunicação verbal, ao fazer um sinal não verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente, servindo para ilustração da mensagem; substituir a comunicação verbal, quando um sinal não verbal supre

as palavras; contradizer o verbal, ao fazer um sinal não verbal que desminta o que foi dito verbalmente e demonstrar sentimentos através das expressões faciais (SILVA, 2010).

Weil e Tompakow (2011) afirmam que o corpo é responsável pela produção de estímulos que dele saem, mas é o meio, ou seja, a cultura que bloqueia a liberação desses estímulos ou estimulam-nos. Para Hall (2005), a cultura é condicionante ao agir humano e deve ser levada em consideração quando se analisa o processo comunicativo, pois é através da cultura que o ser humano consegue se comunicar e interagir com outros seres. Nessa perspectiva, ao pertencer a uma mesma cultura, a interação é facilitada.

Deste modo, sugere-se que o homem é mais comunicativo pelas expressões corporais do que pela transmissão de palavras ditas verbalmente, ao passo que, mesmo em silêncio, a postura corporal pode apontar uma opinião de satisfação ou desvelo durante a interação, tornando-se decisória no direcionamento da assistência.

Frente ao exposto, a comunicação não verbal é essencial à realização da assistência, podendo atuar como instrumento básico à prestação do cuidado, pois os enfermeiros necessitam dela para desempenharem suas funções (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007; CARDOSO et al., 2011).

No entanto, observa-se, em determinadas situações de atenção à saúde, a inexperiência dos profissionais referente à efetivação da comunicação não verbal no âmbito assistencial, refletindo a qualidade da assistência. A comunicação não verbal permeia todas as ações implementadas junto ao paciente, fazendo-se necessário conhecimentos que capacitem esses profissionais em desenvolver suas habilidades pertinentes à temática, durante a prestação do cuidado, seja este oferecido sob o nível de atenção primário, secundário ou terciário e, para qualquer faixa etária, como a assistência aos idosos.

3.1.1 Envelhecimento e Comunicação

O envelhecimento constitui uma condição inerente e inevitável a todo ser humano que pode estar associado, ou não, a alterações clínicas que causem comprometimentos e/ou limitações. Sob esta perspectiva, o Ministério da Política e Previdência Social declara o envelhecimento como um processo normal, dinâmico, inevitável e irreversível, não como doença (BRASIL, 1996).

Apesar de o envelhecimento populacional ser largamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, reconhece-se também que este traz desafios amplos para a saúde, pois o último censo do IBGE mostrou uma perspectiva de que, em 2025, o contingente de idosos seja de aproximadamente 14% da população; estima-se que, entre 1950 e 2025, a população idosa terá crescido dezesseis vezes contra cinco vezes a população total (IBGE, 2010). No Brasil, o desafio para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (POTTER; PERRY, 2009; MARIN et al., 2008).

A população idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, Política Nacional de Saúde do Idoso e Estatuto do Idoso, por meio de padrões cronológicos, como aquela com idade igual ou superior a sessenta anos (OMS, 1980, BRASIL, 2003). Uma vez alcançada essa faixa etária, o indivíduo, no geral, apresenta comprometimento de funções biológicas, fisiológicas, psicológicas e sensoriais, que o torna mais propenso ao desenvolvimento de problemas de comunicação decorrentes de déficits visuais, auditivos, táteis ou de linguagem.

Dentre os problemas de comunicação, Rusche, Carvalho e Guarinello (2007) apontam a deficiência auditiva como a que produz maior impacto na comunicação, podendo levar o idoso a um isolamento social e familiar, impedindo sua integração com a sociedade, uma vez que a audição se caracteriza como o sentido de alerta e defesa, essencial na comunicação humana por possibilitar a detecção, localização, reconhecimento, discriminação e compreensão dos sons ambientais, especificamente da fala (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2004).

Acerca da deficiência visual, esta afeta a comunicação do idoso por comprometer suas atitudes, afetando seu conhecimento, estímulo-resposta, sensações e hábitos sociais, podendo implicar o isolamento social. O comprometimento visual no idoso pode ocorrer de forma

cumulativa e progressiva, relacionado a danos metabólicos e ambientais, ou a alterações fisiológicas próprias do envelhecimento que afetam a percepção das cores, o campo visual, a visão noturna e a visão a uma distância próxima ou não (ROMANI, 2005). Dentre as principais etiologias que causam o comprometimento visual no idoso, cita-se a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade, sendo a catarata a de maior incidência (ARAÚJO FILHO et al., 2008).

Quanto ao toque, os idosos apresentam maiores dificuldades ao consentirem serem tocados, o que pode estar atribuído à sua socialização quando o toque não era permitido e a aproximação física era vista com restrição. Dessa forma, ao iniciar-se a comunicação interpessoal, esses aspectos devem ser considerados, evitando-se o descontentamento do idoso o qual poderá afetar diretamente a efetivação da assistência (BRASIL, 2007).

Outro fator que compromete a capacidade comunicativa do idoso diz respeito à dificuldade de compreensão da linguagem falada, especificamente quando a interação é estabelecida em ambientes ruidosos ou na presença de uma fala rápida, o que pode estar relacionado ao comprometimento auditivo (CALAIS et al., 2008). Além desta dificuldade, o envelhecimento ainda pode vir acompanhado de alterações vocais, que levam a mudanças significativas nos parâmetros vocais do idoso, face ao declínio das funções dos órgãos da fala ou ao uso de medicamentos, o que implica a alteração da velocidade e coordenação da fala, força muscular e vibração das pregas vocais (MENEZES; VICENTE, 2007).

Dessa forma, a comunicação com o idoso pode ser facilitada quando o enfermeiro emite uma mensagem compreensiva ao idoso, e este explicita tal compreensão, configurando, assim, o *feedback* positivo da interação, implicando a efetivação do cuidado. Para tal, o enfermeiro pode adotar estratégias que facilitam a comunicação com o idoso e podem fazer melhorar o planejamento do cuidado, como realizar um atendimento tranquilo, desenvolver uma auto-observação, uma observação do ambiente onde o cuidado é realizado, responder a estímulos com contato humano, manter contato visual com o idoso e, quando possível, utilizar o toque como forma de ampliar o vínculo com ele (MACHADO; BRÊTAS, 2006).

Logo, como a comunicação é inerente a todo ser humano, uma comunicação eficaz pode ser estabelecida quando enfermeiro e idoso se mantêm acessíveis, possibilitando a troca de informações. Assim, emerge a necessidade de os enfermeiros reconhecerem os problemas de comunicação de seus clientes e adaptarem estratégias que englobem a compreensão dos fatores que comprometem a comunicação para melhor os assistir.

Convém destacar que, ainda que o ser humano não faça uso da linguagem verbal compreensível, seus movimentos, gestos, expressões corporais e faciais serão responsáveis por transmitir o que com ele se passa. Assim, é preciso que o enfermeiro adote comportamentos, gestos e uma linguagem corporal que transmitam ao paciente a certeza de que a assistência está sendo oferecida. Para isso, Berger e Mailoux-Poirier (1995) afirmam a necessidade de o enfermeiro tornar-se mais consciente dos seus gestos e posição corporal, de suas expressões faciais e do seu tom de voz, uma vez que todos os gestos emitidos pelo enfermeiro transmitem mensagem e podem constituir uma barreira à comunicação.

Salienta-se que todo atendimento à saúde, seja este simples ou complexo, deve ser ofertado da melhor forma possível, sem esquecer o foco de que todos são seres humanos e cidadãos e, como tais, devem agir de forma a respeitar e compartilhar valores éticos e morais. Isto se torna mais importante em se tratando do atendimento a pessoas idosas, quando o profissional deve apresentar-se preparado para lidar com suas necessidades e compreender o contexto onde o mesmo se encontra inserido, para assim lhe proporcionar qualidade de vida.

Assim, evidencia-se o idoso como uma clientela relevante nos espaços sociais e serviços de saúde que passam a ser alvo de uma atenção prioritária, fazendo-se necessário um atendimento que prime pela manutenção da saúde, dada pela oferta de um efetivo cuidado. Para tal, a comunicação não verbal é apontada como uma estratégia que possibilita a inter-relação entre enfermeiro e idoso, maximizando a integralidade do cuidado a qual demanda mais tempo para a realização da assistência e requer dos enfermeiros maior atenção, sendo imprescindível que estes entendam os sinais não verbais e utilizem-nos como forma de interação efetiva (SILVA, 2002).

Outro aspecto relevante à assistência de enfermagem que pode contribuir para seu aperfeiçoamento se refere à aplicação de teorias que permitem a organização das ações e o direcionamento do cuidado, centrados na individualidade de cada ser. Considerando o fenômeno sob análise, salienta-se a aplicabilidade da Teoria Proxêmica de Hall, apresentada a seguir.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 TEORIA PROXÊMICA DE HALL

Edward T. Hall foi um antropólogo com foco de atuação direcionado às relações interpessoais e às comunicações não verbais. Explorou, em seus estudos, a proxêmica para inter-relacionar as observações e teorias do uso do homem com o espaço, por considerar a comunicação o cerne da cultura e da própria vida.

Pioneiro na conceitualização e estudo do espaço no relacionamento interpessoal, utilizou o termo proxêmica para descrever a teoria do uso humano do espaço na comunicação. Expõe as influências mensuráveis entre as pessoas a partir de suas interações, distâncias e posturas que não são intencionais, mas sim resultado do processo de aculturação. No âmbito da relação entre os seres humanos, a compreensão da cultura a qual pertencem esses seres é significativa para o entendimento do que é transmitido. Nessa perspectiva, a interação entre seres que pertencem a uma mesma cultura se torna mais fácil por poderem compreender-se os mecanismos comunicacionais usados na interação (HALL, 2005).

Hall (2005) aponta que compreender culturalmente o ser humano facilita a interpretação de seus movimentos não verbais dentro de determinado espaço físico, e a permissão ao contato físico ainda está relacionada à cultura à qual este ser humano pertence, uma vez que, por influência cultural, alguns serão aptos ao contato, ao passo que outros serão avessos. Na sua percepção, a cultura deve ser levada em consideração no processo comunicativo, porque é por meio desta que o ser humano consegue comunicar-se e interagir com outros seres.

Ressalta-se que a comunicação proxêmica, conforme proposta por Hall, é uma modalidade de comunicação não verbal que estuda a estruturação inconsciente do homem pelo espaço. Retrata o espaço e a territorialidade como um mecanismo influenciador no processo da comunicação humana correlacionado aos fatores culturais, com inferência pelo uso dos sentidos (HALL, 2005).

Na perspectiva de Littlejohn (1988), a proxêmica dá-se através da distância entre os homens na condução de transações cotidianas, a organização do espaço em suas casas e edifícios e o *layout* de suas cidades, ou como o conjunto das observações e das teorias referentes ao uso do espaço pelo homem. Enfatiza-se, ainda, o estudo de como o homem constrói espaços em torno de si para manter distância em relação aos outros, ou mesmo o uso do espaço na comunicação.

Silva (2010) identifica a proxêmica como um conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico. Desta forma, o homem usa os sentidos para determinar o espaço e a distância a ser mantida entre o seu eu e o outro, podendo esta distância ser influenciada por fatores sociais, como o grau de poder, sabedoria ou interação que se deseja obter ou transmitir naquela situação, ou ainda influências culturais.

A proxêmica apresenta um sistema de classificação que implica um conjunto específico de níveis de relacionamentos com outras partes do sistema, que se divide em três manifestações: a manifestação infracultural, que é comportamental e está enraizada no passado biológico do ser humano; a manifestação pré-cultural, que é fisiológica e está bem situada no presente; e a manifestação microcultural, que é aquela por meio da qual se faz a maioria das observações proxêmicas, sendo estas divididas nos aspectos de características fixas – aquelas inalteradas que se fazem necessárias à adequação do ser humano; características semifixas – que podem apresentar um efeito mensurável sob o comportamento das pessoas, e as informais, que incluem as distâncias mantidas em encontros com outros que, em sua maior parte, não se encontram no campo da percepção (HALL, 2005).

A análise proxêmica é realizada mediante a observação de oito fatores que estudam os vários tipos de sinais e traços característicos, referentes ao uso do espaço nas relações humanas. São eles: (1) postura-sexo – analisa a posição adotada pelos interlocutores e os sexos dos envolvidos na comunicação para identificar sua influência no comportamento das pessoas, que podem apresentar-se de pé, sentadas, deitadas; (2) eixo sociófogo-sociópeto – demonstra o desejo dos participantes de ter maior intimidade ou envolvimento na interação. O eixo sociófogo demonstra o desencorajamento da interação, enquanto o sociópeto evidencia o inverso. Essa dimensão analisa o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa e a posição dos interlocutores que podem apresentar-se face a face, de costas um para o outro ou em qualquer outra angulação; (3) cinésico ou cinestésico – analisa ações que possibilitam maior aproximação entre os interlocutores, como o contato físico a curta distância, o toque ou o roçar da pele, e o posicionamento dos interlocutores durante a interação; (4) comportamento de contato – analisa as formas de relações táteis (acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado ou roçar acidental) ou a inexistência de contato físico; (5) código visual – analisa o modo do contato visual nas interações, como o olho no olho, ou a ausência de contato visual; (6) código térmico – detém-se no calor percebido pelos interlocutores; (7) código olfativo – analisa as características e o grau de odor sentidos pelos

interlocutores; (8) volume de voz – analisa a percepção dos interlocutores em relação ao volume e intensidade da fala utilizada pelos interlocutores (HALL, 2005).

Hall (2005) obteve provas indicadoras de que a regularidade das distâncias observadas resulta de mudanças sensoriais, pois o uso dos sentidos durante a interação facilita a relação e ajuda na exploração do espaço, tornando possível identificar as necessidades do ser humano para então agir sobre essas.

Para Hall (2005), o comportamento sensorial do ser humano divide-se em duas categorias: receptores remotos e receptores imediatos. No tocante aos receptores remotos estes são usados para o exame de objetos distantes, por meio dos olhos, ouvidos e nariz. No processo comunicativo, o uso da visão se torna mais eficaz quando comparado ao da audição, uma vez que a visão de uma pessoa em estado de desatenção absorve uma maior quantidade de informações em maiores distâncias quando comparado ao ouvido desatento que não capta o mesmo número de informações, e essas, quando captadas, ocorrem em uma distância próxima. Com isso, evidencia-se que os impulsos que acionam a visão e a audição diferem em velocidade e qualidade. Este teórico considera ainda que as diferenças interculturais relativas ao comportamento ocular são importantes. Hall observou que os árabes, às vezes, chegam bem perto para conversar e olham atentamente nos olhos enquanto falam; já na sociedade do Extremo Oriente, considera-se falta de educação olhar a pessoa com quem se fala. Os receptores imediatos são usados para o exame de objetos muito próximos, mediante o uso do tato, das membranas e dos músculos.

Hall (2005) considera que as experiências táteis e visuais do espaço estão entrelaçadas e associadas, não podendo ser separadas, uma vez que o espaço tátil afasta o observador dos objetos, e o espaço visual, os objetos uns dos outros. Esses espaços correspondem a um canal de informações que, quando os observadores os exploram ativamente, reforçam-se os fluxos de impressões sensoriais.

Ainda, segundo Hall (2005), existem quatro distâncias interpessoais, cuja descrição foi influenciada pelo trabalho de Martin Heidegger, acompanhada do desejo do teórico em fornecer uma explicação quanto aos tipos de atitudes e relacionamentos associados às distâncias, sendo o meio ambiente em que o ser humano está inserido o responsável por constantes mudanças de comportamento, que estão associadas aos diversos tipos de personalidades que cada ser humano pode ou não apresentar a partir de determinada situação. Aponta-se que cada ser humano possui uma série de personalidades situacionais aprendidas,

estando estas associadas à resposta diante de transações íntimas, pessoais, sociais e públicas a qual definiu por distâncias:

a) distância íntima (varia de 0 a 45 cm) é a presença da outra pessoa; é inconfundível e pode às vezes ser arrebatadora em razão do enorme acúmulo de estímulos sensoriais. Esta distância pode ser dada quando o contato físico, ou a alta possibilidade de envolvimento físico, fica em primeiro plano na consciência das duas pessoas, ou pode ser dada pela fase remota, mantida por um contato muito próximo com o corpo do outro ser, com capacidade de focalizar o olhar. Nesta distância, o envolvimento com o outro corpo é indicado pelo uso dos sentidos como a visão, o olfato, o tato e a audição;

b) distância pessoal (varia de 45 a 120cm) é a distância que separa constantemente os membros de espécies avessas ao contato. Nesta fase, a distância adotada demonstra afinidade ou repugnância pela outra pessoa; a fase remota, que abrange desde um ponto imediatamente fora da distância de fácil alcance por uma das pessoas até um ponto em que as duas pessoas podem fazer com que seus dedos se toquem se as duas esticarem o braço, sendo esse comportamento o limite da dominação física num sentido concreto. Nesta fase, há facilidade em identificar pequenos detalhes na pele;

c) distância social (varia de 1,20 a 3,60 m) é aquela em que não ocorre mais o contato físico, porém existe o contato visual com o interlocutor. Esta também pode ser dividida pela fase próxima caracterizada pela ocorrência de transações impessoais e pela fase remota que apresenta como característica poder ser usada para separar ou unir as pessoas umas das outras;

d) distância pública (a partir de 3,60 m) é aquela em que não há contato visual individual, sendo a visão coletiva. Pode ser dividida pela fase próxima – quando uma pessoa em estado de alerta pode adotar medidas evasivas ou defensivas se for ameaçada – ou pela fase remota – quando se observa que muito da parte não verbal da comunicação é transferido para gestos e postura corporal. Esta distância é vista e mantida por pessoas públicas ou em ocasiões públicas.

A análise da distância mantida entre os interlocutores é importante, uma vez que apenas a solidez e a profundidade que é vista pelos objetos próximos produzem um sentimento de solidariedade e afinidade pelas coisas contempladas (HALL, 2005). O estabelecimento dessas distâncias favorece a observação dos sujeitos. Para tal, torna-se essencial interpretar as comunicações não verbais, com a mesma facilidade que interpretamos

as comunicações impressas, pela fala, para, assim, podermos interagir satisfatória e eficazmente com o paciente.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, que possibilitou analisar a comunicação não verbal entre o enfermeiro e o idoso. Esse tipo de estudo apresenta como objetivo a observação, a descrição e exploração do contexto da vida que se quer aprofundar (POLIT; HUNGLER, 2004).

A pesquisa de natureza descritiva, segundo Gil (2010), é aquela cujo objetivo principal é a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento da relação entre as variáveis, garantindo precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências.

Richardson (2008) representa a abordagem quantitativa como uma pesquisa com intenção de garantir precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde da cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. O número total da população estimada deste município é de 723.515 habitantes, com uma área territorial 211,474 Km² e uma densidade demográfica 3.421,30 hab./Km², considerada a segunda maior cidade do Nordeste em número de idosos.

No concernente ao Sistema de Atenção à Saúde, João Pessoa é demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários, na busca de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar, sendo distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários que recortam toda a extensão territorial desta cidade. Os Distritos Sanitários estão sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde com a responsabilidade de executar a gestão plena do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, buscando a formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS (SMS, 2012). O distrito selecionado para a realização do estudo foi o Distrito Sanitário III, por tratar-se do distrito com maior número de unidades básicas de saúde.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 54 enfermeiros vinculados ao Distrito Sanitário III e todos os idosos cadastrados respectivamente nessas Unidades de Saúde da Família. Dos 54 enfermeiros do Distrito III, 32 constituem a amostra do estudo. Participaram também 32 idosos que foram atendidos por esses enfermeiros durante o período de coleta.

A amostra foi intencional, e os critérios de inclusão para os enfermeiros foram os seguintes: fazer parte da assistência da atenção primária, estar presente no momento da coleta de dados. Para os idosos, os critérios de inclusão foram estes: fazer parte da comunidade assistida pela unidade básica, possuir idade igual ou superior a sessenta anos e estar aguardando a consulta com o enfermeiro no momento da coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a filmagem, que possibilita o registro e armazenamento dos dados por meio de imagem e som. Segundo Belei (2008), esta metodologia oferece para o pesquisador algumas vantagens, tais como, poder rever, quantas vezes for preciso, o material coletado e, também, obter certo grau de exatidão, pois é possível analisar tudo o que foi coletado, sem perder os detalhes do material registrado.

Heacock, Souder e Chastain (1996) relatam que, na utilização de filmagens em pesquisas, após dez minutos de filmagem, as pessoas se acostumam com a presença da câmera e passam a apresentar seu comportamento usual. Vale destacar que as pessoas tendem a mudar o comportamento quando estão diante das câmeras, porém, em ambientes sociais considerados relativamente estáveis, as mudanças não chegam a distorcer o fenômeno investigado (LATVALA; VUOKILA-OIKONEN; JANHONEN, 2000).

Em cada unidade investigada, para garantir a realização da filmagem, a pesquisadora realizou pré-teste dos equipamentos técnicos antes de iniciar a coleta, com o objetivo de adequar a angulação ideal do equipamento e observar a iluminação do ambiente, para que fossem captadas imagens satisfatórias que permitissem visualizar adequadamente os dados do estudo. Além disso, a pesquisadora testou o equipamento para manuseá-lo adequadamente e localizou a fonte de energia utilizada, para evitar que houvesse interrupção do fornecimento de energia, o que poderia implicar a cessação do processo de gravação e conseqüentemente o comprometimento da coleta de dados (PINHEIRO; KAKEHASHI; ANGELO, 2005).

A coleta de dados foi realizada durante as consultas de enfermagem com pacientes idosos, no período de agosto de 2012 a setembro de 2012. O contato com os enfermeiros das unidades foi feito com antecedência no intuito de convidá-los a participar do estudo e de obter a assinatura do Termo de Consentimento e Termo de Concessão de Imagem. Já o contato com os idosos deu-se em todos os dias da coleta, quando estes eram abordados enquanto aguardavam o atendimento nas unidades de saúde selecionadas para o estudo. Durante esse momento, receberam orientações referentes ao estudo e, quando aceitavam participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o Termo de Concessão de Imagem. Quando estavam acompanhados, também foram solicitadas as assinaturas dos Termos do Acompanhante, haja vista que esses quase sempre entravam juntos com o paciente para o atendimento e, conseqüentemente, seriam filmados.

Antes de começar a consulta de enfermagem, o equipamento para filmagem era posicionado no ambiente, e os ajustes necessários foram feitos antes de o enfermeiro e o paciente idoso entrarem para a consulta. Durante a realização da consulta, ficaram no consultório de enfermagem apenas o enfermeiro e o idoso e, quando houve, o acompanhante, visando a deixá-los mais confortáveis, haja vista que a presença da filmadora já poderia influenciar o comportamento dos participantes do estudo.

Os aparelhos utilizados para a filmagem foram duas câmeras digitais portáteis, com baterias carregadas e de longa duração, conectadas a uma fonte de energia. As câmeras foram colocadas em posições estratégicas para que fosse possível a visualização dos sujeitos e o registro da comunicação. Foram utilizadas duas câmeras, porque estas registraram imagens em posições diferentes, sendo escolhidas, por refinamento após a coleta, as imagens da filmadora que ficaram com melhor angulação em cada consulta.

Após cada dia de coleta, os dados registrados pelas filmadoras eram escolhidos e transferidos para o computador da pesquisadora e convertidos para o formato WMV, pois esse formato de arquivo permite que os mesmos sejam reproduzidos adequadamente em qualquer computador, assegurando, assim, a análise das filmagens.

Para a transcrição dos dados captados pela filmagem, foi utilizado um instrumento construído com base na Teoria Proxêmica de Hall, contemplando questões referentes ao processo de comunicação não verbal. Este passou pelo processo de validação do seu conteúdo, realizado por três especialistas da área de comunicação, tornando-o legítimo para a análise das filmagens. A quantidade de especialistas é justificada para evitar questionamentos dúbios na circunstância de empate (LOPES, 2004).

Escolheram-se três especialistas em comunicação com conhecimento elaborado sobre a temática, doutores em enfermagem com dissertações orientadas nesta linha de pesquisa e publicações em livros e periódicos. Os especialistas foram convidados via e-mail para participarem desta etapa, após aceitação foi enviado também via e-mail a metodologia proposta e um breve resumo sobre a Teoria Proxêmica de Hall juntamente com o Instrumento. No prazo máximo de trinta dias, os especialistas devolveram o material por e-mail com as devidas sugestões. Como não houve discordância entre os especialistas, todas as considerações foram atendidas.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, iniciou-se a análise das filmagens, da qual participaram outros três juízes, enfermeiros, devidamente treinados, que assistiram às filmagens e preencheram o instrumento validado pelos especialistas. Para o treinamento desses juízes, foram realizadas as seguintes etapas: exposição do projeto de dissertação e da Teoria Proxêmica de Hall, apresentação do instrumento para análise da comunicação não verbal e emprego de filmagens testes para o exercício de utilização do instrumento de análise da comunicação não verbal.

Com o intuito de os juízes manterem um padrão de análise, no que se refere à identificação das interações comunicativas, foram estabelecidos critérios de julgamento que fazem referência aos indícios que podem ser utilizados para ajudar na identificação das ações não verbais dos enfermeiros nas filmagens, para os 49 itens das interações contidas no instrumento proposto, considerando as variáveis da Teoria Proxêmica de Hall a partir da escala de Likert.

Posteriormente, foi iniciada a análise das filmagens minuto a minuto. Essa condição permitiu que as imagens fossem avaliadas criteriosamente. Quando a imagem era pausada após cada minuto, os juízes faziam o registro, utilizando-se de um instrumento para cada minuto analisado e preenchendo-o individualmente, sem trocar informações entre si. O controle desse tempo foi feito pela pesquisadora. Para evitar cansaço por parte dos juízes, não foram analisadas mais do que três filmagens por encontro, havendo sempre um intervalo entre uma e outra (ALMEIDA, 2005; MACÊDO; PAGLIUCA, 2005; REBOUÇAS, 2008). Foram necessários onze encontros com duração de quatro horas para a análise das 32 consultas filmadas.

Após análise das filmagens, os instrumentos geraram dados que foram processados no *software* estatístico *PASW Statistic*, versão 18 e analisados por meio de estatística descritiva e exploratória. Esse tipo de análise visa a extrair resultados preliminares e superficiais de um determinado banco de dados (VIEIRA, 1999). Tais resultados se referem, essencialmente, às construções de tabelas e gráficos. Portanto, como o próprio nome já diz, a ideia principal é apenas descrever e explorar os dados, sem nenhuma pretensão de inferir conclusões científicas (MURTEIRA; BLACK, 1983).

Por fim, a partir dos cálculos dos escores médios individuais e por fatores, utilizou-se a técnica estatística de Comparações Múltiplas para comparar os diversos agrupamentos existentes no banco de dados, tais como, enfermeiro, avaliadores, etc. O procedimento de Comparações Múltiplas compara as médias de dois ou mais grupos, controlando o erro global (CALIŃSKI; CORSTEN, 1985), de modo que nos possibilita dizer, com base em suas médias, quais grupos são diferentes entre si. Essa comparação permitiu destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obterem-se conclusões que foram confrontadas com outros estudos em outras realidades.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa, envolvendo seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados. Para evitar qualquer quebra de sigilo de informações ou de identidade, todos os enfermeiros participantes do estudo, foram caracterizados por nomes de rosas.

Vale ressaltar que o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEO/CCS, sendo aprovado sob Protocolo nº 0220/12, CAAE: 03499412.1.0000.5188 e foi solicitada a autorização do diretor/responsável pelas Unidades básicas selecionadas do município de João Pessoa.

Além disso, outros aspectos foram considerados durante a pesquisa: manutenção da liberdade do idoso de se recusar a participar do estudo ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para o mesmo; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com

o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) (BRASIL, 1996).

6 RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, tabelas e figuras elaboradas a partir dos dados identificados durante a pesquisa, que permitiram caracterizar a comunicação não verbal dos enfermeiros com os idosos, na atenção primária de saúde, de acordo com as interações realizadas durante as consultas de enfermagem, que totalizaram 525 minutos de filmagem, sendo a menor consulta realizada em 4 minutos ao passo que o maior realizou-se em 49 minutos.

Destaca-se que, no total, foram registrados 1.575 momentos de interações. Para as análises estatísticas utilizaram-se os testes qui-quadrado (X^2), os cálculos dos escores médios individuais e por fatores e o coeficiente de confiabilidade α de Cronbach. Para apresentação e discussão dos dados ao longo desse tópico foi considerada a sequência da descrição das variáveis listadas no instrumento de coleta de dados.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo idade e sexo - João Pessoa-PB, 2013 (n = 32).

Enfermeiros	Freq.	(%)
Faixa etária		
20-39	12	37,5
40-59	18	56,25
60-68	02	6,25
Sexo		
Feminino	29	90,63
Masculino	03	9,38

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Em relação à idade dos enfermeiros inseridos na amostra, doze (37,5%) tinham idade entre 20 e 39 anos; dezoito (56,25%), entre 40 e 59 anos, e dois (6,25%), acima de 60 anos. No que se refere ao sexo, 29 (90,63%) eram do sexo feminino, e três (9,38%), do sexo masculino.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo idade e sexo - João Pessoa-PB, 2013
(n = 32).

Idosos	Freq.	(%)
Faixa etária		
60-69	21	65,63
70-79	08	25
80-89	03	9,38
Sexo		
Feminino	21	65,63
Masculino	11	34,37

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Quanto à faixa etária dos idosos inseridos na amostra, 21 (65,63%) tinham idade entre 60 e 69 anos, oito (25%) entre 70 e 79 anos e três (9,38%) acima de 80 anos. No tocante ao sexo, 21 (65,63%) da amostra era composta de mulheres, e onze (34,37%), de homens.

6.2 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

Segundo Murphy e Davidshofer (1988), uma vez calculado o valor do α de Cronbach, é possível avaliar o grau de confiabilidade do instrumento de coleta de dados através dos limites apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação do grau de confiabilidade de instrumentos de coleta de dados através do coeficiente α de Cronbach - João Pessoa, 2013.

Grau de Confiabilidade (Consistência)	α de Cronbach
Confiabilidade Inaceitável	< 0,6
Confiabilidade Baixa	de 0,6 a 0,7
Confiabilidade de Moderada	de 0,7 a 0,8
Confiabilidade Alta	de 0,8 a 0,9
Confiabilidade Elevada	> 0,9

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

A avaliação do grau de confiabilidade de instrumentos de coleta de dados através do coeficiente α de Cronbach aponta confiabilidade inaceitável para valores inferiores a 0,6; confiabilidade baixa quando os valores se apresentam de 0,6 a 0,7; confiabilidade moderada para resultados de 0,7 a 0,8; confiabilidade alta para resultados de 0,8 a 0,9 e confiabilidade elevada quando os valores apontam índice acima de 0,9. O índice de consistência interna global do instrumento de coleta de dados dessa pesquisa, considerando todas as 49 variáveis do instrumento, é 0,630, o que, de acordo com a tabela 3, reflete um grau de confiabilidade baixa.

Tabela 4 - Análise da consistência interna do instrumento de coleta de dados conforme respostas dos avaliadores - João Pessoa-PB, 2013.

Avaliador	Consistência Interna (α de Cronbach)
Avaliador 1	0,592
Avaliador 2	0,631
Avaliador 3	0,636
Geral	0,630

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Por meio da observação da tabela 4, as respostas fornecidas pelo avaliador 1 se mostraram menos confiáveis ou menos consistentes que as respostas registradas para os avaliadores 2 e 3 respectivamente.

6.3 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS FATORES

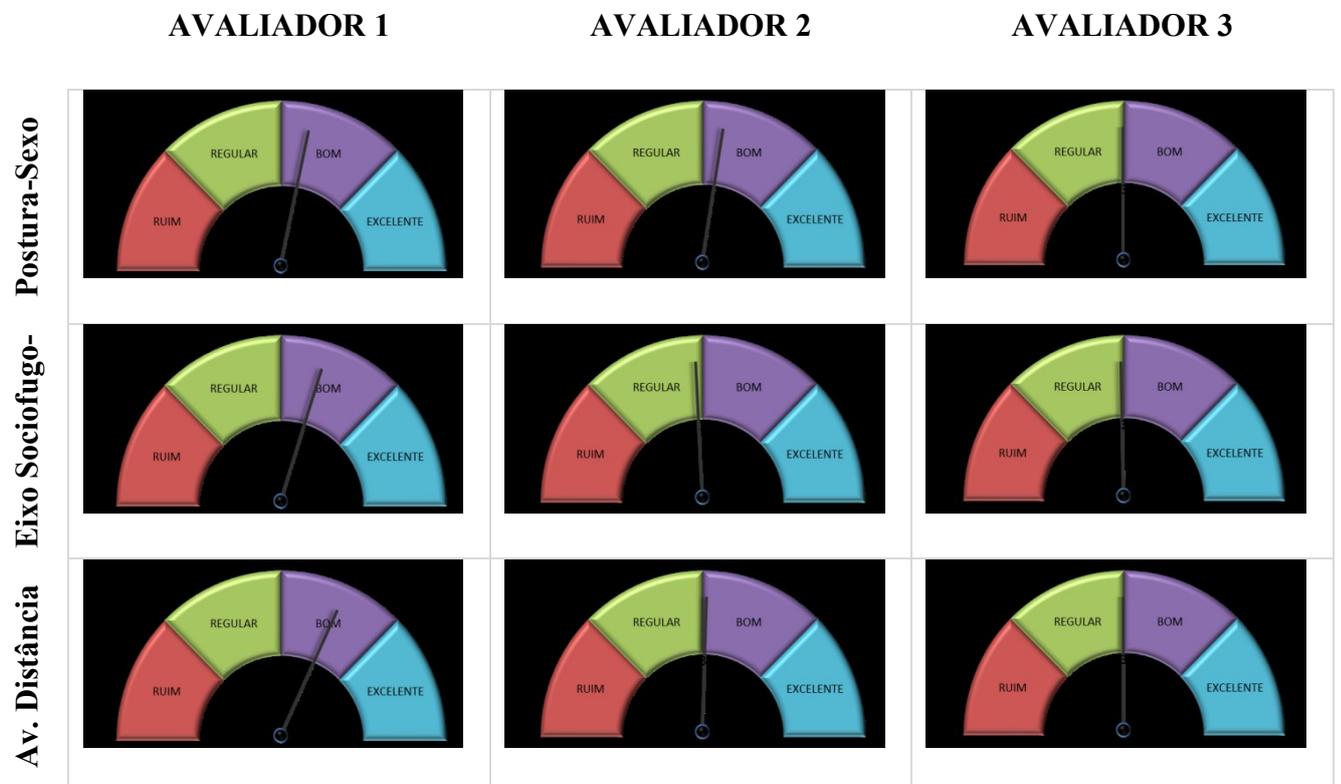
A seguir, na tabela 5, com base na teoria de Hall (2005), apresenta-se o resumo descritivo dos fatores Postura-Sexo, Eixo Sociofugo-Sociopeto, Avaliação da Distância, Cinestésico, Comportamento de Contato, Código Visual, Código Térmico, Código Olfativo e Volume de Voz que compõem a teoria, de acordo com cada avaliador. A figura 1 ilustra tais resultados.

Tabela 5 - Distribuição da avaliação dos juízes, conforme fatores propostos por Hall para a avaliação - João Pessoa-PB, 2013.

Fator	Mínimo	Média	Mediana	Moda	DP	Máximo
<i>Avaliador 1</i>						
Postura-Sexo	2,00	3,27	3,00	3,00	0,49	4,00
Eixo Sociofugo-Sociopeto	2,50	3,40	3,33	3,33	0,27	4,00
Avaliação da Distância	2,00	3,56	4,00	4,00	0,53	5,00
Cinestésico	2,25	3,33	3,33	3,00	0,46	4,75
Comportamento de Contato	2,00	2,81	3,00	3,00	0,68	4,00
Código Visual	2,00	2,74	2,67	2,00	0,72	5,00
Código Térmico	2,00	3,45	3,00	3,00	0,57	5,00
Código Olfativo	2,00	3,15	3,00	3,00	0,59	5,00
Volume de Voz	2,00	3,61	4,00	4,00	0,69	5,00
<i>Avaliador 2</i>						
Postura-Sexo	2,00	3,20	3,00	3,00	0,51	5,00
Eixo Sociofugo-Sociopeto	2,00	2,94	3,00	3,00	0,36	4,00
Avaliação da Distância	2,00	3,04	3,00	3,00	0,45	5,00
Cinestésico	2,00	2,96	3,00	3,00	0,49	4,50
Comportamento de Contato	2,00	3,15	3,00	3,00	0,79	5,00
Código Visual	2,00	2,82	3,00	3,00	0,53	5,00
Código Térmico	2,00	3,14	3,00	3,00	0,57	5,00
Código Olfativo	2,00	3,31	3,00	3,00	0,76	5,00
Volume de Voz	2,00	3,40	3,00	3,00	0,62	5,00
<i>Avaliador 3</i>						
Postura-Sexo	2,00	3,00	3,00	3,00	0,11	4,00
Eixo Sociofugo-Sociopeto	2,25	2,98	3,00	3,00	0,10	3,33
Avaliação da Distância	3,00	3,00	3,00	3,00	0,04	4,00
Cinestésico	2,00	2,99	3,00	3,00	0,37	4,33
Comportamento de Contato	2,00	2,90	3,00	3,00	0,72	4,00
Código Visual	2,00	2,87	3,00	3,00	0,53	5,00

Código Térmico	2,00	3,06	3,00	3,00	0,32	4,00
Código Olfativo	2,00	2,86	3,00	3,00	0,58	4,00
Volume de Voz	2,00	3,31	3,00	3,00	0,62	5,00
Total						
Postura-Sexo	2,00	3,16	3,00	3,00	0,43	5,00
Eixo Sociofugo-Sociopeto	2,00	3,11	3,00	3,00	0,34	4,00
Avaliação da Distância	2,00	3,20	3,00	3,00	0,47	5,00
Cinestésico	2,00	3,09	3,00	3,00	0,47	4,75
Comportamento de Contato	2,00	2,94	3,00	3,00	0,74	5,00
Código Visual	2,00	2,81	3,00	3,00	0,61	5,00
Código Térmico	2,00	3,22	3,00	3,00	0,53	5,00
Código Olfativo	2,00	3,11	3,00	3,00	0,68	5,00
Volume de Voz	2,00	3,44	3,00	3,00	0,66	5,00

Fonte: dados coletados pela autora (2013)



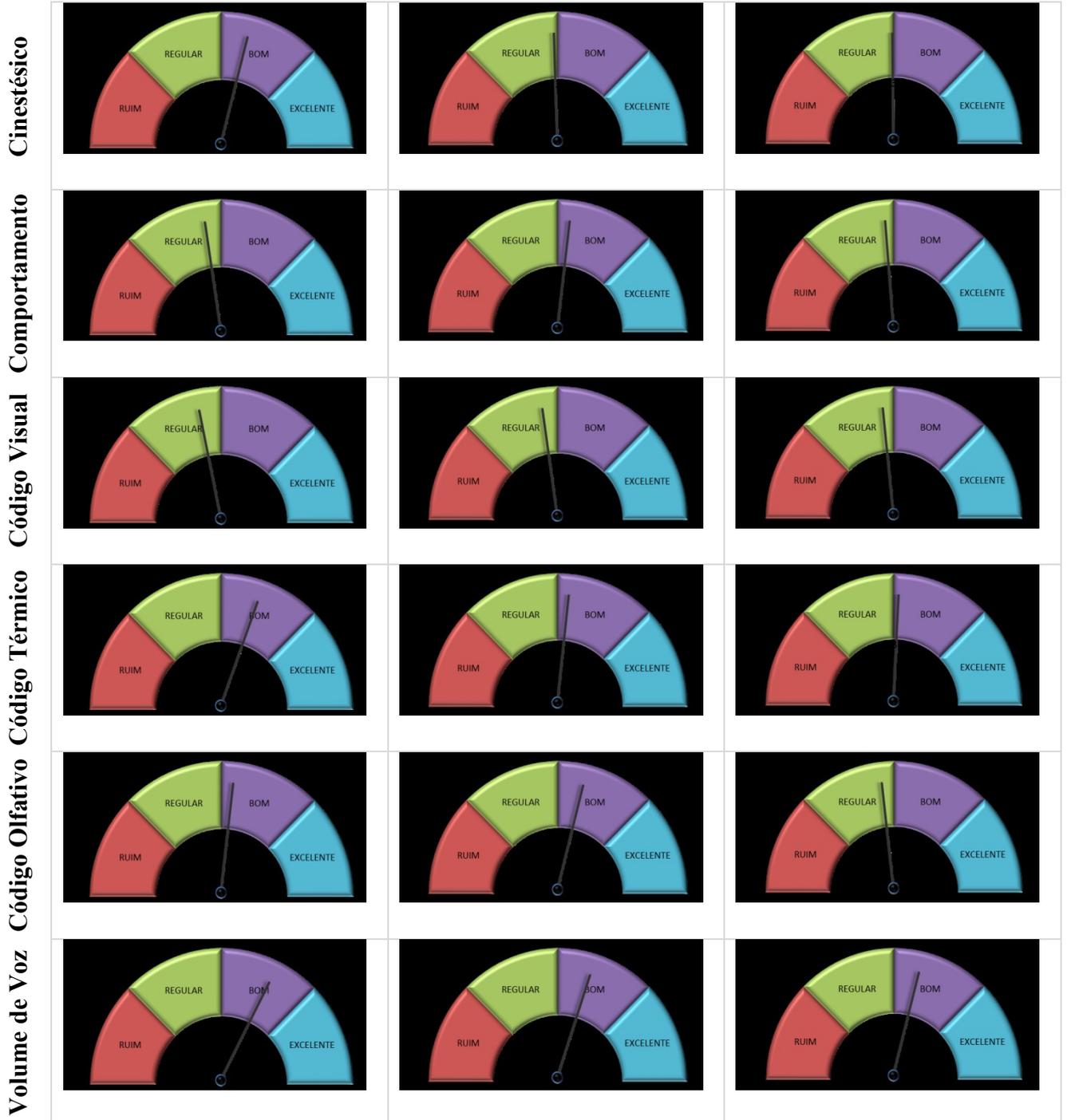


Figura 1: Desempenho médio dos fatores da teoria de Hall por avaliador

Legenda: Ruim  Regular  Bom  Excelente 

De acordo com os valores apresentados na tabela 5, a avaliação total dos nove fatores da teoria de Hall apresentou uma média em torno de 3, refletindo uma classificação da comunicação não verbal como regular. Sabe-se, ainda, que a avaliação mais frequente (moda) foi 3 e que 50% (mediana) do tempo de interação teve avaliação abaixo de 3.

Nesse momento, convém lembrar que o objetivo dessa seção é comparar os escores médios, chamados aqui de desempenhos, dos enfermeiros a partir dos nove fatores postulados por Hall (2005). A técnica estatística de Comparações Múltiplas visa comparar as médias de uma variável de interesse entre vários grupos. Logo, para decidir quais grupos são diferentes uns dos outros, normalmente, utilizam-se cálculos estatísticos que levam em conta tanto as médias quanto as variâncias dentro dos grupos da variável de interesse, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Comparação das médias dos fatores por avaliador^(a) - João Pessoa-PB, 2013.

Fator	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3
Postura-Sexo	3,27 (A)	3,20 (B)	3,00 (C)
Eixo Sociofugo-Sociopeto	3,40 (A)	2,94 (B)	2,98 (B)
Avaliação da Distância	3,56 (A)	3,04 (B)	3,00 (B)
Cinestésico	3,33 (A)	2,98 (B)	2,99 (B)
Comportamento de Contato	2,81 (A)	3,15 (B)	2,90 (A ; B)
Código Visual	2,74 (A)	2,82 (A ; B)	2,87 (B)
Código Térmico	3,45 (A)	3,14 (B)	3,06 (C)
Código Olfativo	3,15 (A)	3,31 (A)	2,86 (B)
Volume de Voz	3,61 (A)	3,40 (B)	3,31 (B)

Fonte: dados coletados pela autora (2013) /^(a) Para cada fator, letras diferentes para os avaliadores indicam que suas médias são estatisticamente diferentes.

A partir da tabela 6, constata-se que os escores dados pelos três avaliadores são estatisticamente distintos para os fatores Postura-sexo e Código Térmico. No mais, para a maioria dos fatores, os escores dos avaliadores 2 e 3 são próximos.

6.4 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: HOMOGENEIDADE DAS PROPORÇÕES

É de interesse dessa pesquisa também testar se as proporções associadas às classificações Ruim, Regular, Bom e Excelente das variáveis indicadoras são próximas ou

homogêneas. A conclusão sobre a homogeneidade (ou não) das proporções das frequências das variáveis indicadoras é realizada através do teste de qui-quadrado de igualdade de proporções (VIEIRA; HOSSNE, 1998).

Tabela 7 - Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Postura-sexo, Eixo Sociofugo-Sociopeto e Avaliação da distância^(a) - João Pessoa-PB, 2013.

Fator	RUIM		REGULAR		BOM		EXCELENTE		Valor-p
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
<i>Postura-Sexo</i>									
Realiza interação sentado	32	2,10	1219	80,09	270	17,74	1	0,07	0,0000 ^b
Realiza interação em pé	24	17,91	96	71,64	13	9,70	1	0,75	0,0000 ^b
Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na chegada	-	-	-	-	2	100,00	-	-	---
Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na saída	2	8,00	10	40,00	9	36,00	4	16,00	0,0670
<i>Eixo Sociofugo-Sociopeto</i>									
Posiciona a cadeira uma em frente à outra	21	1,35	1001	64,46	524	33,74	7	0,45	0,0000 ^b
Posiciona a cadeira uma lateralmente à outra	-	-	2	50,00	2	50,00	-	-	1,0000
Posiciona cadeira uma paralelamente à outra	-	-	8	88,89	1	11,11	-	-	0,0196 ^a
Posiciona a cadeira de costas	-	-	10	100,00	-	-	-	-	---
Mantém os ombros inclinados para dentro	69	5,76	1058	88,39	70	5,85	-	-	0,0000 ^b
Mantém os ombros inclinados para trás	4	3,20	118	94,40	3	2,40	-	-	0,0000 ^a
Mantém as bordas dos aposentados livres da parede	146	10,04	1137	78,20	171	11,76	-	-	0,0000 ^b
Mantém as bordas dos aposentados encostadas na parede	66	11,96	369	66,85	117	21,20	0	0,00	0,0000 ^a
<i>Avaliação da Distância</i>									
Adota a distância íntima	7	1,37	210	41,18	282	55,29	11	2,16	0,0000 ^b
Adota a distância pessoal	37	3,35	1010	91,40	58	5,25	-	-	0,0000 ^b

^a Mesmo o resultado do teste sendo significativo ($p < 0,05$), ele não é válido devido às frequências observadas serem nula ou inferiores a 5.

^b O resultado do teste é estatisticamente significativo ao nível de 5% (0,05).

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Em relação à tabela 7, constata-se que três das quatro variáveis indicadoras que compõem o fator Postura-Sexo apresenta uma tendência de resposta para a avaliação Regular. Já para o fator Eixo Sociofugo-Sociopeto, quase todas as variáveis indicadoras violaram as suposições do teste de qui-quadrado, principalmente devido ao grande número de células com frequências nulas. Além disso, as variáveis indicadoras que compõem o fator Avaliação da Distância apresentaram significância estatística, no sentido de haver indícios de que as frequências das categorias de avaliação dessas variáveis sejam distintas.

Tabela 8 - Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Cinestésico e Comportamento de contato^(a) - João Pessoa, 2013.

Fator	RUIM		REGULAR		BOM		EXCELENTE		Valor-p
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
<i>Cinestésico</i>									
Demonstra tranquilidade	31	2,17	853	59,78	525	36,79	18	1,26	0,0000 ^b
Demonstra afirmação	118	10,29	819	71,40	205	17,87	5	0,44	0,0000 ^b
Demonstra indiferença	22	33,85	35	53,85	8	12,31	-	-	0,0002 ^b
Demonstra preocupação	30	14,35	154	73,68	25	11,96	-	-	0,0000 ^b
O comportamento facial demonstra felicidade	58	15,47	204	54,40	103	27,47	10	2,67	0,0000 ^b
O comportamento facial demonstra tristeza	4	40,00	4	40,00	2	20,00	-	-	0,6703
O comportamento facial demonstra medo	-	-	2	100,00	-	-	-	-	---
O comportamento facial demonstra desagrado	9	52,94	8	47,06	-	-	-	-	0,8084
O comportamento facial demonstra surpresa	-	-	18	81,82	4	18,18	-	-	0,0028 ^a
O comportamento facial demonstra raiva	1	8,33	10	83,33	1	8,33	-	-	0,0012 ^a
O comportamento facial demonstra atenção	330	24,66	703	52,54	273	20,40	32	2,39	0,0000 ^b

O comportamento facial demonstra-se inalterado	107	50,00	106	49,53	1	0,47	-	-	0,0000 ^b
Coloca as mãos nos olhos	-	-	13	86,67	2	13,33	-	-	0,0045 ^a
<i>Comportamento de Contato</i>									
Toca afetivamente como cumprimento	4	11,43	13	37,14	16	45,71	2	5,71	0,0012 ^b
Toca ativamente	10	45,45	10	45,45	2	9,09	-	-	0,0545
Toca apenas ao realizar um procedimento técnico	55	30,56	96	53,33	28	15,56	1	0,56	0,0000 ^b
Interação com aperto de mão	2	15,38	6	46,15	4	30,77	1	7,69	0,2089

^a Mesmo o resultado do teste sendo significativo ($p < 0,05$), ele não é válido devido às frequências observadas serem nula ou inferiores a 5.

^b O resultado do teste é estatisticamente significativo ao nível de 5% (0,05).

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Como mostra a tabela 8, seis das treze variáveis indicadoras que compõem o fator Cinestésico apresentaram resultados inconclusivos para o teste de homogeneidade de suas proporções. Os motivos foram o reduzido número de respostas fornecidas e a quantidade de células com frequências nulas. Já para o fator Comportamento de Contato, apenas a variável “Interação com aperto de mão” não apresentou resultado conclusivo.

Tabela 9 - Teste de qui-quadrado para verificar as tendências de resposta das variáveis indicadoras para os fatores Código Visual, Código Térmico, Código Olfativo e Volume de Voz - João Pessoa, 2013.

Fator	RUIM		REGULAR		BOM		EXCELENTE		Valor-p
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
<i>Código Visual</i>									
Centra o olhar no interlocutor	223	21,93	562	55,26	207	20,35	25	2,46	0,0000 ^b
Desvia o olhar do interlocutor	444	42,09	557	52,80	53	5,02	1	0,09	0,0000 ^b
Há interação visual enquanto manipula objetos	455	38,04	690	57,69	48	4,01	3	0,25	0,0000 ^b
O olhar demonstra punição	10	71,43	4	28,57	-	-	-	-	0,1088
O olhar demonstra estímulo	46	22,01	125	59,81	35	16,75	3	1,44	0,0000 ^b
O olhar demonstra domínio da	191	26,49	342	47,43	173	23,99	15	2,08	0,0000 ^b

relação									
O olhar demonstra dúvida	10	43,48	12	52,17	1	4,35	-	-	0,0114 ^b
O olhar demonstra espanto	3	15,79	15	78,95	1	5,26	-	-	0,0001 ^a
<i>Código Térmico</i>									
Mantém-se confortável	65	4,34	1036	69,16	387	25,83	10	0,67	0,0000 ^b
Mantém-se inquieto	15	20,27	54	72,97	5	6,76	-	-	0,0000 ^b
<i>Código Olfativo</i>									
Mantém-se a mão entre o nariz e a boca	32	15,76	120	59,11	47	23,15	4	1,97	0,0000 ^b
<i>Volume de Voz</i>									
Mantém o mesmo tom de voz	56	3,67	745	48,79	658	43,09	68	4,45	0,0000 ^b
Mantém o tom de voz aumentado	4	30,77	6	46,15	3	23,08	-	-	0,5836
Mantém o tom de voz em sussurro	25	89,29	3	10,71	-	-	-	-	0,0000 ^a
Mantém-se em silêncio	57	34,55	103	62,42	5	3,03	-	-	0,0000 ^b

^a Mesmo o resultado do teste sendo significativo ($p < 0,05$), ele não é válido devido às frequências observadas serem nula ou inferiores a 5.

^b O resultado do teste é estatisticamente significativo ao nível de 5% (0,05).

Fonte: dados coletados pela autora (2013)

Nesta tabela, quase todas as variáveis indicadoras que compõem os fatores Código Visual, Código Térmico, Código Olfativo e Volume de Voz apresentaram resultados estatisticamente significativos em favor das tendências de respostas das suas categorias. E, mais uma vez, a avaliação Regular foi a classificação mais informada para essas variáveis.

7 DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir da apresentação dos resultados, passa-se à discussão dos dados referentes à caracterização da amostra; análise da consistência interna do instrumento; análise descritiva e exploratória: comparação dos fatores e análise descritiva e exploratória: homogeneidade das proporções. Para a referida discussão, buscou-se suporte na literatura pertinente.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao se analisar o perfil dos enfermeiros, conforme expresso na tabela 1, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (90,63%), com prevalência da faixa etária entre 40 e 59 anos (56,25%). A marca de gênero na enfermagem se faz evidente, sobretudo pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino. Embora já se perceba um movimento em relação à inserção do homem na profissão, os dados deste estudo ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistenciais. Assim, a supremacia do sexo feminino entre os trabalhadores de enfermagem na atenção primária de saúde reflete a composição própria da profissão, o que corrobora com estudo desenvolvido por Pinheiro; Alvarez e Pires (2012) ao apontar maior participação das mulheres no cuidado a idosos na Estratégia de Saúde da Família.

A enfermagem representa uma profissão com foco de trabalho direcionado pelo modelo religioso que enfatizava a caridade e o conforto da alma do doente. Nessa perspectiva, o cuidado era exercido por homens, padres enfermeiros e irmãos enfermeiros. A partir do século XIX, com a participação efetiva de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, há predominância da liderança feminina na Enfermagem (FURUKAWA, 2009).

Como se mostra na tabela 2, foi observado também um maior número de mulheres (65,63%), entre os 32 idosos participantes do estudo, além da maior concentração de indivíduos na sexta década da vida (65,63%). Segundo o IBGE (2010), há predomínio de idosos do sexo feminino na população brasileira. Consequentemente, no que concerne à procura pela assistência à saúde são as mulheres as que mais buscam pela assistência, além de estarem mais atentas a sinais e sintomas que remetem a doenças, estando os homens com os maiores índices de mortalidade. Algumas hipóteses para esses índices sugerem a violência, os acidente de trânsito e as doenças crônicas (CALAIS et al., 2008; MARIN et al., 2010).

7.2 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

Acerca da tabela 3, o conceito estatístico da confiabilidade de uma medição (“*reliability of measurements*”) tem sido utilizado para a avaliação da qualidade de testes e exames (ALLEN et al., 2004). Assim, um instrumento de pesquisa será considerado tão mais confiável quanto menor for o componente de erro das respostas fornecidas para determinada questão. Nesse contexto, uma medida de confiabilidade, criada por Cronbach (1951), ficou conhecida como Índice de Confiabilidade (α) ou simplesmente α de Cronbach. Por exemplo, $\alpha = 0,80$ indica que 80% da variabilidade total das respostas de uma determinada pergunta estão relacionados às respostas verdadeiras e é por esse motivo que se pode associar esse índice à qualidade ou à consistência interna de instrumento de coleta de dados.

Ao avaliar a consistência interna do instrumento utilizado nesse estudo, reflete-se um grau de confiabilidade baixo. No entanto, esse resultado não deve ser um motivo de preocupação para a pesquisadora, já que é a primeira vez que esse instrumento é aplicado ao público de pacientes idosos para os fins de verificação da comunicação não verbal dos enfermeiros. Pequenas modificações na estrutura e na forma de questionamento das variáveis indicadoras, aliadas a um estudo de pré-teste, poderão corrigir facilmente as inconsistências observadas.

Quanto às respostas fornecidas pelos avaliadores ao instrumento desse estudo, as fornecidas pelo avaliador 1 mostraram-se menos confiáveis ou menos consistentes que as respostas dos demais avaliadores, como demonstrado na tabela 4. Isso pode ter ocorrido pelo critério de escolha dos avaliadores que era serem enfermeiros, no entanto, apesar de terem sido treinados pela pesquisadora, percebeu-se a dificuldade particular do avaliador 1, o que talvez não poderia ter acontecido se os avaliadores fossem especialistas em comunicação, o que sugere para pesquisas futuras a necessidade de os avaliadores terem um maior conhecimento acerca da temática, inclusive na graduação.

Considerando a importância dos conhecimentos sobre comunicação para o ensino e a prática de profissionais de enfermagem, pesquisa realizada com estudantes sobre sua percepção acerca da comunicação não verbal revelam dificuldades dos alunos em interpretar suas próprias expressões corporais e faciais como as dos pacientes sob seus cuidados, o que sugere um maior reforço das habilidades de comunicação na graduação (JESUS; CUNHA, 2008).

7.3 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS FATORES

Quando se examinam as notas dadas pelos avaliadores, expostas na tabela 5, observa-se o mesmo perfil de desempenho da avaliação geral, em que se verificou uma nota média em torno de 3 como mediana, e moda, por volta também de 3. Além disso, constata-se, ainda, que o fator com pior avaliação foi o Código Visual, com média em torno de 2,81, enquanto que o fator com melhor avaliação foi o Volume de Voz, com média por volta de 3,44, conforme destacado na figura 2.

Logo, justifica-se a pior avaliação do fator Código Visual, pela dificuldade de visualização da abertura ocular dos enfermeiros, no vídeo, por parte dos juízes. Essa dificuldade ora se relacionava à luminosidade do ambiente, ora ao uso de óculos por parte do enfermeiro, o que fazia refletir brilho na filmagem, ou ainda pelo próprio cabelo do enfermeiro que se apresentava na frente de seus olhos. Sua maior média foi atribuída pelo avaliador 3, com índice entre 2,87, ao passo que a menor provém do avaliador 1, com 2,74.

O fator Código Visual retrata a interação e interesse do enfermeiro no que está sendo dito pelo idoso. É necessário que o enfermeiro mantenha o contato olho no olho, a partir do conhecimento sobre qual a cultura a que o idoso pertence, pois a permissão desse contato pode variar conforme cultura. Para ocidentais, esse contato por alguns segundos, no momento certo, é permitido e transmite interesse, respeito e aceitação, devendo ainda ser estabelecido em 50% do tempo da interação (ROACH, 2003; SILVA, 2010). Hall (2005) reforça que o fator Código Visual corresponde à maior fonte de informação do ser humano, exprimindo o interesse e a atenção dos comunicantes pela interação, o que possibilita uma maior troca de informações entre os mesmos.

Quanto ao Volume de Voz, mesmo apresentando a melhor avaliação, ressalta-se ainda que este sofreu influência da técnica de gravação das consultas, tendo o som variado conforme o tipo de ambiente, visto que as gravações se deram no local da consulta. Acerca da média, a maior foi atribuída pelo avaliador 1, com índice entre 3,61, e a menor provém do avaliador 3 com 3,31.

Vale destacar que tanto o tom de voz quanto a ênfase da voz estabelecida durante a interação com o idoso contribuem decisivamente para o sucesso da interação. Pesquisa realizada a fim de evidenciar situações de desconforto vivenciadas por idoso hospitalizado, afirma que o ato de elevar e baixar o tom de voz proporciona um discurso mais agradável às pessoas (PROCHET; SILVA, 2008).

Hall (2005) enfoca ainda que a voz é apontada como um dos fundamentais instrumentos de comunicação, presentes tanto na linguagem verbal como na não verbal. Sua tonalidade, imposta durante a interação pode exprimir sentimentos, intervenções, ou ainda a existência de intimidade ou não entre os comunicantes. No entanto, o tom de voz estabelecido na interação também pode sofrer influência da distância entre emissor e receptor da mensagem, sendo regulada para aumentar ou diminuir esta distância.

Um outro fator influenciador para o tom de voz estabelecido pelos enfermeiros foi a realização do atendimento com o consultório de porta aberta que, além de levá-lo a elevar seu volume de voz, sofria influência do barulho externo que facilitava sua dispersão.

No que concerne aos fatores Eixo Sociofugo-Sociopeto e Código Olfativo, evidencia-se que estes apresentaram a mesma média total de 3,11, ao considerarem-se todos os avaliadores. Quanto ao Eixo Sociofugo-Sociopeto, não se relacionam dificuldades na análise uma vez que a posição adotada pelo enfermeiro, na maior parte das filmagens, foi captada pelas câmeras, como também a mobília se apresentou inalterada em todas as interações. Desta forma, a posição supracitada, adotada pelo enfermeiro, também favoreceu a análise do Código Olfativo. A maior média do fator Eixo Sociofugo-Sociopeto foi atribuída pelo avaliador 1 com 3,40, e a menor, pelo avaliador 2, com 2,94. Já no fator Código Olfativo, a atribuição da maior média deu-se pelo avaliador 2, com 3,31, e a menor, pelo avaliador 3, com 2,86.

Para o Fator Eixo Sociofugo-Sociopeto, é preciso o enfermeiro considerar a cultura do idoso, pois, ao interagir com ocidentais, a interação deve ser estabelecida com seu corpo voltado na direção do idoso, uma vez que esse gesto implica demonstração de interesse (DUARTE; DIOGO, 2005). Hall (2005) enfatiza que este fator corresponde ao posicionamento dos comunicantes, o que proporciona maior envolvimento ou afastamento, refletindo o desejo desses em manter intimidade ou não durante a interação.

Quanto ao fator Código Olfativo Hall (2005), descreve o sentido do olfato como um dos métodos mais antigos de comunicação, o que permite uma maior constância na comunicação por um período mais prolongado quando o odor dos comunicantes é satisfatório.

A preocupação com o olfato na assistência de enfermagem iniciou-se com os trabalhos de Florence na Guerra da Crimeia, com sua atenção direcionada ao ambiente onde os soldados vitimados dessa guerra se encontravam, bem como a necessidade de ar fresco que contribuíam para a recuperação da saúde (NINGHTINGALE, 1989).

A interação do homem com o ambiente faz com ele perceba e interprete os odores, conforme suas características que podem apresentar-se agradáveis e confortáveis ou não, pois o homem é olfativo por natureza, o que o possibilita interagir com o ambiente, perceber e interpretar sentimentos, manter-se confortável ou desconfortável física ou psicologicamente.

Deste modo, Roy (2007) afirma, como importante ao enfrentamento e adaptação aos desafios olfativos, a característica humana de compartilhar valores, crenças e metas. Logo, o estudo que propôs identificar o sentido do olfato no cuidado de enfermagem aponta o mau odor como fator despertador de desconforto o que implica o afastamento das pessoas (ARAÚJO; CAMERON; OLIVEIRA, 2011).

No entanto, mesmo sentindo repulsa ao mau odor proveniente do idoso, o enfermeiro da atenção primária, bem como de qualquer nível de atenção a saúde, precisa ao máximo dominar suas expressões e sentimentos acerca deste sentido, a fim de não os ofender e assim comprometer a interação. Constatou-se, durante o estudo, que, na presença do mau odor evidenciado por um dos idosos, o enfermeiro apesar de manter a mão entre o nariz e a boca dominou satisfatoriamente, em sua maior parte, suas expressões e sentimentos, visíveis no início da interação uma vez que a olfação é capaz de adaptação e tende a se acostumar com o mau odor após determinado tempo de contato (EMMERICH; CASTIEL, 2012).

Já o Código Térmico e a Avaliação da Distância apresentaram médias proporcionais, 3,22 e 3,20 concomitantemente. Esses fatores foram prontamente analisados, pois tanto a distância quanto o posicionamento dos enfermeiros durante a interação foram facilmente identificados nas imagens. O fator Código Térmico obteve maior média, 3,45, dada pelo avaliador 1, e a menor, 3,06, atribuída pelo avaliador 3, enquanto o fator Avaliação da Distância teve sua maior média, 3,56, e a menor, 3,00, atribuídas respectivamente pelos mesmos avaliadores.

Quanto ao fator Código Térmico, salienta-se que uma eficaz comunicação é estabelecida quando o emissor envia uma mensagem ao receptor, e este a compreende. No entanto, os fatores ambientais, como o calor ou frio excessivo, podem comprometer a emissão e recepção da mensagem. Nessas condições, é necessário que o enfermeiro avalie o idoso a fim de identificar quaisquer áreas que possam interromper a comunicação (ROACH, 2003). De acordo com Hall (2005), este fator implica o calor percebido pelos interlocutores.

A análise dos fatores ambientais nas filmagens foi possível a partir do treinamento dos juízes onde determinou-se a avaliação do calor quando o enfermeiro apresentava-se abanando-se, com o ventilador próximo a sua face, mantivesse a janela aberta, sem o uso do

jaleco, ou verbalizasse acerca da temperatura, a avaliação do frio além da verbalização acerca da temperatura foi determinada pela presença da utilização de agasalhos.

Já o fator Avaliação da Distância remete ao cuidado, ação inerente à profissão de enfermagem que, quando bem realizado, acaba por invadir o espaço pessoal do idoso, visto que não deve existir cuidado sem contato físico com o paciente. Desta forma, estudo assevera a necessidade de o enfermeiro proporcionar conforto ao idoso, garantir sua privacidade e minimizar as reações adversas acarretadas por esta invasão, que deve ser estabelecida pelo efetivo uso da comunicação (PROCHET; SILVA, 2008).

Quanto à garantia da privacidade, alguns enfermeiros participantes do estudo a infringiram ao realizar o atendimento com o consultório de porta aberta e atender o celular durante a interação, além de permitir a entrada desmedida de outras pessoas ao consultório, seja para esclarecer dúvidas, seja para pegar medicações.

Hall (2005) enfatiza que a capacidade do ser humano em usar os sentidos na interação facilita a relação, e seu uso adequado possibilita a exploração do espaço onde a interação se estabelece, tornando possível a identificação das necessidades para então agir sobre as mesmas. Logo, as distâncias que possibilitam o alcance do tato permitem qualquer tipo de observação, e, quando esta é realizada em um espaço físico que garanta a privacidade do paciente, o estabelecimento do tato será mais facilmente permitido.

Esses dados corroboram os pensamentos de Timby (2007) ao afirmar que a proximidade entre enfermeiro e paciente é comum na assistência de enfermagem, pois são muitos os momentos de contato físico entre esses. Desta forma, para impedir falsas interpretações de relacionamento, é oportuna a explicação prévia do enfermeiro acerca do que vai ser realizado com o idoso na consulta de enfermagem na atenção primária de saúde.

Hall (2005) afirma que o fator Postura-Sexo refere-se à posição dos comunicantes durante a interação e à influência do sexo no comportamento das pessoas que interagem. Assevera-se que o sexo é um dos fatores que interferem na escolha da distância a ser adotada ao longo da interação. O fator Postura-Sexo obteve a média de 3,16. Sua maior média foi atribuída pelo avaliador 1, com 3,27, e a menor, pelo avaliador 3, com 3,00. Ressalta-se que, por ter sido pouco representativo neste estudo o número de homens, não foi identificada a influência do sexo na postura adotada pelos interlocutores.

Acerca desse fator, ao iniciar a interação, tanto o enfermeiro quanto o idoso precisam determinar a postura mais efetiva e confortável à sessão, bem como a distância a ser mantida

durante essa assistência, que pode altera-se ao longo do cuidado. Quanto ao sexo, ressalta-se que as expressões de emoções são mais fáceis de serem identificadas em mulheres, no entanto é preciso também atentar à cultura, pois esta pode modular, modificar e controlar a expressão dessas emoções (LUECKENOTTE, 2002; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

No entanto, cada ser humano tem sua individualidade e personalidade, podendo seus comportamentos corporais estarem expressos de modo inconsciente ou consciente, sofrendo, desta forma, influência do ambiente onde a interação se estabelece. Todo comportamento corporal é inequívoco, podendo assim transmitir realização ou desprazer, concordância ou discordância, o que se reafirmará através de uma análise atenta que emitirá informações fidedignas (WEIL; TOMPAKOW, 2011).

Acerca do fator Cinestésico, este apresentou as mesmas dificuldades mencionadas no fator Código Visual, e sua média foi 3,09. Quanto as médias dos avaliadores, o 1 atribuiu a maior média, com 3,33, e o 2, a menor, com 2,96.

A face é a parte do corpo que mais demonstra emoção, é a zona de maior consciência das pessoas, em que as tentativas de controle são mais frequentes (DUARTE; DIOGO, 2005; SILVA, 2010). Durante a interação, os idosos buscam sinais de aprovação e compreensão no rosto dos enfermeiros, busca que pode estar relacionada a um possível comprometimento auditivo que o faz compreender e interpretar as expressões faciais que caracterizam a forma mais significativa da comunicação (ROACH, 2003).

Afirma-se, então, a necessidade do profissional de saúde em demonstrar atenção, maturidade, responsabilidade, intenção de cuidar e seriedade pelo papel que exerce quando interage com idoso, cujas situações pessoais não podem interferir em seu estado físico e emocional, para assim possibilitar uma favorável interação (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Logo, o enfermeiro precisa compreender que o fator Cinestésico se configura em um dos aspectos mais importantes da comunicação não verbal, uma vez que as expressões faciais transmitem fidedignas informações, precisando ser validadas e interpretadas para assim determinar a exatidão da mensagem. Como destaca Hall (2005), este fator analisa o uso de estratégias que permitem e possibilitam maior aproximação entre os comunicantes, por meio do contato físico e do posicionamento dos interlocutores.

Por fim, o fator Comportamento de Contato, cuja média foi de 2,94, esteve facilmente identificado nas filmagens. Este fator obteve maior média, 3,15, atribuída pelo do avaliador 2, e 2,81, como menor média, atribuída pelo avaliador 1.

Esse fator é caracterizado pelo uso do toque, o qual demonstra a intenção de quem o exerce e a forma como o emissor valoriza o receptor. Seu uso possibilita o envio de mensagens como afeto, segurança, proteção, apoio, valorização do outro e promoção de auto-estima, que podem sofrer influência da duração, região, intensidade e frequência do toque, proporcionando o estabelecimento de um vínculo mais efetivo (GALVÃO et al., 2012).

Quanto ao paciente idoso, este é mais privado do contato físico, seja por isolamento social ou mesmo físico o que assevera a necessidade do enfermeiro em estabelecer a interação atentando ao toque, como a forma de melhorar a qualidade da assistência, tanto na atenção primária de saúde quanto em qualquer outro nível onde a interação se estabeleça.

A assertiva ora descrita corrobora estudo que evidencia a utilização do toque pelo enfermeiro como facilitador para a transmissão de seus reais sentimentos (ARAÚJO et al., 2004). Logo, as formas de relação táteis, ou sua ausência, destacadas por Hall (2005) neste fator, tanto podem transmitir sentimentos positivos quanto negativos.

Em continuidade às discussões, de acordo com a tabela 6, a distinção entre as médias estabelecidas pelos avaliadores para fator Postura-Sexo pode estar relacionada a um erro de digitação ou marcação do instrumento pelos avaliadores; já para o fator Código Térmico, pode justificar-se pelo critério de julgamento estabelecido por cada um dos avaliadores, uma vez que, pelo posicionamento das câmeras, a observação das variáveis que constituem esses fatores se fez possível durante as filmagens.

7.4 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA: HOMOGENEIDADE DAS PROPORÇÕES

Em prosseguimento à discussão dos dados, a tabela 7 aponta que, na consulta de enfermagem a idosos, a postura sentada representada pela variável “Realiza interação sentado” obteve julgamento regular (80,09%) e pode ser justificada pelo conforto proporcionado pela mesma, além de facilitar a realização da anamnese e subsequente registro no prontuário das informações colhidas durante a interação, assim como possibilita a realização da glicemia capilar e aferição da pressão arterial, além de ser mais confortável e facilitar a troca de informações.

Logo, quando o enfermeiro se mantém sentado e com o corpo voltado para o paciente com a cabeça levemente inclinada para frente e os olhos atentos, esta atitude demonstra

interesse no que está sendo dito pelo idoso. Assim, sentar-se durante o atendimento ao idoso confirma disponibilidade e comprova que aquele tempo será voltado a ele (ROACH, 2003).

Já a postura em pé, concebida pela variável “Realiza interação em pé”, avaliada de forma regular (71,64%), pode ser justificada em face da necessidade de o enfermeiro realizar algum tipo de assistência ao idoso que necessite da adoção da distância íntima, como visualizado em alguns casos, para aferição da pressão arterial, exame específico dos membros inferiores e avaliação da circunferência abdominal, o que, desta forma, mantinha o enfermeiro e o idoso, na maior parte do tempo, na mesma postura.

Essa assertiva corrobora o pensamento de Lueckenotte (2002) ao afirmar que o enfermeiro não precisa estabelecer toda a interação com o idoso pelo método tradicional de entrevista, com entrevistador e entrevistado sentados, assim é possível utilizar a postura em pé para colher informações que lhe proporcionará dados mais expressivos, devendo, portanto, ser apropriada à situação. No entanto, no que concerne à postura adequada a ser adotada pelo enfermeiro assistencialista da atenção primária no cuidado ao idoso, esta deve relacionar-se à necessidade do paciente, bem como à disponibilidade do enfermeiro em contemplá-la. Como afirma Hall (2005), as mudanças corporais são pertinentes ao ambiente onde ocorre a interação e transmite os sentimentos dos comunicantes.

Quanto ao cumprimento inicial e a *posteriori*, estabelecido por meio de um aperto de mão, abraço ou beijo, Davis (1979) afirma demonstrar o tipo de relacionamento que se pretende estabelecer e manter no futuro, respectivamente. No âmbito deste estudo, prevaleceu a variável “Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na saída” de forma regular (40,00%) ao passo que a variável “Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na chegada” não se aplica para as interações analisadas.

Logo, vale destacar que a utilização dessa medida de cumprimento deve levar em consideração a cultura à qual pertença o idoso. Para os ocidentais, o contato nas mãos, no ombro e braço é mais permitido quando comparado às demais partes do corpo (DUARTE; DIOGO, 2005). Para Silva (2010), a utilização do toque no recebimento e despedida do paciente proporciona maior aceitação deste à adesão terapêutica.

Ressalta-se ainda que a forma como acolhemos o paciente é destacada como importante, pois pode influenciar significativamente a assistência à saúde, cujo cumprimento estabelecido através de um aperto de mão auxilia o acolhimento e facilita a condução do cuidado a ser estabelecido entre o profissional e o paciente (MARCO et al., 2010).

Portanto, um relacionamento estabelecido através desses gestos de saudação universais ressalta confiança e segurança, possibilitando assim o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e idoso, como também com a família, favorecendo a reaproximação com certa dose de harmonia. No entanto, é oportuno destacar que a utilização desses mecanismos deve ser dada no início e fim do atendimento, como forma de consolidar a interação.

Acerca da relação entre o espaço e o comportamento humano, uma das primeiras observações que demonstrou esta relação ocorreu em um hospital em Saskatchewan, a qual apontou que a equipe de atendimento e as enfermeiras preferiam um espaço desagregador, ou seja, aquele que afastava as pessoas umas das outras, dificultando a interação entre essas, a um espaço agregador, que une as pessoas (HALL, 2005). Isso ficou comprovado também, na atenção primária de saúde com a realização deste estudo, uma vez que os enfermeiros adotaram a variável “Posiciona a cadeira uma em frente à outra” com frequência regular (64,46%) que, segundo Hall (2005), representa a segunda distância que mais favorece à interação, quando comparada a representada pela variável “Posiciona a cadeira uma lateralmente a outra” que deveria ser a primeira opção de escolha na interação, por ser a que melhor possibilita o contato entre os comunicantes que – como as variáveis “Posiciona a cadeira uma paralelamente a outra”, “Posiciona a cadeira de costas”, “Mantém os ombros inclinados para dentro”, “Mantém os ombros inclinados para trás”, “Mantém as bordas dos aposentados livres da parede”, “Mantém as bordas dos aposentados encostadas na parede” – não se aplicam para as interações analisadas. Logo, o autor supracitado considera em ordem crescente, como distância que mais favorece a interação, a lateral, a de frente e a de lado, sendo a de costas avessa ao contato.

Assim, o posicionamento do enfermeiro durante a consulta ao idoso deve considerar e observar as individualidades, características e necessidades de cada paciente, pois, conforme Weber (2007), ao entrevistar um idoso, é indicado que o enfermeiro posicione as cadeiras uma em frente à outra, quando este paciente apresentar acuidade auditiva prejudicada ou quando o enfermeiro precisar direcionar sua fala para o lado em que a audição do idoso esteja mais preservada.

Esse posicionamento também é descrito por Lueckenotte (2002), que considera útil sua utilização quando o examinador quer ter certeza de manter contato com os olhos do paciente. Já na perspectiva de Silva (2010), o posicionamento das cadeiras, uma em frente à outra, indica um interesse mais restrito entre os comunicantes.

Quanto ao posicionamento das cadeiras na lateral, esta é indicada quando o paciente se encontra em uma cadeira de rodas, como também o posicionamento paralelo que pode ser adotado quando o enfermeiro entrevista pacientes em cadeiras de roda, ou mesmo em cadeiras convencionais, ou quando o paciente apresentar algum déficit auditivo. É oportuno destacar que a adoção desta postura indica parceria e construção de objetivos comuns (LUECKENOTTE, 2002; SILVA, 2010). Para o posicionamento da cadeira de costas, Hall (2005) afirma que esta indica aversão ao contato e relacionamento.

No entanto, quanto ao posicionamento das cadeiras, é indicado durante o atendimento ao idoso na atenção primária, que o enfermeiro posicione e mantenha as cadeiras lateralmente, a fim de manter-se mais próximo deste paciente, o que facilitará a interação de forma harmoniosa e flexível.

No que concerne à inclinação dos ombros para dentro ou para trás, Weil e Tompakow (2011) enfatizam que a posição dos ombros durante a interação indica o estado emocional do ser comunicante. Quando se evidencia inclinação dos ombros para dentro significa que o ser humano está com seu eu diminuído; já, ao observar-se elevação dos ombros para trás, indica predominância do eu, o que remete ao domínio da interação. Já para Weber (2007), uma postura ligeiramente inclinada pode indicar respeito ao considerar a cultura dos comunicantes. Portanto, é sobremaneira importante manter uma postura confortável durante todas as interações, pois a repetição de uma postura inadequada pode vir a trazer consequências desagradáveis, mesmo que a longo prazo, à saúde do enfermeiro.

Para o posicionamento das mobílias, Hall (2005) expõe que um espaço mais amplo, que possibilite o afastamento das mobílias da parede, permite os comunicantes manterem-se fora da zona olfativa e térmica, o que ativa os mecanismos inconscientes da percepção, favorecendo a comunicação, e o tamanho do espaço onde a interação se estabelece impõe uma sensação de liberdade no ser humano. Assim, quando o espaço é amplo, há a possibilidade de o indivíduo movimentar-se sem dificuldades, sem esbarrar nos obstáculos, proporcionando de tal modo uma interação mais satisfatória, dada as melhores possibilidades de movimentação.

Silva (2010) ainda acrescenta que a disposição da mobília pode facilitar o relacionamento ou ainda afastar as pessoas que se relacionam, podendo assim colaborar ou não com o processo comunicativo. Estudo que buscou identificar os fatores ambientais que interferem na comunicação dos profissionais de saúde com idosos aponta que a distribuição dos mobiliários pode proporcionar desconforto e não garantir a privacidade dos idosos (PROCHET; SILVA, 2012). Assim, a Política Nacional da Pessoa Idosa (2006) sugere

necessária, em todos os serviços de saúde que atendam as pessoas idosas, uma planta física que favoreça a instalação de equipamentos para a segurança e locomoção dos idosos, como sua adaptação e convivência.

Em consequência, o ambiente deve ser um dos focos do enfermeiro que assiste os idosos na atenção primária de saúde, que deve ser organizado de forma que possibilite uma ideal locomoção, além de apresentar uma adequada ventilação, iluminação e limpeza, pois a permanência destes fatores possibilitará uma boa comunicação.

A territorialidade onde ocorre a interação tem a função de comunicar os seres humanos e mantê-los em harmonia, além de determinar a distância ideal entre os seres que interagem, que podem perpassar desde o isolamento à união ou à intromissão. A compreensão da distância adotada pelos seres humanos durante a interação é fundamental para a compreensão da linguagem corporal, uma vez que uma está relacionada à outra (WEIL; TOMPAKOW, 2011).

A distância íntima foi avaliada como boa (55,29%). Esta favorece a comunicação quando a interação se conduz devidamente. Para que a comunicação seja efetiva, o comunicante deve utilizar estratégias que a facilitem, ou seja, devem atentar à proximidade e ao contato físico, bem como o tom de voz e rubor da ansiedade, pois, quando se demonstra segurança e confiança, ampliam-se as possibilidades de exercer influência na relação (HALL, 2005).

Corroborando com isso, Duarte e Diogo (2005) expõem que, se o idoso apresentar alguma diminuição da acuidade auditiva, este tenderá a adotar a distância íntima por esta facilitar a identificação das expressões faciais do enfermeiro, possibilitar melhor atenção ao tom de voz e ainda suprir algum déficit visual.

Já a distância pessoal que, apesar de próxima, pode não favorecer o contato físico e não possibilitar serem sentidos os odores e o calor do corpo, foi avaliada como regular (91,40%). Esta distância é a estabelecida pelas pessoas na maior parte de suas vidas. Sua invasão sem permissão provoca reações de defesa na pessoa que se sentiu invadida. Desta forma, o enfermeiro precisa atentar aos sinais de defesa que o idoso pode apresentar, para melhor e mais facilmente estabelecer um vínculo de confiança com o mesmo. Quanto aos sinais de defesa que podem ser manifestados pelo idoso cita-se direcionar o corpo a outra posição, desviar o olhar e virar a cabeça, enrijecer a musculatura, cruzar os braços, responder monossilabicamente ou afastar-se (DUARTE; DIOGO, 2005).

Nesse contexto, Roach (2003) considera a posição física entre duas pessoas importante, pois, em geral, comunica o grau de intimidade emocional entre elas. Para esta autora, manter a distância pessoal permite uma fala descontraída e é menos ameaçadora para o idoso, visto que, ao ultrapassar essa distância, esses tendem a se sentir mais desconfortáveis ou ameaçados.

No entanto, frente à maior frequência da distância pessoal neste estudo, é oportuno destacar a necessidade de os enfermeiros adotarem a distância íntima, que os aproxima dos idosos, facilitando o diálogo e a troca de informações, pois, como afirma Aguiar (2004), quanto mais próximos uns dos outros, mais intimidade demonstra-se haver entre esses, ao passo que se revelam os mecanismos de comunicação ocorridos na interação.

Salienta-se que, por serem conscientes da necessidade de aproximação física a ser estabelecida durante a assistência de enfermagem, os idosos apresentam uma maior aceitação à invasão do espaço pessoal, o que foi comprovado através de estudos realizados com idosos hospitalizados, que revelaram maior tolerância à invasão pessoal, quando comparada à invasão territorial (PROCHET; SILVA, 2008; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Acerca do comportamento facial, Davis (1979) afirma ser possível seu controle pelo homem até certo ponto, pois as pessoas podem fingir um rosto alegre, zangado ou triste, mas não conseguem fazê-lo surgir de uma hora para outra, ou mantê-lo por determinado tempo, ou ainda fazê-lo desaparecer.

Em relação ao comportamento facial, descrito na tabela 8, prevaleceu a avaliação regular para as variáveis “Demonstra tranquilidade” (59,78%), “Demonstra afirmação” (71,40%), “Demonstra indiferença” (53,85%), “Demonstra preocupação” (73,68%), “O comportamento facial demonstra felicidade” (54,40%) e “O comportamento facial demonstra atenção” (52,54%).

Quanto à expressão de tranquilidade, demonstrar calma durante a interação que, na maioria das vezes, se estabelece em um ambiente de correria e diversas atribuições para o enfermeiro, subsidia esse profissional a mostrar ao idoso sua vontade de compreendê-lo e ajudá-lo (ROACH, 2003).

Já sobre a demonstração de afirmação, Duarte e Diogo (2005) afirmam que o sentimento de igualdade e respeito mútuo precisa ser demonstrado pelo enfermeiro durante o cuidado ao idoso, podendo ser expresso quando este profissional volta seu corpo na direção do idoso, ao fazer meneios positivos de cabeça e ao manter a comissura da boca voltada para

cima. Para esses autores, a empatia possibilita o estabelecimento de vínculo de confiança com o idoso, fortalecido pelos meneios positivos de cabeça e sorriso.

Além disso, a sinalização positiva da cabeça encoraja o paciente a se expressar, como também transmite o envolvimento do enfermeiro com o idoso acerca do que está sendo dito, conforme ressalta Silva (2010): este meneio reforça a continuidade da fala. Quanto ao sorriso, acrescenta-se que este apresenta conotação de acordo.

No tocante à demonstração de indiferença pelos enfermeiros, salienta-se que os idosos são capazes de identificar as demonstrações de desinteresse do profissional que os assiste ou, ainda, sua ansiedade, como também são capazes de interpretar que as expressões faciais ou comportamentos faciais não são complementares à linguagem falada. Frente ao exposto, Timby (2007) afirma que os enfermeiros devem evitar sinais de impaciência momentânea ou falso sorriso, uma vez que esses podem comprometer a interação.

Quanto à expressão de preocupação, esta atitude utilizada pelo enfermeiro pode ser justificada frente às necessidades do paciente, ou relacionar-se a situações de dúvidas quanto ao plano de cuidados do idoso (ROACH, 2003; ROSSI et al., 2008).

Quanto às variáveis “Demonstra indiferença” e “Demonstra preocupação”, cuja frequência foi significativamente elevada, essas expressões devem ser evitadas na interação com o idoso, pois podem comprometer a participação do idoso na interação e afetar diretamente o estabelecimento de sua saúde. Assim, reafirma-se a importância de o enfermeiro utilizar expressões faciais conscientes que estimulem o idoso e não o deixe constrangido, inquieto ou preocupado.

Estudo realizado com acadêmicos de enfermagem acerca do significado da comunicação não verbal demonstra a necessidade de o enfermeiro saber identificar e correlacionar os meios de comunicação expressos pelo paciente, para assim estabelecer um eficaz processo comunicativo que deve estar relacionado à capacidade desses profissionais em dominar suas expressões faciais e corporais sejam essas de felicidade, insegurança, tristeza ou angústia (SANTOS; SHIRATORI, 2008).

Já quanto à demonstração de atenção, esta é fundamental e precisa ser expressa no atendimento de enfermagem ao idoso, pois o relacionamento do enfermeiro com o idoso deve desenvolver-se em uma relação de igualdade e respeito mútuo expressos pela atenção do enfermeiro enquanto o idoso fala, sem o interromper, como também ao centrar o olhar enquanto este fala (DUARTE; DIOGO, 2005).

Sobre esse comportamento, Weil e Tompakow (2011) afirmam que, quando o comunicante fixa o olhar no interlocutor, ampliam-se as possibilidades de observação, e as mensagens transmitidas pelo interlocutor se tornam mais claras. Desta forma, é essencial a atenção do enfermeiro a fim de identificar e compreender as necessidades expressas pelos gestos não verbais do idoso. Pois, como afirma Silva (2010), os sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial e as próprias características físicas que individualizam o homem dentro de seu contexto específico, representam 55% das expressões não verbais.

A variável “O comportamento facial demonstra-se inalterado” obteve avaliação ruim (50,00%), o que demonstra a necessidade de o enfermeiro utilizar expressões faciais que estimulem a participação do idoso na interação, pois, como afirmam Taylor, Lillis e LeMonne (2007), é possível identificar rostos bastante expressivos em algumas pessoas, ao passo que outras mascaram seus sentimentos, dificultando a determinação do que realmente sentem ou pensam. Corroborando essa assertiva, estudo realizado por Schimidt e Silva (2012) confirma a capacidade dos idosos em decifrar as expressões do rosto dos profissionais.

Para as variáveis “Comportamento facial com expressão de tristeza, medo, desagrado, surpresa e raiva”, não se obteve resultado conclusivo. No entanto, vale ressaltar a importância do enfermeiro não se deixar vencer pelos sentimentos de tristeza, medo, desagrado, surpresa, ou raiva, pois seu envolvimento nessas emoções implica a incapacidade de responder adequadamente e ouvir objetivamente.

Considerando especificamente a raiva, esta limita a comunicação, devendo ser particularmente evitada ao longo de toda interação. Assim, o enfermeiro precisa conter os sinais de raiva que podem manifestar-se pelo aumento do tom de voz, trincar das mandíbulas ou alteração de comportamento para manejar a situação de forma construtiva (ROACH, 2003).

Convém salientar que, para uma eficaz comunicação não verbal do enfermeiro com o idoso, esse profissional precisa dominar conscientemente suas expressões faciais, tornando seus sentimentos menos intensos, neutralizando-os ou disfarçando-os, como também usar expressões de tranquilidade, afirmação, felicidade e atenção a fim de estimular a participação do idoso na interação.

Para o fator Comportamento de Contato, a variável “Toca afetivamente como cumprimento” (45,71%) obteve boa avaliação; já para a variável “Toca ativamente” mais de

90% dos julgamentos sugeriram uma avaliação entre ruim e regular, enquanto a variável “Toca apenas ao realizar um procedimento técnico” (53,33%) foi julgada como regular, enquanto a “Interação com aperto de mão” não apresentou resultados conclusivos, tornando claro que a utilização do toque pelos enfermeiros ainda precisa ser efetivado.

O toque afetivo é aquele que demonstra afetividade ou preocupação com quem o recebe. Este tipo de toque pode apresentar diferentes significados com forte influência da cultura. Frente ao exposto, destaca-se que a maioria das pessoas reage positivamente ao toque, mesmo assim sua utilização no atendimento de enfermagem deve ser cauteloso. Ao oferecer cuidados ao idoso, esses são mais adeptos a esse contato e o apreciam mais facilmente quando estabelecido com base no respeito, atenção, carinho e segurança (LUECKENOTTE, 2002; TIMBY, 2007; SILVA, 2010).

No entanto, os enfermeiros devem evitar o contato em partes do corpo que não seja permitida pelos idosos, devendo assim, iniciar o cumprimento pela parte do corpo que lhes seja mais tolerada, como o contato no ombro, braço ou mão, caracterizado como mais permitido pelos ocidentais. Já a palpação caracteriza-se pela utilização das mãos e dedos para recolher dados por meio do tato. Porém, quando realizado no idoso, o enfermeiro precisa instruí-lo previamente acerca do que será realizado, pois esse pode apresentar declínios na visão ou audição, o que configura na necessidade de esclarecer o tato, como estar alerta aos possíveis sinais não verbais transmitidos por este paciente que podem alterar o exame, sendo um indicativo de nova implementação para a assistência de enfermagem.

Quanto ao toque associado à realização de qualquer tipo de procedimento técnico, este envolve o contato pessoa a pessoa, ou seja, é necessário o estabelecimento de maior aproximação para então ser possível a realização do procedimento, o que implica a invasão do espaço pessoal (OLIVEIRA et al., 2005). Com essa invasão, faz-se necessário observar os sinais não verbais de consentimento ou não ao toque. Assim, o toque corresponde a uma ação de intimidade e proximidade que expressará como reação a reciprocidade desta mesma ação.

Desta forma, aos enfermeiros que não estabelecem, ou não se permitem o contato, é observada a existência ou criação de um distanciamento deste para com os idosos, ao passo que o estabelecimento do contato direto, toque ou afeto, como enfatiza Hall (2005), quebra possíveis barreiras existentes na interação, e o toque proporciona um resultado satisfatório tanto a quem toca quanto a quem é tocado, pois a utilização do toque durante a realização de procedimentos técnicos pode não exprimir sentimentos a quem o realiza, caso o enfermeiro não seja capaz de compreender seus movimentos corporais, mas a quem o recebe. Este pode

determinar diversas sensações desde positivas a negativas, que sofrerá influência a partir do contexto em que o toque se estabelece (ALMEIDA et al., 2010).

No tocante ao fator Código Visual, é oportuno destacar que este sentido pode ser utilizado e explorado, estando os comunicantes a uma determinada distância, sendo de mais fácil observação ao adotar-se a distância íntima ou pessoal.

Como se mostra na tabela 9, prevaleceu o julgamento regular para as variáveis “Centra o olhar no interlocutor” (55,26%), “Desvia o olhar do interlocutor” (52,80%), “Há interação visual enquanto manipula objetos” (57,69%), “O olhar demonstra estímulo” (59,81%), “O olhar demonstra domínio da relação” (47,43%) e “O olhar demonstra dúvida” (52,17%).

A reação humana ao olhar é inata. Quando um homem fixa o olhar em outro ser, esta ação expressa a concentração de quem fixou o olhar, podendo significar concordância, atenção ou educação e ainda permitir identificar se este o escuta, a fim de analisar suas reações e até mesmo pedir permissão para continuar. Caso não seja demonstrada a intenção daquele olhar, isto poderá provocar no observado uma sensação ameaçadora suficiente para deixá-lo nervoso. Assim, o contato ocular gera uma sensação de abertura, exposição e vulnerabilidade, tornando possível saber como o outro se encontra, o que está sentindo e qual seu estado de espírito, além de reforçar a linguagem verbal. No entanto, todas as culturas tendem a desaprovar o olhar fixo, sendo algumas mais severamente que outras, o que implica um tabu, pois esse olhar pode intensificar a intimidade, expressar e estimular as emoções (DAVIS, 1979), o que pode não ocorrer quando há desvio do olhar. Esse gesto humano corresponde ao gesto regulador, aquele que regula e mantém a comunicação entre as pessoas, podendo representar uma inibição do interlocutor (SILVA, 2010).

Acerca da presença de interação visual enquanto manipula objetos, é oportuno destacar que a realização de outras coisas enquanto presta assistência ao paciente, deve ser evitada a fim de se obter uma válida história de saúde (WEBER, 2007).

Tal aspecto é reforçado pelos pensamentos de Ferreira (2006) ao afirmar que, durante interação, enquanto se presta atenção ao que está sendo falado, o movimento dos olhos proporciona um sistema de sinalização que indica ao interlocutor quando é sua vez de falar. Desviar o olhar enquanto escuta pode significar não concordância ao que se diz; já essa mesma atitude enquanto fala pode significar ausência de segurança acerca do que está sendo dito ou o desejo de modificar o que está sendo dito.

Já o estímulo expresso através do olhar é uma forma do enfermeiro instigar a participação e interação do idoso na consulta, o que o faz sentir-se útil e importante acerca do seu próprio processo de cuidado, que pode ser afetado caso o enfermeiro lhe transmita uma severa autoridade ou poder, na interação, ou ainda lhe transmita dúvida, pois essa expressão inibirá o cumprimento das orientações fornecidas, comprometendo consecutivamente a manutenção de sua qualidade de vida.

Desta forma, observa-se que a correta utilização do olhar dos enfermeiros, no processo de assistência à saúde dos idosos, possibilita uma maior compreensão das necessidades dos idosos, pois demonstra o nível de atenção do ser que cuida para o que está sendo cuidado. Logo, pode-se apontar que, mesmo que a linguagem verbal revele um sentido, as expressões emanadas pelos olhos transparecerão o que realmente se passa na mente do comunicante, pois, conforme Weil e Tompakow (2011), a expressão ocular revela a atitude da mente.

Segundo Hall (2005), dos sentidos existentes, a visão é responsável pelo maior número de informações transmitidas. Seu uso possibilita a captação de informações precisas acerca do que se passa com o outro, bem como se é possível transmitir os sentimentos de si próprio durante aquele momento de interação, pois a visão pode indicar punição, estímulo, domínio, dúvida ou espanto. Desta maneira, os olhos têm a função de identificar coisas, objetos e alimentos a uma determinada distância e servem como mecanismo de orientação que auxilia a direção a ser tomada dentro de determinado espaço, além de favorecer o cuidado de si próprio e dos outros. Nessa conjuntura, a visão denota uma possibilidade de compreender e interpretar tudo o que está ocorrendo com o outro.

Sobre o fator Código Térmico, as variáveis “Mantém-se confortável” (69,16%) e “Mantém-se inquieto” (72,97%) mantiveram avaliação regular. O estabelecimento de uma postura confortável na interação pode ser mantido quando o enfermeiro proporciona um ambiente físico agradável, especialmente no aspecto ambiental. No entanto, para países tropicais, como o Brasil, vale ressaltar que as condições climáticas do estado no qual o estudo se desenvolveu podem ser a causa do maior índice para a inquietação.

Com isso, os enfermeiros precisam tornar o ambiente o mais agradável possível à interação, na tentativa de buscar melhor conforto tanto para si mesmo como para o paciente, pois isto proporcionará uma fiel desenvoltura dos movimentos corporais, já que cada momento de interação é único e decisivo às condutas a serem seguidas (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Desta forma, quando o ambiente apresenta uma temperatura agradável, esta terá forte influência no êxito da comunicação não verbal, podendo estimular a interação. Porém, caso o ambiente se apresente abafado, tanto o enfermeiro quanto o idoso tendem a sair do local mais rapidamente, o que implica o término da consulta antecipadamente, podendo com isso levar a lacunas no atendimento ao idoso.

Sobre o fator Código Olfativo, a variável “Mantém a mão entre o nariz e a boca” (59,11%) também obteve avaliação regular. Esta postura pode sugerir um maior distanciamento dos enfermeiros para com os idosos, pois, frente a todos os sentidos, o olfato corresponde ao que requer maior proximidade dos comunicantes, bem como o tato e o paladar. Logo, se um dos comunicantes expelir um mau odor, a interação apresentar-se-á de maneira mais rápida podendo comprometer a qualidade da assistência, uma vez que o mau odor pode dificultar a atuação do enfermeiro que se inclinará a concluir mais brevemente a interação.

Por ultimo, na análise do fator Volume de Voz, as variáveis “Mantém o mesmo tom de voz” (48,79%) e “Mantém-se em silêncio” (62,42%) foram avaliadas regularmente. O tom de voz adotado na interação permite o estabelecimento de uma melhor interação. Para a utilização do tom de voz normal, faz-se necessário considerar as alterações ambientais que podem interferir na compreensão do idoso, como a presença de ruídos que implica o aumento do tom de voz, podendo também ocasionar a distração tanto do enfermeiro quanto do idoso.

Salienta-se que esse aumento do tom de voz na atenção ao idoso pode ser justificado quando este apresentar algum déficit auditivo, sendo possível, portanto, quando a comunicação verbal não é suficientemente eficaz (WEBER, 2007). Já a utilização do silêncio, caracterizado como um método de comunicação não verbal, quando utilizado no momento apropriado, oportuniza a outra pessoa a pensar sobre a réplica ou a organizar seus pensamentos. No entanto, seu prolongamento deve ser evitado, pois a distração ou a ansiedade se tornam possíveis (SILVA, 2010).

No atendimento ao idoso, a escuta terapêutica é uma forma de oferecer-lhe apoio e estímulo, além de possibilitar-lhe a explanação de suas experiências, necessidades ou expectativas de vida, o que os faz sentirem-se respeitados e úteis, melhorando assim a interação. Para Araújo e Barbosa (2010), a atuação do enfermeiro, focada na escuta terapêutica, estabelece a formação de vínculo e permite uma relação de confiança e amizade entre este e o idoso. Vale ressaltar que uma boa consulta de enfermagem ao idoso é possível

quando o enfermeiro consegue dominar, de forma consciente, seus gestos corporais, não sendo esses agentes inibidores às manifestações do idoso.

8 CONCLUSÕES

Inicialmente identificou-se que dos enfermeiros participantes do estudo, 18 tinham idade entre 40 e 59 anos, sendo a maioria do sexo feminino (90,63%). Dos idosos, 21 apresentaram idade entre 60 e 69 anos (65,63%) e a maioria também era do sexo feminino (65,63%). O tempo de duração da consulta de enfermagem ao idoso variou entre 4 e 49 minutos, ficando explícito não existir um padrão determinado a interação com o idoso na atenção primária de saúde, no entanto, a maioria das consultas se deram em um tempo superior a 10 minutos.

Observou-se que a avaliação dos nove fatores postulados por Hall obtiveram classificação regular, com média e moda em torno de 3, e mediana, abaixo de 3. Dentre esses fatores, o Código Visual foi o que apresentou pior desempenho, podendo este fato ser atribuído à falta de conhecimento do enfermeiro acerca da importância da visão na interação com os idosos ou a dificuldade dos juízes em observarem os comportamentos visuais por meio das filmagens; já o que apresentou melhor classificação foi o Volume de Voz, contribuindo com a eficácia da interação enfermeiro/idoso, pois o tom de voz utilizado pelos enfermeiros favoreceu a comunicação com o idoso, por ter tornado possível a compreensão do que estava sendo expresso.

A despeito disso, a realidade observada sugere a necessidade de os enfermeiros dominarem seus comportamentos não verbais e capacitarem-se acerca da temática para oferecer uma assistência ao idoso com melhor qualidade, uma vez que o domínio consciente desses comportamentos possibilitará uma satisfatória interpretação dos movimentos corporais desses profissionais pelos idosos que, por suas próprias experiências de vida ou necessidades biopsicossocioespirituais, passam a utilizá-los mais comumente na interação.

É oportuno destacar que os participantes deste estudo utilizaram estratégias de comunicação não verbal, mesmo inconscientemente, que facilitaram a interação com o idoso, quando se mantiveram na mesma posição do paciente durante a interação, ao adotarem uma distância compatível com a assistência que estava sendo desenvolvida e, na maioria das vezes, explicar previamente o que viria a ser estabelecido com ele, além de manter expressões faciais que motivaram a participação do idoso na interação e de, sobremaneira, ter utilizado o toque afetivamente como cumprimento durante a assistência. Porém, acerca do olhar, ficou explícita a necessidade dos enfermeiros dominar esse sentido a fim de utilizá-lo para estimular a participação do idoso na consulta de forma mais efetiva.

Portanto, a partir dos resultados obtidos, é possível identificar que a falha da comunicação não verbal dos enfermeiros pode estar relacionada a não capacitação profissional em lidar com o paciente idoso, ou a capacitação deficitária dispensada acerca da temática da comunicação ainda na Graduação. Convém destacar que a idade dos enfermeiros remete a um possível longo tempo de formação, o que também pode ter contribuído para torná-los mais cansados e menos dispostos a buscar novos conhecimentos.

Este estudo apresentou por limitações a utilização da filmagem para coleta dos dados a serem analisados, uma vez que a utilização deste recurso implicou em uma não aceitação dos enfermeiros a colaborarem com a realização da pesquisa, pois alguns mencionaram se sentir constrangidos com o uso deste recurso, além das dificuldades sentidas pela própria pesquisadora em manipular os aparelhos para iniciar a gravação, seja pela falta de habilidades com esta tecnologia, ou ainda pela falta de espaço nos consultórios de enfermagem que comprometia o posicionamento das câmeras. Relacionado aos idosos, evidenciou-se uma melhor e mais rápida aceitação em participar do estudo, mesmo com o uso das filmagens.

Frente ao exposto, percebeu-se que atenção à temática da comunicação não verbal deve ser dispensada pelos enfermeiros que prestam assistência ao idoso na atenção primária de saúde, uma vez ao dominar e manipular conscientemente as expressões corporais, estas facilitarão de sobremaneira a aproximação do enfermeiro com o idoso e sua família, o que proporcionará o estabelecimento de vínculo entre esses, e este implicará o fortalecimento das ações de cuidado que garantirá a manutenção da saúde do idoso e assim sua qualidade de vida.

Além disso, é imprescindível, frente ao crescente número da população idosa deste país, a inserção, nas grades curriculares dos cursos de Graduação em Enfermagem, de disciplinas que contemplem a temática exposta, para assim subsidiar a postura e atuação profissional frente a esses pacientes, o que garantirá a prestação de um cuidado mais qualificado e efetivo.

Desta forma, os estudos sobre a comunicação não verbal de enfermeiros com idosos na atenção primária de saúde ainda são incipientes em nosso meio, e este estudo pode ser considerado um ponto de partida para outras pesquisas, a fim de efetivar as ações de promoção à saúde dos idosos e assim garantir-lhes qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. T. **O verbal e o não verbal**. São Paulo: UNESP, 2004.

ALLEN, K. et al. The Statistics Concepts Inventory: Developing a Valid and Reliable Instrument, Anais da Conferência Anual e Exposição da Sociedade Americana de Educação em Engenharia, **ASEE**, 2004.

ALMEIDA, C. B. **Característica da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2005.

ARAUJO FILHO, A. et al. Prevalence of visual impairment, blindness, ocular disorders and cataract surgery outcomes in low-income elderly from a metropolitan region of São Paulo - Brazil. **Arq Bras Oftalmol**, v. 71, n. 2, p. 246-53, 2008.

ALMEIDA, L. M. de et al. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 2, p. 37-43, 2010.

ARAUJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 819-824, 2010.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 41, n. 3, p. 419-25, 2007.

ARAUJO, S. T. C. et al. A semiologia das expressões dos pacientes com feridas cirúrgicas no pós-operatório imediato. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 53-61, 2004.

ARAÚJO, S. T. C.; CAMERON, L. E.; OLIVEIRA, L. F. D. O sentido olfato no cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 811-17, 2011.

BARBOSA, L. A. R. R. et al. A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 34, n. 3, p. 363-370, 2010.

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação FaE/PPGE/UFPel**, v. 30, p.187-99, 2008.

BELSKY, J.; STEINBERG, L.; DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. **Child Dev Res.**, v. 62, n. 4, p. 647-70, 1991.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. M. **Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BIRDWHISTELL, R. L. **Kinesics and context**. Philadelphia: University Pennsylvania Press, 1970.

BITTI, P. R.; ZANI, B. **A comunicação como processo social**. 2. ed. Lisboa: Estampa, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, 2007.

_____. Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 out.2006. Seção 1. p. 142.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Coordenação-geral de apoio a Gestão Descentralizada.** Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2007.

_____. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Brasília, 1996.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 3 de out. 2003. Seção1, p.1.

_____. **Programa de Saúde da Família.** Secretaria Executiva. Brasília, 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

CALAIS, L. L. et al. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.,** v. 13, n. 1, p. 12-9, 2008.

CALIŃSKI, T.; CORSTEN, L. C. A. Clustering means in ANOVA by Simultaneous Testing. **Biometrics,** v. 41, n. 1, p. 39-48, 1985.

CARDOSO, L. S. et al. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.,** São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1323-30, dec., 2011.

CARVALHO, C. J. A. de; ASSUNCAO, R. C. de; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis,** v. 20, n.4, p. 1307-24, 2010.

CHALHUB, S. **Funções da linguagem.** 5 ed. São Paulo: Editora Ática, S. A., 2005.

COHEN, D. **A linguagem do corpo:** o que você precisa saber; tradução de Daniela Barbosa Henriques. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução 159/1993,** de 19 de Abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 15 jan. 12.

_____. Regulamentação do exercício profissional. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:< <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 12.

- CRONBACH, L. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Psychometrika, 16, 297-37, 1951.
- DAVIS, F. **A comunicação não-verbal.** 2. ed. São Paulo: Summus, 1979.
- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2005.
- DUTRA, M. M. et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 106-112, 2011.
- EKMAN, P.; FRIESEN, W. V. **Facial action coding system: investigator's guide.** Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1993.
- EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Mais humano que um humano: a halitose como emblema da patologização odontológica. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 1, p. 89-98, 2012.
- FARIAS, L. M. et al. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev. RENE.**, v. 11, n. 2, p. 37-43, 2010.
- FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 327-30, 2006.
- FURUKAWA, P. O. Comparativo de personagens da história da Enfermagem Brasileira. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 402-05, 2009.
- GALVÃO, M. T. G. et al. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da Tacêsica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 780-85, 2009.
- GALVÃO, M. T. G. et al. Comunicação entre mãe HIV+ e filho à luz da tacêsica em ambiente natural e experimental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 163-71, 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HALL, E. T. **A dimensão oculta.** Tradução Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Coleção a).
- HEACOCK, P.; SOUDER, E.; CHASTAIN, J. Subjects, data and videotapes. **Nurs. Res.**, [S.I.] v. 45, n.6, p. 336-38, 1996.
- HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Cien Saude colet**, v.17, n.8, p. 2141-150, 2012.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. **Censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

JESUS, M.C.P.; CUNHA, M.H.F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v.6, n. 1, p. 15-25, 2008.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Guia de Serviços do SUS: A saúde avança com sua voz.** João Pessoa: SMS, 2009.

LATVALA, E.; VUOKILA-OIKONEN, P.; JANHONEN, S. Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. **J Adv Nurs.**, [S.I.] v. 31, n. 5, p.1252-257, 2000.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana.** Rio de Janeiro. Guanabara, 1988.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado.** 2004. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2004.

LUECKENOTTE, A. **Avaliação em gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

MACÊDO, K. N. F.; PAGLIUCA, L. M. F. Características da comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e deficientes físicos. **Rev. paul. enferm.**, v.23, n.3/4, p. 221-26, 2005.

MACHADO, A. C. A.; BRÊTAS, A. C. P. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 2, p. 129-33, 2006.

MARCO, M. A. de et al. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 217-27, 2010.

MARIN, M. J. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 278-84, 2008.

MARIN, M. J. S. et al. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 962-968, 2010.

MENEZES, L. N.; VICENTE, L.C.C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev. CEFAC**, v. 9, n. 1, p. 90-98, 2007.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 44, n. 3, p. 719-24, 2010.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MOTA, G. P.; FRANÇA, F. C. V. Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva: validação de um método alternativo. **Com. Ciências Saúde.**, v. 21, n. 1, p. 39-48, 2010.

- MURTEIRA, B. J. F.; BLACK, G. H. J. **Estatística Descritiva**. Lisboa: McGraw Hill, 1983.
- MURPHY, K. R.; DAVIDSHOFER, C. O. **Psychological testing: Principles and applications**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1988.
- McEWEN, M. **Bases Teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- NINGHTINGALE, F. **Notas de enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.
- OLIVEIRA, P. S. de et al. Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. eletrônica enferm.**, v.7, n.1, p.54-63, 2005.
- ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 15, n. 5, p. 965-72, 2007.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la conferencia preparatoria de la OMS para a asamblea mundial de las naciones unidas sobre el envejecimiento. México, 1980.
- PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. de. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 8, p. 2105-115, 2012.
- PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 13, n. 5, p. 717-22, 2005.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P da. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 310-15, 2008.
- PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 3, p. 488-94, 2012.
- REBOUÇAS, C. B. A. **Construção e validação de um modelo de comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos**. 2008, 117f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2008.
- REBOUÇAS, C. B. A. et al. Nonverbal Communication: Aspects Observed During the Nursing Consultations. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 38-43, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROACH, S. S. **Introdução à Enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMANI, F. A. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. **Arq. bras. oftalmol.**, v. 68, n. 5, p.649-55, 2005.

ROSSI, L. A. et al. Comunicação: instrumento básico da enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. **Rev. RENE.**, v. 9, n. 4, p. 24-32, 2008.

ROY, C. El modelo de adaptación de Roy fundamentación histórica y filosófica. Maria Del Carmen Gutiérrez. In: *Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería*. Bogotá: El Manual Moderno, Universidad de La Sabán; 2007.

RUSCHEL, C. V.; CARVALHO, C. R. C.; GUARINELLO, A. C. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 12, n. 2, p. 95-8, 2007.

RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K.; FREIRE, K. G. M. Seleção e adaptação da prótese auditiva para o idoso. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M. C. M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações práticas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2004.

SANTOS, C. C. V.; SHIRATORI, K. Comunicação não verbal: importância no cuidado de Enfermagem. **Enferm. glob.**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2008.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 7. ed. Edições Loyola: São Paulo, 2010.

SILVA, M. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev. bioét. (Impr.)**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. da. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 3, p. 349-54, 2012.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. de. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

TAYLOR, C.; LILLIS, C. L.; LeMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Tradução Regina Garcez. 8. ed. Porto Alegre : Artmed, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, S. **Princípios de Estatística**. São Paulo: Pioneira, 1999.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Pesquisa Médica: A ética e a metodologia**. São Paulo: Pioneira, 1998.

WEBER, J. R. **Semiologia: guia prático para a enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação**. 68. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 (ENFERMEIRO)

Título da Pesquisa: Comunicação não verbal entre enfermeiro e paciente idoso na atenção primária de saúde: uma análise à luz da teoria de Hall

Mestranda: Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Orientadora: Profª. Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

Prezado(a) Senhor(a):

Esta pesquisa é sobre a comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos na atenção primária de saúde e está sendo desenvolvida por Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, enfermeira, COREN/PB nº 1387.18, e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª. Dra. Kátia Neyla Macedo de Freitas Costa.

O estudo apresenta o seguinte objetivo: analisar o processo comunicativo entre enfermeiros (as) e idosos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa – Paraíba. O foco principal deste trabalho é contribuir para uma reflexão sobre os aspectos fundamentais para uma satisfatória comunicação não verbal entre o profissional e o idoso.

Solicito sua valiosa colaboração para participar deste estudo, permitindo que eu acompanhe, bem como registre por meio de videogravação a consulta realizada pelo(a) senhor(a) na Unidade de Saúde. Peço também sua autorização para apresentar os resultados desta pesquisa em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Este trabalho não apresenta nem risco previsível para o participante, bem como a sua decisão não influenciará no seu serviço. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

¹**Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Av. Pombal, nº 630, apt. 203, Ed. Zenite, Manaíra, João Pessoa-PB. CEP: 58038241. **Fone:** (83) 96341221/3216-7109 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB. **E-mail:** fabianafqf@hotmail.com

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar – CCS. João Pessoa-PB. CEP: 58051900. **Fone:** (83) 3216 7791. **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

OBS: Em virtude deste TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pela pesquisadora responsável e pelo sujeito da pesquisa.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 (IDOSO)

Título da Pesquisa: Comunicação não verbal entre enfermeiro e paciente idoso na atenção primária de saúde: uma análise à luz da teoria de Hall

Mestranda: Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Orientadora: Profª. Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

Prezado(a) Senhor(a):

Esta pesquisa é sobre a comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos na atenção primária de saúde e está sendo desenvolvida por Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, enfermeira, COREN/PB nº 1387.18, e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dra. Kátia Nêyla Macedo de Freitas Costa.

O estudo apresenta o seguinte objetivo: analisar o processo comunicativo entre enfermeiros (as) e idosos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa – Paraíba. O foco principal deste trabalho é contribuir para uma reflexão sobre os aspectos fundamentais para uma satisfatória comunicação não verbal entre o profissional e o idoso.

Solicito sua valiosa colaboração para participar deste estudo, permitindo que eu acompanhe, bem como registre por meio de videogravação sua consulta realizada com o(a) enfermeiro(a) na Unidade de Saúde. Peço também sua autorização para apresentar os resultados desta pesquisa em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

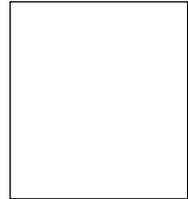
Este trabalho não apresenta nenhum risco previsível para o participante, bem como a sua decisão não influenciará no seu serviço. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável



¹**Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Av. Pombal, nº 630, apt. 203, Ed. Zenite, Manáira, João Pessoa-PB. CEP: 58038241. **Fone:** (83) 96341221/3216-7109 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB. **E-mail:** fabianafqf@hotmail.com

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar – CCS. João Pessoa-PB. CEP: 58051900. **Fone:** (83) 3216 7791. **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

OBS: Em virtude deste TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pela pesquisadora responsável e pelo sujeito da pesquisa.

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 3 (ACOMPANHANTE DO IDOSO)

Título da Pesquisa: Comunicação não verbal entre enfermeiro e paciente idoso na atenção primária de saúde: uma análise à luz da teoria de Hall

Mestranda: Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Orientadora: Profª. Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa

Prezado(a) Senhor(a):

Esta pesquisa é sobre a comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos na atenção primária de saúde e está sendo desenvolvida por Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, enfermeira, COREN/PB nº 1387.18, e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dra. Kátia Nêyla Macedo de Freitas Costa.

O estudo apresenta o seguinte objetivo: analisar o processo comunicativo entre enfermeiros (as) e idosos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa – Paraíba. O foco principal deste trabalho é contribuir para uma reflexão sobre os aspectos fundamentais para uma satisfatória comunicação não verbal entre o profissional e o idoso.

Solicito sua valiosa colaboração para participar deste estudo, permitindo que eu acompanhe, bem como registre por meio de videogravação, a consulta do idoso que o senhor(a) acompanha realizada com o(a) enfermeiro(a) na Unidade de Saúde. Peço também sua autorização para apresentar os resultados desta pesquisa em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Gostaria de deixar claro que a participação do idoso na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa. Este trabalho não apresenta nenhum risco previsível para o participante, bem como a sua decisão não influenciará no seu serviço. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável



¹**Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Av. Pombal, nº 630, apt. 203, Ed. Zenite, Manaira, João Pessoa-PB. CEP: 58038241. **Fone:** (83) 96341221/3216-7109 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB. **E-mail:** fabianafqf@hotmail.com

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar – CCS. João Pessoa-PB. CEP: 58051900. **Fone:** (83) 3216 7791. **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

OBS: Em virtude deste TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pela pesquisadora responsável e pelo sujeito da pesquisa.

APÊNDICE D
TERMO DE CONCESSÃO DE USO DA IMAGEM

Pelo presente instrumento de autorização de uso de imagem, eu....., portador do C.P.F. nº, RG nº..... **autorizo** a Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, enfermeira, COREN/PB nº 1387.18, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e pesquisadora responsável pela investigação intitulada “Comunicação não verbal entre enfermeiro e paciente idoso na atenção primária de saúde: uma análise à luz da teoria de Hall”, sob a orientação da Profa. Dra. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa, ***o uso de minha imagem***, caso seja necessário apresentar alguma parte da filmagem ou mesmo sua íntegra em eventos de cunho científico.

A pesquisadora Fabiana Ferraz Queiroga Freitas está autorizada a apresentar todo ou parte, do conteúdo de sua participação e sua conexa interpretação e execução, em CDs, DVDs, CDs-ROM, MDs e quaisquer outras modalidades de utilização, existentes ou que venham a ser inventadas, podendo apenas a pesquisadora divulgar as filmagens, atentando para os aspectos da Resolução 196/96.

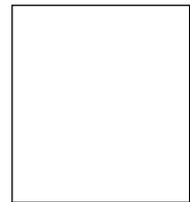
O presente instrumento particular de Autorização é celebrado em caráter definitivo, irrevogável e irretratável, obrigando as partes por si e por seus sucessores a qualquer título, a respeitarem integralmente os termos e condições estipuladas no presente instrumento.

João Pessoa, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável



¹**Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Av. Pombal, nº 630, apt. 203, Ed. Zenite, Manáira, João Pessoa-PB. CEP: 58038241. **Fone:** (83) 96341221/3216-7109 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPB. **E-mail:** fabianafqf@hotmail.com

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar – CCS. João Pessoa-PB. CEP: 58051900. **Fone:** (83) 3216 7791. **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

OBS: Em virtude deste Termo de Concessão de Uso de Imagem encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pela pesquisadora responsável e pelo sujeito da pesquisa.

APÊNDICE E

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL SEGUNDO HALL

Nº do Questionário:	
PSF:	

- 1- Filmagem..... 1 _____
- 2- Juiz..... 2 _____

Para cada item a seguir marque apenas um número de acordo com a graduação abaixo descrita:

	1	2	3	4	5
NÃO SE	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE	

APLICA NO
MOMENTO

FATOR I: Postura-Sexo

Enfermeiro: Sexo: () Masculino () Feminino

Idoso: Sexo: () Masculino () Feminino

- 3- Realiza interação sentado..... 3 _____
- 4- Realiza interação em pé..... 4 _____
- 5- Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na chegada..... 5 _____
- 6- Tratam-se com aperto de mão, abraço ou beijo na saída..... 6 _____

FATOR II: Eixo Sociófugo-sociópeto

7-	Posiciona a cadeira uma em frente a outra.....	7	_____
8-	Posiciona a cadeira lateralmente a outra.....	8	_____
9-	Posiciona a cadeira paralelamente a outra.....	9	_____
10-	Posiciona a cadeira de costas.....	10	_____
11-	Mantém os ombros inclinados para dentro.....	11	_____
12-	Mantém os ombros elevados para trás.....	12	_____
13-	Mantém as bordas dos aposentos (móbilias) livres da parede.....	13	_____
14-	Mantém as bordas dos aposentos (móbilias) encostadas na parede.....	14	_____

FATOR III: AVALIAÇÃO DA DISTÂNCIA

15-	Adota a Distância Íntima (15 a 45cm).....	15	_____
16-	Adota a Distância Pessoal (45 a 120cm).....	16	_____

FATOR IV: Cinésico ou Cinestésico

17-	Demonstra tranquilidade (permanece quieto, sossegado, com paz)	17	_____
18-	Demonstra afirmação (gesticular positivamente com a cabeça e sorrir)	18	_____
19-	Demonstra indiferença (ausência de interesse, falta de consideração, falta de cuidado e zelo, desprezo, frieza, insensibilidade, apatia)	19	_____
20-	Demonstra preocupação (franze e eleva as sobrancelhas e enrugando a testa)	20	_____
21-	O comportamento facial demonstra felicidade (sorri de um canto a outro da boca com os olhos abertos)	21	_____
22-	O comportamento facial demonstra tristeza (eleva parte das sobrancelhas, o olhar é caído e a boca volta-se para baixo)	22	_____
23-	O comportamento facial demonstra medo (eleva parte das sobrancelhas, amplia a abertura ocular e a boca encontra-se entreaberta)	23	_____
24-	O comportamento facial demonstra desagrado (inclina as sobrancelhas para dentro, enrugando o nariz e a boca fica lateralizada)	24	_____

25- O comportamento facial demonstra surpresa	25 _____
(franzi a testa, eleva as sobrancelhas, amplia a abertura ocular e abre a boca)	
26- O comportamento facial demonstra raiva	26 _____
(enruga a testa inclinando as sobrancelhas para dentro e fecha a boca apertadamente)	
27- O comportamento facial demonstra atenção	27 _____
(fixa o olhar no interlocutor)	
28- O comportamento facial demonstra-se inalterado.....	28 _____
29- Coloca as mãos nos olhos.....	29 _____
30- Chora.....	30 _____

FATOR V: Comportamento de contato

31- Toca afetivamente como cumprimento.....	31 _____
32- Toca ativamente (palpação).....	32 _____
33- Toca apenas ao realizar um procedimento técnico.....	33 _____
34- Interação com aperto de mão.....	34 _____

FATOR VI: Código visual

35- Centra o olhar no interlocutor.....	35 _____
36- Desvia o olhar do interlocutor.....	36 _____
37- Há interação visual enquanto manipula objetos.....	37 _____
38- O olhar demonstra punição	38 _____
39- O olhar demonstra estímulo	39 _____
40- O olhar demonstra domínio da relação	40 _____
41- O olhar demonstra dúvida	41 _____
42- O olhar demonstra espanto (surpresa).....	42 _____

FATOR VII: Código térmico

43- Mantém-se confortável.....	43 _____
44- Mantém-se inquieto.....	44 _____

FATOR VIII: Código olfativo

45- Mantém a mão entre o nariz e a boca..... 45 _____

FATOR IX: Volume de voz

46- Mantém o mesmo tom de voz (normal)..... 46 _____

47- Mantém o tom de voz aumentado (grito)..... 47 _____

48- Mantém o tom de voz em susurro..... 48 _____

49- Mantém-se em silêncio..... 49 _____

ANEXO

ANEXO A

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 03/07/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DA TEORIA DE HALL” da Pesquisadora Fabiana Ferraz Queiroga Freitas. Protocolo nº 0220/12, CAAE: 03499412.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB