

## Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia

*Replication of the training program in nonverbal communication in gerontology*  
*Reproducción del programa de capacitación en comunicación no verbal en gerontología*

Teresa Cristina Gioia Schmidt<sup>1</sup>, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Universidade Nove de Julho, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. São Paulo-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Schmidt TCG, Duarte YAO. Replication of the training program in nonverbal communication in gerontology. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):734-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680607i>

Submissão: 13-04-2015 Aprovação: 23-07-2015

### RESUMO

**Objetivo:** replicar um programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia para verificar a pertinência do seu conteúdo na atualidade e o índice de assimilação imediata. **Método:** estudo de campo descritivo e exploratório desenvolvido em três hospitais de administração direta do Estado de São Paulo, que atendem exclusivamente clientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A capacitação teve duração de 12 horas e foi aplicada com 102 profissionais de saúde. **Resultados:** foram identificados índice de assimilação imediato satisfatório nos aspectos de conceito de envelhecimento; estratégias de favorecimento de independência e autonomia do idoso; interferências comunicacionais ligadas ao idoso e ao profissional; reconhecimento das funções e dimensões não verbais. Como exceção foi verificada a percepção do profissional frente às influências para o sucesso comunicacional, que foi insatisfatória. **Conclusão:** a replicação do programa revelou-se pertinente e atualizada ao cenário dos serviços hospitalares, mantendo-se eficiente aos profissionais de saúde.

**Descritores:** Comunicação Não Verbal; Gerontologia; Educação.

### ABSTRACT

**Objective:** to measure the rate of assimilation of applied content at immediate and subsequent moments after a nonverbal communication in gerontology training program. **Method:** descriptive and exploratory field study developed in three state administered hospitals, which attend Brazilian National Health Service (SUS) clients. The duration of the training was twelve hours, applied with 102 healthcare professionals. **Results:** the results revealed that the rate of assimilation of the content immediately after the program was satisfactory, as well as being satisfactory in the aspects concept of aging; strategies to foster the independence and autonomy of the elderly person; communication interferences linked to the elderly and the professional; recognition of non-verbal functions and dimensions. The exception was the professional perception faced with aspects that influence the success of communication. **Conclusion:** it was concluded that the replication of this program was relevant and current for the hospital context, remaining efficient for healthcare professionals.

**Key words:** Nonverbal Communication; Gerontology; Education.

### RESUMEN

**Objetivo:** reproducir el programa de capacitación en comunicación no verbal en Gerontología para verificar la pertinencia de su contenido en la actualidad y el índice de asimilación inmediata. **Método:** estudio de campo, descriptivo y exploratorio desarrollado en tres hospitales bajo administración directa del Estado de São Paulo, que atienden exclusivamente clientes del Sistema Único de Salud (SUS). La capacitación tuvo una duración de 12 horas y fue aplicada a 102 profesionales de salud. **Resultados:** el índice de asimilación inmediato es satisfactorio en los aspectos de conceptos de envejecimiento; estrategias en favor de la y autonomía del anciano; interferencias en la comunicación ligadas al anciano y al profesional; reconocimiento de las funciones y dimensiones no verbales. El aspecto sobre percepción frente a las influencias para el suceso comunicacional, por parte del profesional, se mostro insatisfactorio. **Conclusión:** La reproducción del programa es pertinente y actualizado para los servicios hospitalares, manteniendose de esa forma la eficiencia de los profesionales de salud.

**Palabras clave:** Comunicación No Verbal; Geriatria; Educación.

AUTOR CORRESPONDENTE Teresa Cristina Gioia Schmidt E-mail: [teresa.schimidt@gmail.com](mailto:teresa.schimidt@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Na América Latina e, especialmente no Brasil, o envelhecimento populacional ocorre de forma expressivamente acelerada com características diferentes das experienciadas nos países desenvolvidos. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de idosos aumentou nove vezes<sup>(1)</sup> alcançando hoje mais de 12,5% da população total ou aproximadamente 26 milhões de pessoas com idade igual e superior a 60 anos.

O envelhecimento da população é, além de uma grande conquista, um fenômeno com múltiplos impactos: nos indivíduos, nas estruturas familiares, na sociedade nas políticas públicas de modo especial impondo desafios ao Estado, à sociedade e às famílias<sup>(1)</sup>.

Preocupado com este cenário, em maio de 2013, o Governo do Estado de São Paulo instituiu o Programa Estadual “São Paulo Amigo do Idoso” de forma a contribuir na direção de uma sociedade para todas as idades, com o objetivo de valorizar a pessoa idosa, visando à garantia e à defesa dos seus direitos e incentivo à criação de uma rede assistencial que garantisse a qualidade do atendimento direto a essas pessoas, de apoio às famílias e formação de profissionais<sup>(2)</sup>.

A assistência ao idoso pode acontecer em vários níveis de atenção, sendo a hospitalar uma delas. O hospital é um lugar onde as fragilidades humanas estão mais expostas, um ambiente onde a busca por respostas e por soluções de problemas constituem uma realidade frequente. Nem sempre se aliam os saberes técnicos com os relacionais, podendo os resultados serem distantes do esperado e desejado por quem lá se encontra, podendo gerar inquietações, frustrações e piora da condição de saúde.

Em 2009, foi proposto e desenvolvido um programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia que foi aplicado e validado em dois hospitais do interior paulista. Na avaliação, foram destacados como pontos positivos, a qualidade do conteúdo relacionado a autoconhecimento e trabalho em equipe; processo de envelhecimento; mitos e estereótipos do idoso; as dimensões não verbais; qualidade dos recursos pedagógicos usados e organização propriamente dos encontros<sup>(3)</sup>.

Os resultados permitiram afirmar que os participantes foram hábeis e sensíveis nas respostas, identificando os recursos comunicacionais como ferramentas fundamentais a serem aplicadas no âmbito pessoal e profissional, possibilitando ao idoso, um cuidado mais consciente, consistente, verdadeiro, efetivo e afetivo<sup>(3)</sup>.

Este estudo justifica-se pelo fato de o idoso ser alvo de atenção governamental, uma vez que representa uma clientela relevante e presente cada vez mais nos espaços sociais e nos serviços de saúde. E, ainda, por considerar que quando participa de capacitações específicas, o profissional de saúde tem oportunidade de vivenciar novos conceitos e, por meio deles, pode modificar sua prática, pois passa a compreender a amplitude do significado da comunicação e, ainda, pode assumir atitudes profissionais afinadas com os objetivos que favorecem o cuidado gerontológico adequado.

## OBJETIVO

A partir da replicação do programa de capacitação sobre comunicação não verbal baseado no referencial teórico da comunicação interpessoal, da codificação não verbal e dos aspectos próprios do envelhecimento este estudo teve por objetivos:

- identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a comunicação humana (interpessoal e não verbal) no contexto da gerontologia;
- verificar a satisfação da assimilação do conteúdo aplicado imediatamente após participação no treinamento.

## MÉTODO

Trabalho de campo exploratório e descritivo realizado em três hospitais de grande e médio portes sob a administração direta do Estado de São Paulo, exclusivamente com atendimento SUS, pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo (RRAS 06 - Capital) e que tem o idoso como cliente no seu cenário. Foram convidados a participar do estudo técnicos de enfermagem, graduandos, pós-graduandos, residentes ou profissionais da área de saúde, desde que estivessem ligados obrigatoriamente à Instituição, seja por vínculo empregatício ou escolar; revelassem interesse e disponibilidade para comparecer nos dias agendados da capacitação; assumissem compromisso de estar presente em todos os encontros e aceitassem participar espontaneamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa obedeceu a todas as normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo parecer aprovado sob número: 351.492/ 2013.

O programa de capacitação respeitou uma matriz pedagógica específica<sup>(3)</sup>, com duração de 12 horas divididas em três encontros de 4 horas, realizados em dias úteis no período diurno. Foram aplicados dois instrumentos de avaliação (questionários), sendo a imediata realizada no início do primeiro encontro para verificação do conhecimento prévio e de assimilação, ao final de cada um dos três encontros.

O tratamento dos dados da avaliação imediata foi realizado obedecendo as seguintes etapas: leitura das respostas; correção baseada em referencial teórico específico<sup>(4-11)</sup>; reconhecimento das similaridades das respostas; criação de categorias<sup>(12)</sup>; estabelecimento de critérios frente à assimilação dos itens priorizados para determinação do tipo de satisfação, a saber:

- Muito satisfatória (MS) - quando as respostas pertenciam a três ou mais agrupamentos ou continham três ou mais características corretas do item avaliado;
- Satisfatória (S) – quando as respostas pertenciam a dois agrupamentos ou continham duas características corretas do item avaliado e
- Insatisfatória (I) – quando as respostas pertenciam a

um único agrupamento ou continham apenas uma característica correta do item avaliado ou em estavam em branco ou erradas.

## RESULTADOS

Participaram da capacitação profissionais de saúde separados em três grupos, variando seu quantitativo total conforme o encontro em 102, 93 e 100 profissionais. Destes, 78,4% eram de nível superior, sendo 47,5% enfermeiros, 18,7% psicólogos, 13,8% assistentes sociais, 8,8% fisioterapeutas, 3,8% farmacêuticos e 7,4% de outras áreas. O grupo de nível técnico, 21,6% (22), foi composto exclusivamente por técnicos de enfermagem. Quanto ao perfil, a maioria foi composta por mulheres 92,2% (94), com idade média de 43,8 anos e mediana de 46 anos. Entre os homens (7,8%, n=8) a idade média foi de 40 anos e a mediana de 34.

A primeira avaliação, de assimilação imediata do conteúdo, priorizou os seguintes itens: 1. Envelhecimento humano; 2. Ações que favorecem a autonomia ou a independência do idoso; 3. Fatores ligados ao idoso e ao envelhecimento que interferem na comunicação; 4. Fatores ligados ao profissional de saúde que interferem na comunicação; 5. Funções da comunicação não verbal; 6. Influências para o sucesso do profissional diante da comunicação; 7. Dimensões da comunicação não verbal, incluindo: Paralinguagem, Fatores ambientais, Tacêsica, Proxêmica, Características Físicas e Cinêsica.

Ressalta-se que uma mesma resposta num determinado item pode estar presente um mais de um agrupamento, daí a soma, neste caso, não perfazer 100%.

- **Envelhecimento humano** - Os resultados foram separados em 5 agrupamentos diferentes: envelhecimento como processo dinâmico humano (65,9%), mudanças e alterações biopsicossociais (62,7%); presença de limitações, fragilidades e doenças que devem ser foco de atenção dos profissionais de saúde (36,3%); situações e experiências individuais (44,1%) e condição irreversível, individual e universal (24,5%).
- **Ações que favorecem a autonomia ou a independência do idoso** - Os resultados revelaram que 95,1% dos participantes souberam citar pelo menos uma ação que pudesse colaborar na autonomia e na independência do idoso. As respostas puderam ser agrupadas em: ligadas ao autocuidado (41,2%); ao ambiente físico e equipamentos (28,4%); ao respeito pelas decisões (25,5%); à avaliação global do idoso e atendimento em equipe (24,5%); à comunicação (21,6%); aos aspectos familiares (7,8%) e às atividades recreativas e fisioterápicas (2,0%).
- **Fatores ligados ao idoso que interferem na comunicação** - Foram identificados oito agrupamentos distintos: alterações sensoriais (57,8%), alterações cognitivas (52,9%); personalidade e alterações psicológicas

(51,0%); alterações nas condições de saúde (44,1%); relação com os profissionais (20,6%); alterações ambientais (12,7%) e aspectos familiares e culturais (9,8%).

- **Fatores ligados ao profissional de saúde que interferem na comunicação** - As respostas foram agrupadas em: condições físicas e emocionais (55,9%), qualificação do tempo na interação (49,0%), conhecimento gerontológico (40,2%); preconceitos e afinidade com idosos (31,4%); comunicação verbal (17,6%); características do trabalho (16,7%); questões administrativas e políticas (13,7%); relação profissional-acompanhante (8,8%) e culpabilidade atribuída a ter que cuidar do idoso (5,9%).
- **Influências para o sucesso do profissional diante da comunicação** - Muitos fatores podem influenciar a comunicação no contexto da saúde. Silva<sup>(7)</sup> estabeleceu oito itens para a efetividade da comunicação que devem ser conhecidos e aplicados pelos profissionais de saúde quando estiver numa interação com o cliente cujas respostas foram agrupadas em: observar a própria linguagem não verbal e a do outro (62,4%), ser sensível às necessidades dos outros, incluindo cliente, família e equipe (29,0%), ser empático, carinhoso, paciente e respeitoso (12,9%), conhecer a si próprio, suas características e necessidades (10,7%), usar cuidadosamente as palavras (8,6%), reconhecer os sentimentos próprios e do outro (6,5%), reconhecer as diferenças existentes entre as pessoas (4,3%) e valorizar o relato (queixas) das pessoas (2,2%).
- **Funções da comunicação não verbal** - Os resultados das respostas ante o reconhecimento das quatro principais funções da comunicação não verbal<sup>(7)</sup> foram: complementar, ratificar e reforçar a linguagem verbal (64,5%), demonstrar sentimentos e emoções (54,8%), substituir a linguagem verbal (23,7%) e contradizer a linguagem verbal (23,7%). Ressalta-se que 94,6% conseguiram identificar pelo menos uma das funções referidas.
- **Dimensões da comunicação não verbal** - Em paralinguagem foram obtidos quatro agrupamentos: voz (50,5%), reações provocadas pelo tipo de fala (34,4%), silêncios, pausas e interrupções (26,9%) e condições fonoaudiológicas do idoso (16,1%). Em relação aos fatores ambientais que podem interferir na comunicação com o idoso, 100% dos participantes conseguiram responder adequadamente à pergunta, citando pelo menos um fator. Foram construídos oito agrupamentos: espaciais e decorativos (62,4%), sonoros e vibratórios (55,0%), ruídos e barulhos próprios do ambiente hospitalar (carrinhos, pessoas e equipamentos) (41,9%), térmicos e ventilatórios (24,7%), cores (23,7%), adaptativos (17,2%), higiênicos e segurança

(11,8%) e sinalizadores (9,7%). Com relação à tacênica (fatores ou condições que devem ser observados ao tocar o idoso), foram identificados seis agrupamentos: permissão inicial e de continuidade (57,0%), contexto e significados (38,7%), intencionalidade profissional (38,7%), condição do idoso (37,6%), frequência, pressão e duração do toque (36,6%) e localização do toque (32,3%). Já com relação à proxêmica, as respostas foram tratadas de duas formas distintas: a primeira identificou qual(is) dos três mecanismos de invasão continham as respostas (invasão, contaminação e violação) e a segunda identificou se os exemplos citados se referiam à invasão do espaço pessoal, territorial ou ambos obtendo-se: invasão (96,0%), violação (33,0%) e contaminação (31,0%). Ao aplicar a classificação em face do tipo de invasão, nas respostas que identificaram um ou mais tipos de invasão, os resultados revelaram: 15,0% relativos à invasão do espaço pessoal, 16% invasão territorial e 68% ambos. Quanto às características físicas que poderiam auxiliar a comunicação obteve-se cinco agrupamentos: valor à imagem do profissional (50%), valor às vestimentas (26%), valor informativo sobre o idoso (26%), valor ao impacto inicial e final (16%) e valor ao biotipo (16%). Por último, em relação à cinésica, foram obtidos quatro agrupamentos: movimentos corporais (55%), contato visual (47%), sensibilidade ao idoso (46%) e gestual (31%).

A Tabela 1 apresenta os resultados referentes à assimilação dos participantes dos conteúdos trabalhados na capacitação.

## DISCUSSÃO

O envelhecimento ultrapassa os limites da vida privada, sendo hoje questionado como um risco social a ser assumido. Não deve ser visto como doença e sim, como uma conquista. É um processo biopsicossocial, natural, dinâmico e progressivo acompanhado por enormes desafios para as políticas públicas vigentes<sup>(13)</sup>. Embora, no estudo, os profissionais, em sua maioria tenham trazidos conceitos prévios relativos ao tema, a assimilação dos conteúdos abordados mostrou-se insatisfatória. Isto reforça a importância dos constructos socialmente estabelecidos e sua influência na construção das relações com as pessoas idosas.

Historicamente, o envelhecimento é acompanhado por esterótipos e preconceitos relacionados à incapacidade física ou cognitiva que, só mais recentemente, veem sendo amplamente questionados. Estes influenciam sobremaneira a construção da identidade da própria pessoa idosa e de quem a cerca, familiares e amigos ou de quem, em algum momento, se relacionará com elas como, por exemplo, os profissionais de saúde. Urge que os profissionais de saúde rompam com a visão restrita e preconceituosa contra os idosos e organizem novas formas de atenção adequadas às demandas desse grupo<sup>(14)</sup>.

A autonomia envolve tomada de decisões referentes aos procedimentos e terapêuticas hospitalares que podem permeiar conflitos de cunho moral e ético. O consentimento do idoso nestas situações é complexo e necessita ser visto como um processo integrado ao relacionamento profissional-idoso. Reúne, também, aspectos ligados à independência e ao controle de si próprio, que qualificam o comportamento dele no contexto<sup>(15)</sup>.

**Tabela 1** - Itens priorizados e avaliados imediatamente após a participação dos profissionais de saúde no programa de capacitação sobre comunicação não verbal, São Paulo, Brasil, 2014

Itens priorizados	Critérios da assimilação (%)		
	MS	S	I
Envelhecimento humano	27,5	42,1	30,4
Ações que favorecem a autonomia ou a independência do idoso	36,3	41,2	22,5
Fatores ligados ao idoso que interferem na comunicação	49,0	35,3	15,7
Fatores ligados ao profissional de saúde que interferem na comunicação	40,2	45,1	14,7
Influências para o sucesso do profissional diante da comunicação	8,6	31,2	60,2
Funções da comunicação não verbal	20,4	57,0	22,6
Dimensões da comunicação não verbal			
Paraliguagem	33,3	57,0	9,7
Fatores ambientais	52,7	34,4	12,9
Tacênica	9,7	75,3	15,0
Proxêmica	68,0	22,0	10,0
Características físicas	45,0	45,0	10,0
Cinésica	22,0	39,0	39,0

Notas: MS = muito satisfatória; S = satisfatória; I = insatisfatória

O tempo de permanência na internação hospitalar da pessoa idosa tende a ser maior em decorrência da diminuição de sua reserva funcional que leva a um maior tempo de resposta às terapêuticas adotadas. A hospitalização costuma ser, também, acompanhada pelo declínio funcional do idoso que, em casos mais extremos, pode levar à dependência<sup>(14)</sup>. Estudo revela que um em cada três idosos hospitalizados evolui com perda da capacidade em realizar atividades básicas de vida diária requerendo, portanto, um cuidador presencial e, pelo menos 20% podem apresentar episódios de *delirium* durante a internação<sup>(16)</sup>. Essas questões estão presentes no cotidiano dos profissionais entrevistados, tendo sido reforçadas com a capacitação realizada. A totalidade referiu ao menos um dos tópicos relacionados ao ambiente hospitalar. Estruturas facilitadoras e seguras permitem ao idoso o desenvolvimento de atividades interativas que ajudam na comunicação e são coadjuvantes na manutenção e maximização da autonomia e independência física<sup>(17)</sup>.

As alterações sensoriais como presbiacusia e presbiopia costumam estar presentes nos idosos interferindo na comunicação com os profissionais, diminuindo sua interação com o meio e gerando alterações de humor<sup>(3)</sup>. A presença da presbiacusia e da inteligibilidade da fala (altura da voz), mesmo que em condições confortáveis podem comprometer o processo comunicacional. Os profissionais devem ser orientados a favorecer a leitura orofacial e os aspectos visuais e táteis como canais sensoriais suplementares<sup>(18)</sup>. Já a presbiopia impede a pessoa de focalizar e observar bem a curta distância, sendo comum as queixas de cefaléia e de incômodo ocular progressivo. Essas alterações dificultam a identificação do ambiente hospitalar, estranho ao idoso, podendo resultar na ocorrência de acidentes<sup>(19)</sup>.

A hospitalização, de modo geral, pode ser uma experiência desafiadora para a pessoa idosa por ser acompanhada de insegurança pessoal, comprometimento da autonomia e certo temor dos desfechos que hão de vir. Face a isso, a pessoa pode iniciar um percurso de sofrimento que inclui a experiência de emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza que podem ser acompanhados por momentos de agressividade ou embotamento. É essencial que o profissional identifique essas peculiaridades<sup>(20)</sup>.

Cabe ao profissional entender as mudanças fisiopatológicas associadas ao envelhecimento, as oscilações comportamentais resultantes da ansiedade que acompanha o processo de hospitalização. Assim, ser um facilitador na adaptação da pessoa idosa a esse processo, auxiliando-o a participar ativamente das decisões, procedimentos e condutas a serem adotadas. As expressões faciais, os gestos corporais e a fala do indivíduo podem revelar os sentimentos<sup>(7)</sup>.

A compreensão da fala depende diretamente de informações sintáticas e semânticas<sup>(21)</sup>. Os padrões de pronúncia ou de produção dos sons da língua podem estar alterados em decorrência de déficits neurológicos que afetam a programação motora ou a execução neuromuscular da fala. Estas alterações estão ligadas, principalmente, às fases de programação e ou execução neuromotora<sup>(21)</sup>. As estruturas e as funções no mecanismo periférico da fala sofrem modificações com o

envelhecimento, porém, não há consenso científico que explique suas causas. A deterioração dessa função pode estar associada à ausência de dentes ou presença de próteses mal adaptadas. Gerando alterações musculares, causam dificuldade na articulação das palavras levando à sibilância e também ao acúmulo de saliva nas comissuras labiais<sup>(22)</sup>.

Os fatores ligados ao profissional que contribuem para a interferência comunicacional estão balizadas em suas atitudes, condições físicas e emocionais, na qualificação do tempo da interação, no conhecimento gerontológico, nos preconceitos e afinidades com idosos e nas características do trabalho.

O profissional de saúde deve procurar conhecer-se, observar suas atitudes, verificar suas aptidões e compreender que, como humano, apresenta sentimentos e barreiras psicológicas, sociais e físicas que podem estar associadas a um trabalho cansativo e que podem dificultar seu desempenho ideal. Conscientizar-se desta possibilidade, de não estar bem e preparado para realização de cuidado ao outro deve ser uma realidade a ser enfrentada<sup>(23)</sup>.

Os itens relacionados à influência da comunicação (verbal e não verbal) no sucesso profissional não foram assimilados de forma satisfatória o que é preocupante, pois tende a repercutir, significativamente, na qualidade do cuidado prestado e deve, assim, servir de alerta aos gestores institucionais.

As concepções preconceituosas socialmente estabelecidas em relação aos idosos como seres inúteis e doentes podem promover uma prática assistencial reducionista de ação meramente curativa e limitada em seus benefícios<sup>(3)</sup>.

Um cuidado adequado associa competência técnica à comunicação interpessoal. Essa última requer alguns requisitos como o de como querer estar com o outro e gostar do que se faz. Sabe-se da rotina imposta e da dificuldade para gerenciar o tempo de cuidado, mas, quando se cuida de alguém, esse relacionamento será construído compulsoriamente. O cuidado em si suscita a abertura de um espaço para ouvir o idoso, interagir, entender suas dificuldades e necessidades. A garantia da qualidade no convívio e no vínculo está por conta da opção querer estar com o outro; trata-se de uma decisão do profissional sobre como investir no tempo que está com o outro, na intencionalidade de ver e observar e de comunicar-se conscientemente com o outro<sup>(24)</sup>.

A comunicação se dá de forma verbal e não verbal sendo que as emoções, na maioria das vezes, são expostas por canais não verbais. Sinais emocionais são emitidos inconscientemente e, da mesma forma, reagimos a eles. Os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito. Daí, ser essencial ficar atento ao perceber o uso, por exemplo, de tosse ou grunhido, ou ainda, de pausas numa interação. Pode ser que eles representem algo que vai além do usual e requer ser valorizado. Interromper o idoso quando ele fala desfavorece a criação de um vínculo fundamental para sua recuperação<sup>(7)</sup>. Em algumas situações, o idoso pode não querer falar por estar com medo, com vergonha de perguntar e esclarecer suas dúvidas, ou ainda, porque acredita que o profissional esteja com pressa ou não deseja passar mais tempo com ele.

Estudo realizado com pacientes observados durante a primeira hora de recuperação anestésica e, posteriormente entrevistados, verificou que eles apresentavam dificuldade de verbalização inicial e, na maioria das vezes, não tiveram suas necessidades percebidas por quem os assistia. Essa percepção só ocorreu após três ou mais tentativas de verbalização do paciente<sup>(25)</sup>.

O tipo de sotaque ou a entonação que se dá as palavras exterioriza a raiz, cultura, localidade, regionalidade e escolaridade das pessoas. A intolerância ou a incompreensão destas peculiaridades tende a provocar preconceito linguístico que pode levar à exclusão social<sup>(6)</sup>.

Situações como afasia ou disfasia consistem em distúrbio de linguagem onde há comprometimento da capacidade de produção ou compreensão verbal causados por lesão estrutural adquirida no Sistema Nervoso Central. Nessas situações, os recursos paralinguísticos tendem a ser utilizados com maior intensidade<sup>(26)</sup>.

No que diz respeito aos fatores ambientais, cabe considerar que setores de internação ou unidades fechadas tendem a provocar confinamento e isolamento. Estes locais, nem sempre são providos das informações necessárias para que o idoso compreenda o que está ocorrendo com ele e no seu entorno. Muitas vezes, ficam privados de estímulos usuais do seu cotidiano e ao mesmo tempo, submetidos a outros, desconhecidos, estranhos e desagradáveis. Essa situação leva parte dos idosos a apresentar episódios de *delirium* ou mesmo alucinações além de alterações de humor expressas por medo, agressividade, introversão e até depressão todas com significativo impacto na comunicação<sup>(27)</sup>. A organização do espaço, incluindo os ornamentos e equipamentos necessários para assistência hospitalar, a condição sonora existente e produzida no ambiente e os elementos de comunicação visual interferem na interação do idoso com o ambiente hospitalar<sup>(5,7)</sup>.

O toque é outra dimensão importante da comunicação não verbal, sendo considerado como a linguagem silenciosa capaz de provocar bem estar, essencial ao desenvolvimento humano. Seu valor tem relação com a possibilidade real de encurtar as distâncias físicas e emocionais entre as pessoas. Nas interações profissionais no âmbito da saúde, o toque é descrito como processual, momento no qual o contato físico ocorre devido ao procedimento ou à tarefa assistencial e, expressivo, quando associado à espontaneidade da sua ocorrência, independente da ligação técnica com a tarefa em si<sup>(28)</sup>.

Estudo conduzido na Inglaterra com médicos que praticavam cuidados paliativos e seus pacientes confirmou que o toque apropriado, principalmente, o expressivo qualifica positivamente a comunicação. O toque ajuda o estabelecimento de um encontro empático e traduz-se em polidez, acolhimento e calorosidade, colaborando para o reconhecimento mais relaxado e confortável do encontro entre o profissional e o paciente<sup>(28)</sup>.

Pesquisa concluiu que as duas razões mais comuns para o paciente internado não se sentir confortável com o uso do toque são: a invasão do espaço pessoal e os sentimentos de desconforto em relação ao sexo do profissional. Não foi evidenciado que as crenças religiosas, culturais ou familiares sejam desencorajadoras do uso do toque, entretanto, elas devem ser sempre consideradas<sup>(28)</sup>.

Ao tocar uma pessoa são estimuladas sensações e sentimentos em ambos os envolvidos. Tanto a intencionalidade do ato como a receptividade assumem repercussões distintas, sendo a expressão do afeto a mais comum. Os elementos que interferem na aceitação, na continuidade e no resultado provocado pelo toque dependem de como é feita a aproximação, do tempo usado no contato, do local onde ocorre e da pressão exercida sobre o corpo<sup>(7,9)</sup>. A consciência do tocar e dos quesitos que o envolvem são primordiais para o sucesso da ação pois traduzem atenção e zelo na assistência ao idoso. É recomendável, então, que os profissionais desenvolvam habilidades comunicacionais capazes de reconhecer o momento, o local, a duração e a intensidade adequados que cada toque requer<sup>(5)</sup>.

A proxêmica refere-se ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural<sup>(9)</sup>. O espaço usado, reivindicado e defendido pelas pessoas, tem sido alvo de destaque nas pesquisas<sup>(7,9-10)</sup>. Dependendo da distância entre os corpos, o espaço assume classificação distinta como: íntimo, pessoal, social e público. Quando essa área ao redor do corpo é ultrapassada, sem autorização, tem-se a invasão. A invasão pessoal é um elemento relevante pois reúne aspectos físicos e psicológicos, representando uma via de comunicação entre as pessoas<sup>(7,10)</sup>. A atitude de cuidado requer respeito ao espaço pessoal e territorial do idoso, independentemente se ele está consciente, sedado ou em coma. Pesquisa desenvolvida com profissionais que exerciam atividades em Unidades de Terapia Intensiva demonstrou violação do espaço pessoal durante o desempenho das funções cotidianas naquele ambiente<sup>(29)</sup>.

Os aspectos ligados às características físicas como dimensão da comunicação não verbal também podem ser aplicados a favor da comunicação. Dependendo da profissão, na área de saúde ela é vista e identificada para um tipo de sexo, com aparência saudável, adulta-jovem e culta, muitas vezes, com representações raciais excludentes e discriminatórias. Ora, esse imaginário pode interferir no ideal do profissional por quem o idoso deseja ser cuidado, e vice-versa, no idoso que se espera cuidar. O resultado desta percepção pode prejudicar o estabelecimento e a manutenção do vínculo, especial e necessário no cenário hospitalar, interferindo na interação<sup>(30)</sup>.

A aparência física é apenas uma das muitas peças utilizadas para validar a personalidade de alguém (idoso ou profissional). Seus aspectos trazem pistas sobre emoções, valores, crenças, condições de saúde física e mental dos indivíduos. A motivação que se tem para manter-se com uma determinada aparência perpassa inúmeras condições. É comum que as pessoas com aparência diferente das normas sociais e culturais estabelecidas provoquem uma situação desconfortável em outras pessoas podendo, em decorrência disso, serem vítimas de atitudes negativas<sup>(8)</sup>.

O idoso espera que o profissional de saúde apresente uma boa aparência física, que inclui unhas e cabelos limpos e roupa asseada pois, só assim, no seu imaginário, será capaz de transmitir segurança no momento que requerer cuidado<sup>(3)</sup>.

A cinésica é uma dimensão que estuda a fisiologia do movimento corporal e ela não possui um significado definitivo, pois os movimentos corporais estão relacionados ao contexto e à cultura e estes sofrem alterações<sup>(7)</sup>. Os movimentos

corporais, na maioria das vezes, refletem apenas uma condição física ou um estado mental temporário e não um traço mais permanente da personalidade do indivíduo, mas pode desvelar informações valiosas<sup>(8)</sup>. O rosto é o local central da percepção e transmissão de sinais não verbais na comunicação humana. Ele é o local no qual a produção da linguagem se torna visível junto com os estados emocionais do ser humano expressos de forma mais direta. Por isso, o rosto é tido como o melhor *mentiroso* não verbal. No que tange ao olhar, as funções no âmbito comunicacional baseiam-se no potencial de movimentação dos olhos, sendo importantes três variáveis: frequência, duração e direção do olhar<sup>(11)</sup>.

Embora as funções da comunicação não verbal tenham sido citadas por 94,6% dos participantes da capacitação, observa-se que na avaliação assimilativa, elas foram insatisfatórias comprometendo significativamente a qualidade do cuidado direcionado à pessoa idosa.

Defende-se a premissa de que decifrar as manifestações não verbais do comportamento humano seja uma habilidade necessária para o sucesso do relacionamento, daí a ideia de que capacitar os profissionais na cinésica e nas demais dimensões seja um forma eficaz que tende a interferir na qualidade da prestação da assistência gerontológica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais participantes da capacitação trouxeram conhecimento prévio, socialmente construído. Nos discursos ficou evidente a necessidade de maior aprofundamento das

questões ligadas aos aspectos da gerontologia, uma vez que os idosos permanecerão constituindo uma clientela com representatividade relevante nos serviços de saúde.

Na avaliação assimilativa observa-se que compreenderam que, apesar do envelhecimento manifestar-se por meio de um declínio das funções dos diversos órgãos, isso varia de um idoso para outro, da mesma idade. Identificaram que a visão que possuem a respeito do idoso interfere na maneira de se relacionar com eles. Admitiram que, por vezes, o preconceito em relação ao idoso e ao envelhecimento é latente e faz parte da realidade cotidiana antes pouco pensado. Após a capacitação, pode ser melhor enfrentado.

A comparação dos resultados obtidos mostra que as habilidades são mediadas pelo conhecimento, atitude e modo de fazer individual e coletivo. A presença de relatos verbais ou escritos por si só não garantem a presença real da habilidade instrumental suficiente para mudar o contexto de trabalho ou relacionamento com o idoso. A capacitação é uma tentativa de mobilizar e instrumentalizar os profissionais de saúde que cuidam de idosos.

O índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após a aplicação da capacitação foi muito satisfatório e satisfatório em todos os itens investigados, exceto na identificação de fatores que contribuem para comunicação efetiva do profissional no contexto da saúde.

Concluiu-se que a replicação do referido programa revelou-se pertinente e atualizada ao cenário dos serviços hospitalares, mantendo-se eficiente e aplicável aos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: estudo ecológico. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2008[cited 2015 Apr 02];25(1):195-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a12>
2. São Paulo. Decreto n. 58047 de 15 de maio de 2012. Institui o Programa Estadual São Paulo Amigo do Idoso e o Selo Amigo do Idoso e dá providências e correlatos. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 16 mai 2012. Executivo. Seção I, p.1.
3. Prochet TC. Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).
5. Farias N, Buchalla CM. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005[cited 2015 Apr 02];8(02):187-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>
6. Prochet TC, Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. *Rev RENE* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 02];12(04):678-83. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a005\\_-\\_estrategias\\_que\\_contribuem\\_na\\_independencia\\_fisica\\_e\\_autonomia\\_do\\_idoso\\_hospitalizado\\_-\\_rene\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a005_-_estrategias_que_contribuem_na_independencia_fisica_e_autonomia_do_idoso_hospitalizado_-_rene_2011.pdf)
7. Silva MJP. Comunicação tem remédio. 8.ed São Paulo: Loyola; 2011.
8. Dimitrius J, Mazzarella WP. Decifrar pessoas: como entender e prever o comportamento humano. 4. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
9. Montagu A. O tocar: o significado humano da pele. 9. ed. São Paulo: Summus; 1988.
10. Hall ET. A dimensão oculta. São Paulo: Martins; 2005.
11. Elkman P. Linguagem das emoções. São Paulo: Leya; 2011.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. Lima AP, Delgado EI. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 02];1(2):76-91. Available from: <http://revista.ulbrajp.edu.br/ojs/index.php/actabrasileira/article/viewFile/630/142>

14. Sales MVC, Silva TJA, Gil Junior LA, Jacob Filho W. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;4(4):238-45
15. Silveira MM, Pasqualotti A, Colussi EL. Educação gerontológica, envelhecimento humano e tecnologias educacionais: reflexões sobre velhice ativa. *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 02];17(2):387-98. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26983>
16. Rodrigues RAP, Seudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C [Morbidity and interference in seniors' functional ability]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008[cited 2015 Apr 02];21(4):643-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a17v21n4.pdf> Portuguese.
17. Bessa MEP, Silva MJ, Borges CL, Moraes GLA, Freitas CASL. Elderly residents in long-term institutions: the use of spaces in the construction of everyday life. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 02];25(2):177-82. Available from: [http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n2/v25n2a4\\_en.pdf](http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n2/v25n2a4_en.pdf)
18. Marques ACO, Kozlowski L, Marques JM. [Auditory rehabilitation in the elderly]. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2004[cited 2015 Apr 02];70(6):806-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n6/a17v70n6> Portuguese.
19. Damasceno NA, Damasceno EF. Análise da capacidade de acomodação em pacientes presbítas com baixo índice de massa corporal. *Rev Bras Oftalmol* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 02];72(5):294-300. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v72n5/03.pdf>
20. Carreta MC, Bettinelli LA, Erdmann AL. [Reflections on the care of nursing and the autonomy of the human being under the condition of hospitalized elderly]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 02];64(5):958-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a24v64n5.pdf> Portuguese.
21. Schlindwein-Zanini R. [Dementia in the elderly: neuropsychological aspects]. *Rev Neurocienc* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 02];18(2):220-6. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf> Portuguese.
22. Castro SAFN, Santos AC, Gonçalves LHT. A fala dos idosos: modificações associadas ao envelhecimento do sistema estomatognático. *Rev Bras de Ciên do Envelh Hum* [Internet]. 2004[cited 2015 Apr 02];1(2): 41-51. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/13/7>
23. Dias KCCO, Lopes MEL, Zaccara AAL, Duarte MCS, Morais GSN, Vasconcelos MF. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 02];8(5):1337-46. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5500/pdf\\_5107](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5500/pdf_5107)
24. Prochet TC, Silva MJP. [Perception of the elderly in the view of affective behaviors expressed by the Nursing Team]. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011[cited 2015 Apr 02];15(4):784-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a18v15n4> Portuguese.
25. Marins AC, Araújo STC. A percepção auditiva da paralinguagem do paciente após tireoidectomia subtotal: ensino e pesquisa em enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm* [Internet]. 2006[cited 2015 Apr 02];10(3):586-91. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/en\\_v10n3a32.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/en_v10n3a32.pdf)
26. Rocha MAS, Lima MLT. Caracterização dos distúrbios miofuncionais orofaciais de idosos institucionalizados. *Rev Bras Ciênc Env Hum* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 02];4(1):21-6. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/282-292/pdf>
27. Vidal LPP, Araújo STC, Perreault M, Azevedo AL. Family companionship as a behavioural stimulus for intensive care patients. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013[cited 2012 May 18];17(3):409-15. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en\\_1414-8145-ean-17-03-0409.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0409.pdf)
28. Cocksedge S, George B, Renwick S, Chew-Graham CA. Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013[cited 2014 May 18]; 63(609):283-9. Available from: <http://bjgp.org/content/63/609/e283>
29. Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J. [Privacy invasion of UTI patients: perceptions of professionals]. *Bioethikos* [Internet]. 2010[cited 2012 May 18];4(1):44-50. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf> Portuguese.
30. Campos PFS, Oguisso T. [The University of São Paulo, School of Nursing and the Brazilian Nursing professional identity re-configuration]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008[cited 2012 May 18];61(6):892-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a17v61n6.pdf> Portuguese.