



## Avaliação mediata na replicação do Programa de Capacitação em Comunicação Não Verbal em Gerontologia

Mediate evaluation of replicating a training program in nonverbal communication in gerontology

Evaluación mediata en la replicación del programa de capacitación en comunicación no verbal en gerontología

Teresa Cristina Gioia Schmidt<sup>1</sup>, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>2</sup>, Maria Julia Paes da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Professora Doutora, Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Associada, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Comunicação em Enfermagem do CNPq, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Replicating the training program in non-verbal communication based on the theoretical framework of interpersonal communication; non-verbal coding, valuing the aging aspects in the perspective of active aging, checking its current relevance through the content assimilation index after 90 days (mediate) of its application. **Method:** A descriptive and exploratory field study was conducted in three hospitals under direct administration of the state of São Paulo that caters exclusively to Unified Health System (SUS) patients. The training lasted 12 hours divided in three meetings, applied to 102 health professionals. **Results:** Revealed very satisfactory and satisfactory mediate content assimilation index in 82.9%. **Conclusion:** The program replication proved to be relevant and updated the setting of hospital services, while remaining efficient for healthcare professionals.

### DESCRIPTORS

Nonverbal Communication; Aged; Aging; Health Education; Geriatric Nursing.

### Autor Correspondente:

Teresa Cristina Gioia Schmidt  
Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - Sala 409  
- Cerqueira Cesar  
CEP 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil  
tschimidt@saude.sp.gov.br

Recebido: 01/10/2014  
Aprovado: 28/11/2014

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo de perdas físicas, mentais, cognitivas e sociais, o que traz vulnerabilidades. Estas são diferenciadas por sexo, idade, grupo social, raças, regiões geográficas, etc. O momento – a idade na qual as perdas iniciam-se – também deve ser considerado. Portanto, considera-se que políticas públicas podem assumir um papel fundamental na redução de seu impacto sobre o indivíduo e a sociedade<sup>(1)</sup>.

Em 2013, o Governo do estado de São Paulo, com a intenção de contribuir na direção de uma sociedade mais inclusiva para todas as idades e atento ao contexto existente, criou o Programa Estadual *São Paulo Amigo do Idoso*. Dentre seus objetivos destacam-se valorizar o idoso, garantindo a defesa de seus direitos, implantar uma rede de suporte para o atendimento direto ao idoso, que forneça apoio às famílias e, ainda, incentivar uma melhor formação profissional<sup>(2)</sup>.

O Programa tem como referencial teórico o marco político do Envelhecimento Ativo preconizado pela Organização Mundial de Saúde que advoga a superação de uma visão naturalizada da relação entre o envelhecimento e a inatividade e propõe um olhar centrado nos direitos humanos, cuja dignidade, segurança e plena participação e independência do idoso estejam presentes e ajustadas às necessidades que possui<sup>(3)</sup>.

O cuidado gerontológico de qualidade valoriza o contexto no qual o idoso vive e quais redes de suporte ele possui e como se integram. Portanto, compreende os diversos atores: idoso, família, cuidador (se existente), comunidade e equipes de atenção à saúde. Todos devem atuar de modo inter-relacionado e com o foco no cuidado integralizado, como aquele que respeita a individualidade, a autonomia e que mantém ou maximiza a independência do idoso<sup>(4)</sup>.

Gerenciar o cuidado com e não somente para o idoso exige do profissional de saúde conhecimento técnico, assistencial, administrativo, capacidade nas técnicas de resolução de problemas, bem como habilidades comunicacionais que compreendem uma multiplicidade de *nuanças* que merecem e precisam ser estudadas para serem aplicadas no cotidiano, com consciência, pelo profissional e, consequentemente, ter resultados que revelem um cuidado de saúde efetivo, congruente com a expressão da afetividade também<sup>(5)</sup>.

A assistência ao idoso pode acontecer em níveis de atenção distintos. Aqui, o destaque é o hospital, um lugar onde há exposição do idoso, de sua vida, de seus limites e de suas fragilidades. Infelizmente, nem sempre a assistência hospitalar tem conseguido uma adequada associação entre os saberes técnicos e relacionais, o que vem produzindo um cuidado aquém das expectativas e necessidades do idoso, causando inquietações, frustrações e piora da condição de saúde nas quais se encontra<sup>(6)</sup>.

Além disso, algumas vezes, o idoso quando é atendido nos hospitais, não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada, o que torna a assistência de saúde superficial, pouco resolutiva e acolhedora<sup>(5-6)</sup>.

A capacitação proposta neste projeto foi aplicada e validada em 2009, na ocasião do doutoramento cuja implemen-

tação foi em hospitais do interior paulista. Os resultados apontaram como principais pontos positivos do programa de capacitação a qualidade do conteúdo tratado nos encontros sobre autoconhecimento e trabalho em equipe; processo de envelhecimento; mitos e estereótipos sobre o idoso; as dimensões não verbais; a qualidade dos recursos pedagógicos usados e a organização propriamente dos encontros.

Os participantes compreenderam que, embora o envelhecimento manifeste-se por meio de um declínio das funções dos diversos órgãos, que varia não só de um órgão para outro, mas também de um idoso para outro da mesma idade, isso não significa reduzir os idosos ao momento de *decadência*. Identificaram que a visão que possuem a respeito do idoso interfere no modo de se relacionar com ele. Admitiram que, por vezes, o preconceito em relação ao idoso e ao envelhecimento é latente e faz parte da realidade cotidiana, antes pouco pensado, e após capacitação, podendo ser melhor enfrentado.

Estudar as temáticas do envelhecimento e da comunicação não verbal propiciaram aos participantes o lidar com conceitos ora desconhecidos. Nos discursos dos participantes, ficou evidente o quanto existe a necessidade de maior aprofundamento das questões ligadas aos aspectos da gerontologia, uma vez que os idosos permanecerão a constituir uma clientela com representatividade relevante nos serviços de saúde.

Acredita-se que ao se utilizar dos recursos da comunicação, o profissional de saúde terá condições de reconhecer precoce e amplamente as necessidades individuais do idoso e incluí-lo ao planejar, executar e avaliar a assistência a ser prestada, garantindo-lhe uma oportunidade real de exercício de sua autonomia e/ou da manutenção e incremento de sua capacidade funcional e cognitiva, visto que estas constituem seu próprio direito.

O objetivo deste estudo foi reaplicar o programa de capacitação sobre comunicação não verbal baseado no referencial teórico da comunicação interpessoal; da codificação não verbal, valorizando os aspectos próprios do envelhecimento na perspectiva do envelhecimento ativo, medindo sua efetividade por meio do índice de assimilação do conteúdo contido no programa, após 90 dias de sua aplicação.

## MÉTODO

Trabalho de campo descritivo e exploratório realizado em três hospitais de grande e médio portes sob a administração direta do Estado, exclusivamente com atendimento SUS, pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo (RRAS 06 – Capital) e que tivessem o idoso como cliente em seu cenário. Foram convidados a participar do estudo técnicos de enfermagem e, ainda, graduandos, pós-graduandos, residentes e/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 e teve duração de 12 horas divididas em três encontros de 4 horas cada e ocorreu em dias úteis no período diurno.

A avaliação do programa foi realizada em dois momentos: imediato e mediato. O imediato foi feito por meio da verificação da assimilação do conteúdo no final de cada um dos três encontros, e o mediato após a decorrência de 90 dias do término da capacitação (último encontro). Quando se retornou às instituições, exibiu-se um trecho de filme *Antes de Partir* (Diretor: Rob Reiner; Distribuidor: Warner Bros; Ano: 2008) com duração de 12 minutos e aplicou-se um instrumento no qual o participante deveria escolher e descrever uma cena do filme que ilustrasse cada uma das seis dimensões não verbais (paralinguagem, tacênica, praxêmica, cinésica, características físicas e fatores ambientais) estudadas durante a capacitação, bem como identificar qual(is) das quatro funções não verbais estava(m) correlacionada(s).

O participante pôde se acomodar, assistir ao trecho do filme, receber as orientações e os impressos de registro, assistir novamente ao trecho do filme e efetuar seus apontamentos, tendo esta etapa a duração total de 40 minutos.

O tratamento dos dados referentes à avaliação mediata baseou-se nas seguintes etapas: leitura das respostas; correção baseada no gabarito validado; estabelecimento de critérios para determinação do tipo de satisfação (muito satisfatória, satisfatória e insatisfatória) e tabulação dos resultados.

## RESULTADOS

Participaram da capacitação 102 profissionais de saúde separados em três grupos (A=38, B=41 e C=23); entretanto, compareceram à avaliação mediata 70% (65,6%), sendo sua distribuição nos grupos A=25(65,8%), B=30(73,2%) e C=15(65,2%).

Destes 78,6% (55) eram de nível superior e 21,4% (15) de nível técnico. Em relação ao gênero e à idade, 91,4% (64) eram mulheres com idade média de 45,4 anos, mediana de 47,5 anos e 8,6% (6) homens com média 41,0 e mediana de 42,7 anos de idade.

Ao analisar os participantes de nível superior, destacou-se a participação de 49,1% (27) de enfermagem, 20,0% (11) de psicologia, 14,5% (8) de serviço social, 7,3% (4) de fisioterapia, 3,6% (2) de fonoaudiologia e 5,5% (3) das demais das áreas. O nível técnico foi composto exclusivamente por técnicos de enfermagem.

O trecho do filme escolhido apresentava 201 momentos diferentes, como sendo de oportunidades para o reconhecimento das funções da comunicação não verbal, assim distribuídas: 67,1% demonstrar sentimentos; 23,4% complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal; 8,0% substituir o verbal e 1,5% contradizer o verbal. Esclarece-se que, do mesmo modo que uma função pode agregar uma ou mais dimensão não verbal, a sequência da mesma cena poderia expressar mais de uma função.

Não houve intenção em criar momentos ou cenas em que as funções pudessem ser distribuídas proporcionalmente, visto que não retratariam a realidade do cotidiano e que não haveria uma importância maior entre as funções. Dependendo do contexto situacional, uma função acabaria assumindo um destaque maior que a outra.

Os dados revelaram 544 momentos citados, nos quais uma das funções estava presente. Foram identificadas: 59,4% (323) – funções de demonstrar sentimentos; 22,4% (122) – funções de complementar, ratificar e reforçar o verbal; 15,1% (82) – funções de substituir o verbal; e 3,1% (17) – funções de contradizer o verbal.

Os resultados mostraram que os participantes da avaliação mediata identificaram as funções não verbais: 100,0% (70) a função de demonstrar sentimentos; 87,8% (65) a função de complementar, ratificar e reforçar o verbal; 81,4% (57) a função de substituir o verbal e 21,4% (15) a função de contradizer o verbal.

Ao somar, em cada grupo, o total de momentos reconhecidos em que as quatro funções da comunicação não verbal foram evidenciadas, o resultado quantitativo decrescente foi o seguinte: B (214 – 39,4%), A (196 – 36,0%) e C (134 – 24,6%).

Ao aplicar o critério de proporcionalidade (número de momentos corretos/participante), obteve-se na ordem decrescente: C (8,9); A (7,8); e B (7,1). Pode-se afirmar que, em termos numéricos e proporcionais, todos os grupos reconheceram momentos em que uma ou mais funções foram evidenciadas.

**Tabela 1** - Distribuição relativa e percentual dos participantes da avaliação mediata dos três diferentes grupos (A, B e C), conforme identificação das funções de comunicação não verbal – São Paulo, jan. a maio 2014.

Função não verbal	A	B	C	Total
<b>Demonstra Sentimentos</b>				
Nº de pessoas que identificaram	25 (100,0)	30 (100,0)	15 (100,0)	<b>70 (100,0)</b>
Nº de momentos evidenciados	111 [34,4]	139 [43,0]	73 [22,6]	<b>323 [100,0]</b>
<b>Complementa, ratifica e/ou reforça o verbal</b>				
Nº de pessoas que identificaram	22 (88,0)	28 (93,3)	15 (100,0)	<b>65 (87,8)</b>
Nº de momentos evidenciados	41 [33,6]	39 [32,0]	42 [34,4]	<b>122 [100,0]</b>
<b>Substitui o verbal</b>				
Nº de pessoas que identificaram	17 (68,0)	28 (60,0)	12 (80,8)	<b>57 (81,4)</b>
Nº de momentos evidenciados	39 [47,5]	29 [35,4]	14 [17,1]	<b>82 [100,0]</b>
<b>Contradiz o verbal</b>				
Nº de pessoas que identificaram	05 (20,0)	07 (23,3)	03 (20,0)	<b>15 (21,4)</b>
Nº de momentos evidenciados	05 [29,4]	07 [41,2]	05 [29,4]	<b>17 [100,0]</b>

Notas:

n(%) – percentual calculado no número de pessoas que participaram da avaliação mediata.

n[%] – percentual calculado no número de momentos totais reconhecidos na função.

**Tabela 2** - Distribuição relativa e percentual dos participantes da avaliação mediata, conforme as funções e dimensões não verbais – São Paulo, jan. a maio 2014.

Função Comunicação Não Verbal	Dimensão não verbal						Total
	Cinésica	Paralinguagem	Tacésica	Fatores Ambientais	Proxêmica	Características Físicas	
Demonstrar sentimentos	50 42,4%	62 53,5%	63 68,5%	41 54,7%	55 75,3%	52 74,2%	<b>323</b> <b>59,4%</b>
Complementar, ratificar, reforçar o verbal	46 39,0%	26 22,4%	24 26,1%	18 24,0%	08 11,0%	- -	<b>122</b> <b>22,4%</b>
Substituir o verbal	13 11,0%	21 18,1%	05 5,4%	16 21,3%	09 12,3%	18 25,7%	<b>82</b> <b>15,1%</b>
Contradizer o verbal	09 7,6%	07 6,0%	- -	- -	01 (1,4%)	- -	<b>17</b> <b>3,1%</b>
<b>Total de momentos</b>	<b>118</b>	<b>116</b>	<b>92</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>544</b>

Nota: (n %) – percentual calculado no número total de momentos reconhecidos na dimensão em questão.

No que se refere às dimensões não verbais e ao reconhecimento das funções da comunicação não verbal, os resultados revelaram que, numericamente, a cinésica foi com mais frequência reconhecida na função de substituir o verbal; a paralinguagem na função de complementar, ratificar e reforçar o verbal e as dimensões tacésica, proxêmica, fatores ambientais e características físicas mais frequentes na função de demonstrar sentimentos.

Considerou-se como critério de avaliação do grau de assimilação mediata muito satisfatório as respostas que contemplaram a identificação de, no mínimo, seis vezes uma função e seis dimensões (22 – 31,4%); satisfatório, as que identificaram, no mínimo, quatro funções e quatro dimensões (36 – 51,4%); e insatisfatório, as que identificaram uma ou mais funções e menos de quatro dimensões e/ou respostas que, apesar de identificarem as funções corretas, não se correlacionaram com as dimensões pertinentes ou ainda aquelas erradas e/ou em branco (12 – 17,1%). Todos os grupos tiveram resultado muito satisfatório e satisfatório, sendo na ordem decrescente: B (90% - 20); A (80% - 20) e C (73,6% - 10).

## DISCUSSÃO

Concretamente, os elementos básicos para a comunicação efetiva são aqueles que de forma direta ou indireta respondem ao objetivo de estar consigo ou com o outro em harmonia, respeito e civilidade. Daí, a necessidade de se associar ao conteúdo da mensagem a forma gentil, delicada, clara e coerente com as condições locais (ambiente), internas (pessoais) e alheias (do outro). Além disso, é usar a comunicação não verbal como uma estratégia de esclarecer os fatos (as mensagens) e facilitar seu entendimento por meio de uso da cinésica, paralinguagem, proxêmica e outras dimensões não verbais<sup>(7)</sup>.

A cinésica é a teoria oriunda de estudos sobre gestos e movimentos corporais, especificamente de decodificação dos sinais do corpo. É um sistema de anotações da linguagem do corpo, no qual é atribuído aos principais movimentos corporais um símbolo, e assim podem ser transmitidos e analisados dentro de um sistema social determinado<sup>(8-10)</sup>.

Os pressupostos da cinésica baseiam-se no fato de que os referidos movimentos e gestos visíveis possuem um sig-

nificado no contexto no qual se apresentam, de que não existem gestos universais e ainda de que no processo de comunicação haja um sincronismo no qual uma pessoa exerce influência no outro<sup>(9-10)</sup>.

Pesquisa desenvolvida com enfermeiras pós-graduandas sobre cinésica evidenciou que a referida dimensão não verbal é considerada como um conjunto de expressões e movimentos do corpo de cunho complexo, capaz de manifestar sentimentos, vontades, emoções e de exteriorizar conteúdos internos<sup>(11)</sup>. Isso ratifica o resultado encontrado nesta pesquisa, na qual os participantes reconheceram nas cenas que continham a cinésica a expressão de sentimentos, a complementação e o reforço verbal.

As expressões faciais e o modo de conversar podem comunicar imediatamente se o indivíduo está ou não interessado no que o outro está dizendo ou se seus pensamentos estão em outros fatos, e são condições que complementam o que está sendo dito/revelado/investigado. A expressão facial do profissional de saúde é tão significativa para os idosos como a dos idosos para ele, quando associada ao tom da voz e à velocidade da fala podem exprimir motivos encorajadores ou inibidores da interação<sup>(8-9,12)</sup>.

Dentre as expressões faciais, destaca-se o sorriso, que é capaz de revelar interesse, gentileza e simpatia, exercendo um fator estimulante nos idosos que estão internados. Contudo, deve-se evitar seu emprego em excesso, pois há possibilidade de ser interpretado como falta de seriedade ou descrédito do relato, provocando insegurança. Expressões como o franzir da testa podem indicar que há um esforço para compreensão da fala, ou ainda, traduzir tentativa de explicação de um fato. Monitorar ou mesmo ganhar consciência das expressões faciais realizadas é uma estratégia inteligente e eficaz para reforçar a informação e ainda transmitir sentimentos frente à situação vivida no contexto<sup>(12-13)</sup>.

Sabe-se que a linguagem corporal também pode ser instintiva, ensinada ou imitada, razão pela qual a cultura constitui um fator importante de ser observado. Cada movimento ou posição do corpo possui funções distintas: adaptativas, expressivas e defensivas, umas conscientes, outras não; mas quando se sabe sobre elas, tem-se a opção de assumir o desafio diário de exercê-las conscientemente a

favor da interação<sup>(8)</sup>.

A dimensão da paralinguagem é fruto da interação de uma série de variáveis não propriamente linguísticas, mas que se referem ao aparelho fonador e envolvem: tom, timbre, intensidade e ritmo da voz, pausas, tipo de vocalização (riso, bocejos, suspiros, gritos) e até secreções vocais (“huum”, “aham”, “né”)<sup>(9)</sup>.

Muitas vezes, o tom de voz pode ser classificado em opcional (intencionais e voluntários) e não opcional (resultantes da genética, do histórico social, resultado incontornável de uma situação). A alteração intencional da voz pode ser uma tentativa de manipulação do ouvinte. Uma estratégia que deve ser usada para validar tal condição é prestar atenção no conteúdo da mensagem e nos movimentos corporais e faciais que são feitos, assim será possível verificar se é um traço vocal opcional ou não<sup>(12)</sup>.

Em geral, quando se tem uma mensagem negativa para ser transmitida é comum mudança no tom da voz, opta-se por baixá-la, mesmo que levemente, o que nem sempre se reduz à manipulação, isto é, os traços vocais devem ser avaliados com cautela e validados com outras dimensões não verbais<sup>(12)</sup>.

O profissional pode não conseguir familiarizar-se com o estilo vocal do idoso no primeiro contato, mas deve observar o tom geral, a cadência e os demais traços vocais básicos, assim poderá obter/reconhecer um padrão e verificar as variações posteriormente. Ater-se aos exageros vocais é importante, mas o profissional deve ter cuidado para não fazer interpretações precoces, especialmente quando não conhece bem aquele paciente. Sem dúvida, o tom de voz é um indicador sensível da personalidade, do estado de espírito e do ambiente onde se está<sup>(12)</sup>.

Difícilmente os sentimentos são expostos apenas com o tom de voz, ele se agrega ao tipo de palavras escolhidas e à linguagem corporal, expondo, assim, a emoção. Se esses fatos não combinarem, algo estará errado, poderá haver uma contradição do verbal que precisa e merece ser melhor investigada. Os padrões mais consistentes e que se repetem mais devem ser identificados e interpretados, para não se tirar conclusões erradas<sup>(9,12)</sup>.

A representação da vontade pode ser feita pelos sinais do corpo, pois eles são os meios propícios de expressão e confirmação de desejos, portanto, ater-se aos sinais torna-se essencial no cuidado<sup>(8)</sup>.

O interesse que o profissional tem no idoso pode ser demonstrado por uma postura descontraída e empática, o que possibilita uma facilidade maior para prestar atenção à história, às queixas ou dúvidas dele. Os idosos percebem o interesse evidenciado pela paralinguagem usada, pelo contato visual estabelecido, pela aproximação e toques realizados. Este conjunto de ações propiciará ao idoso relaxar e desenvolver confiança no profissional, favorecendo uma interação adequada e eficaz<sup>(14)</sup>.

Estudo desenvolvido com idosos hospitalizados verificou a percepção do cuidado, identificou a valorização na atitude exercida pela equipe de saúde presente em atos e gestos de atenção, zelo, carinho e na forma de ajuda ou na execução de procedimentos, utilizando o toque respeitoso,

demonstrando segurança e afeto e também nas atitudes que revelam paciência para escuta e explicação das atividades desenvolvidas, vontade de fazer expressa no olhar do profissional e no modo educado e prestativo de falar com ele durante a internação<sup>(6)</sup>.

Pertinente citar pesquisa realizada com idosos de uma área urbana paulista que detectou que a percepção da comunicação não verbal bloqueada, isto é, não efetiva, por meio do reconhecimento que os idosos tiveram da equipe de saúde – quando não permite escuta, ou quando observa gestos de irritação e agressividade do profissional que são para eles inapropriados – acabam por propiciar constrangimentos e insatisfação dos idosos<sup>(15)</sup>.

Ora, tanto idoso como profissional participam mutuamente de estados subjetivos e fazem intercâmbio de suas intenções, ideias, seus desejos e sentimentos. Entretanto, nesta interação, há uma conformação da relação de poder, dada não pela imagem do outro em si, mas, pelo lugar que o outro assume na interação<sup>(6)</sup>. A comunicação apresenta-se no contexto cultural como um fenômeno complexo que conjuga a convergência e a superposição de variadas atividades no mundo hospitalar. No mundo da saúde, para que a comunicação seja eficiente, ela requer presença e intencionalidade recíproca dos comunicantes, isto porque as relações quando mútuas são estabelecidas sem uma valorização de subordinação ou ordenação e, assim, tendem a ganhar um significado positivo e favorável à recuperação<sup>(16)</sup>.

Em relação a tacêsica, é oportuno salientar que é a dimensão que envolve o tocar na pele humana. A pele recobre e protege o corpo, constitui-se o órgão mais sensível e o primeiro meio de comunicação com o mundo, por meio dela o indivíduo descobre e conhece seu ambiente, percebendo suas objetividades e subjetividades existentes<sup>(9)</sup>.

Muitas vezes, os profissionais tecem comentários, de forma implícita, e sentem-se autorizados a tocar nos idosos quando precisam fazer os procedimentos, mas nem sempre consideram importante pedir a permissão, visto que se está *fazendo o bem* ao idoso<sup>(17)</sup>.

Os profissionais identificaram as cenas do filme, apresentado na avaliação mediata sobre a capacitação, que traduziam a tacêsica como dimensão usada na interação. Os resultados reforçam o defendido por autores que afirmam que o toque é tão poderoso que pode constituir-se fator determinante no desenlace de patologias e agravos, podendo levá-los à melhora ou à piora. O toque apropriado no contexto favorece ao idoso sentir-se seguro e acreditar em sua recuperação, e isso fará diferença. O uso do toque e de proximidade física pode ser a maneira efetiva de dar início à comunicação com o idoso hospitalizado, transmitindo-lhe a noção de que ele tem valor humano<sup>(5,9)</sup>.

Portanto, é recomendável que os profissionais desenvolvam habilidades comunicacionais capazes de reconhecer o momento, o local, a duração e a intensidade adequados que o toque requer. A consciência do tocar e dos quesitos que o envolvem são primordiais ao sucesso da ação, traduzem atenção e zelo na assistência ao idoso<sup>(9)</sup>.

Os fatores ambientais analisados sob o prisma da dimensão não verbal envolvem vários aspectos que interfe-

rem na comunicação do binômio profissional-idoso. Estudo similar utilizando capacitação não verbal em gerontologia desenvolvido com profissionais de saúde em 2009 permitiu ordenar e analisar em sete grupos distintos os referidos fatores: sonoros e vibratórios; decorativos e espaciais; luminosos; cores e texturas; térmicos e ventilatórios; higiênicos e de segurança; e sinalizadores visuais<sup>(18)</sup>.

A poluição sonora ambiental torna-se hoje onipresente e beira o intolerável. Nos hospitais, os avanços tecnológicos trazem, como consequência, níveis de ruído potencialmente danosos, sendo estes provenientes mais de dentro do que de fora desse ambiente. Os benefícios de um ambiente calmo e agradável atingem tanto quem está hospitalizado como a própria equipe profissional, pois ambos sofrerão menos danos psicológicos e fisiológicos e experimentarão menos cansaço<sup>(19)</sup>.

É pertinente ratificar que a norma brasileira estipula regras no âmbito da comunicação, e precisa ser seguida a fim de colaborar na divulgação da informação, localização de áreas e setores e, ainda, no fluxo e na circulação das pessoas dentro dos serviços de saúde<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se que a comunicação abrange a visual com uso de textos, figuras ou símbolos de representação internacional; a tátil com o uso de caracteres e figuras de alto relevo e a sonora. Todas elas constituem um desafio a ser conquistado nos serviços de saúde, pois auxiliam na acessibilidade e na inclusão das pessoas, dentre elas, os idosos<sup>(20)</sup>.

A legibilidade da informação visual depende da iluminação do ambiente, do contraste e da pureza da cor. Os textos e figuras, bem como o fundo das peças de sinalização, devem ter acabamento fosco, evitando-se o uso de material brilhante ou de alta reflexão. Os textos contendo orientações, instruções de uso de áreas, objetos ou equipamentos, regulamentos e normas de conduta e utilização devem ser do tipo que utilize uma única sentença completa, na voz ativa de forma positiva e na sequência das ações, com ênfase no modo correto de realizar uma determinada ação<sup>(20)</sup>.

Torna-se essencial que o ambiente físico da área que abriga os idosos durante a internação esteja adequado às suas limitações funcionais, isto é, livre de barreiras e bem iluminado, pois assim favorece a comunicação dele, de seus familiares e cuidadores<sup>(18,20)</sup>.

Os participantes desta pesquisa perceberam nas cenas presentes no filme, no que se refere à presença dos elementos contidos no ambiente, uma possibilidade real e efetiva de propiciar adequada assistência. Eles compreenderam que os fatores ambientais interferem no bem-estar do idoso, na sua recuperação e no próprio relacionamento dele com o profissional que o assiste. Os resultados atuais da pesquisa corroboraram com os achados de pesquisa anterior<sup>(18)</sup>.

As características físicas constituem outra dimensão da comunicação não verbal que deve ser considerada pelo profissional de saúde ao cuidar do idoso, pois ele está atento aos detalhes e ao contexto. Tanto o que se faz, como se faz e como se apresenta constituem um universo apresentado ao idoso, então, ele observa e avalia, e dependendo do resultado facilitará ou não a interação. A imagem do profissional é caracterizada pela aparência, que revela o cuidado com a

higiene pessoal, e a apresentação expõe o compromisso e a responsabilidade inerente à profissão, portanto, são aspectos à escolha pertinente do tipo de vestimentas e acessórios<sup>(21)</sup>.

Dependendo da profissão na área de saúde, ela é vista e identificada para um tipo de gênero: com aparência saudável, jovem e culta, muitas vezes com representações raciais excluídas e discriminatórias. Ora, esse imaginário irá interferir no ideal do profissional que o idoso deseja ser cuidado e vice-versa, no tipo de idoso que se espera para ser cuidado. O resultado desta percepção poderá prejudicar o estabelecimento e a manutenção do vínculo, especial e necessário de existir no cenário hospitalar, interferindo na interação<sup>(22)</sup>.

As respostas dos participantes de outra capacitação realizada com profissionais de saúde, no tocante às características físicas que poderiam auxiliar na comunicação, puderam ser categorizadas em: profissional se cuidando; profissional expondo sentimentos/attitudes; profissional percebendo as condições de saúde do idoso; e profissional reconhecendo a influência dos preconceitos<sup>(21)</sup>.

Quando estes participantes foram questionados sobre como as características físicas podem auxiliar na comunicação com o idoso, 68,4% mencionaram que o profissional da saúde, ao manter boas condições higiênicas pessoais, colaboraria com essa interação, incluindo apresentar-se com as mãos tratadas e cabelos alinhados, usar roupas limpas e em conformidade com contexto hospitalar, sapatos não ruidosos, perfumes e maquiagem discretos, entre outros<sup>(21)</sup>.

Pesquisa desenvolvida com acompanhantes de pacientes internados no hospital, com o intuito de identificar o enfermeiro entre os demais profissionais, ressaltou que o reconhecimento desse profissional se deu por meio de quatro atitudes: apresentar-se no momento do cuidado; tipo do uniforme; uso do crachá; e atividade de examinar o paciente. Pode-se, então, verificar o quanto as vestimentas de fato revelam a identidade profissional<sup>(23)</sup>.

Uma das cenas recordadas pelos participantes desta pesquisa foi o uniforme e o crachá dos atores, que revelavam claramente quem cada um era, percebendo que ajuda o idoso na identificação profissional, corroborando com os achados anteriores citados.

A proxêmica é a ciência que estuda a relação do homem com seu espaço pessoal e territorial. Normalmente, quando o indivíduo é invadido, dispara a apresentação de comportamentos, quase sempre não verbais, que indicam incômodo com a situação. Reações de ansiedade, esquiva, fuga, inquietação e/ou até de adaptação ocorrem, contudo, elas estão intimamente relacionadas com as necessidades individuais, experiências anteriores e cultura. Cada cultura tem formas particulares de expressar sentimentos, emoções e de usar a distância do espaço propriamente dito. A disposição ambiental deve ser considerada, bem como a quantidade de pessoas presentes em um determinado local<sup>(8,9,24)</sup>.

Estudo exploratório realizado com idosos internados em hospital paulistano identificou as situações desagradáveis, consideradas como invasão do espaço territorial, que eram aquelas vinculadas ao desrespeito e à mudança sem autorização de seu espaço físico; as referentes à invasão ao espaço pessoal foram relativas à exposição de partes íntimas du-

rante a realização dos procedimentos técnicos. As situações agradáveis, apesar da invasão, eram as em que ocorreram toques afetivos<sup>(8,25)</sup>.

Pode-se acrescentar que a comunicação é um ato que se faz no tempo e no espaço por meio de dimensões que vão muito além da palavra. O sentido da comunicação está na relação que parte da necessidade e da vontade de estar com o outro, que dá impulso à vida e a ressignifica<sup>(16)</sup>. Em termos de emoções, a comunicação verbal e a não verbal nada mais são que o olhar/fazer do mundo sob o impulso do interesse e da empatia inerentes ao realizar uma tarefa que engloba o compulsório (necessidade real) e o desejado regido pelo prazer de estar junto e fazer a diferença<sup>(25)</sup>.

Ratifica-se que a comunicação é um processo definido e balizado nas interações, em que se partilham ideias, pensamentos e desejos, podendo revestir-se em um recurso valioso de relação de ajuda<sup>(25-26)</sup>.

Os idosos sentem-se constrangidos em fazer ou responder às questões, sentem vergonha da exposição corporal, sofrem com a privacidade negligenciada e, ainda, ficam tristes, com medo e desconfiados com o mundo hospitalar. Para eles, isso ocorre porque é comum o uso de linguagem técnica de difícil compreensão, em uma altura abaixo de sua real necessidade e de forma a não permitir a escuta de sua resposta, uma vez que o tempo do profissional é escasso<sup>(6)</sup>.

No contexto de demonstração de sentimentos, salienta-se que cada pessoa constrói sua rede de crenças pessoais sobre sua vida, morte, amor, trabalho, e mesmo as relações intra e inter-pessoais, o que interfere na expressão dos mesmos<sup>(25)</sup>.

É comum as reações individuais serem determinadas mais pela interpretação interna dos acontecimentos que por eles próprios. O profissional que luta por um trabalho de qualidade precisa desenvolver o olhar externo e circunstancial, aceitar suas limitações, reconhecer seus preconceitos e entender que, muitas vezes, está em um processo de defesa de suas crenças e pouco aberto para conseguir evoluir, amadurecer e desenvolver afetos. A comunicação precisa ser tratada e compreendida pela qualidade da relação, do vivido, da experimentação, e isso é possível quando se acre-

dita no que outro sente, se está aberto a novos conceitos e se aceita mudar<sup>(5)</sup>.

A falta de capacitação das equipes que cuidam do idoso e a fragilidade da estrutura política existente no país dificultam o desenvolvimento de competência para atenção ao idoso nos vários níveis de atenção. A formação de recursos humanos na área da gerontologia está vinculada à compreensão do processo de envelhecimento e suas repercussões biológicas, físicas, sociais, econômicas e psicológicas; ao valor do trabalho multiprofissional requerido; ao rompimento do paradigma de concepção de saúde-doença; à valorização da comunicação entre os profissionais, gestores, idosos e familiares e, ainda, ao uso consciente dos recursos e dimensões comunicacionais. Todos estes pontos contribuirão a favor da qualidade do trabalho desenvolvido com os idosos e sua consequente satisfação.

## CONCLUSÃO

O índice de assimilação do conteúdo contido no programa mediatamente após a aplicação (90 dias depois do último encontro) foi muito satisfatório e satisfatório em 82,9%. Os resultados por grupo na ordem decrescente foram: B (90,0%), A (80,0%) e C (73,3%), o que ratifica a eficiência do programa proposto.

Pelo fato dos participantes conseguirem assimilar satisfatoriamente o programa proposto e pela composição e conteúdo das respostas dadas, pode-se afirmar que a segunda hipótese desta pesquisa também foi confirmada. A replicação do referido programa revelou-se pertinente e atualizada ao cenário dos serviços hospitalares, mantendo-se eficiente e aplicável aos profissionais de saúde.

Aqui, defende-se que as habilidades são mediadas pelo conhecimento, atitude e modo de fazer individual e coletivo. O fato dos participantes terem descrito satisfatoriamente as funções e dimensões não verbais por si só, não garantem a presença real da habilidade instrumental suficiente para mudar o contexto de trabalho e/ou relacionamento com o idoso. A capacitação é uma tentativa de mobilizar e instrumentalizar os profissionais de saúde que cuidam de idosos.

## RESUMO

**Objetivo:** Replicar o programa de capacitação em comunicação não verbal baseado no referencial teórico da comunicação interpessoal; da codificação não verbal, valorizando os aspectos próprios do envelhecimento na perspectiva do envelhecimento ativo, verificando sua pertinência na atualidade por meio do índice de assimilação do conteúdo após 90 dias (mediato) de sua aplicação. **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, dividida em três encontros, aplicada em 102 profissionais de saúde. **Resultados:** Revelaram índice de assimilação mediato do conteúdo muito satisfatório e satisfatório em 82,9%. **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; Idoso; Envelhecimento; Educação em Saúde; Enfermagem Geriátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Replicar el programa de capacitación en comunicación no verbal basado en el marco de referencia teórico de la comunicación interpersonal; la codificación no verbal, valorando los aspectos propios del envejecimiento en la perspectiva del envejecimiento activo, verificando su pertinencia en la actualidad por medio del índice de asimilación del contenido luego de 90 días (mediato) de su aplicación. **Método:** Estudio de campo descriptivo y exploratorio desarrollado en tres hospitales de administración directa del Estado de São Paulo que atienden exclusivamente a los clientes del Sistema Único de Salud (SUS). La capacitación tuvo duración de 12 horas, dividida en

tres encuentros, aplicada a 102 profesionales de salud. **Resultados:** El 92,9% revelaron índice de asimilación mediato del contenido muy satisfactorio y satisfactorio. **Conclusión:** La replicación del programa se mostró pertinente y actualizada al escenario de los servicios hospitalarios, manteniéndose eficiente con respecto a los profesionales

## DESCRIPTORES

Comunicación no Verbal; Anciano; Envejecimiento; Educación en Salud; Enfermería Geriátrica.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). PNAD 2009 – primeiras análises: tendências demográficas. Brasília: IPEA; 2010.
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, São Paulo, 16 maio 2012. Seção I, p.1.
3. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Prochet TC, Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. Rev RENE. 2011;12(04):678-83.
5. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Affection in elderly care from the nurses' perspective. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):96-102.
6. Prochet TC, Ruiz T, Corrêa I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? Nursing (São Paulo). 2006;9(94):713-8.
7. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. Psicol Soc. 2012;24(3):684-90.
8. Prochet TC, Silva MJP. Proxemics: situations in which hospitalized elders recognize intrusion into their personal and territorial space. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):321-6.
9. Silva MJP. Comunicação tem remédio. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
10. Elkman P. Linguagem das emoções. São Paulo: Leya; 2010.
11. Silva LMG, Brasil VV, Guimaraes HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(4):52-8.
12. Dimitrius J, Mazzarella WP. Decifrar pessoas: como entender e prever o comportamento humano. São Paulo: Elsevier; 2009.
13. Leite AJM, Caprara A, Coelho Filho JM. Habilidades de comunicação com pacientes e família. São Paulo: Sarvier; 2007.
14. Braga CS. Linguagens não verbais: lente semiótica para a observação do corpo no baile. Moringa. 2013;4(2):11-23.
15. Almeida RT, Closak SI. Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrity? Rev Lat Am Enfermagem. 2013; 21(4):884-90.
16. Peruzzolo AC. A comunicação como encontro. São Paulo: EDUSC; 2006.
17. Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. Bioethikos; 2010;4(1):44-50.
18. Prochet TC, Silva MJP. Environmental factors as supportive components in communication and care for hospitalized elderly. Rev Bras Enferm. 2012; 65(3):488-94.
19. Costa GL, Lacerda AB, Marques ABM. Ruído no contexto hospitalar: impacto na saúde dos profissionais de Enfermagem. Rev CE-FAC. 2013;15(3):643-52.
20. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
21. Schmidt TCG, Silva MJP. Influência das características físicas humanas na comunicação do profissional da saúde com o idoso. Rev Min Enferm. 2013;17(3):510-6.
22. Campos PFS, Oguisso T. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):892-8.
23. Sugano AS, Sigaud CHS, Rezende MA. A enfermeira e a equipe de enfermagem: segundo mães acompanhantes. Rev Latino Am Enfermagem. 2003;11(5):601-7.
24. Hall ET. A dimensão oculta. São Paulo: Martins; 2005.
25. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Pivaro ABR, Borghi ACS. The elderly and their restraints in the event of surgical hospitalization. Texto Contexto Enferm. 2007;16(4):737-49.
26. Schmidt TCG, Silva MJP. An approach to touching while providing high-quality affective health care to hospitalized elderly patients. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):426-32.