

C664243  
R1364626  
02/02/01  
Dossê  
# 5.40  
212101

MARIA JÚLIA PAES DA SILVA

*Maria Júlia Paes da Silva*

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM  
PROGRAMA SOBRE COMUNICAÇÃO NÃO  
VERBAL PARA ENFERMEIROS**

11730699  
35810  
1993

Tese de Doutorado apresentada à  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo.

ORIENTADORA: MAGUIDA COSTA STEFANELLI

*mas*

São Paulo  
1993

## AGRADECIMENTOS

Ao **Jorge e Juliana** que, de maneira tão pouco egoísta, souberam aceitar divisão do meu tempo, interesse e disposição com esta pesquisa.

Aos meus pais, **Dalvinha e Ben-Hur**, que me ensinaram que não existe derrota que a gente só tem que aprender a fazer reconsiderações estratégicas.

Aos meus irmãos, sogros, cunhados e tias, pelos incentivos constantes.

À Coordenadoria do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da USP, pela oportunidade.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maguida Costa Stefanelli, minha orientadora, que me acompanha na busca pela compreensão da comunicação não verbal.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pelo estímulo e supervisão direta nos trabalhos de análise estatística.

Ao Prof. Dr. Paolo Meneghin, pelas valiosas sugestões dadas ao longo de todo o trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Immacolata Vassalo Lopes, pelos ensinamentos e sugestões feitas.

Às colegas de campo, que me estimulam constantemente pelos questionamentos feitos no dia-a-dia.

Aos pacientes, que me ensinam a respeitá-los, cada vez mais, e a valorizar minha profissão.

A todos aqueles que, direta e indiretamente, vivenciaram o processo de produção deste trabalho, o meu reconhecimento e amizade.

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1364626	
02/02/2001	

OK

**VERDADE**

A porta da verdade estava aberta

Mas só deixava passar

Meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,

Porque a meia pessoa que entrava

Só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade

Voltava igualmente com o meio perfil.

E os meios perfis não coincidiam.

Arreventaram a porta. Derrubaram a porta.

Chegaram ao lugar luminoso

Onde a verdade esplendia seus fogos.

Era dividida em duas metades

Diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.

Nenhuma das duas era totalmente bela.

E carecia optar. Cada um optou conforme

Seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

## CONTEÚDO

	Pág.
<b>1. DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	1
1.1 Problema de pesquisa	2
Objetivos da pesquisa	17
1.2 Quadro teórico de referência da pesquisa	18
1.2.1 A Janela de Johari	20
1.2.2 Teoria Cinésica	22
1.2.3 Teoria Proxêmica	24
1.2.4 Outros referenciais teóricos na leitura do não verbal	25
1.2.5 O processo de aprendizagem segundo Gagné	26
1.3 Hipóteses do estudo	32
<b>2. MÉTODO</b>	34
2.1 Local de Estudo	35
2.2 População	36
2.3 Procedimentos e técnicas de coleta de informações	38
2.4 Tratamento dos dados	43
<b>3. ANÁLISE DESCRITIVA E INTERPRETATIVA</b>	45
3.1 Caracterização da população	47
3.2 Análise dos resultados da "Verificação de Assimilação"	48
3.3 Análise da observação das consultas de enfermagem	60
3.4 Análise das hipóteses do estudo	71
<b>4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	78
<b>5. RESUMO</b>	83
<b>6. SUMMARY</b>	85
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	87
<b>8. ANEXOS</b>	95

## RELAÇÃO DE ESQUEMAS, TABELAS E QUADROS

	Pág.
ESQUEMA 1 - A Janela de Johari	20
ESQUEMA 2 - Representação gráfica do Referencial Teórico	30
TABELA 1 - Média dos sinais não verbais percebidos por peritos e por enfermeiros no filme apresentado, segundo categorização adotada no estudo.	55
TABELA 2 - Sinais não verbais detectados pela pesquisadora, pelo Grupo de Referência (GR) e demais enfermeiros (NGR) nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação e categorização adotada para o estudo.	61
TABELA 3 - Suportes utilizados para emissão dos sinais não verbais percebidos pela pesquisadora, GR e demais enfermeiros (NGR) nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação.	64
TABELA 4 - Sentimentos demonstrados pelos pacientes e detectados pela pesquisadora, GR e demais enfermeiros (NGR), nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação.	66
TABELA 5 - Percepção dos sinais não verbais, nas consultas de enfermagem, pelos enfermeiros que informaram ter lido sobre o assunto após a programação.	69
TABELA 6 - Percepção dos sinais não verbais, nas consultas de enfermagem, pelos enfermeiros que informaram não ter lido nada sobre o assunto após a programação.	70

Pág.

QUADRO 1 - Valor percentual de aproveitamento do programa e justificativa, segundo a percepção dos enfermeiros.	58
QUADRO 2 - Sugestões dos participantes sobre o programa de Comunicação não verbal.	59

---

---

## DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

---

---

---

## 1. DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

---

Este trabalho segue a proposta de LOPES<sup>39</sup> de uma metodologia de investigação sobre o objeto comunicação. As fases ou etapas do modelo metodológico propostas por esta autora são apresentadas neste estudo e, no início de cada uma destas fases, haverá uma breve explicação do que a constituirá.

A primeira etapa deste trabalho corresponde à definição do objeto de estudo; é uma etapa basicamente teórica, que abrange a definição do problema da pesquisa, a determinação do quadro teórico de referência e a formulação de hipóteses<sup>39</sup>.

### 1.1. Problema de Pesquisa

Vários autores afirmam que apesar de "comunicação" ser uma das palavras mais usadas em enfermagem, poucos enfermeiros conhecem as formas e os tipos de comunicação existentes<sup>1,9,60,70,73</sup>.

Praticamente, o termo comunicação é usado em todas as publicações básicas de enfermagem, e, mais enfaticamente, nos livros e artigos da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Também as teorias de enfermagem, quase na sua totalidade, incluem em seu conteúdo a comunicação<sup>73</sup>. No entanto, são poucos os trabalhos específicos sobre comunicação em enfermagem encontrados na literatura nacional, apesar de sua importância e de ser considerada instrumento básico de enfermagem<sup>47,60,65,70,72,75,76</sup>.



Por outro lado, os trabalhos existentes tratam, na maioria das vezes, da comunicação verbal. **Há poucos estudos na área de comunicação não verbal em literatura nacional e internacional de enfermagem.**

Um levantamento feito em julho de 1992, no Sistema MEDLINE, que contém periódicos das diferentes áreas de saúde do mundo todo, apesar de não ter indexadas todas as revistas do mundo, apresenta 54 artigos abordando aspectos da comunicação não verbal no período de 1987 a maio de 1992<sup>64</sup>.

Tem-se alguns poucos artigos sobre comunicação não verbal em outros periódicos nacionais, que não a Revista da Escola de Enfermagem da USP, inclusa no sistema MEDLINE. Vale ressaltar, também, os ANAIS dos três Simpósios Brasileiros de Comunicação em Enfermagem, ocorridos nos anos de 1988, 1990 e 1992, que apresentam entre os trabalhos de tema livre específicos de comunicação em enfermagem, os de comunicação não verbal<sup>67,68,69</sup>. Pode-se verificar que os trabalhos sobre comunicação não verbal representam aproximadamente um décimo do total de trabalhos apresentados (113), mesmo que na bibliografia sejam enfatizados a importância e o valor da comunicação não verbal nos relacionamentos interpessoais como sendo 2/3 do que ocorre nas interações<sup>4,5,13,18</sup>.

O interesse pela comunicação não verbal surgiu para a pesquisadora quando, ainda enfermeira assistencial, percebeu que apesar da comunicação verbal entre enfermeiro-paciente ocorrer de acordo com o conteúdo pré-estabelecido pela instituição nas consultas de enfermagem realizadas, ou seja, de acordo com as normas e padrões considerados satisfatórios, muitas vezes, pacientes que tiveram alta hospitalar em ótimas condições de recuperação, retornavam ao hospital em pior estado de saúde que na internação anterior.

Na interação com alguns destes pacientes, ficava claro que os motivos que provocaram a recidiva da sua situação clínica, poderiam ser explicados, entre outros fatores, por decorrência de falhas na comunicação do pessoal de saúde que os orientou. Constatou-se que, muitas vezes, essas orientações haviam sido dadas por enfermeiros.

Várias dúvidas surgiram sobre onde estaria a falha nas orientações, já que o seu conteúdo estava adequado; questionou-se se os enfermeiros estariam cientes do seu papel de comunicadores, da importância da coerência entre comunicação verbal e não verbal.

A pesquisadora decidiu cursar o mestrado para ter a oportunidade de resolver dois problemas: a necessidade de manter-se atualizada na área de educação — como responsável que era pelo setor de Educação Continuada da instituição onde trabalhava, e para entender melhor e estudar sistematicamente o processo de comunicação que ocorre entre enfermeiro e paciente.

Por ser, entre outros motivos, na área de Enfermagem Psiquiátrica, onde se encontra a maior parte das publicações sobre comunicação em enfermagem, é que a pesquisadora resolveu iniciar os estudos de pós-graduação na referida área, desenvolvendo a monografia de mestrado sobre "A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes"<sup>60</sup>.

Nesta monografia<sup>60</sup> foi verificada a percepção dos enfermeiros a respeito da comunicação, na interação com os pacientes e, principalmente, a percepção dos mesmos sobre a comunicação não verbal, além de investigar se os enfermeiros validavam a comunicação não verbal emitida pelos pacientes. Observou-se que a percepção dos enfermeiros a respeito da comunicação na interação com os pacientes é voltada para a comunicação verbal, sendo também apontados por eles vários aspectos considerados importantes na bibliografia

consultada. Verificou-se que a percepção de todos os enfermeiros sobre a comunicação não verbal dos pacientes estava falha no nível consciente, dificultando, portanto, sua validação<sup>60</sup>.

Pôde ser notado nas respostas dos enfermeiros<sup>60</sup> que a comunicação é entendida principalmente de forma verbal, pois para explicá-la usaram no seu discurso termos como "falar mais", "conversa", "perguntas", "contar", que direcionam o seu entendimento para a comunicação verbal. O reforço para este argumento veio também do baixo número de citações de sinais não verbais captados por eles de maneira consciente e registrados nas categorias solicitadas pela pesquisadora. O número de sinais não verbais percebidos por eles atingiu a média de 2,5 sinais por consulta de enfermagem em relação à média de 43 sinais não verbais por consulta, percebidos pela pesquisadora do estudo em pauta. Vê-se que existe uma diferença significativa de percepção dos sinais não verbais entre os enfermeiros e a pesquisadora, de maneira que a validação da comunicação não verbal dos pacientes não pôde ser feita, pois não foi percebida conscientemente.

Com o resultado acima, pode-se inferir que a baixa média de percepção dos sinais não verbais dos pacientes pelos enfermeiros, pode estar influenciando no número de retornos de pacientes às consultas de enfermagem em piores condições de saúde, pois falhas no processo de comunicação interferem na compreensão das orientações recebidas pelos pacientes.

Como conclusão, foram traçados no trabalho da pesquisadora<sup>60</sup> os componentes gerais do conteúdo de um programa sobre comunicação não verbal que pudesse ser utilizado na educação continuada dos enfermeiros da instituição em estudo.

O presente estudo é uma continuação do trabalho de mestrado, porém, agora, apresentando uma proposta de solução ao problema detectado.

Entendendo comunicação como o processo de transmitir e receber mensagens através de signos (símbolos ou sinais), pode-se afirmar que o ser humano compartilha por meio da comunicação: experiências, idéias e sentimentos<sup>7,40,55,56,80,81</sup>.

Como seres com capacidade de pensar e sentir concomitantemente, pode-se verificar que na comunicação humana, o significado de um sinal passa a não ser só **denotativo**, que é o signo indicando diretamente um objeto referente com suas qualidades, mas **conotativo** --- que inclui interpretações subjetivas ou pessoais passíveis de serem derivadas do signo. Enquanto o significado denotativo orienta o homem para a realidade, é o significado conotativo que o faz transcender a realidade presente e construir uma nova<sup>7,31,56</sup>.

Na percepção dos signos pelo homem é feita uma "tradução" de um objeto de percepção em um julgamento de percepção, ou melhor, é interposta uma camada interpretativa entre a consciência e o que é percebido, em função de ter-se uma mediação existencial — pensamento/emoção — entre nós e os fenômenos<sup>17,31,37,38</sup>.

O homem percebe, reage e age. Esse agir é feito através da comunicação verbal e não verbal. Na comunicação verbal tem-se um processo de exteriorização do ser predominantemente social, enquanto que na comunicação não verbal, observa-se um processo predominantemente da exteriorização do ser psicológico. Tem-se então, um comportamento verbal linguístico capaz de caracterizar o ser psico-social, e um comportamento não verbal, psico-biológico, capaz de caracterizar o ser individual<sup>40,55,80</sup>.

Condon apud SILVA<sup>58</sup> apresenta evidências de que uma pessoa quando fala mostra uma movimentação corporal sincronizada com a modulação da própria voz. Essa sincronia também pode ser observada no

ouvinte, principalmente quando este tem uma atitude positiva em relação ao que está sendo falado e em relação ao falante.

A comunicação não verbal pode ser definida como a que inclui todas as formas de comunicação que não envolvam as palavras expressas<sup>4,5,7,14,28,45,50,56,60,75,82</sup>. Ela envolve todos os órgãos do sentido e ocorre na interação pessoa-pessoa mesmo que não haja verbalização alguma<sup>4,16,50</sup>. Vários autores afirmam que um indivíduo não pode não se comunicar, que ele pode deixar de falar com outra pessoa, mas não de lhe comunicar algo<sup>5,22,23,76,80,81</sup>.

RECTOR; TRINTA<sup>50,51</sup> combinam quatro elementos para diferenciar a maneira como o ser humano se comunica e que são descritos a seguir.

- O vocal-verbal: as palavras;
- O vocal-não-verbal: a entonação, a ênfase, a qualidade da voz;
- O não vocal-verbal: as palavras escritas ou impressas;
- O não vocal-não-verbal: expressão facial, gesto, postura.

No presente estudo são abordados os elementos vocais-não-verbais e não vocais-não-verbais.

Não existe uma classificação única de comunicação não verbal, mas nos trabalhos que citam comunicação não verbal na enfermagem, há sempre referência ao fato de os enfermeiros se esquecerem que os pacientes interpretam as mensagens não apenas pelo que dizemos, mas pelo que fazemos ou deixamos de fazer. Por exemplo, sorrir ou não ao cumprimentá-los<sup>13,18,32,36,60,71,77</sup>. Concordam também que pode-se aumentar a efetividade na comunicação estando ciente da própria linguagem corporal e da do paciente.

Entre as dezenas de pesquisas citadas por DAVIS<sup>16</sup>, há uma onde cita que alguns terapeutas "copiam" a postura do cliente, não apenas para

tentar entender melhor o que se passa com ele, mas também com a finalidade de provocar uma reação positiva do mesmo, durante sessões terapêuticas.

ROSENTHAL et al<sup>52</sup> relatam as pesquisas que realizaram sobre a capacidade de recepção e decodificação correta da comunicação não verbal, através de um instrumento chamado PONS (Profile of Nonverbal Sensitivity), considerado completo e muitas vezes já testado por sua equipe. Entre os achados verificaram que os atores, os estudantes de conduta não verbal e os estudantes de artes visuais tendem a conseguir melhor pontuação nos testes de capacidade de decodificação não verbal. Demonstraram, entretanto, que as pessoas consideradas excelentes profissionais dentro do seu próprio grupo, possuem facilidade para a decodificação não verbal.

Verificaram também que a excitação fisiológica e a prática também parecem incrementar a capacidade de decodificação de uma pessoa, além do que, geralmente os bons decodificadores são bons codificadores e vice-versa<sup>52</sup>. Pode-se dizer então, que quanto maior for a capacidade do enfermeiro de decodificar corretamente o não verbal, maiores serão suas chances de emitir adequadamente os sinais não verbais, de ser coerente na sua relação com o paciente (falar de um jeito e agir de acordo com o que expressa), de potencializar sua capacidade de compreendê-lo e de ser comunicador e orientador.

Autores consultados, tais como BIRDWHISTELL<sup>4</sup>, BLONDIS; JACKSON<sup>5</sup>, CARLSON<sup>9</sup>, COOPER<sup>13</sup>, consideram que nas relações interpessoais um terço do significado das mensagens é transmitido pela comunicação verbal e dois terços pela comunicação não verbal. DAVIS<sup>15</sup> chega a afirmar que 55 a 65% das mensagens recebidas provêm da comunicação não verbal, pois apesar de uma pessoa ser capaz de falar aproximadamente 150 palavras por minuto, o cérebro é capaz de processar maior número de informações nesse período.

ARGYLE<sup>2</sup> afirma que a linguagem é desnecessária para transmitir atitudes e emoções, que ela deve ter-se desenvolvido para outros fins, provavelmente como forma de se referir a acontecimentos distantes e a objetos ausentes. Segundo esse autor, a percepção da atitude de uma pessoa seria influenciada pelo conteúdo verbal (7%), pelo tom de voz (38%) e pela expressão corporal (55%).

A comunicação não verbal utiliza três espécies de suportes: o **corpo** (nas suas qualidades físicas, fisiológicas e movimentos); **os artefatos** usados pelo homem ou ligados ao meio ambiente (ambos produtos da habilidade humana que servem à comunicação); e **a disposição dos indivíduos no espaço**<sup>14,28</sup>.

Os tipos de sinais não verbais são, portanto: as ações ou movimentos corpóreos, o toque, a postura corporal, os sinais vocais, o espaço entre os comunicadores, os objetos e adornos utilizados, o tipo de corpo das pessoas envolvidas no processo de comunicação e o momento em que as palavras são ditas. Alguns autores apesar de subdividirem de maneira diferente os sinais não verbais, concordam que comunicação não verbal é tudo o que pode ter significado para o emissor ou receptor, exceto as palavras por elas mesmas. Não se pode falar em código de comunicação não verbal ainda, porque código implica em um instrumento convencional e regulador da significação, enquanto que a comunicação não verbal é um tipo de linguagem não suficientemente codificada, que manifesta todavia a relação existencial do homem com o mundo<sup>5,17,18,55,56,80</sup>.

Um aspecto importante também da comunicação não verbal é que ela não pode ser interpretada fora do contexto em que ocorreu, pois o significado da mensagem pode variar ao longo da história, das culturas humanas e do momento, sendo ambígua várias vezes<sup>4,5,12,14,16,19,30,43,51,54</sup>. Ela precisa ser estudada justamente para poder ser compreendida corretamente e permitir que

O enfermeiro efetive sua comunicação interpessoal, já que é um dos modos para se resgatar o homem como ser psico-social e psico-biológico; dimensões que não são autônomas ou excludentes, mas apenas dois modos de ser do indivíduo. O indivíduo apresenta-se psico-socialmente e psico-biologicamente ao mesmo tempo, com todas as implicações de uma estrutura que a ciência se esforça por esclarecer. Não nega, porém, que são duas modalidades de manifestação da existência humana<sup>55</sup>.

Dois pontos dificultam e devem ser lembrados no estudo da comunicação não verbal. Um deles, é o fato de só se poder tratar da comunicação não verbal através da comunicação verbal; o outro, é o risco de se cair num processo simplista de tradução automática como "tal gesto é isso", reduzindo a complexidade teórica e contextual além de comprometer a seriedade da pesquisa<sup>19</sup>.

ROSENTHAL et al<sup>52</sup>, na pesquisa já citada anteriormente, tinham como objetivo o desenvolvimento de um teste para medir a sensibilidade às pistas não verbais. Esse teste consistia em um filme sonorizado, mostrando pessoas em várias situações (tentando seduzir alguém, expressando gratidão, falando sobre a morte de um amigo, entre outras). As vozes das pessoas filmadas foram filtradas, de tal forma que não era possível entender o conteúdo do que estava sendo dito. A voz destituída de conteúdo e o filme foram apresentados, isoladamente ou combinados, para vários juízes sem nenhum treino específico nesta área. Os resultados mostraram que tanto a parte visual, como a sonora do filme transmitiram informações que eram julgadas **fidedignas** e válidas por estes juízes. No entanto, a região facial da pessoa gravada fornecia mais informações do que o corpo e este mais do que a voz, nas proporções respectivas de 4:2:1.

Dentre as poucas pesquisas que propõem programas de treinamento sobre comunicação não verbal, pode-se citar a desenvolvida por



SILVA<sup>58</sup>, que teve como objetivo o estudo da fidedignidade intra-sujeito, entre grupos de sujeitos de uma mesma cultura e intercultural dos julgamentos de expressões faciais de emoções. A fidedignidade de julgamento das expressões faciais intra-sujeito, pôde ser verificada observando-se, os mesmos sujeitos, em dois momentos diferentes; a fidedignidade intercultural foi avaliada comparando-se as porcentagens de acertos obtidas pelos sujeitos, em cada tipo de emoção, relatadas por outros autores de outras culturas.

Os sujeitos utilizados por SILVA<sup>58</sup> eram estudantes universitários de duas faculdades de São Paulo, cursando Psicologia ou Letras. Esses sujeitos julgaram 54 expressões faciais de emoções publicadas, segundo seu relato, no livro de Ekman e Friesen: "Unmasking the face". A leitura deste livro pode ajudar a melhorar a capacidade para o julgamento correto das expressões faciais de emoções.

SILVA<sup>58</sup> verificou que o treinamento foi eficaz, principalmente na leitura de emoções puras (raiva, alegria, tristeza, desprezo, medo, surpresa e nojo), precisando ser aperfeiçoado para facilitar a leitura de expressões faciais neutras e expressões faciais de emoções mistas. Ele lembra porém, que se os estudos sobre comunicação não verbal já são recentes, os que buscam aperfeiçoar a capacidade de julgamento do não verbal através de treinamento, o são ainda mais; além de serem pouquíssimos.

O programa de Ekman e Friesen citado anteriormente, assim como o de Izard e Dougherty, também citado no trabalho de SILVA<sup>58</sup>, são as tentativas mais recentes nesse sentido. Uma grande dificuldade que permeia estes estudos, sobre as características dos juízes com diferentes graus de sensibilidade para a comunicação não verbal, é que em geral eles são estudos correlacionados. Assim sendo, não é possível dizer o que causa a diferença na sensibilidade. O fato, por exemplo, de estes estudos mostrarem que as mulheres são ligeiramente mais sensíveis do que os homens não autoriza a afirmação de

que somente a diferença de gênero seja a responsável pelas diferenças na sensibilidade. Embora esta possa ser a causa, este tipo de estudo não descarta a possibilidade de que a variável causadora da diferença seja outra, como as diferenças na educação de homens e mulheres<sup>58</sup>.

É importante observar que podem haver diferenças entre os testes de eficácia que utilizam fotografias e diapositivos, testes que utilizam vídeos e filmes para a decodificação de sinais não verbais, ou mesmo julgamento *in vivo* de tais sinais. A técnica mais utilizada nas poucas experiências existentes de julgamento de percepção de sinais não verbais é a fotografia. Ela é menos dispendiosa que os vídeos, mas é com estes que se obtém informações a respeito de estágios percorridos pela expressão facial, por exemplo<sup>58</sup>. Ou seja, o vídeo apresenta informações temporais que expõem as seqüências de momentos que constituem as expressões naturais de emoções. Autores comprovam que a veracidade dos sinais não verbais detectados é analisada em função do contexto e do momento em que ocorreu o sinal<sup>4,5,16,18,19,28,43</sup>.

A maior objeção quanto ao uso de fotografia para o treinamento da decodificação do não verbal e, conseqüentemente das emoções humanas, está relacionada com a omissão, inerente a esta técnica, das informações temporais e mutacionais das expressões mencionadas. Esta omissão dá margem ao questionamento sobre a relevância dos resultados experimentais obtidos com fotografias para a compreensão das expressões "reais" de emoções<sup>58</sup>.

Estes estudos, apesar de não serem específicos da área de enfermagem, têm grande utilidade para os profissionais de saúde de uma maneira geral, que podem utilizar seus resultados para melhor efetivarem seus relacionamentos interpessoais. A pesquisadora considera que todos os estudos sobre relacionamento interpessoal podem e devem ser utilizados pelos

enfermeiros, se eles permitem uma aplicação direta dos seus resultados; ou, se não permitem uma aplicação direta, são igualmente importantes porque suscitam dúvidas que podem servir de guias para estudos nessa área específica<sup>64</sup>.

Na área de saúde, por exemplo, tem-se o trabalho de LYNCH<sup>41</sup> afirmando que quanto mais traumático for o meio ambiente de um paciente, mais ele precisa ser tocado. Ele estudou o ritmo cardíaco de pacientes em unidades de recuperação cardíaca e choque, antes e após interações com familiares, enfermeiros e médicos. Verificou que em pacientes cardíacos, o toque sempre provoca uma alteração no ritmo cardíaco, e que este ritmo, poderia ser diminuído com o simples ato de a enfermeira ficar segurando-lhes a mão.

Na enfermagem internacional existe um trabalho de VOLTHERMS<sup>79</sup>, lembrando que o toque do enfermeiro no paciente pode ser **afetivo**, transmitindo-lhe conforto, simpatia e aceitação e, ainda, que é bastante apropriado utilizar esse tipo de toque afetivo em pacientes que estão com dor, medo ou sentindo-se sozinhos.

McCORKLE<sup>42</sup> após pesquisar as expressões faciais de pacientes gravemente enfermos, constatou que é encontrado um maior número de expressões faciais positivas nos que são "tocados" pelas enfermeiras, do que nos que não o são (mesmo havendo verbalizações nos dois grupos).

BRADLEY; EDINBERG<sup>8</sup> no capítulo 4 do seu livro, intitulado "Therapeutic use of self, trust and empathy", sugerem sinais não verbais que demonstram empatia e auxiliam no desenvolvimento da confiança na relação enfermeiro-paciente. Entre eles, as autoras referem o sorriso, o contato com os olhos, meneios positivos da cabeça, quando adequados e a suavidade na voz.

Na enfermagem nacional, por exemplo, há dois trabalhos desenvolvidos por CARVALHO<sup>10,11</sup>, nos quais estuda a intrusão física e visual no espaço pessoal do paciente hospitalizado e sua necessidade territorial. A autora define e explica as diferenças entre espaço pessoal e território, demonstrando, entre outros dados, que a escolaridade e a faixa etária foram as únicas variáveis ligadas ao paciente que influenciaram no nível de atendimento da necessidade territorial e na extensão do território desejado, respectivamente.

A necessidade de treinamento dos enfermeiros para a leitura da comunicação não verbal na relação com os pacientes, como uma forma de facilitar a relação interpessoal e a compreensão do mesmo, enquanto ser bio-psico-social concomitante e simultaneamente, fez com que a autora do presente estudo aceitasse o desafio desta pesquisa. Mesmo sabendo das falhas que poderiam ocorrer no transcorrer do processo de coleta de dados, de interpretação dos mesmos, e estando sujeita às mudanças institucionais (rotatividade de pessoal, mudança de turnos, entre outras), a pesquisadora se alicerçou no fato de que o indivíduo motivado é capaz de melhorar seu desempenho e, após verificar que sua atuação pode ser melhorada, investe nisso, mesmo que para melhorar seu desempenho tenha que alterar vários aspectos do seu próprio comportamento<sup>24,26,27,48,66</sup>.

Ao aceitar a premissa que **enfermagem é um processo interpessoal**<sup>47,65,72</sup>, a pesquisadora assumiu o compromisso consigo mesma de desenvolver novas pesquisas sobre comunicação, na esperança de que estas possam contribuir efetivamente para solidificar cada vez mais o conhecimento da enfermagem. Citando o filósofo Ludvig Wittgenstein "não podemos pensar o que não conhecemos, por isso também não podemos dizer o que não podemos pensar". O enfermeiro não pode negar ou ignorar essa dimensão humana — o não verbal — no desempenho de suas atividades. Ele precisa "pensar" a comunicação não verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para

entender o seu próprio comportamento e o do paciente. É percebendo o não verbal conscientemente que ele poderá compreendê-lo corretamente<sup>17,23,34,40,52</sup>.

PELÁ et al<sup>46</sup> mostram que 20% (18) dos trabalhos científicos de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP são na linha educativa, sendo que destes 20%, apenas 11% (2) se referem à educação da equipe de enfermagem. As autoras consideram ser necessário que as propostas educativas feitas nos trabalhos sejam implementadas e avaliadas, para que possam modificar realmente a prática existente. Mencionam que, somente desta forma, os futuros trabalhos no campo de educação em saúde passarão de diagnósticos das necessidades de informação para análise das mudanças ocorridas na clientela após implementação do processo ensino-aprendizagem.

Sabe-se, também, que a educação continuada é a principal maneira que os membros da equipe de enfermagem de um hospital têm para se manterem atualizados e competentes na sua prática. Com as mudanças tecnológicas e científicas acontecendo rapidamente, cada vez mais se torna importante a discussão de métodos e programas nesta área<sup>33,35,66</sup>. Porém, os programas devem ser construídos a partir de necessidades reais sentidas pelos enfermeiros, para que possam mudar e gerar mudança de comportamento e atingirem, também, os objetivos da instituição<sup>3,33,44,66</sup>.

Construir e validar o programa sobre comunicação não verbal a partir dos componentes propostos pela pesquisadora, em sua dissertação de mestrado<sup>60</sup>, na mesma instituição de saúde onde foi realizado o estudo anterior, tornou-se um desafio. Desafio este aceito por acreditar na importância do assunto, por verificar sua real necessidade junto aos enfermeiros e por saber que iria atingir uma população já atuante na prática assistencial da enfermagem, que interage no dia-a-dia com pacientes e exerce papel educativo.

Esta instituição de saúde é um hospital de ensino, onde os enfermeiros exercem o papel de educador também junto aos alunos de faculdades de enfermagem. Como educadores, seu instrumento de trabalho é a comunicação<sup>49,65</sup>.

Preparar um programa que possa ser utilizado sempre que enfermeiros forem admitidos na instituição, por ser viável na estrutura do serviço, e verificar sua validade educativa em dois momentos, para melhor conferir se os objetivos cognitivos e afetivos (descritos no início do programa) foram atingidos, também é um desafio. Tal programa passaria a fazer parte de uma Unidade de Relacionamento Interpessoal que já existe na instituição, para todos os funcionários recém-admitidos, mas que não inclui a comunicação não verbal. Ao implementar e avaliar essa proposta de programa, espera-se contribuir para aperfeiçoar a prática assistencial de enfermagem existente.

Não se espera, com este estudo, verificar se a taxa de retornos ao hospital, por má orientação, diminui, mas sim verificar se a implementação do referido programa altera o índice de percepção dos enfermeiros sobre a comunicação não verbal dos pacientes. Por limitações do campo (falta de estrutura para filmagens) e da pesquisadora (impossibilidade de registro simultâneo de sinais não verbais do enfermeiro e do paciente) não será observado concomitantemente a comunicação não verbal do enfermeiro durante a consulta de enfermagem, mas também este estudo não é visto como "ponto final" de um trabalho, e sim como mais um passo nesse universo chamado comunicação não verbal.

## OBJETIVOS DA PESQUISA

Diante da problemática exposta, julga-se importante a construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal que possa ser utilizado pelo setor de Educação Continuada da instituição, após ser implementado e avaliado, junto inclusive à população estudada na pesquisa anterior<sup>60</sup>, que será chamada neste estudo de Grupo de Referência (GR), e se mostrou sensível à necessidade do programa. Os objetivos centrais deste estudo são, portanto, **elaborar e testar um programa sobre comunicação não verbal que possa ser utilizado em projetos de educação continuada para enfermeiros, na instituição campo de pesquisa**; e, os objetivos específicos são:

- verificar o índice de assimilação das informações contidas no programa educativo aplicado, junto aos participantes; e
- avaliar o índice de percepção da comunicação não verbal dos pacientes, pelos enfermeiros, nas consultas de enfermagem, após aplicação do programa educativo.

## 1.2 Quadro teórico de referência da pesquisa

A visão de mundo de cada pessoa, de cada investigador-pesquisador, reflete-se no modo de conduzir o processo da investigação científica; mas, deve-se estar atento para não escamotear a realidade dos fatos, em consequência das simpatias ou antipatias pessoais do pesquisador. Por outro lado, o processo da investigação científica está mediado por condições sociais, institucionais e científicas que determinam a sua produção.

Considera-se importante destacar que o processo de produção de conhecimento, é ao mesmo tempo um fato humano, histórico e social, devendo o pesquisador esforçar-se para encontrar a realidade — mesmo que parcial e limitada — mas, tendo como meta integrar o fenômeno que está sendo estudado à sua localização histórica. A realidade é construída a partir da própria práxis<sup>39</sup>.

Com esta compreensão é que a pesquisadora selecionou os autores que referendam os vários aspectos envolvidos com o problema em questão; aspectos relacionados à fase da construção de um programa sobre comunicação não verbal, a sua aplicação em uma instituição de saúde e, a maneira de avaliar o programa proposto.

Com relação à fase da construção de um programa sobre comunicação não verbal, é bom lembrar que existem várias teorias na área da comunicação humana. A comunicação é um desses temas que, como alguns assuntos, apresenta múltiplas facetas. Uma abordagem multiteórica de comunicação respeita a integridade de vários pontos de vista, procurando contribuições daqueles que decidiram especializar-se num seu aspecto particular<sup>38</sup>.



A comunicação é um processo complexo e como tal, torna-se impossível descobrir-lhe a teoria final e verdadeira. Teorias são interpretações da realidade, portanto é importante lembrar que o modo como o teórico estrutura a realidade, não é a realidade; existem inúmeras maneiras de se conceber a mesma experiência sensorial<sup>39</sup>.

Comunicação envolve uma gama de fenômenos; contém elementos psicológicos e sociais que ocorrem dentro e entre pessoas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa. Os comunicadores, em todos esses níveis, manipulam signos e desse modo afetam a si mesmos e afetam outros. Nas relações interpessoais as pessoas sempre se apoiam em signos não verbais como um aspecto a ser analisado para a compreensão da realidade que as cerca<sup>38,55</sup>.

A codificação do não verbal é um processo inacabado e complexo de uso de sistemas de signos em interação. Envolve aspectos das relações interpessoais bastante ligados à emoção e motivação dos comunicadores.

A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face-a-face. Dentre os aspectos envolvidos nesse processo, é importante ressaltar que, nesse nível, estão contidas tentativas de compreensão do outro comunicador e de suscitação da compreensão por parte do outro. Está imbricado nesse processo a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos (e o conflito pode ser intensificado ou reduzido através da comunicação) e de persuasão (possibilidade de indução de mudanças de valores e comportamentos através da comunicação)<sup>29,55</sup>.

Considera-se, então, pertinente após essas colocações, fazer um pequeno resumo dos posicionamentos de alguns estudiosos que foram utilizados para o desenvolvimento deste trabalho, antes de conceituar-se o que,

neste estudo, será entendido como comunicação, comunicação não verbal, aprendizagem e educação continuada — conceitos básicos neste texto.

### 1.2.1 A Janela de Johari

Pode-se começar com o modelo de interação humana desenvolvido por LUFT; INGHAM<sup>40</sup> denominado por eles de "A Janela de Johari", que explica a complexidade da personalidade humana, especialmente em suas relações com os outros. O modelo proposto por eles, apresentado a seguir, contém quatro quadrantes mostrando o processo de percepção de um indivíduo em relação a si mesmo e aos outros.

#### ESQUEMA 1 - A JANELA DE JOHARI

	Conhecido pelo eu	Não Conhecido pelo eu
Conhecido dos outros	I EU aberto	II EU cego
Desconhecido dos outros	III EU secreto	IV EU desconhecido

O quadrante I (o EU aberto) constitui o comportamento conhecido por nós e por qualquer um que nos observe; o quadrante II (o EU cego) é conhecido dos outros, mas não do eu (por exemplo, alguma manifestação de ansiedade, nosso comportamento sob tensão, nossas reações agressivas, entre outros); o quadrante III (o EU secreto) representa as coisas

sobre nós mesmos que conhecemos, mas que escondemos dos outros (podem variar desde assuntos inconseqüentes até os de grande importância para a própria pessoa); e, o quadrante IV (o EU desconhecido) inclui coisas das quais não estamos cômscios e das quais nem os outros o estão (memórias de infância, potencialidades latentes e aspectos desconhecidos da dinâmica intrapessoal).

É nos quadrantes II e III que algumas modificações podem ser conseguidas quando indivíduos trabalham juntos, com propósito de cooperação. Algumas coisas do quadrante IV podem vir a se tornar conscientes a partir de respostas recebidas que possam provocar o aprofundamento do autoconhecimento e provocar sua conseqüente diminuição.

É importante frisar que qualquer mudança em um dos quadrantes provoca modificações em todos os demais. A confiança no outro com quem se está interagindo, provoca um aumento no quadrante I, enquanto que a insegurança tende a diminuir a lucidez do indivíduo e provocar um aumento do quadrante III.

Esse modelo proposto por LUFT; INGHAM<sup>40</sup> baseia-se em alguns pressupostos sobre o comportamento humano, expostos a seguir: o comportamento deve ser abordado de um modo holístico; a análise do comportamento deve ser contextual; o que está acontecendo a uma pessoa é melhor entendido subjetivamente, em termos das percepções e dos sentimentos do indivíduo; o comportamento é primordialmente emocional, não racional; a tendência da pessoa é não ter clara todas as fontes do seu próprio comportamento.

Os autores consideram que os processos principais que regulam o fluxo interpessoal eu-outros, determinando o tamanho e o formato de cada quadrante do esquema da Janela de Johari são a busca de *feedback* e a

auto-exposição. *Feedback* consiste em solicitar e receber respostas dos outros em termos verbais ou não verbais, para conhecer como seu comportamento está afetando os outros; e, a auto-exposição consiste em dar *feedback* aos outros, revelando seus próprios pensamentos, percepções e sentimentos de como o comportamento dos outros o está afetando. Quando estes dois processos ocorrem de forma equilibrada há o desenvolvimento individual e da competência interpessoal.

A Janela de Johari chama a atenção para aspectos conhecidos da pessoa e os que estão fora de sua percepção consciente. O importante, do ponto de vista da comunicação, é que enfatiza as mudanças de percepção consciente que ocorrem com o passar do tempo. O quadrante I, deve aumentar de tamanho se a comunicação for adequada, provocando a diminuição do tamanho dos demais quadrantes.

Apesar da esquematização de LUFT; INGHAM<sup>40</sup> ter sido apresentada no início da década de 60, pode-se observar que DAY<sup>17</sup>, mais recentemente, apresenta no seu livro "Psicologia da percepção" uma compreensão de percepção da realidade pelas pessoas, que corrobora a esquematização desses autores.

### 1.2.2 Teoria Cinésica

BIRDWHISTELL<sup>4</sup> é o inventor do neologismo cinésica, sendo considerado o pioneiro nesta área. Usou a linguística como modelo para sua obra onde estudou os sinais do corpo a partir de uma estruturação semelhante à usada para a compreensão da fala humana (a estrutura cinésica é paralela à estrutura da linguagem).

O autor verificou que existem comportamentos corporais que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas, como palavras, que se combinam em trechos muito mais extensos de comportamento estruturado, como parágrafos<sup>4</sup>.

Entre os pressupostos básicos nos quais baseou sua teoria, considera-se importante ressaltar que nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta; tal como outros aspectos do comportamento humano, a postura corporal, o movimento e a expressão facial são padronizados e, por conseqüência, sujeitos à análise sistemática; embora sejam reconhecidas as possíveis limitações impostas por substratos biológicos particulares, até que seja demonstrado o contrário, o movimento corporal sistemático das pessoas de uma comunidade é considerado uma função do sistema social a que o grupo pertence; a atividade corporal visível, assim como a atividade fonética audível, influencia o comportamento de outros membros de qualquer grupo.

Além dessas idéias centrais, BIRDWHISTELL<sup>4</sup> afirma que a comunicação faz uso de todos os canais sensoriais humanos e que, embora seja importante desenvolver métodos para estudar cada canal, o pesquisador deve estar sempre atento ao todo.

A partir desta compreensão dos sinais não verbais desenvolvida por BIRDWHISTELL<sup>4</sup>, a linguagem do corpo foi melhor entendida e, dentre os mais de 500 estudos citados por DAVIS<sup>16</sup>, KNAPP<sup>34</sup>, MORRIS<sup>43</sup> e PEASE<sup>45</sup>, a maioria na área da antropologia ou psicologia, muitos são sobre a cinésica.

### 1.2.3 Teoria Proxêmica

HALL<sup>30</sup> é o pioneiro no estudo da proxêmica, assim como BIRDWHISTELL<sup>4</sup> o é da cinésica. Ele também afirma que a comunicação é um processo de múltiplos canais e que sofre influência direta da cultura do indivíduo. Em diferentes culturas, diferentes modalidades sensoriais adquirem mais importância do que outras.

HALL<sup>30</sup> afirma que existe uma relação entre o uso dos sentidos na interação e as distâncias interpessoais. Também afirma que outra razão pela qual as relações proxêmicas variam entre culturas envolve a definição do eu. Por essas razões, as pessoas de determinada cultura estruturam seu espaço de várias maneiras.

Proxêmica é, portanto, um neologismo criado por ele, para designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico. HALL<sup>30</sup> definiu oito fatores possíveis de serem estudados na análise proxêmica de uma interação: fatores de postura-sexo (sexo dos participantes e posturas básicas); eixo sociófugo-sociópeto (refere-se ao ângulo formado pelos ombros em relação a outra pessoa); fatores cinestésicos (proximidade dos indivíduos em termos de possibilidade de contato físico); comportamento de contato (modalidades do tocar no outro); código visual (modo do contato através da visão); código térmico (envolve o calor percebido do outro); e, o volume de voz (volume e intensidade da fala).

Nessa compreensão teórica, o homem e suas extensões (os espaços ao seu redor) não constituem senão um único e mesmo sistema. É um erro tratar o homem à parte, como se ele constituísse uma realidade distinta de sua habitação, local onde se encontra, ou mesmo de sua linguagem. Deve-se

aprender a decifrar as mensagens "silenciosas" (não verbais) com tanta facilidade como as comunicações escritas ou faladas.

A pesquisadora publicou em 1991 um estudo analisando alguns dos fatores citados por HALL<sup>30</sup> como componentes da análise da comunicação proxêmica de uma interação. A publicação relata as observações feitas durante as consultas de enfermagem de adultos quanto ao momento e local em que houve o toque entre o enfermeiro e o paciente, a distância interpessoal mantida entre eles durante a consulta, e tece comentários sobre o significado desses sinais não verbais na interação interpessoal<sup>63</sup>.

#### 1.2.4 Outros referenciais teóricos na leitura do não verbal

Para compreender os sinais paraverbais da fala dos pacientes e ter o respaldo teórico necessário para classificá-los como sinais que demonstrassem emoções (surpresa, medo, dúvida, entre outros), foi utilizado o livro "Os elementos não verbais da conversação" de STEINBERG<sup>74</sup>. Ela estudou os elementos não verbais que acompanham a fala numa interação face-a-face, demonstrando que além da emoção, por meio da paralinguagem se pode apontar até o nível social do falante.

Para a classificação dos sinais não verbais de uma maneira geral, a pesquisadora utilizou o mesmo referencial desenvolvido no seu trabalho de mestrado<sup>60</sup>. Quando se tratou especificamente da decodificação dos sentimentos percebidos, foi utilizado também outro estudo<sup>62</sup> da pesquisadora, atualizando-se o levantamento feito em 1989.

O programa, desenvolvido a partir do conjunto dos autores citados que compõem o referencial teórico deste estudo, seus objetivos, conteúdo programático e bibliografia recomendada são apresentados no

ANEXO I. Sua elaboração seguiu as recomendações de BLOOM<sup>6</sup> (para a formulação de objetivos) e de ENRICONE et al<sup>21</sup>.

A idéia foi utilizar referencial teórico que permitisse desenvolver um conteúdo programático de maneira a relembrar rapidamente o todo do relacionamento interpessoal (o processo geral de comunicação, comunicação como processo e instrumento de trabalho), a análise de todos os elementos integrantes da comunicação não verbal que pudessem ser reconhecidos mais facilmente pelos enfermeiros e que pudessem atuar como fator motivante na alteração do seu comportamento, e a volta ao todo através da sumarização do discutido no transcorrer do programa.

ENRICONE et al<sup>21</sup> afirmam que para o preparo de um programa educativo é necessário um conhecimento completo da linha filosófica que orienta a instituição, as características da clientela para a qual se destina o curso, por serem alguns dos fatores que influem diretamente na elaboração de um plano de curso. Apesar de ser um texto sobre planejamento e avaliação do ensino, suas idéias são pertinentes com o referencial teórico de aprendizagem adotado pela pesquisadora.

Na compreensão do que é aprendizagem e como esta poderia ser verificada, foram utilizados, como referencial, os livros-textos de GAGNÉ<sup>26,27</sup>.

### **1.2.5 O Processo de aprendizagem segundo Gagné**

Aprendizagem é um processo que torna alguns organismos vivos capazes de modificar seu comportamento de maneira relativamente rápida, de uma forma mais ou menos permanente, de tal modo que não tenha que ocorrer freqüentemente, em cada nova situação. Um observador externo pode reconhecer que houve aprendizagem quando percebe a ocorrência da



mudança comportamental e também a **permanência** desta mudança. O autor faz uma diferenciação entre aprendizagem e maturação que define como mudanças resultantes do desenvolvimento de estruturas internas no indivíduo.

O processo de aprendizagem, segundo GAGNÉ<sup>26,27</sup>, ocorre da seguinte forma: a estimulação proveniente do ambiente do aprendiz afeta seus receptores e penetra no sistema nervoso, através de um registrador sensorial. Esta é a estrutura responsável pela recepção inicial de objetos e eventos que o aprendiz vê, ouve ou sente. A informação é detectada no registrador sensorial e ao entrar na memória de breve duração a informação é novamente codificada, desta vez de uma forma conceptual. A permanência na memória de breve duração é relativamente curta e se houver, futuramente, necessidade de se acionar ou lembrar a informação, ela é de novo transformada e passa a se integrar à memória de longa duração, onde é armazenada para posterior rememoração.

Afirma ainda GAGNÉ<sup>26,27</sup> que na maioria das teorias se admite que o armazenamento da informação na memória de longa duração é permanente, e que fracassos posteriores em lembrá-la resultam de dificuldades em "encontrar" a informação. Ressalta que é importante notar que tanto a memória de breve como a de longa duração podem não ser, na realidade, estruturas diferentes, mas podem ser apenas diferenças no modo de funcionamento de uma mesma estrutura.

A informação proveniente tanto da memória de breve duração quanto da memória de longa duração passa para um gerador de resposta, que tem a função de transformar a informação em ação. A mensagem neural proveniente desta estrutura, ativa os executores (músculos), produzindo um desempenho que afeta o ambiente do aprendiz. Esta ação capacita o

observador externo a notar se a estimulação teve o efeito esperado, ou seja, se a informação foi processada e se a pessoa aprendeu, de fato.

O autor diz que mesmo que os processos de aprendizagem não sejam diretamente observáveis eles podem, no entanto, estar sujeitos a influências do ambiente do aprendiz. Isto é, uma "situação de aprendizagem" significa na prática, a organização, pelo professor, de determinados fatores externos que influenciam os processos de aprendizagem. Assim, determinados fatos podem ser produzidos de tal forma que afetam a **motivação** do estudante ou sua **atenção** — o estabelecimento da motivação é uma fase preparatória para o ato de aprendizagem.

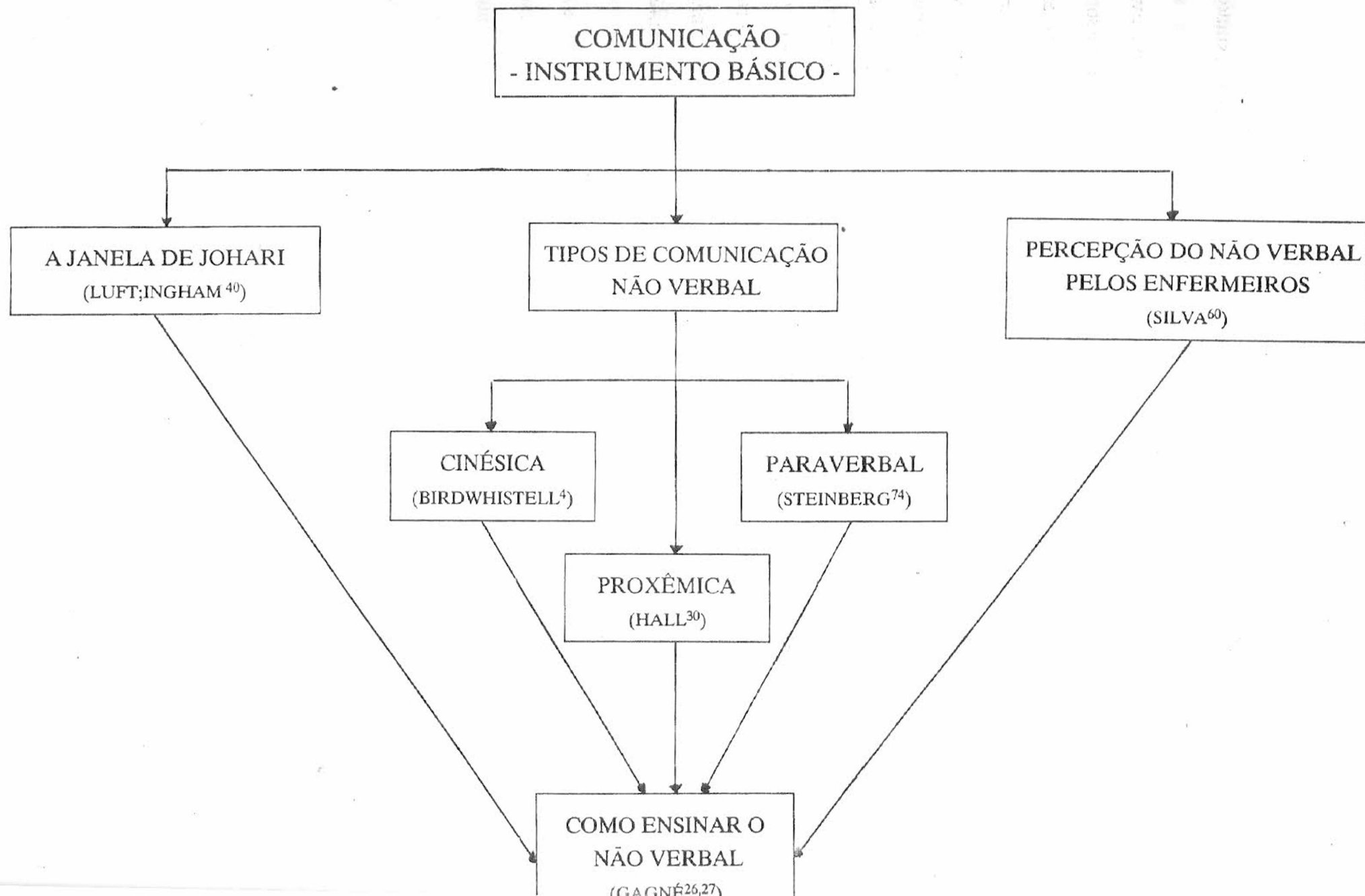
GAGNÉ<sup>26,27</sup> afirma que a aprendizagem de fatos envolve um processo de organização desses fatos. Para serem aprendidos mais efetivamente, fatos isolados precisam ser "subordinados" num contexto mais amplo. Obviamente, a existência de tal processo de "subordinação" do conhecimento, bem como suas propriedades, precisa ser inferida de uma grande variedade de estudos. Lembra, também, que raramente a realização de inferências sobre o processo de aprendizagem pode ser feita a partir dos resultados de um único estudo, mesmo que este tenha sua confiabilidade assegurada.

O autor apresenta em cinco categorias a capacidade de aprendizado do ser humano: informação verbal, habilidade intelectual, estratégias cognitivas, atitudes e habilidades motoras. Afirma ainda que esta categorização não envolve ordem determinada de complexidade ou importância.

A verificação do índice de apreensão das informações contidas no programa educativo sobre comunicação não verbal aplicado, e sua capacidade de provocar mudanças, foi feita em dois momentos, como se verá mais adiante, na descrição da coleta de dados, baseada no referencial teórico utilizado. É necessário existir uma coerência na maneira de compreender o aluno e o processo de aprendizagem, e entre o planejamento e a avaliação de um programa.

É importante registrar que a necessidade desta abordagem de comunicação não verbal para enfermeiros da instituição, campo da pesquisa, é validada também pelo fato de o estudo, feito anteriormente pela autora<sup>60</sup>, comprovar o baixo índice de percepção apresentado pelos enfermeiros em relação aos sinais não verbais dos pacientes.

A seguir será feita uma síntese, através do Esquema 2, do desenvolvimento lógico feito pela pesquisadora do conjunto das teorias utilizadas. Considera-se importante frisar, que são alguns recortes possíveis que não têm a pretensão de estabelecer a compreensão do processo de ensinar o não verbal, mas sim demonstrar mais uma possibilidade de leitura do assunto.



Diante do exposto, ter-se-á como base neste estudo os seguintes conceitos:

**COMUNICAÇÃO.** É vista mais enfaticamente neste estudo, como um instrumento básico de trabalho do enfermeiro, num processo que envolve a emissão e a recepção de mensagens verbais e não verbais entre enfermeiro e paciente, e que direciona a compreensão que o enfermeiro tem do paciente e o encaminhamento que ele dá aos seus problemas e necessidades.

**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL.** É a forma de comunicação que não envolve a palavra expressa e que influencia a relação enfermeiro-paciente, inclusive para a compreensão do próprio paciente, dos seus sentimentos, e de sua aceitação às orientações recebidas. Excluiu-se, neste estudo, do âmbito da comunicação não verbal, os códigos de natureza pictural, conscientemente elaborados, que se ocupam da comunicação prática (sinais de trânsito, por exemplo) ou da comunicação artística (pintura, música, coreografia, entre outros).

**APRENDIZAGEM.** É essencialmente um processo de conhecimento e de conscientização. Compreende-se a realidade em que se vive, para poder atuar sobre ela e decidir, inclusive, sobre como agir na relação com outras pessoas. Implica em formulação de conceitos e atitudes pertinentes.

**EDUCAÇÃO CONTINUADA.** É um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento de funcionários, com a finalidade de ajudá-los a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida profissional e pessoal, objetivando também a manutenção ou melhora da qualidade assistencial prestada na instituição.

### 1.3 Hipóteses do estudo

1. Com a aplicação do programa proposto sobre comunicação não verbal aos enfermeiros da instituição, campo de pesquisa, a percepção da comunicação não verbal emitida pelos pacientes tende a aumentar, no Grupo de Referência<sup>60</sup>.

Esta afirmação pode ser feita quando se parte da premissa que o baixo índice de percepção da comunicação não verbal pelos enfermeiros ocorre em função do desconhecimento dos sinais usados para transmissão das mensagens não verbais, ou seja, em função do desconhecimento desse tipo de comunicação. Uma vez que os enfermeiros passem a conhecer esses sinais, e que o programa se mostre eficaz, a chance de falhas nas interações feitas durante as consultas de enfermagem diminui, pois o enfermeiro passará a compreender mais corretamente as mensagens emitidas por eles.

Se houve interesse por parte dos enfermeiros em continuar os estudos sobre o assunto, após aplicação do programa, se algum deles leu algo mais do que foi exposto, e se, caso isso tenha acontecido, exista uma diferença de percepção com relação aos demais, é possível a formulação de uma outra hipótese secundária, apresentada a seguir.

- 1.1 Os enfermeiros que continuam lendo sobre a comunicação não verbal tendem a apresentar um maior índice de percepção das mensagens não verbais dos pacientes.

2. Os enfermeiros tendem a apresentar um índice elevado de percepção dos sinais não verbais na prática simulada (filme), quando se pretende verificar a apreensão imediata do programa, mas **continuam com um baixo índice** de percepção da comunicação não verbal emitida pelos pacientes durante as consultas de enfermagem.

Esta hipótese permite a análise de alguns aspectos sobre a implantação de um programa de ensino sobre comunicação não verbal. Será que o tempo proposto para a apresentação do conteúdo, as estratégias utilizadas em aula e o fato de haver uma exposição teórica sobre o assunto é suficiente para que a percepção dos sinais não verbais seja aguçada na sua relação com os pacientes? Acredita-se que a teoria de aprendizagem e as teorias de comunicação não verbal usadas<sup>4,21,26,43,66</sup> respaldem o conteúdo e a forma de apresentação do programa, mas se for constatada uma aprendizagem teórica imediatamente após a aplicação do mesmo, e não houver uma diferença no índice de percepção dos sinais não verbais no atendimento aos pacientes, pode-se pensar na ineficácia do programa proposto.

- 2.1 Os enfermeiros tendem a ser capazes de responder de maneira correta às **perguntas objetivas** existentes no questionário que revela a apreensão do programa educativo.

Pode-se supor que os conceitos teóricos genéricos sejam mais rapidamente aprendidos do que a capacidade de "transportar" esses conceitos e elaborações para uma situação prática, onde o aluno precisa não só conhecer a teoria, mas adquirir experiência com sua aplicação. A teoria de aprendizagem seguida pela pesquisadora deverá fornecer melhores subsídios para esta análise.

---

---

## MÉTODO

---

---



---

## 2. MÉTODO

---

Esta segunda etapa da investigação, segundo LOPES<sup>39</sup>, está relacionada à observação do objeto selecionado para o estudo, cuja finalidade é a reconstrução empírica da realidade, através da coleta e reunião de evidências concretas capazes de reproduzir o fenômeno em estudo. Para tal, discutem-se os procedimentos de determinação da população e as técnicas de coleta de informações.

### 2.1 Local de Estudo

Este estudo foi desenvolvido na mesma instituição onde foi detectada a necessidade de um programa de educação continuada para os enfermeiros, sobre o tema "comunicação não verbal"<sup>60</sup>.

É um hospital geral, governamental, de aproximadamente 250 leitos.

Além de ser um hospital público, que atende a uma população carente, é campo de estágio para várias escolas de enfermagem e de outras profissões da esfera da saúde. Tem um importante papel formador de recursos humanos para a área da saúde, há a preocupação com a reciclagem técnica de seu pessoal e programas de educação continuada são desenvolvidos na área da enfermagem. A implantação de um programa sobre comunicação não verbal nesta instituição favorece também a sensibilização da comunidade acadêmica a respeito deste assunto.

## 2.2 População

A população deste estudo foi do tipo intencional, constituída de enfermeiros, da Clínica Cirúrgica e de enfermeiros da Clínica Médica, que atenderam pacientes adultos por ocasião de sua consulta de enfermagem no ambulatório da instituição, campo de pesquisa, durante um período de 6 meses.

Existem enfermeiros que participaram da pesquisa anterior (Grupo de Referência)<sup>60</sup> e enfermeiros que apesar de assistirem ao programa de treinamento, não foram observados anteriormente. Isto se deveu ao fato de existirem enfermeiros que atendem consultas de enfermagem na instituição, mas que foram admitidos após a observação feita pela pesquisadora em final de 1989.

A pesquisadora considerou que não seria justificável treinar apenas parte do grupo que atende a população, já que as conseqüências do não treinamento seriam imediatas, ou seja, desinformação entre o grupo de enfermeiros<sup>66</sup>.

Não estiveram presentes na fase de coleta de dados deste trabalho todas as enfermeiras que foram observadas anteriormente, no chamado Grupo de Referência, porque algumas pediram demissão da instituição. A rotatividade de uma instituição não pode ser alterada em função de qualquer que seja a pesquisa. Pesquisas que acontecem no campo, estão sujeitas às modificações do próprio campo.

O período de 6 meses deveu-se ao fato de que, nesse período, 100% dos enfermeiros das duas clínicas haviam feito consulta de enfermagem, após a implementação do programa, permitindo então, abranger a totalidade da população no estudo.

Manteve-se como unidade de pesquisa<sup>39</sup> enfermeiros das clínicas Médica e Cirúrgica, que são as que atendem pacientes adultos em consulta de enfermagem. O motivo da escolha dessas clínicas deveu-se justamente ao fato de o atendimento ser pessoa-a-pessoa — enfermeiro e paciente — sem haver interferência de um terceiro elemento, como ocorre na área obstétrica, onde têm-se além da mãe, o bebê, ou na área pediátrica onde têm-se que considerar a mãe e a criança.

A relação enfermeiro-paciente nas clínicas Médica e Cirúrgica normalmente não sofre a interferência de outrem, a não ser em casos excepcionais de atendimento a pessoas muito idosas. Houve somente um caso presenciado pela pesquisadora, mas os dados não foram utilizados, devido até às condições físicas da paciente, que foi encaminhada para o Pronto Atendimento. A observação da comunicação não verbal pela pesquisadora e pelo enfermeiro fica facilitada devido à diminuição de outros estímulos, como também referem BIRDHISTELL<sup>4</sup>, DAY<sup>17</sup>, EDWARDS; BRILHART<sup>18</sup>; FRIEDMAN; MILLER-HERRINGER<sup>25</sup>; LAING<sup>37</sup>, entre outros.

Foi em razão desse fator a escolha que se fez de observar consultas de enfermagem onde foram atendidos adultos e não crianças ou bebês. O objetivo foi diminuir a possibilidade de que relações paralelas (mãe/filho) estivessem ocorrendo no momento do atendimento, prejudicando a percepção e a interpretação da comunicação não verbal<sup>4,30,53,74,78</sup>.

Escolher o momento da consulta de enfermagem para a observação da relação enfermeiro-paciente, se justifica porque além de as condutas serem pré-estabelecidas para pacientes com determinadas patologias, facilitando e, de certo modo, sendo um guia para a comunicação verbal, a

relação ocorre em um ambiente fechado sem a interferência de outros profissionais da área de saúde e de outros elementos<sup>17,18,30</sup>.

Todas as consultas de enfermagem da instituição ocorrem no ambulatório, desta forma a coleta de dados se desenvolveu neste local.

### **2.3 Procedimentos e técnicas de coleta de informações**

Após obter autorização da instituição, campo deste estudo, a pesquisadora apresentou verbalmente aos enfermeiros reunidos em cada uma das unidades, a finalidade desta pesquisa, como pretendia realizá-la, o uso que seria feito dos dados e garantiu o anonimato dos participantes. Foi assegurada a liberdade de participação, uma vez que o programa não está institucionalizado e, para que o indivíduo que dele participasse estivesse motivado a fazê-lo<sup>24,26,27,48</sup>.

Foi marcada uma reunião com os enfermeiros, participantes deste estudo, de ambas as clínicas, Cirúrgica e Médica, para apresentação do programa educativo sobre comunicação não verbal.

A proposta de juntar as unidades de pesquisa<sup>39</sup>, os enfermeiros de ambas as clínicas, para a apresentação do programa, se justificou como uma tentativa de apresentar os dados teóricos da mesma maneira para todo o grupo. Os exemplos dados durante a apresentação e as dúvidas surgidas foram discutidos e esclarecidos por todos eles.

A estratégia utilizada para a exposição do programa foi aula expositiva, realizada de maneira dialogada, acompanhada de filme e retroprojeção, com o uso de pequena dramatização de uma situação criada pela população alvo<sup>18,21</sup>.

A aula expositiva foi usada por ser uma estratégia de ensino aplicável a grupos de alunos e por permitir a associação de vários recursos audio-visuais (retroprojeção, filme, dramatização), além de favorecer o diálogo. O enfermeiro foi estimulado a participar através de perguntas, comentários, exemplos, facilitando o estabelecimento da relação entre o conteúdo já existente na sua estrutura de conhecimento e o novo material que lhe estava sendo apresentado<sup>21,24,26,48</sup>.

O filme exibido teve por objetivos o treinamento dos enfermeiros no reconhecimento dos sinais não verbais em uma situação nova apresentada, reforçar o material teórico exposto, e também, avaliar a aprendizagem ocorrida<sup>21,26</sup>.

A retroprojeção, recurso disponível na instituição, foi utilizada como técnica de auxílio para favorecer a atenção do aluno durante a exposição, assim como a comunicação não verbal da própria pesquisadora — paraverbal, gestualidade, postura, distância interpessoal mantida, entre outros<sup>21,26</sup>.

Com a dramatização de uma situação, criada pelos enfermeiros presentes na exposição do conteúdo do programa, pretendeu-se auxiliá-los a fazer a relação entre o seu conhecimento prévio e o novo material apresentado, reconhecendo a capacidade de raciocínio lógico do enfermeiro e aproveitando esse conhecimento prévio como ponto de partida — a sua cultura — para o desenvolvimento de novos conhecimentos<sup>24,26,48,60</sup>.

Este programa foi desenvolvido em 210 minutos, incluindo-se um intervalo de 20 minutos, para que pudesse ser viável sua repetição pela instituição sempre que necessário e, para não dificultar a participação dos enfermeiros<sup>66</sup>.

As freqüentes mudanças tecnológicas que ocorrem na área de saúde criam, na pessoa do funcionário, necessidades de adaptação e reorientação em suas atividades, exigindo mudanças de comportamento a curto prazo para que a organização mantenha seu "tônus" de desenvolvimento. Neste aspecto, o investimento na educação continuada é considerado necessário, não um gasto, devido a seu retorno para a própria instituição<sup>35,48,65</sup>. Por outro lado, o homem está continuamente em processo educativo, na tentativa de adaptar-se às necessidades que surgem e em busca de realizar-se mais como pessoa, por descobrir-se como ser inacabado<sup>24,44,66</sup>.

Os programas precisam ser elaborados de maneira que, ao mesmo tempo que a participação dos enfermeiros seja favorecida, seja viável sua execução pela instituição.

Ao encerrar a exposição do programa foi utilizada a técnica de sumarização, quando um pequeno resumo dos principais tópicos foi apresentado. As dúvidas verbalizadas foram elucidadas durante a exposição e ao final da sumarização dos tópicos apresentados, como sugere ENRICONE<sup>21</sup>.

A população alvo recebeu, ainda, indicações bibliográficas para posterior leitura e aprofundamento do tema.

Ao final do programa a avaliação do nível de assimilação das informações apresentadas foi feita por meio de um questionário de "Verificação de Assimilação" (Anexo II), com a finalidade de se depreender se o programa atingiu o objetivo proposto<sup>21,27</sup>.

Esse questionário constou de perguntas gerais sobre o conteúdo exposto e da análise feita de um filme, com duração de 9 minutos, previamente elaborado pela pesquisadora e analisado por quatro peritos em

relação às categorias das funções da comunicação não verbal propostas por EDWARDS; BRILHART<sup>18</sup> e SILVA<sup>60</sup>. Os itens apontados pelos participantes da pesquisa foram comparados aos itens abordados pelo padrão pré-estabelecido junto aos peritos. Foram considerados peritos enfermeiros com trabalhos de pesquisa em nível de pós-graduação na área de comunicação (2 doutores e 2 mestres).

O objetivo de se comparar os itens apontados por peritos e por participantes, é tornar a identificação dos sinais não verbais, na análise do filme, mais fidedigna, pois a comunicação não verbal é mais ambígua que a verbal, e pode gerar várias interpretações<sup>4,18,53,80</sup>.

Tanto para os peritos como para os participantes o filme só foi passado uma única vez. Para eles, a leitura dos sinais não verbais apresentados no filme foi feita a partir da primeira impressão. Não seria, portanto, pertinente comparar o resultado da percepção dos enfermeiros com a percepção da pesquisadora.

Após dois meses da execução do programa, iniciou-se a observação das interações entre enfermeiro-paciente que ocorriam nas consultas de enfermagem, no ambulatório, por um período de 6 meses, como foi exposto anteriormente.

O motivo de verificar a apreensão do exposto no programa em dois momentos deveu-se ao fato do indivíduo apresentar uma memória imediata, quando se retém informações por algum tempo, e uma memória permanente, que realmente introjeta as informações, provocando mudanças comportamentais a partir de dados teóricos. A aprendizagem efetiva é aquela que provoca alterações e reflexões da prática diária<sup>3,21,26,27,48</sup>.

A observação foi feita pela própria pesquisadora, após consentimento de ambos, paciente e enfermeiro, e anotada, em impresso próprio (Anexo III), a comunicação havida. Na primeira fase da coleta de dados — quando o filme foi passado para os enfermeiros, pode-se utilizar peritos para a análise comparativa dos dados, mas na observação das consultas de enfermagem, o parâmetro de comparação foi a pesquisadora, que também estava tendo a "primeira impressão" da consulta.

Ao final das consultas, os enfermeiros preencheram o Formulário para o Enfermeiro (Anexo IV), onde descreveram os sinais não verbais percebidos por eles durante a interação. Fez-se a relação da comunicação verbal com as categorias do não verbal havido, ou seja, complemento, substituição, contradição da comunicação verbal ou demonstração de sentimentos<sup>60</sup>.

A pesquisadora também registrou se houve alguma leitura, por parte dos enfermeiros, sobre comunicação não verbal, após sua participação na primeira fase deste estudo. Ao final das consultas foi perguntado para cada enfermeiro: "Você leu algo sobre comunicação não verbal desde que o programa sobre o assunto foi ministrado? O quê?" O registro das respostas foi feito pela pesquisadora, na ordem em que foram acontecendo as consultas.

Cada enfermeiro só respondeu uma vez ao Formulário para o Enfermeiro (Anexo IV). Os impressos III e IV já haviam sido pré-testados para a pesquisa anterior<sup>60</sup>.

A presença da pesquisadora nas consultas de enfermagem foi um fator que é passível de provocar alterações nos resultados. Sabe-se, contudo, que quando o indivíduo se sente seguro no que faz, a influência de pessoas "observando" o seu fazer é menor porque ele incorpora uma maneira própria de



agir<sup>21,26,27,48</sup>. A continuidade do agir corretamente, com ou sem observadores por perto, depende mais da consciência profissional de cada um; aspecto este que não está sendo analisado neste estudo.

## 2.4 Tratamento dos dados

Foram analisados de antemão os dados do questionário de Verificação de Assimilação (Anexo II), pergunta por pergunta. A análise feita foi quantitativa com uma leitura qualitativa dos dados.

Os sinais não verbais percebidos pelos enfermeiros e pela pesquisadora nas consultas de enfermagem, foram classificados conforme as 4 categorias já citadas e detalhadas por SILVA<sup>60</sup> — complemento do verbal, contradição do verbal, substituição do verbal e demonstração dos sentimentos. As categorias foram elaboradas a partir dos estudos de BIRDWHISTELL<sup>4</sup>, EDWARDS; BRILHART<sup>18</sup>, entre outros.

Cada manifestação de comportamento do paciente que permitiu a identificação de um sinal não verbal foi relacionada com o suporte utilizado para emitir o sinal, embasada na pesquisa anterior desenvolvida pela pesquisadora<sup>60</sup>. A identificação dos sentimentos pelos sinais não verbais também foi feita a partir do levantamento bibliográfico realizado<sup>60,61</sup>.

A classificação dada pelos enfermeiros aos sinais não verbais foi analisada, assim como os suportes e sentimentos percebidos, nos mesmos parâmetros utilizados na classificação feita pela pesquisadora. Os dados obtidos foram comparados aos levantados na pesquisa anterior<sup>60</sup>, quando o programa sobre comunicação não verbal não havia sido aplicado.

A análise dos dados das consultas de enfermagem foi feita diferenciando-se o Grupo de Referência (GR) dos outros enfermeiros que não foram observados anteriormente (NGR). Apenas a apresentação dos resultados dos dados sobre os enfermeiros que informaram ter lido ou não sobre o tema após a programação (Tabela 5 e 6) não segue essa diferenciação (GR e NGR), visto que a variável a ser estudada era se a leitura ou não sobre o assunto provocava alteração na percepção de sinais não verbais.

Para a elaboração da Tabela 1, as informações foram obtidas através de um único objeto de percepção — o filme, e quatro observadores (peritos) que serviram de referência para a avaliação do desempenho dos enfermeiros na "leitura" dos sinais não verbais. Houve necessidade, então, de um teste estatístico para se trabalhar com as médias de sinais não verbais obtidas pelos peritos e pelos enfermeiros, que foram comparadas unilateralmente em cada categoria, pelo "U" de Mann-Whitney<sup>57</sup>. Neste teste foi fixado o erro de primeira espécie (erro alfa) em 5%.

Na elaboração das demais tabelas as informações foram obtidas através de dezesseis (16) consultas de enfermagem distintas, feitas por cada um dos 16 enfermeiros. Neste caso, o tratamento estatístico pode ser diferente, utilizando-se o somatório das percepções de cada enfermeiro, em cada consulta, comparando-se os resultados com o somatório das percepções da pesquisadora em cada uma dessas consultas.

---

---

## ANÁLISE DESCRITIVA E INTERPRETATIVA

---

---

---

### 3. ANÁLISE DESCRITIVA E INTERPRETATIVA

---

A descrição é a terceira etapa da investigação científica e faz o elo entre a fase de observação e a fase da interpretação. Corresponde à análise descritiva dos dados, isto é, à manipulação dos dados para realização do levantamento (estatístico, categorização, entre outros), e deve permitir encontrar campos ou áreas de sentido, bem como identificar e seleccionar fatos de significação para a análise posterior<sup>39</sup>.

Na interpretação visa-se a compreensão dos resultados da pesquisa, a comprovação ou rejeição das hipóteses e a possibilidade de generalização ou não dos resultados encontrados.

Como, neste trabalho, é seguida a proposta metodológica preconizada por LOPES<sup>39</sup>, expõe-se de maneira conjunta a análise descritiva e interpretativa, numa tentativa de integrar a pesquisa realizada e as teorias que a embasam, além de buscar facilitar a leitura dos dados detectados.

Será visto, inicialmente, o resultado da "Verificação de Assimilação" (Anexo II) aplicado aos enfermeiros após terem participado do programa. A seguir serão descritos os dados encontrados pela pesquisadora durante as observações das consultas de enfermagem, quando foi possível detectar o número de sinais não verbais percebidos pelos enfermeiros durante as mesmas, comparando-os com as observações feitas pela pesquisadora. Os sinais não verbais foram descritos em função de sua relação com a comunicação verbal (complemento, substituição, contradição e demonstração

de sentimentos), em função do suporte utilizado para expressá-los (movimento da cabeça e pescoço, dos membros superiores e mãos, postura, alterações fisiológicas, expressões faciais, entre outros) e em função do tipo de sentimento demonstrado pelo paciente através da comunicação não verbal e percebido pelos enfermeiros e pela pesquisadora<sup>4,30,60,61,74</sup>.

Esta seqüência permitirá, por fim, a análise de todas as hipóteses levantadas na primeira etapa deste estudo, na ordem em que foram formuladas, e sempre de acordo com os objetivos estabelecidos. Os objetivos são os horizontes a serem alcançados pretendidos pela pesquisadora, enquanto que as hipóteses foram surgindo na fase de elucidação conceitual do problema e da sua contextualização no quadro teórico de referência.

### **3.1 Caracterização da população**

A população deste estudo foi do tipo intencional, ou seja, foi constituída dos enfermeiros que atendiam pacientes adultos por ocasião de sua consulta de enfermagem no ambulatório da instituição, campo de pesquisa.

Em seis meses, conseguiu-se observar 100% (16) dos enfermeiros que atenderam pacientes adultos no ambulatório, em clínica médica ou cirúrgica. Desses 16 enfermeiros observados, 9 fizeram parte da pesquisa anterior e constituem o que é denominado de Grupo de Referência<sup>60</sup>; 7 deles não haviam sido examinados efetuando a consulta de enfermagem anteriormente (NGR). Foram observados apenas 9 enfermeiros do Grupo de Referência porque este foi o total de enfermeiros que havia sido observado anteriormente e que continuava na instituição.

Todos os 16 enfermeiros participaram espontaneamente da programação sobre comunicação não verbal, uma vez que esse programa ainda não é obrigatório na instituição, e aceitaram ser observados atuando em consulta de enfermagem após a mesma. A pedido da instituição, no dia da apresentação do programa, participaram também outros enfermeiros, interessados no tema, que atendiam crianças, pré-natal ou puérperas no ambulatório. Houve, portanto, mais de 16 enfermeiros em sala de aula (35 ao todo), mas os dados referentes a eles não foram coletados, uma vez que, como já foi explicado anteriormente, a observação das consultas se restringiu àquelas realizadas com adultos de clínicas médica e cirúrgica.

### **3.2 Análise dos resultados da "Verificação de Assimilação"**

Todos os enfermeiros participantes responderam, ao final do programa, o questionário de avaliação de aprendizagem imediata "Verificação de Assimilação" (Anexo II), permitindo-se então que fosse feita a tabulação de 16 questionários.

Na **primeira pergunta** na qual se questionava sobre o que é a comunicação não verbal e o valor que lhe é atribuído durante as interações, verificaram-se treze respostas corretas (81%), uma parcialmente correta e duas em branco sobre a definição; e sete corretas (44%), seis incorretas (37%) e três em branco sobre o valor que lhe é atribuído.

Pode-se observar que a porcentagem de acertos (81%) sobre o que é a comunicação não verbal é maior que o número de acertos sobre o seu valor nas interações (44%). É importante ressaltar que foram consideradas incorretas as respostas, sobre valor, quando as mesmas continham expressões

como: "é grande", "é mais da metade", "é a maior parte", por não serem respostas exatas, já que durante a exposição foi feito inclusive o uso de material audio-visual (transparência) com o valor de dois terços que é o considerado correto pela maioria dos teóricos<sup>4,5,18,30,34</sup>.

Apesar de se estar aferindo somente em nível cognitivo, a pergunta sobre o que é a comunicação não verbal é importante para que o enfermeiro possa estruturar de maneira consciente o conceito desta dimensão humana, de natureza sensorial, ainda pouco explorada, mas que propõe a relação existencial do homem com o mundo, através de dados que escapam, muitas vezes, à manipulação consciente do próprio emissor e do receptor<sup>4,14,16,30,34,38,55</sup>.

Para o profissional enfermeiro, o conhecimento da importância da mensagem não verbal é necessário para auxiliá-lo na relação interpessoal com o paciente, pois é sabido que a sua autenticidade é de tal ordem que, ocorrendo simultaneamente com a mensagem verbal, pode reforçá-la ou negá-la, em parte ou na totalidade<sup>5,15,18,20,29,56,60</sup>.

Na segunda pergunta foi solicitado aos enfermeiros que citassem seis tipos de sinais não verbais possíveis de serem detectados nas interações com os pacientes, e obteve-se 9 respostas completas (56% com seis tipos diferentes de sinais) e 7 respostas incompletas (cinco delas com 4 tipos, uma delas com 5 tipos e uma com 2 tipos). Pode-se perceber que dentre as respostas incompletas, a maioria foi capaz de citar 4 ou mais tipos de sinais.

Com essa pergunta procurou-se levar a população do estudo a refletir sobre a abrangência da comunicação não verbal. Detectando esses sinais, passa-se a reconhecer no homem a manifestação de uma linguagem que encontra duas versões: uma verbal — mais social, e outra, não verbal, que

remete à natureza biológica do homem, identificando diferentes sinais como manifestações expressivas de ordem basicamente psicológica e individual. Quanto mais tipos de sinais puderem ser percebidos e decodificados, maior a chance de uma compreensão mais correta de si e do outro, e, maior o respeito pelo indivíduo como um todo (físico, mental e emocional)<sup>18,55,56,61,78</sup>.

Dentre os tipos de sinais não verbais mais citados, encontrou-se, em ordem decrescente: a gestualidade (movimento de cabeça e de mãos e MMSS), as expressões faciais (exemplificações de como é a tristeza, dúvida, entre outros), o significado do olhar, a postura corporal, a distância interpessoal, o toque, o paraverbal e sinais fisiológicos.

No decorrer do programa foi realmente enfatizada pela pesquisadora a comunicação cinésica e a proxêmica, visto que a decodificação do paraverbal parece exigir mais tempo para o treinamento dos aprendizes da leitura consciente do não verbal<sup>20,59,74</sup>. A leitura de alguns gestos, expressões faciais e posturas corporais é aceita com maior naturalidade como sendo um código cultural aprendido informalmente pelos indivíduos de uma mesma espécie<sup>4,12,14,19,30,34</sup>. Nunca é demais salientar que apesar das singularizações individuais e culturais da comunicação não verbal, antropólogos e psicólogos sociais tem evidenciado, através de pesquisas sistemáticas, o caráter "trans-individual" e "trans-cultural" de algumas expressões e mensagens não verbais<sup>14,16,34,43,54</sup>.

GAGNÉ<sup>26,27</sup> afirma que um fator importante e influenciador da aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece; deve-se descobrir o que ele sabe para fundamentar nisso seus ensinamentos. Daí a importância de, no programa sobre comunicação não verbal, estimular para que surja à sua consciência exemplos vivenciados no dia-a-dia hospitalar; trabalhar com o Eu cego, como foi denominado por LUFT; INGHAM<sup>40</sup>.



Com a terceira pergunta verifica-se quais os fatores que, segundo os enfermeiros participantes, interferem na percepção correta da comunicação não verbal. Foi pedido que citassem 4 deles e 11 enfermeiros (68%) citaram 4; 4 citaram 3 ou 2 fatores (25%) e 1 deles deixou a pergunta sem resposta.

Com as perguntas anteriores buscou-se saber junto à população do estudo o que é a comunicação não verbal, seu valor nas interações e os tipos de sinais passíveis de serem detectados. Com a terceira pergunta, procurou-se levar à reflexão sobre a importância dos fatores que interferem na leitura correta dessa linguagem, uma vez que ela é exatamente um tipo de linguagem pouco codificada que precisa ser validada e explicada de maneira verbal para se tornar consciente e melhorar o nível do relacionamento<sup>53,55,56,80</sup>.

Na compreensão da interação humana desenvolvida por LUFT; INGHAM<sup>40</sup> é no "Eu cego" (características e comportamentos conhecidos dos outros, mas não do eu) e no "Eu secreto" (características conhecidas do eu, mas que se tenta esconder dos outros) onde se pode conseguir modificações no modo de ser dos indivíduos preocupados em manter uma interação efetiva.

Os fatores que interferem na leitura correta do não verbal mais mencionados pelos enfermeiros, em ordem decrescente de citação foram: o conhecimento dos signos, a motivação-interesse pelo tema, ruídos externos à interação, as emoções, a observação do próprio comportamento como elemento de *feedback* para o outro, estereótipos dos comunicadores, tempo de estímulo apresentado e integridade dos órgãos do sentido.

Os estudiosos do assunto referem que parece existir pessoas mais sensíveis que outras aos sinais não verbais, assim como pessoas que parecem ter uma capacidade especial para expressar seus sentimentos e atitudes de maneira não verbal. Reconhecem que muitas das condutas não verbais aprendidas, nem sempre de modo consciente, ocorrem por imitações, por retroalimentação e por verbalização dos outros<sup>14,16,34,43</sup>.

Existe, inclusive, uma pesquisa delineando características de pessoas que são boas codificadoras e decodificadoras dos sinais não verbais<sup>52</sup>. Conforme já descrito no primeiro capítulo desta pesquisa, um dos achados do trabalho de ROSENTHAL et al<sup>52</sup> mostra que aqueles indivíduos que recebem, dentro do seu grupo profissional, a qualificação de "excelente", demonstram capacidade aguçada para a decodificação não verbal. Outras características citadas são: pessoas com auto-controle, extrovertidas, bem adaptadas, pouco dogmáticas e conhecidas como "sensíveis", do ponto de vista das relações interpessoais<sup>16,34,52</sup>.

Os pesquisadores do assunto, em geral, reconhecem como fatores que interferem na percepção correta do não verbal os descritos a seguir.

- . Conhecimento dos signos: o desenvolvimento de qualquer capacidade depende, em parte, da compreensão da natureza da capacidade em questão<sup>16,19,26</sup>;
- . Motivação: quanto mais se deseja adquirir habilidade na comunicação não verbal, maiores são as oportunidades que se tem para fazê-lo, além de que, essa motivação aumenta quando é percebido que essa habilidade auxilia a melhorar a vida profissional e pessoal<sup>4,34,44</sup>;
- . Ruídos: enquanto interferências externas do ambiente à interação<sup>7,56,61</sup>;

- . Emoções: os sentimentos chamados "positivos", como alegria e interesse, parecem deixar a pessoa mais aberta à leitura do não verbal, enquanto que sentimentos "negativos", como tristeza, raiva, tornam as pessoas mais voltadas para si, dificultando a identificação do não verbal do outro<sup>34,78</sup>;
- . Observação do próprio comportamento: quanto mais experiência em observar o que o próprio comportamento provoca nos outros, ou seja, tentar estar atento ao Eu cego esquematizado por LUFT; INGHAM<sup>40</sup>, maiores são as chances de reconhecer o que o comportamento do outro provoca em si;
- . Estereótipos utilizados pelo comunicadores: os estereótipos fazem com que a percepção de contexto fique diminuída e os mecanismos de projeção fiquem elevados<sup>17,37</sup>;
- . Tempo do estímulo apresentado: este favorece o reconhecimento ou não dos sinais<sup>17,37</sup>; e,
- . Integridade dos órgãos do sentido: a sua ausência pode limitar a leitura do não verbal, já que este é um tipo de comunicação de natureza tátil, olfativa, auditiva e visual<sup>15,17,55,61</sup>.

Quanto mais atento o profissional de saúde estiver a esses fatores, maiores as chances de a leitura da comunicação não verbal se tornar consciente na interação com os pacientes. A validação, como técnica verbal que pode ser usada para esclarecimento do que está ocorrendo na relação<sup>73</sup>, passa a ser utilizada com maior frequência, pois o indivíduo se reconhece e reconhece o outro como ser multifacetado e possuidor de diferentes canais de expressão.

A quarta pergunta do questionário de "Verificação de Assimilação" refere-se à análise do filme "Comunicação em consulta de enfermagem" elaborado pela pesquisadora a partir de uma das consultas assistidas na instituição<sup>60</sup>. O filme tem duração de 9 minutos e foi assistido pelos enfermeiros ao final da programação. Foi pedido que identificassem as situações, no filme, onde aparecem as funções da comunicação não verbal nas 4 categorias: complemento do verbal, contradição do verbal, substituição do verbal e demonstração de sentimentos.

Além de perceber os signos, o enfermeiro deve analisá-los num contexto de interação para verificar a que "se prestam" esses signos. É importante o fato de que a comunicação não verbal, ocorrendo simultaneamente à comunicação verbal, pode reforçar, substituir ou mesmo negar o que estiver sendo dito, através de pistas que o emissor, consciente ou inconscientemente, vai fornecendo com o olhar, o gesto, o tom de voz, entre outros<sup>4,18,20,30,60,74</sup>. Por não ser comum falar espontaneamente dos sentimentos, principalmente daqueles considerados "negativos" (tristeza, raiva, desprezo, entre outros), é que o enfermeiro também deve estar atento às pistas não verbais que o paciente emite, pois é por meio delas que, em geral, ele demonstra o que sente na situação que está vivendo, suas expectativas e planos.

O enfermeiro só pode verbalizar para validar aquilo que ele pode pensar sobre o que é percebido; para "pensar" os signos não verbais, precisa identificá-los primeiro, ou seja, ter consciência da sua existência.

As situações indicativas da presença de funções da comunicação não verbal apontadas pelos enfermeiros, após assistirem o filme, foram comparadas às situações apontadas pelos 4 peritos em comunicação, como descrito no item 3.2 do presente estudo.

Na Tabela 1 pode-se verificar a média dos sinais não verbais percebidos no filme pelos peritos, pelos enfermeiros e o tratamento estatístico desses dados. Nos anexos V e VI estão o resultado da pergunta 4, por enfermeiro, categoria solicitada (Anexo V), ou perito, categoria solicitada (Anexo VI), e a média obtida em cada uma das categorias.

Tabela 1 - Média dos sinais não verbais percebidos por peritos e por enfermeiros no filme apresentado, segundo categorização adotada no estudo. São Paulo, 1993.

Categorias	Média dos sinais não verbais			Resultado a 5%
	Peritos	Enfermeiros	Valor observado de U (*)	
Complemento	3,5	0,5	6	significante
Contradição	1,0	0,7	26	não significante
Substituição	1,2	0,1	6	significante
Demonstração de Sentimentos	4,5	1,2	4,5	significante
Média de sinais	2,5	0,6		

\* Valor observado para a Prova "U" de Mann-Whitney.

Observa-se, pela Tabela 1, que a média de sinais não verbais percebida pelos peritos está bem acima da média percebida pelos enfermeiros, ou seja, aparece como significativa a diferença encontrada em três categorias não verbais. Em duas categorias as médias se distanciam mais (complemento e substituição do verbal) e em outra ela se aproxima (contradição do verbal), chegando a não ser significativa o valor observado nas diferenças das médias.

A categoria de sinais mais percebida no filme foi a demonstração de sentimentos, tanto pelos peritos como pelos enfermeiros. Este resultado coincide com os achados da pesquisa anterior desenvolvida nessa mesma instituição<sup>60</sup>, quando a categoria de sinais mais percebida também foi a demonstração de sentimentos.

No referencial teórico adotado, reconhece-se que pessoas de uma mesma cultura conseguem identificar os sentimentos, principalmente, através das expressões faciais, visto que existe um aprendizado social e uma base biológica que propiciam que isso aconteça<sup>4,14,18,32,50,58,62,78</sup>.

É importante que a categoria demonstração de sentimentos seja reconhecida pelos enfermeiros, já que LUFT; INGHAM<sup>40</sup> pressupõem que o comportamento de uma pessoa deve ser abordado e analisado de modo holístico, e o que gera, muitas vezes, esse comportamento são principalmente suas emoções, não sua razão. O enfermeiro percebendo sinais não verbais que demonstram emoção pode apontar e validar junto ao paciente o seu significado, uma vez que o indivíduo não costuma ter claras todas as fontes geradoras do seu próprio comportamento.

Tornou-se próxima a média de sinais que contradizem o verbal entre os peritos e os enfermeiros (Tabela 1). Talvez isso tenha acontecido, em função de a pesquisadora alertar para a importância de uma coerência na "leitura" do paciente, pelo enfermeiro, como uma das formas possíveis dele detectar dúvidas não verbalizadas, discordâncias do que lhe está sendo apresentado, e para que o enfermeiro possa se sentir mais seguro de que suas orientações foram compreendidas e serão seguidas.

GAGNÉ<sup>26,27</sup> afirma que a aprendizagem requer um processo de organização dos fatos que são apresentados ao aluno. O aprendiz precisa de

um tempo para perceber o significado potencial da mensagem que lhe está sendo enviada e relacionar o significado potencial percebido à estrutura cognitiva adquirida, de modo a compreendê-lo. Em outras palavras, ele não estaria aprendendo um código simbólico **completamente** novo, e sim, fazendo uma equivalência de um código familiar, a partir do momento que ele reconhece o "vocabulário" básico existente na sua memória.

Talvez a decodificação do não verbal fique realmente condicionada ao domínio prévio dos sinais de uma cultura, e ao emprego desse saber como um meio de apreender o significado potencial do que lhe é percebido; porém, existe um tempo necessário para que a informação proveniente da memória de breve duração passe por um gerador de resposta, que tem a função de transformar a informação em ação, ou seja, a percepção da equivalência.

Isso tende a explicar porque as informações objetivas tiveram um índice de acerto bem maior do que a pergunta que exigia dos enfermeiros uma transposição imediata dessas informações para uma situação prática, porém simulada (o filme apresentado). Os peritos haviam tido essas "informações" teóricas há muito mais tempo que os enfermeiros e as utilizam no seu dia-a-dia.

Preocupada com a possibilidade dos enfermeiros poderem avaliar o questionário de Verificação de Assimilação, a pesquisadora elaborou as perguntas 5 e 6, onde foi pedido que se posicionassem sobre o quanto puderam aproveitar do programa, o por quê e sugestões para melhorá-lo. Esta preocupação existe também em função do referencial teórico utilizado, que considera importante a opinião do aprendiz e do educador durante todo o processo, visando não se distanciar das necessidades reais do grupo<sup>24,27,48,66</sup>.

Com relação à quinta questão, sobre o aproveitamento do programa e por quê, obteve-se o resultado apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 - Valor percentual de aproveitamento do programa e justificativa, segundo a percepção dos enfermeiros. São Paulo, 1993.

Nº DE ENFERMEIROS	VALOR PERCENTUAL	JUSTIFICATIVAS
2	90 — 100	Fez repensar a prática;
9	70 — 89	Gostaria de mais tempo de discussão; A T.V. dificultou a visualização do filme; Estava muito cansado; Chegou atrasado; O grupo era grande; Permitiu se auto-conhecer melhor; Gosta do assunto; Mostrou como perceber melhor os pacientes;
4	50 — 69	Cansaço; Assunto complexo; Devido próprio estado emocional;
1	até 49	Chegou atrasado e várias chamadas externas.

Nota = manteve-se a linguagem dos participantes

Percebe-se que a maioria dos enfermeiros (11 = 68%) considerou ter aproveitado mais de 70% do programa, o que pode ser visto como uma percepção ou expectativa positiva do conteúdo apresentado. Este posicionamento dos enfermeiros sobre o próprio aproveitamento, pode demonstrar sua motivação para o assunto; e, GAGNÉ<sup>26,27</sup> refere que a motivação é absolutamente necessária para o tipo de aprendizagem continuada, quando o aprendiz está envolvido na tarefa de dominar o tema dado.



Na sexta questão, sobre sugestões para melhorar o programa, 9 enfermeiros (56%) referiram não ter sugestões para modificá-lo e 7 enfermeiros (44%) registraram as sugestões apresentadas a seguir, no Quadro 2.

QUADRO 2 - Sugestões dos participantes sobre o programa de Comunicação não verbal. São Paulo, 1993.

SUGESTÕES	Nº DE ENFERMEIROS
Mais dramatização;	3
Mais tempo para o assunto;	3
Mais exemplos práticos;	2
Usar um "telão" para o filme.	1

Pode-se inferir, pelas sugestões contidas no Quadro 2, o interesse dos enfermeiros pelo tema, através dos enunciados de "mais" exemplos, "mais" dramatização, "mais" tempo para o assunto. O uso do "telão" infelizmente era um recurso não disponível na instituição.

GAGNÉ<sup>26,27</sup> afirma que a repetição, o treino, ainda é uma variável muito importante que deve ser levada em consideração quando se está interessado na aprendizagem significativa e na retenção a longo prazo. Existe, porém, o fator "tempo" na instituição, que dificulta a implantação de programas de longa duração, visto que esse tema é um dos itens abordados no treinamento de enfermeiros.

Sempre existe a possibilidade de, a partir do interesse do próprio grupo institucional, se desenvolverem programas de aperfeiçoamento

para revisão e apresentação de novas informações sobre o assunto. O levantamento de necessidades e interesses é considerado o marco inicial para as programações de aperfeiçoamento de pessoal, pois é partindo das necessidades sentidas que se consegue o envolvimento do indivíduo ou grupo na programação a ser desenvolvida<sup>66</sup>.

### **3.3 Análise da observação das consultas de enfermagem**

A análise dos dados encontrados nas consultas de enfermagem pelos enfermeiros do GR e NGR foi feita comparativamente aos dados encontrados pela pesquisadora, que foi o elemento observador dos sinais não verbais ocorridos. É importante lembrar que, por não terem sido filmadas as consultas, o "parâmetro" de leitura teve de ser a pesquisadora.

Os dados encontrados quanto ao número de sinais não verbais percebidos pela pesquisadora, pelo Grupo de Referência<sup>60</sup> e pelos demais enfermeiros são apresentados conjuntamente, na Tabela 2, já agrupados nas categorias estabelecidas: complemento do verbal, substituição do verbal, contradição do verbal ou demonstração dos sentimentos.

Tabela 2 - Sinais não verbais detectados pela pesquisadora, pelo Grupo de Referência (GR) e demais enfermeiros (NGR) nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação e categorização adotada no estudo. São Paulo, 1993.

CATEGORIA	OBSERVADORES/ÉPOCA					
	1992				1989	
	Pesqui- sadora	GR (9)	NGR (7)	Total GR e NGR (16)	Pesqui- sadora	Enfermeiros (9)
Complemento	74	26	11	37	114	6
Contradição	5	3	1	4	2	2
Substituição	23	5	4	9	89	4
Demonstração de Sentimentos	91	30	12	42	97	6
TOTAL	193	64	28	92	302	18

NOTA: O número que aparece entre parênteses na tabela se refere ao total de enfermeiros do grupo correspondente àquela coluna.

Verifica-se, pela Tabela 2, que houve um aumento de percepção dos sinais não verbais por parte do GR (de 18 sinais para 64) e que também a relação de sinais não verbais percebidos pelo NGR (demais enfermeiros) em comparação ao grupo de enfermeiros anteriormente observado em 1989, também é proporcionalmente maior. É importante registrar que o tempo de duração das consultas de enfermagem diminuiu de 30', em média em 1989, para 20', em 1992, ou seja, os enfermeiros estão percebendo mais sinais em menos tempo.

Observa-se, também, na Tabela 2, que as categorias de sinais não verbais mais frequentes nas consultas de enfermagem, nos anos de 1989 e 1992, são a demonstração de sentimentos e o complemento do verbal.

A percepção da categoria contradição do verbal é a que aparece, em 1992, com menor frequência, tanto pelos enfermeiros (4) como pela pesquisadora (5). Esse dado já havia sido registrado no primeiro estudo realizado<sup>60</sup>. Isso, de certa forma, tranquilizou a pesquisadora de que não está havendo "descuido" na percepção desse tipo de sinal, que exige do enfermeiro que atende o paciente, maior atenção e mais tempo para resolução do que está sendo discutido. Isto porque, sempre que existe uma contradição, é necessário checar o que não está coerente para o paciente, ou o que ele pode estar filtrando nas informações fornecidas ao enfermeiro, se o objetivo for atendê-lo e entendê-lo de maneira holística<sup>20,29,34,62</sup>.

Na análise do filme apresentado durante o programa (Tabela 1) a contradição do verbal é a categoria que teve uma melhor leitura imediata por parte dos enfermeiros. Lembrando que esta é a categoria que aparece com menor frequência nas consultas, pode-se inferir que o retorno do paciente para a consulta de enfermagem, após a alta, ocorre porque ele acreditou e concordou com a maneira que lhe foi ensinado realizar o seu cuidado e também com as orientações dadas na ocasião de sua alta hospitalar.

Ainda na Tabela 2, observa-se que o número de sinais não verbais que substituem o verbal continua sendo pouco percebido pelos enfermeiros (9 sinais comparados aos 23 percebidos pela pesquisadora). Esse fato já havia sido notado pela pesquisadora no primeiro estudo<sup>60</sup> e repete-se agora. Muitas vezes, a substituição é feita pelo paraverbal (emblemas vocais, pausas, grunhidos) que exige mais tempo e maior treino das pessoas para a detecção desse tipo de sinal<sup>20,59,74</sup>.

A pesquisadora não esperava que com um programa de 3 horas sobre comunicação não verbal fosse possível desenvolver nos enfermeiros essa

"fineza" de leitura para o paraverbal. Durante a exposição preocupou-se apenas, em frisar que a **dúvida** das pessoas é, muitas vezes, lida por meio dos sinais paralingüísticos, e, dúvida em pacientes de ambulatório precisa ser percebida para que o paciente esteja seguro do que faz no seu auto-cuidado<sup>62,74</sup>.

Pode-se questionar se a presença da pesquisadora nas consultas de enfermagem foi um fator que, de certa forma, favoreceu a percepção dos sinais não verbais, já que os enfermeiros sabiam-se observados sobre o tema. Como eles apresentaram, porém, capacidade para a decodificação dos sinais não verbais, pode-se afirmar que sempre que eles estejam motivados e, à medida que realmente tenham percebido a importância dessa detecção consciente, a usem em qualquer interação com os pacientes — com ou sem pesquisador.

Na tabela seguinte, Tabela 3, foram analisados, quais são os suportes utilizados para a execução dos sinais não verbais emitidos pelos pacientes e percebidos pela pesquisadora, GR e NGR, comparando-os com a análise feita em 1989<sup>60</sup>. Os suportes utilizados para a emissão dos sinais não verbais são classificados de maneira semelhante ao levantamento anterior, para que também fosse possível uma análise comparativa.

Tabela 3 - Suportes utilizados para emissão dos sinais não verbais percebidos pela pesquisadora, GR e demais enfermeiros (NGR) nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação. São Paulo, 1993.

SUPORTE	OBSERVADORES/ÉPOCA					
	1992				1989	
	Pesqui- sadora	GR (9)	NGR (7)	Total GR e NGR (16)	Pesqui- sadora	Enfermeiros (9)
Expressão facial	87	29	9	38	64	5
Gestos mãos e MMSS	74	25	5	30	65	5
Movimento de cabeça/pescoço	64	10	6	16	101	3
Paraverbal	46	5	4	9	56	-
Postura	23	11	4	15	20	2
Sinal fisiológico	7	4	2	6	6	-
Movimento corpo todo	6	2	-	2	33	2
Gestos pés e MMII	2	-	-	-	2	1
Procedimento Técnico	-	-	-	-	7	-
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>86</b>	<b>30</b>	<b>116</b>	<b>354</b>	<b>18</b>

NOTA: O número que aparece entre parênteses na tabela se refere ao total de enfermeiros do grupo correspondente àquela coluna.

Pode-se constatar, pela Tabela 3, que os suportes utilizados pelos pacientes mais freqüentemente percebidos na observação realizada em 1992 e em 1989 continuam sendo expressões faciais, gestos com mãos e MMSS e movimento de cabeça e pescoço. As expressões faciais aparecem novamente, principalmente, como suporte das demonstrações de sentimentos (tristeza,

satisfação, atenção/interesse, medo, entre outros); os gestos com mãos e MMSS sendo utilizados para complementar o que está sendo verbalizado (gestos ilustrativos da fala<sup>19</sup>); e, o movimento da cabeça e pescoço (meneio positivo ou negativo) para substituir o verbal ou complementá-lo.

Estes suportes são também os mais citados na segunda pergunta do questionário "Verificação de Assimilação", quando os enfermeiros exemplificaram os tipos de sinais não verbais citados durante o programa.

Um dado interessante a ser analisado é que os enfermeiros do GR conseguiram identificar as funções do sinal não verbal (complemento, contradição, substituição ou demonstração de sentimentos) através de mais de um suporte, com maior frequência do que os enfermeiros que não faziam parte do Grupo de Referência (NGR).

Observa-se que o GR conseguiu identificar 86 suportes (Tabela 3) para um total de 64 funções de sinais não verbais percebidos (Tabela 2), enquanto que os demais enfermeiros identificaram 30 suportes para um total de 28 funções de sinais não verbais. Pode-se exemplificar, relatando que um enfermeiro do GR foi capaz de registrar que percebeu o sentimento **interesse** no paciente porque o mesmo fazia meneios positivos enquanto ouvia (um tipo de suporte), olhava nos olhos do enfermeiro (outro suporte), esperava-o acabar de falar para perguntar... (outro suporte); enquanto que o enfermeiro que não era do grupo de referência (NGR) registrou o sentimento **interesse** pelo suporte "olhar constante do paciente" enquanto estavam sendo dadas as orientações.

Verifica-se que, de um modo geral, após a aplicação do programa, a quantidade de suportes percebidos aumenta comparando-se com o total obtido em 1989 (antes do programa). Pode-se inferir que, particularmente, o GR estava sensibilizado ou motivado para uma leitura mais holística, como se

houvessem percebido, através da pesquisa anterior<sup>60</sup>, a necessidade de aprender<sup>26,27</sup>. De certa forma, os enfermeiros do GR podem ter se sentido mais "expostos" do que os do NGR, já que sabiam que, na pesquisa anterior, da qual haviam participado, ficou evidente o seu desconhecimento dos sinais.

Na Tabela 4 trata-se, especificamente, dos tipos de sentimentos demonstrados pelos pacientes e detectados pela pesquisadora, GR e demais enfermeiros (NGR), nas consultas de enfermagem.

Tabela 4 - Sentimentos demonstrados pelos pacientes e detectados pela pesquisadora, GR e demais enfermeiros (NGR), nas consultas de enfermagem, segundo o ano de observação. São Paulo, 1993.

SENTIMENTO DETECTADO	OBSERVADORES/ÉPOCA					
	1992				1989	
	Pesqui- sadora	GR (9)	NGR (7)	Total GR e NGR (16)	Pesqui- sadora	Enfermeiro (9)
Ansiedade	13	3	4	7	12	1
Atenção/ interesse	13	9	-	9	6	-
Desprezo	-	-	-	-	1	-
Dor	4	2	1	3	15	1
Dúvida	18	3	1	4	15	-
Indignação	2	-	-	-	2	-
Medo	7	-	1	1	1	-
Resignação	2	1	-	1	9	-
Satisfação	21	8	2	10	21	3
Surpresa	2	-	-	-	6	-
Tristeza	4	2	1	3	5	-
Vergonha	5	2	2	4	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>97</b>	<b>6</b>

NOTA: O número que aparece entre parênteses na tabela se refere ao total de enfermeiros do grupo correspondente àquela coluna.



Verifica-se, pela Tabela 4, que o sentimento satisfação é um sentimento bastante percebido por todos os observadores (10 vezes pelos enfermeiros em 1992 e 21 vezes pela pesquisadora). O suporte da demonstração do sentimento satisfação é, muitas vezes, o sorriso acompanhado do olhar brilhante, sinal facial bastante simples de ser identificado na nossa cultura, e num contexto específico. É, ainda, "agradável" para o enfermeiro perceber conscientemente que o paciente, de alguma maneira, sente-se bem com o atendimento que lhe está sendo dispensado<sup>17,34</sup>. Pode-se observar também, que pacientes em consulta de enfermagem, na sua maioria, estão em fase de melhoria no processo saúde-doença.

O índice de percepção do sentimento ansiedade também aumenta quando se compara os dados do ano de 1992 aos de 1989. Ansiedade é um sentimento importante de ser percebido, uma vez que sua existência altera a capacidade de percepção das pessoas. O sentimento dúvida ainda é pouco percebido — um grande número de vezes, sua expressão se dá através do paraverbal, que exige um treino maior do ouvinte.

Os sinais que denotam interesse foram percebidos pelo GR, mas não pelo grupo restante (NGR). Estar atento aos sinais de interesse do paciente também é uma forma de avaliar o próprio desempenho do enfermeiro, enquanto alguém que está tentando comunicar algo, enviar uma mensagem e, principalmente, quando já sabe que apresentou um desempenho de leitura de sinais não verbais bastante falho anteriormente<sup>60</sup>; senão, como explicar que somente o GR foi capaz de perceber os sinais não verbais de interesse, enquanto que os demais enfermeiros (NGR) não o foram.

CORRAZE<sup>14</sup>, DAVIS<sup>16</sup>, RUSSELL<sup>54</sup> e SILVA<sup>58</sup> citam vários estudos realizados, principalmente nos Estados Unidos, sobre a relação das expressões faciais e a demonstração de sentimentos. Esses estudos sugerem que, à medida em que as pessoas se tornam mais conscientes da expressão

facial, sintonizam-se melhor com os sentimentos alheios e alcançam uma maior intimidade com seus próprios sentimentos pessoais. Não é somente através das expressões faciais que se pode detectar sentimentos; pode-se, por exemplo, verificar o paraverbal auxiliando a detectar dúvida, ou mesmo, a sudorese e o tremor de extremidades, a detectar a ansiedade.

O suporte que com maior frequência foi detectado pela pesquisadora e pelos enfermeiros para a demonstração dos sentimentos do paciente foi, como referem muitos autores<sup>12,14,16,18,20,22,55,74</sup>, a expressão facial e o olhar. Este resultado coincide com os resultados encontrados na pesquisa anterior<sup>60</sup>, quando se verificou que mais da metade dos sentimentos percebidos, o foi através das expressões faciais.

É importante ressaltar que a face ainda é a zona da comunicação não verbal que melhor controlamos conscientemente. O restante do corpo e seu posicionamento com relação aos outros revela, mais e principalmente, o que não está consciente no indivíduo.

Por ser grande a interrelação existente entre o biológico, o mental e o emocional de uma pessoa, conhecer e perceber os sentimentos do paciente é fundamental para o enfermeiro. É através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do paciente e pode programar um plano de ação individualizado, levando em consideração a pessoa como um todo.

Conhecendo a comunicação não verbal o enfermeiro pode estar melhor habilitado para detectar dificuldades e dúvidas do paciente, verificando a coerência das mensagens recebidas e utilizando realmente a comunicação como um instrumento básico; o que só se torna possível quando se desenvolve a competência interpessoal<sup>73</sup>.

Com relação à percepção dos sinais não verbais pelos enfermeiros que informaram ter lido ou não sobre o assunto, após a implementação do programa e antes da pesquisadora observá-los em consulta de enfermagem, os dados são apresentados em duas tabelas. Não são mais apresentados os dados nas tabelas diferenciando-se GR e NGR. Os dados, a partir de agora, foram agrupados em enfermeiros que leram sobre o assunto (consultas de A a E) e enfermeiros que não leram sobre o assunto (consultas de Z a N). Na tabela 5 pode-se verificar o número e porcentagem de percepção dos sinais não verbais dos enfermeiros que informaram terem lido e, na Tabela 6, dos enfermeiros que informaram não terem lido.

Tabela 5 - Percepção dos sinais não verbais, nas consultas de enfermagem, pelos enfermeiros que informaram ter lido sobre o assunto após a programação. São Paulo, 1993.

Consulta	Nº de sinais não verbais percebidos		
	Pesquisadora	Enfermeiros	Porcentagem (%)
A	12	8	66,6
B	14	6	42,8
C	15	10	66,6
D	10	7	70,0
E	8	5	62,5
TOTAL	59	36	61,0

Os cinco (5) enfermeiros que referiram ter lido livros sobre o assunto ou, até mesmo, as próprias anotações feitas durante a programação, perceberam juntos, 61,0% do total de sinais não verbais detectados, pela pesquisadora, nas consultas de enfermagem. É interessante ressaltar que dos 5 enfermeiros que informaram ter lido sobre o tema, 4 fazem parte do GR (as 4 porcentagens mais altas de leitura dos sinais não verbais mostradas na Tabela 5).

Na Tabela 6 tem-se os dados sobre os 11 enfermeiros que informaram não terem lido mais nada, depois da programação.

Tabela 6 - Percepção dos sinais não verbais, nas consultas de enfermagem, pelos enfermeiros que informaram não ter lido nada sobre o assunto após a programação. São Paulo, 1993.

Consulta	Nº de sinais não verbais percebidos		
	Pesquisadora	Enfermeiro	Porcentagem (%)
Z	19	4	21,1
X	6	6	100,0
V	17	8	47,0
U	10	7	70,0
T	17	-	0,0
S	21	11	52,4
R	6	3	50,0
Q	12	7	58,3
P	12	5	41,7
O	8	2	25,0
N	8	4	50,0
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>57</b>	<b>41,9</b>

Pela Tabela 6 observa-se que os enfermeiros que não leram sobre o assunto, após participarem do programa, perceberam juntos, 57 dos 136 sinais não verbais detectados, pela pesquisadora, nas consultas de enfermagem (41,9%).

Essa porcentagem de 41,9% é inferior a porcentagem de 61,0% encontrada na Tabela 5. O aumento da percepção dos sinais não verbais dos enfermeiros que informaram ter lido algo sobre o tema, demonstra que é possível aprimorar o aprendizado do não verbal através de leituras sobre o tema.

Foi dito para os enfermeiros, durante a programação, que o conhecimento dos signos é um dos fatores que interfere na percepção correta do não verbal e, que a leitura sobre o assunto é uma das maneiras de se compreender a natureza dos sinais e desse tipo de codificação. Essa informação dada aos enfermeiros pela pesquisadora visou estabelecer a motivação sobre o assunto, que é feita segundo GAGNÉ<sup>27</sup>, através de um processo denominado "expectativa", ou seja, uma antecipação da recompensa que ele obterá quando atingir alguma meta. Por exemplo, pode-se dizer ao enfermeiro que, à medida que ele estude o assunto, pode ser capaz de identificar melhor os sentimentos do paciente que não são expressos verbalmente.

A leitura de um assunto, principalmente quando feita espontaneamente por uma pessoa (sem obrigação formal de prazo ou de devolução) é um fator que auxilia o verdadeiro conhecimento, pois segundo AUSUBEL et al<sup>3</sup> e GAGNÉ<sup>27</sup>, todo verdadeiro conhecimento é auto-descoberto e a consciência subverbal é a chave para a transferência ou transposição dos conceitos teóricos para a prática do aluno.

### **3.4 Análise das hipóteses do estudo**

A função do sistema de hipóteses é fornecer a conexão necessária entre a teoria e os fatos de realidade e, deste modo, conduzir à elaboração de uma estratégia da pesquisa<sup>39</sup>; portanto, após a análise dos dados pode-se observar o exposto a seguir com relação às hipóteses elaboradas para este trabalho.

Verificou-se ser verdadeira a 1ª hipótese deste estudo, uma vez que os enfermeiros do GR perceberam 64 sinais não verbais após a aplicação do programa e a pesquisadora percebeu 193 sinais, enquanto que, antes da aplicação do programa (1989), os enfermeiros detectaram apenas 18 sinais e a pesquisadora percebeu 302 (Tabela 2).

O propósito fundamental de qualquer programa educacional é promover a aprendizagem. É tarefa do educador tomar cuidado para que as várias influências que rodeiam o estudante sejam selecionadas e organizadas para promover a aprendizagem; portanto, suas funções são de planejar a instrução, administrá-la e avaliar a aprendizagem do aluno<sup>3,26,27</sup>. Obviamente, a avaliação de uma aprendizagem bem sucedida está condicionada ao conhecimento de que tipo de resultados podem ser esperados do processo de aprendizagem.

Partindo-se da premissa que a baixa percepção da comunicação não verbal pelos enfermeiros ocorre em função do desconhecimento consciente dos sinais usados para a transmissão das mensagens não verbais e da importância desse fato, construiu-se um programa viável de ser aplicado na instituição, quando necessário.

Neste programa aceitou-se as premissas de BIRDWHISTELL<sup>4</sup> e HALL<sup>30</sup> que os movimentos, expressões corporais e disposição dos indivíduos no espaço constituem-se de mensagens, se analisados no contexto onde se apresentam. Tal como outros aspectos do comportamento humano, a postura corporal, as expressões faciais, entre outros, são padronizados culturalmente e, por conseguinte, sujeitos à análise sistemática. Até que seja demonstrado o contrário, o movimento corporal sistemático dos membros de uma comunidade e sua disposição espacial são considerados funções do sistema social a que o indivíduo pertence.

Shelley Arroyo

Pode-se aceitar, então, que a chance de ocorrer falhas nas orientações feitas durante as consultas de enfermagem diminui, pois o enfermeiro passa a compreender mais corretamente as mensagens emitidas por eles, além de observar o paciente de uma maneira mais holística<sup>40</sup>.

A hipótese secundária, derivada da 1ª hipótese, também comprovou-se verdadeira, uma vez que a porcentagem de sinais não verbais percebidos pelos enfermeiros que informaram ter lido sobre o tema após o programa, em relação ao percebido pela pesquisadora, nas consultas de enfermagem, foi de 61,0%, enquanto que a porcentagem dos sinais não verbais percebidos pelos enfermeiros que informaram não ter lido mais nada sobre o assunto, foi de apenas 41,9%, daqueles percebidos pela pesquisadora (Tabelas 5 e 6).

GAGNÉ<sup>26,27</sup> afirma que o estabelecimento da motivação é uma fase preparatória para o ato de aprender. É sabido que o conhecimento consciente dos signos não verbais é um dos fatores que interferem na capacidade de perceber corretamente os sinais não verbais<sup>17,61</sup>.

AUSUBELT et al<sup>3</sup> e GAGNÉ<sup>27</sup> também afirmam que a repetição, tanto teórica quanto prática, acelera a aprendizagem em dois aspectos diferentes: 1. logo após a aprendizagem inicial, antes que ocorra muito esquecimento, ela é capaz de consolidar o material aprendido mais efetivamente e de ocasionar a aprendizagem de nuances e implicações sutis perdidas na primeira apresentação; 2. mais tarde, a repetição dá ao aprendiz a oportunidade de se beneficiar com a compreensão dos fatores negativos (como ambigüidade ou confusão com idéias similares) responsáveis por algum esquecimento que possa ter ocorrido.

Pode-se verificar, portanto, que a leitura sobre o tema comunicação não verbal imediatamente após ou mais tardiamente após apresentado o programa, realmente melhora a capacidade de percepção dos sinais não verbais pelos enfermeiros. Tem-se que considerar também, que os enfermeiros do Grupo de Referência — já previamente expostos à discussão sobre comunicação não verbal — foram os que mais leram sobre o assunto, talvez por estarem ainda mais motivados a esse aprendizado.

A 2ª hipótese desta pesquisa não se mostrou verdadeira, pois os enfermeiros apresentaram um índice baixo de percepção de sinais não verbais, quando se verificou a apreensão imediata do programa, na prática simulada (o filme). A média de percepção de sinais não verbais foi significativamente diferente, em três categorias, da média dos peritos (Tabela 1), mas houve melhora na percepção dos sinais não verbais, pelos enfermeiros, durante as consultas de enfermagem (Tabela 2).

Conforme foi dito no primeiro capítulo deste estudo, existem bem poucos trabalhos avaliando programas de ensino sobre a comunicação não verbal<sup>52,58,59</sup>, o que fez com que a pesquisadora sentisse a necessidade de uma análise comparativa para a avaliação do programa; além de não ter parâmetros prévios que validassem o tempo e as estratégias utilizadas para o ensino desse tema especificamente.

Pode-se pensar, diante dos dados encontrados neste estudo, como afirmam AUSUBEL et al<sup>3</sup> e GAGNÉ<sup>26,27</sup>, que a utilização na prática aumenta a clareza e a estabilidade dos novos significados aprendidos na estrutura cognitiva; por isso, ela aumenta a percepção diferenciada de sinais não



verbais e sua retenção. Os autores citados afirmam que existe uma diferença entre a memorização automática e a memorização significativa, pois as informações registradas na primeira não são lembradas com a mesma eficiência como as da segunda.

Diante dos dados encontrados verifica-se que a aprendizagem da comunicação não verbal parece ser mais efetiva na prática, nas consultas de enfermagem reais, quando o enfermeiro está atuando como profissional, e, apesar da presença da pesquisadora.

AUSUBEL et al<sup>3</sup> afirmam que fatores afetivos e sociais, como a presença da pesquisadora, o fato de o enfermeiro poder se sentir avaliado no momento da consulta, por exemplo, são menos decisivos em seu impacto sobre o tema da aprendizagem, do que a estrutura cognitiva, a prontidão, a habilidade intelectual, a prática e as variáveis instrucionais.

GAGNÉ<sup>26,27</sup> não nega que aprendizagem é um processo muito intrincado e complexo, apenas parcialmente compreendido atualmente; porém, afirma que existiu aprendizagem quando se observa a ocorrência de **mudança** comportamental e também a **permanência** desta mudança.

Pode-se afirmar que a formulação dessa segunda hipótese teve como base a preocupação da pesquisadora de que o tempo e as estratégias utilizadas na implementação do programa não fossem suficientes para que o conteúdo aprendido fosse armazenado na memória de longa duração<sup>26</sup>.

A **hipótese secundária** derivada dessa 2ª hipótese mostrou-se verdadeira, pois verificou-se nas respostas às perguntas objetivas do questionário de "Verificação de Assimilação" (perguntas 1, 2 e 3 do Anexo II) o aproveitamento dos enfermeiros (mais de 50% de acertos em todas elas), conforme os dados já expostos no item 3.2 da presente pesquisa.

DAY<sup>17</sup> afirma que a percepção é um processo bastante complexo que envolve um **reconhecimento** dos órgãos do sentido; ou seja, é mais do que a estimulação sensorial, mas também a organização de forças dentro do sistema nervoso, a recolocação de experiências passadas para daí obter-se uma resposta. Para se transpor os conceitos teóricos para a prática imediata, também é necessário uma nova associação de estímulos sensoriais que permita ao aluno a leitura dos gestos, das expressões faciais, entre outros, como sinais de comunicação não verbal.

GAGNÉ<sup>27</sup> atesta existirem estudos mostrando que, de uma forma geral, o conteúdo lembrado na memória de curta duração, raramente é o mesmo apresentado no momento em que houve a aprendizagem. Segundo este autor, o conteúdo armazenado é simplificado, regularizado e adornado.

Os estudiosos do não verbal aceitam que falar em "codificação" da comunicação não verbal é ainda discutível, já que código implica num instrumento convencional e regularizador da significação, e a comunicação não verbal é exatamente um tipo de linguagem não codificada, que manifesta todavia a relação existencial do homem com o mundo<sup>55,56,80</sup>. Pode-se, portanto, entender que o aluno responda prontamente aos conceitos, se foi suficientemente motivado, mas, que precise de um tempo maior para a transposição prática.

É interessante registrar que AUSUBEL et al<sup>3</sup>, ENRICHONE<sup>21</sup> e GAGNÉ<sup>26</sup> reconhecem a vantagem de uma pronta revisão do conteúdo exposto — o resumo feito ao final do programa e sua avaliação imediata, por exemplo — como forma de consolidar o exposto, servir de *feedback* ao aluno e ter efeito sensibilizador em relação ao material apresentado. Por outro lado, também reconhecem que a principal vantagem do que chamam de revisão tardia —

quando o enfermeiro categoriza os sinais não verbais após as consultas de enfermagem, por exemplo — reside na reaprendizagem do material parcialmente esquecido, tanto no campo motivacional quanto no campo cognitivo. Logo, já que cada tipo de revisão têm suas próprias funções e vantagens distintas, as duas variedades são presumivelmente complementares e não redundantes ou mutuamente exclusivas, e podem portanto, ser combinadas de modo proveitoso.

---

---

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

---

---

## 4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Segundo LOPES<sup>39</sup> nesta etapa do processo de investigação científica é quando se faz o balanço dos resultados alcançados. Corresponde a uma exposição dos objetivos conseguidos e das possíveis contribuições para o avanço do conhecimento sobre o tema que foi objeto da pesquisa.

Tem-se, portanto, com relação aos objetivos propostos no primeiro capítulo deste estudo, as seguintes conclusões:

- valendo-se do referencial teórico adotado, foi construído um programa sobre comunicação não verbal (Anexo I), testado com os enfermeiros que haviam mostrado deficiências no conhecimento sobre o assunto, com um número de horas e com estratégias que viabilizam sua utilização em projetos de educação continuada. Do programa constam os itens descritos a seguir, apresentados no Anexo I com distribuição de tempo e estratégias utilizadas:

- . O que é comunicação, comunicação não verbal e sua importância nas relações enfermeiro-paciente;
- . O processo de percepção da realidade pelos seres humanos;
- . Tipos de sinais da comunicação não verbal, privilegiando aspectos da cinésica, proxêmica e tacésica;
- . Funções da comunicação não verbal: complemento, contradição, substituição do verbal e demonstração de sentimentos;

- . Fatores que interferem na percepção da comunicação não verbal do enfermeiro; e,
  - . Como desenvolver a percepção da comunicação não verbal para que se possa avaliar com maior precisão as mensagens enviadas pelo paciente.
- a avaliação imediata realizada pelos enfermeiros, logo após a aplicação do programa, mostrou-se efetiva, com 11 enfermeiros (68%) referindo ter aproveitado mais que 70% do mesmo e com sugestões de modificação — apenas solicitando "mais" tempo, "mais" exemplos, "mais" dramatização — que sugerem o interesse pelo assunto por parte do grupo;
  - o índice de assimilação das informações contidas no programa educativo mostrou-se efetivo para as respostas objetivas do questionário aplicado, porém com uma média de leitura dos sinais não verbais inferior à média dos peritos no assunto, demonstrando uma assimilação teórica do tema, mas dificuldades para a percepção imediata na prática simulada (filme);
  - o índice de percepção da comunicação não verbal dos pacientes, pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem, após aplicado o programa educativo aumentou no Grupo de Referência e, de uma maneira geral, foi positiva para o grupo todo de enfermeiros (GR e NGR).

A pesquisadora considera que este estudo contribui para alertar sobre a importância do ensino sistematizado da comunicação não verbal em enfermagem, como um dos fatores cruciais nas relações enfermeiro-paciente, além de propor, por meio do programa elaborado, uma forma viável para sua aplicação na instituição.

Além de propor um programa, este estudo o implementa e avalia, junto aos enfermeiros na sua prática diária. É um estudo que não se restringe somente ao diagnóstico da necessidade de informação de uma clientela, mas analisa os resultados do processo ensino-aprendizagem após implementação do programa, seguindo os passos do referencial teórico adotado.

O grupo de enfermeiros do ambulatório dessa instituição, convidou novamente a pesquisadora para outro encontro, quando foram discutidos por mais 3 horas, aspectos do tema comunicação não verbal no ambulatório. Esse outro encontro aconteceu após a pesquisadora terminar a observação do atendimento às consultas de enfermagem (segunda etapa da coleta de dados). Procurou-se não repetir o que já sabiam, mas levar em conta as habilidades e dificuldades demonstradas por eles nas consultas, investindo esforços na correção dessas últimas.

Este estudo é um dos poucos que se propõem a treinar e avaliar o ensino da comunicação não verbal e, talvez seja o primeiro na área de enfermagem brasileira a abordar o ensino desta faceta da comunicação.

Percebem-se limitações neste estudo, como, por exemplo, o fato de só se tratar da comunicação não verbal através da comunicação verbal. Isto implica em dificuldades, já que a comunicação não verbal também se realiza fora do alcance da consciência e, nos estudos deste tipo e *in vivo*, tenta-se tornar consciente essa linguagem silenciosa.

Outra dificuldade, ou limitação encontrada, foi a impossibilidade de filmar as interações havidas, que propiciariam uma melhor avaliação dos sinais não verbais emitidos pelo paciente e pelo enfermeiro. O enfermeiro, assim como o paciente, é um ser que se expressa psico-socialmente

e psico-biologicamente ao mesmo tempo, fazendo com que a interação seja dinâmica e alterando as reações do paciente a partir dessas duas modalidades de manifestação existencial. A análise e a sutileza dessa linguagem silenciosa poderia se tornar mais precisa.

Face a enormidade de questionamentos que ainda restam ser resolvidos nessa área, alguns dos quais foram apontados ao longo deste estudo, os resultados da implementação do presente programa devem ser encarados mais como um incentivo para outras pesquisas do que uma conclusão a ser supervalorizada. Os ganhos em habilidade para decodificar sinais não verbais, provenientes desta pesquisa, são encorajadores. Pode-se supor que se um treinamento rápido produz incrementos marcantes na habilidade para detectar sinais não verbais, a continuidade do treinamento traria ganhos adicionais.

Por ser um estudo voltado para uma população específica onde já se havia detectado a necessidade de estimular a percepção da comunicação não verbal<sup>60</sup>, pode-se afirmar que os resultados encontrados dizem respeito especificamente a essa população. Considera-se precipitado generalizar as afirmações feitas nesse estudo, visto que o assunto é bastante complexo e, na aprendizagem, um fator isolado importante que influencia seus resultados é justamente aquilo que o aprendiz já conhece.

Como foi dito no primeiro capítulo, este estudo não é visto como "ponto final" do assunto, mas como uma pesquisa que suscita novos questionamentos e que faz parecer imprescindível analisar a natureza dos signos da comunicação não verbal para a elaboração de uma teoria geral dessa linguagem que parece falar da essência dos indivíduos.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

---

## RESUMO

---

---

## 5. RESUMO

---

Este trabalho é continuação de um estudo onde se verificaram falhas na percepção da comunicação não verbal nos enfermeiros que atendiam pacientes em consultas de enfermagem. Por se considerar importante que os estudos na área da saúde passem de diagnóstico de necessidades para análise das mudanças ocorridas na clientela alvo de pesquisa, após aplicação de programas educativos, foi construído e validado um programa sobre comunicação não verbal que pudesse ser utilizado pelo setor de educação continuada da instituição em questão. Os objetivos deste estudo foram, portanto, construir e testar um programa sobre comunicação não verbal que pudesse ser utilizado pelo setor de educação continuada para enfermeiros e validá-lo em dois momentos: imediatamente, após aplicado e na prática do enfermeiro, verificando alterações no índice de percepção dos sinais não verbais dos pacientes em consulta de enfermagem. O referencial teórico adotado para a compreensão do ser humano foi LUFT; INGHAM (1961); para a leitura da comunicação não verbal foram os pressupostos de BIRDWHISTELL (1970); HALL (1986) e STEINBERG (1988); para legitimar a necessidade do atual estudo foi o trabalho anterior da pesquisadora (1989); e, para justificar a maneira como o programa foi construído, no seu aspecto de ensino-aprendizagem, foram utilizados os princípios de GAGNÉ (1980). Verificou-se, nos moldes em que o programa foi elaborado, que ele pode ser utilizado pelo setor de educação continuada da instituição; que se mostrou eficiente para que os enfermeiros obtivessem um índice efetivo de assimilação imediata para conceitos objetivos do assunto, porém com uma média de leitura dos sinais não verbais inferior à media dos peritos do assunto, demonstrando dificuldades para a transposição imediata para a prática. Porém, quando os enfermeiros foram observados em consulta de enfermagem, após aplicado o programa, percebeu-se um aumento no índice de percepção dos sinais não verbais do paciente. Este estudo, apesar das limitações, discutidas ao longo dele, é um dos primeiros na enfermagem que discute a temática do ensino e avaliação da comunicação não verbal.

---

---

## SUMMARY

---

---

---

## 6. SUMMARY

---

The present work is the continuation of a study of the failures of perception to nonverbal communication in nurses who do assist patients in nursing consultation. Since it is important that the studies of health care go from the diagnosis of needs to the analysis of changes occurred in the clientele, object of the research, after the educational program, it was built and validate a program about nonverbal communication to be utilized by the continuous educational department of the institution. The aim of this study is therefore to test a training program on nonverbal communication for nurses, to be utilized by the educational department, and to be validate in two different moments: immediately after its utilization and during the nurse's practice, in order to verify the changes in the nurse's capacity to perceive nonverbal signs in patients under nursing consultation. The framework adapted to the understanding of the human being was LUFT; INGHAM (1961); to the reading of nonverbal communication the postulation is that of BIRDWHISTELL (1970), HALL (1986) and STEINBERG (1988); to legitimate the need of the present study stands the former work of the author (1989); and to justify the way in which the program was structured, approach to teaching-learning GAGNÉ (1980) principles were utilized. It was verificated that the structure given to the program, in order to be utilized by the educational department of the nursery, proved to be efficient to the immediate comprehension of the concepts involved by the students, in spite of a rate of nonverbal readings bellow the avarage performed by the experts in the field, which points to difficulties in the immediate transposition of such concepts in to practice. On the other hand, after the training program, the nurses observed in nursing consultation showed an improvement in their abilities to perceive nonverbal signs in patients. This study is one of the first in nursery training to discuss the theme of training and evaluation in the teaching of nonverbal communication, although the existing limitations exposed and discussed in it.

---

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

---

---

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

1. ARAÚJO, H.M. Paciente que não se comunica verbalmente - dificuldade no relacionamento equipe de enfermagem - paciente. Ribeirão Preto, 1984. 53 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
2. ARGYLE, M. A interação social. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
3. AUSUBEL, D.P. et al. Psicologia educacional. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
4. BIRDWHISTELL, R.L. Kinesics and context. Philadelphia, Pennsylvania Press, 1970.
5. BLONDIS, M.N.; JACKSON, B.E. Nonverbal communication with patients: back to the human touch. New York, John Wiley, 1982. Cap.1, p.2-29: What is nonverbal communication?
6. BLOOM, B.S. et al. Taxonomia dos objetivos educacionais. Porto Alegre, Globo, 1973. Vol. 1 e 2.
7. BORDENAVE, J.E.D. Além dos meios e mensagens. Petrópolis, Vozes, 1983. cap. 2. p. 35-53: O mundo dos signos.
8. BRADLEY, J.C.; EDINBERG, M.D. Communication in the nursing context. Norwalk, Appletton & Lange, 1990. Cap. 4, p. 81-107: Therapeutic use of self, trust and empathy.
9. CARLSON, R.E. The nurse's guide to better communication. Glenview, Scott & Foresman, 1984.
10. CARVALHO, D.V. Intrusão física e visual no espaço pessoal do paciente hospitalizado. São Paulo, 1977. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

11. CARVALHO, D.V. Necessidade territorial do paciente hospitalizado. São Paulo, 1987. 115 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
12. CASCUDO, L.C. História dos nossos gestos. Belo Horizonte, Itatiaia. São Paulo, EDUSP, 1987.
13. COOPER, J. Actions really do speak louder than words. Nursing. v.9, n.4, p.29-32, 1979.
14. CORRAZE, J. As comunicações não verbais. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
15. DAVIS, A.J. Listening and responding. Saint Louis, Mosby, 1984.
16. DAVIS, F. Comunicação não verbal. São Paulo, Summus, 1979.
17. DAY, R.H. Psicologia da percepção. 2 ed. Rio de Janeiro, José Olympio, 1974.
18. EDWARDS, B.J.; BRILHART, J.K. Communication in nursing practice. Saint Louis, Mosby, 1981.
19. EKMAN, P.; FRIESEN, W.V. Origen, uso y codificación: bases para cinco categorías de conduta no verbal. In: VERÓN, E. et al. Language y comunicación social. Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.
20. EKMAN, P.; FRIESEN, W.V.; SCHERER, K.R. Body movement and voice pitch in deceptive interaction. Semiótica. v.16, n.1, p.23-7, 1976.
21. ENRICONE, D. et al. Planejamento de ensino e avaliação. Porto Alegre, Sagra, 1984.
22. FAST, J. Linguagem corporal. Rio de Janeiro, José Olympio, 1972.
23. FRANCESCANI, G. Corporeità, comunicazione e linguaggio corporeo. Effeta. v.79, n.11-12, p.257-60, 1986.
24. FREIRE, P. Conscientização. São Paulo, Cortez & Moraes, 1979.
25. FRIEDMAN, H.; MILLER-HERRINGER, T. Nonverbal display of emotion in public and in private: self-monitoring, personality and expressive cues. J.Personal. Social Psych., v.61, n.5, p.766-75, 1991.

26. GAGNÉ, R.M. Como se realiza a aprendizagem. Rio de Janeiro, L.T.C., 1976.
27. GAGNÉ, R.M. Princípios essenciais da aprendizagem para o ensino. Porto Alegre, Globo, 1980.
28. GUIRAUD, P. El lenguaje del cuerpo. México, Fondo de Cultura Económica, 1986.
29. HAASE, R.F.; TEPPER, D.T. Nonverbal components of empathic communication. J.Couns.Psych., v.19, n.5, p.417-24, 1972.
30. HALL, E.T. A dimensão oculta. Lisboa, Relógio D'água, 1986.
31. HASTORF, A.H. et al. Percepção da pessoa. São Paulo, EDUSP, 1973.
32. JUAN, L.C. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona, Doyma, 1991. Cap.2, p.25-50: Primera fase de la relación de ayuda.
33. KIENER, M.E.; HENTSCHEL, D. What happens to learning when the workshop is over? J.Contin.Educ.Nurs., v.20, n.5, p.206-11, 1989.
34. KNAPP, M.L. La comunicación no verbal - el cuerpo y el entorno. Barcelona, Paidós, 1980.
35. KRISTJANSON, L.T.; SCANLAN, J.M. Assessment of continuing nursing education needs: a literature review. J.Contin.Educ. Nurs., v.20, n.3, p.118-123, 1989.
36. KRON, T. How the communicate nonverbaly with patients. Can. Nurs., v.68, n.11, p 21-6, 1972.
37. LAING, R.D. et al. Percepção interpessoal - uma teoria e um método de pesquisa. Rio de Janeiro, Eldorado, 1972.
38. LITTLEJOHN, S.W. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
39. LOPES, M.I.V. Pesquisa em comunicação - formulação de um modelo metodológico. São Paulo, Loyola, 1990.



40. LUFT, J.; INGHAM, H. The Johari Window: a graphic model for interpersonal relations. Washington, Human Relations Training News, 1961.
41. LYNCH, J.J. The simple act of touching. Nursing, v.8, n.6, p.32-6, 1978.
42. McCORKLE, R. Effects of touch on seriously ill patients. Nurs. Res., v.23, n.2, p. 125-32, 1974.
43. MORRIS, D. Bodywatching. New York, Crown, 1985.
44. MOSCOVICI, F. Desenvolvimento interpessoal. Rio de Janeiro, L.T.C., 1985.
45. PEASE, A. El lenguaje del cuerpo. Barcelona, Paidós, 1989.
46. PELÁ, N.T.R. et al. A educação em saúde na produção científica da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Enfoque, v.17, n.4, p.93-6, 1989.
47. PEPLAU, H.E. Interpersonal relations in nursing. New York, Putnam's, 1952.
48. PINTO, A.V. Sete lições sobre educação de adultos. São Paulo, Cortez, 1986.
49. RAMOS, E.S. A comunicação em enfermagem de saúde pública. Rev.Paul.Enf., v.3, n.3, p.102, 1983.
50. RECTOR, M.; TRINTA, A.R. Comunicação não verbal: a gestualidade brasileira. Petrópolis, Vozes, 1986.
51. RECTOR, M.; TRINTA, A.R. Comunicação do corpo. São Paulo, Ática, 1990.
52. ROSENTHAL, R. et al. Sensitivity to nonverbal communication. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.
53. RUESCH, J.; BATESON, G. Comunicación: la matrix social de la psiquiatria. Buenos Aires, Paidós, 1965.

54. RUSSELL, J.A. Culture and the categorization of emotions. Psych.Bulletin, v.110, n.3, p.426-50, 1991.
55. SAMPAIO, T.M.M. O não verbal na comunicação pedagógica. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991.
56. SANTAELLA, L. O que é semiótica. São Paulo, Brasiliense, 1987.
57. SIEGEL, S. Estatística não paramétrica - para as ciências do comportamento. São Paulo, McGraw Hill, 1975.
58. SILVA, A.A. Julgamento de expressões faciais de emoções: fidedignidade, erros mais freqüentes e treinamentos. São Paulo, 1987. 260 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
59. SILVA, A.A. Julgamento de pessoas desconhecidas: fidedignidade entre juízes, validade de julgamentos e fatores determinantes. São Paulo, 1982. 100 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
60. SILVA, M.J.P. A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes. São Paulo, 1989. 113 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
61. SILVA, M.J.P. A enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. Rev.Paul.Enf., v.9, n.3, p.114-9, 1990.
62. SILVA, M.J.P. Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. Rev.Paul.Enf., v.10, n.3, p.128-32, 1991.
63. SILVA, M.J.P. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP, v.25, n.3, p.309-18, 1991.
64. SILVA, M.J.P. Comunicação não verbal em enfermagem - levantamento bibliográfico. Rev.Baiana Enf., v.6, n.1, p.47-56, 1993.
65. SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L. Relacionamento interpessoal como base do processo educativo junto ao paciente e à equipe de enfermagem. Âmbito Hosp., v. 3, n. 27, p. 27-9, 1991.

66. SILVA, M.J.P. et al. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro, Marques Saraiva, São Paulo, EDUSP, 1989.
67. SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1º, Ribeirão Preto, 1988. ANAIS, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1988.
68. SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2º, Ribeirão Preto, 1990. ANAIS, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1990.
69. SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3º, Ribeirão Preto, 1992. ANAIS, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1992.
70. SINNO, M. Comunicação enfermeiro-cliente. Rev.Bras.Enf., v.40, n.2/3, p.123-5, 1987.
71. SOUZA, M.F. de. O contato através dos enunciados com função emotiva estabelecidos durante o processo de comunicação entre o enfermeiro e o paciente. Enf. Novas Dimens., v.4, n.4, p.222-24, 1978.
72. STEFANELLI, M.C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente. São Paulo, 1985, 163 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
73. STEFANELLI, M.C. Comunicação em enfermagem: "Jargão profissional ou realidade?". Bol.Inf.EEUSP, v.4, n.6, p.2-5, 1988.
74. STEINBERG, M. Os elementos não verbais da conversação. São Paulo, Atual, 1988.
75. SUNDEEN, S.J. et al. Nurse-client interaction-implementing the nursing process. Saint Louis, Mosby, 1976. cap.4, p.68-107: Communication.
76. TAYLOR, C.M. Merensess' essentials of psychiatric nursing. Saint Louis, Mosby, 1986. cap.8, p.163-82: Effective communication.
77. VENINGA, R. Communications: a patient's eye view. Am.J.Nurs., v.73, n.1, p.320-2, 1973.

78. VERÓN, E. et al. Lenguaje y comunicación social. Buenos Aires, Nueva Vision, 1971.
79. VOLTHERMS, R.C. Clinically improving communication through touch. J.Gerontol.Nurs., v.17, n.5, p.6-7, 1991.
80. WATZLAWICK, P. et al. Pragmática da comunicação humana. São Paulo, Cultrix, 1967. Cap.2, p.44-64: Alguns axiomas conjecturais de comunicação.
81. WEIL, P.; TOMPAKOW, R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petrópolis, Vozes, 1986.
82. YEARWOOD-GRAZETTE, H.S. An anatomy of communication. Nurs. Times, v.74, n.41, p.1672-9, 1978.

---

---

## ANEXOS

---

---

**ANEXO I****PROGRAMA SOBRE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL****OBJETIVOS**

Ao final do programa o enfermeiro deverá:

- 1- Discorrer sobre o que é a comunicação não verbal e sua importância nas relações interpessoais;
- 2- Apontar exemplos de sinais não verbais possíveis de serem detectados nas relações enfermeiro-paciente;
- 3- Enumerar fatores que interferem na percepção adequada da comunicação não verbal;
- 4- Aplicar seu conhecimento de sinais não verbais em situação simulada e real de interação enfermeiro-paciente, distinguindo-os de acordo com sua finalidade;
- 5- Passar a valorizar a comunicação não verbal sua e do paciente;

TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	PROCEDIMENTO
15'	Introdução com breve explicação do processo geral de comunicação, sua definição e comunicação como processo e como instrumento de trabalho do enfermeiro. Definir comunicação verbal e resgatá-la como elemento que pode auxiliar na expressão, clarificação e validação da comunicação com o paciente.	exposição dialogada
10'	Conceito e importância da comunicação não verbal, sua relação com a comunicação verbal e porcentagem que lhe é atribuída numa interação face-a-face. Ressaltar seu valor para a efetivação da comunicação do enfermeiro e para a compreensão correta da mensagem emitida pelo paciente.	exposição dialogada
15'	Como ocorre o processo de percepção e compreensão da realidade nas pessoas. O uso dos cinco sentidos no processo de reconhecimento da realidade, sua organização no sistema nervoso reconhecendo símbolos, a re colocação de experiências passadas fazendo associações e produzindo significados para gerar uma resposta (consciente ou inconsciente) que é expressa para a outra pessoa.	exposição dialogada e exercício de percepção

TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	PROCEDIMENTO
-------	-----------------------	--------------

45'	<p>Tipos de comunicação não verbal. Explicação dos suportes utilizados para a emissão da comunicação não verbal e uma rápida exposição dos tipos de sinais não verbais: as ações ou movimentos do corpo, a postura corporal (cinésica), o toque (tacêsica), os sinais vocais ou paralinguísticos, o uso do espaço pelos comunicadores (proxêmica), os objetos e adornos utilizados, o tipo de corpo (características físicas) das pessoas envolvidas no processo de comunicação e o momento em que as palavras são ditas. Abordar, dentre os tipos de sinais não verbais, mais enfaticamente: a proxêmica (utilizando a classificação de HALL<sup>30</sup>, explicando o conceito de territorialidade, espaço pessoal, a distância íntima e suas características e os obstáculos físicos que dificultam a interação), a tacêsica (tipos de toque, aspectos envolvidos no tocar, situações estressantes e o toque afetivo), a cinésica (a orientação e inclinação do corpo nas interações, diferentes</p>	<p>exposição dialogada e exercícios de decodificação de emoções. Os exemplos serão retirados da vivência hospitalar dos participantes</p>
-----	--	---



TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	PROCEDIMENTO
	<p>posturas e possíveis significados, gestos adaptadores e filtradores, a sincronia dos movimentos nas conversações), a relação direta entre as emoções e as expressões faciais (algumas emoções possíveis de serem detectadas pelo rosto e características e funções do olhar). Abordar o paraverbal apenas para reforçá-lo como sinal que detecta dúvidas e ansiedade nos pacientes.</p>	
20'	<p>Funções da comunicação não verbal. Definir e exemplificar as funções: complemento do verbal (qualquer sinal não verbal que tenha reforçado o que foi dito verbalmente), contradição do verbal (qualquer sinal não verbal que contradiga o que foi dito), substituição do verbal (qualquer sinal não verbal usado para substituir as palavras) e demonstração dos sentimentos (qualquer emoção demonstrada por outros meios que não as palavras). Reforçar que o não verbal retroalimenta e qualifica as interações.</p>	<p>exposição dialogada e exemplos do dia-a-dia hospitalar.</p>

TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	PROCEDIMENTO
20'	Fatores que interferem na percepção da comunicação não verbal do enfermeiro: conhecimento dos signos utilizados pelo paciente (a influência de sua história e cultura), dos meios empregados para a transmissão das mensagens, a situação e o momento onde o processo comunicativo está ocorrendo (ruídos), as expectativas, as emoções e estereótipos do enfermeiro, limitações físicas ou fisiológicas, as experiências vivenciadas por ele, a rotina do seu trabalho e tempo de estímulo apresentado.	exposição dialogada
15'	Desenvolvimento da percepção da comunicação não verbal pelo enfermeiro para que ele possa avaliar com maior precisão as mensagens enviadas pelo paciente, verificar a coerência dessas mensagens, detectar sua dificuldade em expor dúvida de forma verbal, demonstrar empatia e otimizar sua própria comunicação. Expor que o desenvolvimento da habilidade de emitir e receber (perceber e entender) sinais não verbais depende da sua motivação, atitude positiva, conhecimento dos sinais	exposição dialogada

*Hebe Arag*

TEMPO	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	PROCEDIMENTO
	e experiência na sua percepção. Os recursos disponíveis para o desenvolvimento da percepção são: a vida diária, espelhos, fotografias, gravações, livros. Salientar que o registro desses sinais auxiliam o enfermeiro a decodificar as emoções do paciente e sua evolução clínica.	
10'	Dramatizar situação de desinteresse do enfermeiro e dúvida e ansiedade no paciente.	Dramatização e discussão
10'	Filme com trecho de consulta de enfermagem: "Comunicação na consulta de enfermagem"	Filme demonstrativo
25'	Verificação de assimilação (Anexo II) e sumarização do conteúdo	

### **AValiação**

A Avaliação do programa será feita em dois momentos: um imediato pelas respostas ao questionário "Verificação da assimilação" (Anexo II); e, num segundo momento pela verificação, por meio de observação, da capacidade dos enfermeiros perceberem a comunicação não verbal dos pacientes em consultas de enfermagem.

**BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

DAVIS, F. Comunicação não verbal. São Paulo, Summus, 1979.

EDWARDS, B.J.; BRILHART, J.K. Communication in nursing practice. Saint Louis, Mosby, 1981.

FAST, J. Linguagem corporal. Rio de Janeiro, José Olympio, 1972.

KNAPP, M.L. La comunicación no verbal - el cuerpo y el entorno. Barcelona, Paidós, 1980.

SILVA, M.J.P. A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes. São Paulo, 1989. 113 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, M.J.P. Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. Rev.Paul.Enf., v.10, n.3, p. 128-132, 1991.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petrópolis, Vozes, 1986.

## ANEXO II

**Programa: Comunicação não verbal****Verificação de Assimilação**

**Instruções Gerais:** Não identifique esta folha e responda as questões com caneta. Tempo de preenchimento: 15 min. Obrigada pela participação!

1. O que é comunicação não verbal? Qual a porcentagem que lhe é atribuída durante uma interação?

2. Cite 6 exemplos de tipos de sinais não verbais possíveis de serem detectados.

3. Quais os fatores que interferem na percepção correta da comunicação não verbal? Cite 4 deles.

4. A partir do filme que você acabou de assistir, identifique as situações onde aparecem as funções da comunicação não verbal, dentro das 4 categorias: complemento, contradição, substituição e demonstração de sentimentos.

Comunicação Verbal	Comunicação Não Verbal	Comunicação Paraverbal	Comunicação Não Verbal

5. Quanto - de 0 à 100% - você diria que aproveitou deste programa? Por que?

6. Você tem alguma sugestão para melhorá-lo? O que você faria diferente, na maneira como ele foi apresentado?

## ANEXO III

## FORMULÁRIO PARA PESQUISADORA

Consulta nº \_\_\_\_\_ Nº de registro do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Horário de início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Comunicação verbal do enfermeiro      Comunicação verbal do paciente      Sinais não verbais do paciente      Codificação não verbal

Comunicação verbal do enfermeiro	Comunicação verbal do paciente	Sinais não verbais do paciente	Codificação não verbal

## LEGENDA A SER UTILIZADA NA CODIFICAÇÃO

Complemento do verbal: Cl V

Substituição do verbal: Sb V

Contradição do verbal: Cr V

Demonstração de sentimentos: D S

## ANEXO IV

### FORMULÁRIO PARA O ENFERMEIRO

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Consulta nº \_\_\_\_\_ Nº de registro do paciente \_\_\_\_\_

Cite exemplos, ocorridos nesta entrevista, onde você percebeu a comunicação não verbal do paciente associada à verbal, e que possa significar complemento ou reforço, contradição, substituição e demonstração de sentimentos (cite quantos exemplos você se lembrar).

1. Complemento do verbal (qualquer sinal não verbal que tenha reforçado o que foi dito verbalmente).
2. Contradição do verbal (qualquer sinal não verbal que contradiga o que foi dito).
3. Substituição do verbal (qualquer sinal não verbal usado para substituir as palavras).
4. Demonstração de sentimentos (qualquer emoção demonstrada não através de palavras).



## ANEXO V

Resultado da Verificação de Assimilação por enfermeiro e categoria de sinal detectado no filme assistido ao final da programação (Pergunta 4 da Verificação de Assimilação).

Categoria de sinal não verbal	Enfermeiro																Média encontrada
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Complemento	1	1	-	1	-	-	-	-	1	1	1	-	2	1	-	-	0,5
Contradição	1	1	-	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1*	1	1	1	0,7
Substituição	1	-	-	1*	-	-	-	1	-	-	-	-	1*	-	-	-	0,1
Demonstração de sentimentos	-	2	2	2	1	2	-	-	2	1	-	2	2	2	2	2	1,2
TOTAL	3	4	2	4	2	2	**	2	4	3	2	3	4	4	3	1	0,6

\* Classificação errada e não incluída na média

\*\* Referiu não ter ouvido bem o filme

Escore dos Peritos sobre o filme assistido  
"Verificação de Assimilação").

Categoria de sinal não verbal	1º
Complemento	2
Contradição	1

Silva, Maria Júlia Paes da  
Construção e validação de um  
sobre comunicação não verbal  
enfermeiros.

TESE/ 610.730699/ S581c

RI364626/01

Este livro deve ser devolvido na última data carimbada

1

1

1,2

2

3

4,5

7

8

2,5