



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUÇAS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE  
COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL PARA O ATENDIMENTO DE  
ENFERMAGEM A PACIENTES CEGOS**

FORTALEZA  
2008

CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUÇAS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE COMUNICAÇÃO NÃO-  
VERBAL PARA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PACIENTES CEGOS

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Área temática: Saúde Ocular.

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca.

FORTALEZA  
2008

R24c

Rebouças, Cristiana Brasil de Almeida

Construção e validação de um modelo de comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos/ Cristiana Brasil de Almeida Rebouças; Orientadora: Lorita Marlena Freitag Pagliuca. – Fortaleza, 2008.

117f. : Il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

1. Comunicação não Verbal 2. Estudos de Validação 3. Cegueira – enfermagem 4. Relações Enfermeiro-Paciente I. Pagliuca, Lorita Marlena Freitag (Orient.) II. Título

CDD: 610.730699

CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUÇAS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL PARA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PACIENTES CEGOS**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Aprovada em: 06 de outubro de 2008

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. Namie Okino Sawada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

---

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

---

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

A DEUS, que me deu a vida, a saúde, o amor pelo que faço e a missão de ser um sinal de paz para toda a humanidade. Obrigada pela Tua graça que sempre me acompanha e pela oportunidade de concluir esta nova etapa: o doutorado.

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

**À Profa. Dra. Lorita,**

Não tenho palavras para agradecer sua amizade, confiança, carinho, incentivo. Obrigada, sobretudo, pela sábia orientação desde o meu terceiro semestre na graduação em enfermagem.

Lembro-me exatamente do meu primeiro dia de reunião do Projeto Saúde Ocular, em fevereiro de 1999, quando discutíamos e estudávamos acerca da visão e do seu perfeito funcionamento. Posso afirmar que desde este dia foi “amor à primeira vista”.

Ao longo desses dez anos de trabalho, aprendi cada dia mais a admirá-la, amá-la, compreendê-la e aceitá-la com seu jeito próprio de ser e que a faz única. Jamais pensei que nossa história de orientadora e orientanda fosse percorrer todo este tempo, mas Deus quis assim. Nos planos Dele estava tudo escrito desta forma. Dez anos não são dez dias e por trás deste tempo hoje sou testemunha de que a minha formação da graduação ao doutorado prolongou-se por dez anos. Uma vida! Uma vida bem vivida, preparada, cuidada, alimentada, regada com amor.

Não tenho palavras para agradecer as oportunidades concedidas ao longo desse tempo, mas sei foram decisivas para chegar até aqui. Mais uma vez, obrigada pelos ensinamentos de vida, de profissionalismo, como professora, como pesquisadora. As palavras sempre oportunas, o cuidado, a ética, a arte e a estética da enfermagem.

Hoje posso carinhosamente chamá-la também de amiga e porque não de mãe.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais queridos e muito amados, Edmilson e Gláucia; vocês sabem o quanto são importantes na minha vida e devo essa conquista ao amor e trabalho de vocês.

Ao meu amor Pedro; pelo seu companheirismo em todas as horas, cuidado, zelo e entusiasmo que me fazem perseverar até o fim e crescer como pessoa, mulher e profissional.

Ao meu querido irmão Fernando; mesmo um pouco mais distante, sei que acredita em mim e faz tudo para me ajudar e me ver bem e feliz.

A toda a minha família, tios, tias, sogro, sogra, cunhadas, primos; que vibram pelo meu crescimento pessoal e profissional. Amo todos vocês!

À Comunidade Católica Shalom, especialmente à célula Esposa do Espírito, por refletir a presença de Deus e ser canal desse grande amor em minha vida.

Às minhas queridas amigas de doutorado, Kátia e Grazielle; sem a presença, trabalho e estímulo de vocês nada disso teria sido alcançado. Vocês são especiais para mim.

Ao querido Prof. Paulo César; pela amizade, compromisso e pelas orientações constantes e disponibilidade para me receber em sua casa sempre que precisava, desde a época do mestrado.

À querida Antônia; pela presença nesta etapa da minha vida, pela amizade, carinho e pela contribuição na digitação dos dados no programa estatístico.

Às Profas. Marli Galvão, Namie Sawada e Maria Auxiliadora Trevisan; pelas valiosas contribuições na etapa de construção do modelo de comunicação não-verbal. A sabedoria, o empenho, a dedicação e a amizade de vocês foram decisivas para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha querida orientanda Paula Marciana; pelo amor, carinho, cuidado, amizade e alegria que contagiam a minha vida e me fazem buscar essas qualidades que existem em você.

À Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Leitão Cardoso; pelo carinho, amizade, incentivo e entusiasmo em toda a minha vida profissional.

Aos meus colegas enfermeiros, Kariane, Márcio Flávio, Eveline, Suélida, Kamilla, Emeline, Simone Vasconcelos e Ana Cláudia; faltam-me palavras para agradecer a participação valiosa de vocês na análise dos dados deste trabalho, tão essencial para a obtenção dos resultados ora divulgados.

A todos os integrantes do Projeto Saúde Ocular, alunas de graduação e pós-graduação; muitas vezes, sem entender o que se passava comigo, vocês me encorajavam com palavras de entusiasmo, atenção e ânimo.

À Associação dos Cegos do Estado do Ceará, por acreditar no nosso trabalho e abrir as suas portas para realizarmos nossas pesquisas.

A todos os deficientes visuais e enfermeiros; que colaboraram e se dispuseram a participar desta pesquisa. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especialmente, a Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes; pela sua presença e estímulo durante todos esses anos na pós-graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); pelo incentivo financeiro para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde (MS); pelo financiamento desta pesquisa.

## RESUMO

Objetivou-se validar um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem à clientela cega, segundo o referencial teórico de E.T. Hall (1986). Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido no LabCom\_Saúde do Departamento de Enfermagem da UFC, no período de outubro de 2007 a junho de 2008. Foram selecionados 15 cegos e 15 enfermeiros para comporem cada grupo, treinado e não-treinado e ambos tiveram as mesmas características. Os cegos foram contatados por meio da Associação dos Cegos do Estado do Ceará e os enfermeiros a partir dos Centros Acadêmicos. A fase de coleta de dados do grupo não-treinado deu-se durante o mês de abril de 2008, por meio de consultas. Estas ocorreram dentro do LabCom\_Saúde e os dados foram coletados por meio de filmagens. O primeiro passo para a construção do modelo foram os estudos realizados acerca da teoria de Hall (1986). Subdividiu-se a consulta de enfermagem em quatro etapas denominadas etapas do cuidado. Em cada etapa de cuidado são orientadas as ações do enfermeiro, descreve-se a ação e como deve ser desenvolvida tal ação. A etapa do cuidado 1 refere-se à organização do ambiente para desenvolver a Consulta de Enfermagem. Na etapa do cuidado 2 o enfermeiro deve receber o paciente na entrada do consultório para introduzi-lo no ambiente onde será realizada a consulta e deve cumprimentá-lo e informar a localização dos móveis e objetos. Já a etapa do cuidado 3 aborda o desenvolvimento da CEnf propriamente dita. A etapa do cuidado 4 constitui-se a última etapa do modelo de comunicação não-verbal e enfoca a finalização da consulta e o encerramento da comunicação com o paciente. Após ser construído, o referido modelo foi submetido à validação aparente e de conteúdo. Foi analisado por três especialistas em comunicação não-verbal, por ser um número já adotado em pesquisas anteriores. As sugestões incluídas no modelo se referiram à abrangência, forma de apresentação e representatividade do conteúdo. Em seguida, iniciou-se a segunda etapa de validação, por meio da qual o modelo foi submetido à testagem. Os enfermeiros e concludentes foram treinados de acordo tanto com as técnicas de comunicação pertinentes à utilização da comunicação não-verbal quanto em relação à utilização do modelo com cegos. Quanto à coleta dos dados, foi realizada mediante o uso de três câmeras filmadoras que registraram toda a consulta de enfermagem entre a enfermeira, o cego e o acompanhante, quando este estivesse presente. Para a análise dos dados das filmagens foram escolhidos outros três juízes, enfermeiros e estudantes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do nível mestrado e doutorado, da UFC. Eles foram treinados em relação à utilização do instrumento de análise da comunicação não-verbal do enfermeiro-cego (CONVENCE) e do instrumento de validação do modelo. Pelo fato deste estudo ser duplo cego, os juízes não eram informados acerca de qual grupo, controle ou experimental, eram realizadas as análises. Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica com a utilização do programa SPSS, versão 14.0, e analisados em frequência absoluta por meio de tabelas univariadas. Para se analisar a associação entre as variáveis e os enfermeiros nos grupos controle e experimental, foram empregados os testes qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o máximo de verossimilhança. Cumpriram-se as normas que regulamentam pesquisas em seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Ao se comparar as ações da etapa do cuidado 1 entre o grupo treinado e não-treinado, observa-se que o grupo treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,0001$ ) em quatro dos cinco itens avaliados. Somente o item

“temperatura” apresentou proporção aproximadamente igual na escala. Na Tabela 3, ao se comparar as ações da etapa do cuidado 2 entre os grupos, observa-se que o treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,05$ ) em todos os itens avaliados. Portanto, houve associação estatisticamente significativa em todas as ações. Em relação aos resultados obtidos pela Tabela 4, observam-se resultados excelentes ( $p < 0,05$ ) em oito dos nove itens avaliados do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado na etapa do cuidado 3. Apenas o item referente a “seguir o roteiro da CEnf” ficou próximo ao valor do teste, ressaltando que esta ação obteve forte indicador de associação. Os dados da Tabela 5 mostraram também resultados excelentes ( $p < 0,05$ ) do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado nas três das quatro ações desenvolvidas na etapa do cuidado 4. Conforme se percebe na Tabela 6, todos os itens contribuem para a confiabilidade interna do Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego. Conclui-se com este trabalho a necessidade de implementação prática tanto por parte dos enfermeiros como dos estudantes de enfermagem deste Modelo de Comunicação Não-Verbal com o paciente cego para tornar o cuidado efetivo e afetivo, especialmente com aqueles que necessitam compreender e serem compreendidos em sua vida cotidiana. Confirma-se a hipótese de que o Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego é eficaz na consulta de enfermagem a pacientes cegos.

Palavras-Chave: Comunicação Não-Verbal; Estudos de Validação; Cegueira - enfermagem; Relações Enfermeiro-paciente.

## ABSTRACT

The goal was to validate a non-verbal communication model for nursing care delivery to blind clients, based on the reference framework by E.T. Hall (1986). This methodological research was developed at the LabCom\_Saúde research lab of the Nursing Department at Ceará Federal University between October 2007 and June 2008. Fifteen blind people and 15 nurses were selected for each group, i.e. trained and non-trained, both with the same characteristics. The blind were contacted through the Ceará State Association of the Blind (ACEC) and the nurses through the Academic Centers (CAs). In the non-trained group, data were collected in April 2008 through consultations. These took place inside the LabCom\_Saúde and data were collected through movie recordings. The studies carried out about Hall's theory (1986) represented the first step to construct the model. The nursing consultation was subdivided in four phases, which were called care phases. In each phase, orientations are given for the nurse's actions and the action is described, as well as how this action should take place. Care phase 1 refers to the organization of the environment to develop the Nursing Consultation (CEnf). In care phase 2, the nurse should receive the patient at the entry of the consultation room to introduce him/her into the environment where the consultation will take place, greet the patient and inform where furniture and objects are located. Care phase 3 addresses the development of the CEnf itself. Care phase 4 constitutes the final phase of the non-verbal communication model and focuses on how to end the consultation and close off communication with the patient. After its construction, the Model was submitted to face and content validation. It was analyzed by three specialists in non-verbal communication specialists, a number already adopted in earlier studies. The suggestions included in the model referred to range, presentation form and content representativeness. Next, the second validation phase started, through which the model was tested. The nurses and blind people were trained in terms of the communication techniques that are important in the use of non-verbal communication as well as the use of the Model with blind people. Data were collected with the help of three film cameras that recorded the entire nursing consultation among the nurse, the blind and the companion, if present. To analyze the movie data, three other judges were chosen, who were nurses and students from the Graduate Nursing Program at Ceará Federal University, master's and doctoral level. They were trained on how to use to nurse-blind non-verbal communication analysis instrument (CONVENCE) and the model validation instrument. As this was a double-blind study, the judges were not informed about which group – control or experimental - they were analyzing. The collected data were inserted in an electronic worksheet, using SPSS software, version 14.0, and analyzed as absolute frequencies through univariate table. To analyze the association between the variables and the nurses in the control and experimental groups, the chi-square ( $\chi^2$ ) test and the maximum likelihood estimation were used. Guidelines for research involving human beings were complied with, in accordance with Resolution 196/96 by the Brazilian Ministry of Health. The comparison between care phase 1 actions in the trained and non-trained group showed that the trained group obtained excellent results ( $p < 0.0001$ ) on four of the five items under analysis. The only exception was the "temperature" item, with an approximately equal proportion on the scale. Table 3 shows that, when comparing care phase 2 actions between the groups, the trained group obtained an excellent result ( $p < 0.05$ ) on all items under evaluation. Hence, statistically significant associations were found for

all actions. As to the results obtained in Table 4, excellent results are observed ( $p < 0.05$ ) on eight of the nine items assessed for the trained group in comparison with the non-trained group in care phase 3. Only the item related to “following the CEnf script” remained close to the test value, highlighting that this action obtained a strong association score. Data in Table 5 also showed excellent results ( $p < 0.05$ ) for the trained group in comparison with the non-trained group for three of the four actions developed in care phase 4. As observed in Table 6, all items contributed to the internal reliability of the Nurse-Blind Non-Verbal Communication Model. Through this research, it is concluded that nurses and even nursing students need to implement this Non-Verbal Communication Model with a view to effective and affective care, especially for patients who need to understand and be understood in their daily life. The hypothesis is confirmed that the Nurse-Blind Non-Verbal Communication Model is effective in nursing consultations with blind patients.

**Key Words:** Non-Verbal Communication; Validation Studies; Blindness- nursing; Nurse-Patient Relations.

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição do número de enfermeiros e cegos, segundo as características da amostra. Fortaleza, 2008.....	61
Tabela 2 – Comparação das ações da etapa de cuidado 1 entre o grupo controle e o experimental. Fortaleza, 2008.....	62
Tabela 3 – Comparação das ações da etapa de cuidado 2 entre o grupo controle e o experimental. Fortaleza, 2008.....	63
Tabela 4 – Comparação das ações da etapa de cuidado 3 entre o grupo controle e o experimental. Fortaleza, 2008.....	64
Tabela 5 – Comparação das ações da etapa de cuidado 4 entre o grupo controle e o experimental. Fortaleza, 2008.....	65
Tabela 6 – Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach com a exclusão dos itens do modelo de comunicação não-verbal do enfermeiro-cego. Fortaleza, 2008.....	66
Tabela 7 – Análise comparativa da comunicação não-verbal entre o grupo controle e o grupo experimental. Fortaleza, 2008.....	67
Tabela 8 – Análise comparativa da variável Contato entre grupo controle e o experimental. Fortaleza, 2008.....	69

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O processo de comunicação humana	14
1.2 A comunicação não-verbal	16
1.3 Deficiência visual e acessibilidade	17
1.4 A assistência de enfermagem ao cego: o elo com a comunicação	22
2 OBJETIVOS	28
2.2 Objetivo geral	28
2.3 Objetivos específicos	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1 Comunicação não-verbal: evolução do conceito	29
4.2 Teoria Proxêmica de Hall (1986)	37
4 METODOLOGIA	41
4.1 Tipo de estudo	41
4.2 Período, local e população	42
4.3 Processo de coleta de dados	43
4.3.1 Grupo não-treinado	44
4.3.2 Descrição do ambiente de filmagem	45
4.3.3 Construção do modelo de comunicação não-verbal	47
4.3.4 Validação do modelo de comunicação não-verbal	53
4.3.5 Grupo treinado	54
4.4 Processo de análise dos dados	56
4.4.1 Capacitação dos juízes da análise dos dados	56
4.4.2 Análise dos dados	57
4.5 Aspectos éticos e legais	58
5 RESULTADOS	59
5.1 Validação do modelo de comunicação não-verbal enfermeiro-cego por especialistas	59
5.2 Caracterização da amostra	61
5.3 Validação do modelo de comunicação não-verbal enfermeiro-cego	62
5.4 Análise de confiabilidade do modelo de comunicação não-verbal	66
5.5 Análise da comunicação não-verbal enfermeiro-cego	67
6 DISCUSSÃO	71
6.1 Validação do modelo de comunicação não-verbal	71
6.2 Análise da comunicação não-verbal enfermeiro-cego	79
7 CONCLUSÕES	86

REFERÊNCIAS

90

APÊNDICES

98

ANEXOS

114

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O processo de comunicação humana

Comunicar é relacionar seres vivos, normalmente conscientes, neste caso os seres humanos, e tornar algo comum entre esses seres, seja informação, experiência, sensação, emoção, etc.

O processo de comunicação constitui-se instrumento básico da experiência social, enquanto a comunicação se constitui o fundamento cultural da pessoa humana e, mais que isso, da própria vida (HALL, 1986). É também uma necessidade básica sem a qual a existência da humanidade seria impossível (STEFANELLI, 1993). Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim *communicare*, cujo significado é “pôr em comum”.

Desde o nascimento, o ser humano é capaz de se comunicar. O recém-nascido estabelece a comunicação por meio do sorriso, do choro, do olhar. Conforme se observa, a comunicação permeia a vida da humanidade em todas as suas fases, e é isto que distingue o homem dos animais (DARWIN, 2000).

Portanto, a comunicação está presente em todas as etapas da vida, e representa elemento essencial para a interação entre os seres humanos. Como afirma Pagliuca (1996), ela pode ter objetivos específicos, tais como se prestar para as relações interpessoais, as relações de grupo, a transmissão de idéias, de ensinamentos, de convencimentos, de cultura, de lazer, entre outros.

De acordo com Stefanelli (1993), a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, bem como processar este intercâmbio na interação entre os envolvidos, além de perceber sua influência no comportamento das pessoas durante o ato comunicativo.

Segundo se percebe, a comunicação existe quando as idéias, os pensamentos e os sentimentos tornam-se objeto comum entre duas ou mais pessoas. Porém, para que o ato de comunicar seja comum, deve ocorrer por meio do modo verbal e não-verbal. Assim, para haver comunicação, deve haver um consenso, pois a compreensão exige que idéias, imagens e experiências sejam

colocadas em comum (MENDES, 1994). Dessa forma, a comunicação contribuirá para o real entendimento entre os homens.

Em toda situação de comunicação há dois elementos fundamentais para a mensagem ser apreendida: o emissor e o receptor. Enquanto o emissor é quem transmite a idéia, o pensamento ou a informação aos outros, o receptor é o destinatário para quem a mensagem é enviada. Já a mensagem expressa a idéia ou pensamento enviado ao receptor, e pode ser emitida de várias formas: diretamente, em encontros pessoa a pessoa, ou indiretamente, por meio da escrita, do telefone, televisão, etc. Ao longo da comunicação, o receptor decodifica os símbolos para interpretar o significado da mensagem. Nesse processo de codificar e decodificar as mensagens ocorrem os erros potenciais da comunicação porque criam-se ruídos ao serem convertidos de símbolos a significados. Quando o receptor responde à comunicação do emissor com uma mensagem de retorno, há o *feedback*. Sem este, a comunicação torna-se uma via de mão única. Assim, o *feedback* configura-se como ajuda para a eficácia da comunicação, uma vez que possibilita determinar se o receptor o interpretou corretamente (DAFT, 1999).

De acordo com vários estudiosos em comunicação (HALL, 1986; SAWADA, 1990; STEFANELLI, 1993; MENDES, 1994; PAGLIUCA, 1996; SILVA, 1996, entre outros), inúmeros elementos do processo comunicativo precisam ser explorados, avaliados e estudados. Ao analisar este processo, deve-se tomar como unidade mínima de análise o ato comunicativo, bem como examinar seus componentes, as regras que embasam essa produção e as funções por ele desempenhadas (BITTI; ZANI, 1997).

Por ato comunicativo entende-se a menor unidade, capaz de fazer parte de uma troca comunicativa e que pode ser produzida com uma única e bem definida intenção. Poderá se constituir pela emissão de uma única palavra ou de um só gesto, mas é mais freqüentemente composto por uma combinação de elementos verbais e não-verbais (Idem, ibidem).

## 1.2 A comunicação não-verbal

Para descobrir e compreender a riqueza do processo de comunicação torna-se imprescindível analisar uma interação comunicativa com base nos sistemas que a compõe. Como asseveram Silva (1996) e Bitti e Zani (1997), existem quatro sistemas de comunicação conforme se observa a seguir: o sistema verbal, que utiliza a lingüística, o vocal e o canal auditivo como principais meios de troca de informações; o intonacional, que utiliza as modalidades de entoação da voz; o paralingüístico, que compreende os fenômenos como o resmungo, os bocejos, os risos, as tosses, além do ritmo e da velocidade da elocução; e o cinésico, que engloba os movimentos das mãos, do corpo e do rosto, olhares e o contato visual como base durante a interação. Esses quatro elementos estão em contínua evolução e podem ser denominados de elementos dinâmicos da relação interpessoal. Destes, os três últimos compõem a forma não-verbal, na qual não se utilizam regras lingüísticas nem vocais, mas são percebidos mais comumente por meio do canal visual (BITTI; ZANI, 1997).

Se a comunicação, como vista anteriormente, é tão indispensável para as demais pessoas em sua vida cotidiana, torna-se, da mesma forma, fundamental na vida e no cuidado dos cegos. Assim, os enfermeiros precisam ser potenciais agentes comunicadores no cuidado aos pacientes, especialmente quando estes são cegos. De acordo com Stefanelli (1993), a comunicação verbal é plenamente voluntária enquanto o comportamento não-verbal pode ser uma reação involuntária ou um ato comunicativo não propositado. Como este processo é composto por formas verbais e não-verbais, optou-se por aprofundar a comunicação não-verbal, já que ela envolve todas as manifestações de comportamento não pronunciadas por palavras.

Esse tipo de comunicação acontece principalmente nos encontros pessoais. Ao fazer uma estimativa da proporção verbal/não-verbal do pensamento, o pesquisador americano Mehrabian concluiu que 55% da mensagem é transmitida via linguagem corporal. Ainda segundo a mesma pesquisa, a voz é responsável por 38% e as palavras apenas por 7%. Consoante Daft (1999), os pesos relativos das três fontes, na interpretação da mensagem, são reconhecidos igualmente como:

impacto verbal, 7%; impacto vocal, 38%; e impacto facial, 55%, ou seja, corroboram o pensamento de Mehrabian.

Portanto, a comunicação não-verbal pode ser definida como toda mensagem emitida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações corporais, disposição de objetos, como também pela distância mantida pelos indivíduos (SILVA, 1996). Diante disso, pode-se concluir que a comunicação não-verbal exerce maior influência em relação àquilo que desejamos exprimir e que as expressões e manifestações corporais são fundamentais para ocorrer o processo comunicativo. Algumas vezes, porém, a comunicação não-verbal modifica a que está sendo verbalizada, e as duas se contrapõem. Numa mensagem, muitos comportamentos não-verbais estão inter-relacionados, porquanto raramente um único movimento do corpo, por si mesmo, comunica um significado.

### **1.3 Deficiência visual e acessibilidade**

De acordo com o último censo demográfico realizado no país, existem 169.872.856 portadores de algum tipo de deficiência, seja física, visual, auditiva ou mental. Deste total, 16.644.842 indivíduos possuem absoluta incapacidade ou alguma dificuldade para enxergar permanentemente.

Deficiência designa uma anomalia ou perda na estrutura corporal e/ou na função de um órgão ou sistema. Por deficiência compreende-se toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Já o termo incapacidade refere-se a toda restrição ou falta (devido a uma deficiência) da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal para um ser humano (BRASIL, 1996).

Ainda com base na mesma fonte, o termo deficiência designa a perda ou a limitação de oportunidades de participar da vida comunitária em condições de igualdade com as demais pessoas. Usa-se o mesmo termo para descrever a incapacidade da pessoa em função do meio onde vive diante de obstáculos que dificultam seu acesso aos serviços de saúde.

A deficiência está ligada a possíveis seqüelas que restringiriam a execução de uma atividade: deficiência mental, deficiência visual, deficiência

auditiva, deficiência física (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, paralisia, etc.), deficiência psicológica, deficiência de linguagem, etc.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994), o termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. Quanto à diminuição da resposta visual, pode ser leve, moderada, severa, profunda (visão subnormal ou baixa visão) e ausência total da resposta visual (cegueira).

Será abordada aqui, especificamente, a visão subnormal ou baixa visão. O indivíduo com baixa visão ou visão subnormal é aquele que apresenta diminuição das suas respostas visuais, mesmo depois de tratamento e/ou correção óptica convencional, mas que usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa. Para classificar a baixa visão, utiliza-se a escala numérica da medida da acuidade visual. De acordo com esta, a visão normal é 20/20 e a baixa visão vai de 20/60 até a falta de percepção de luz (CONDE, 2004).

Como mostra a literatura, a baixa visão pode estar relacionada a três tipos distintos de causas. No primeiro caso, a pessoa pode ter uma alteração da transparência dos meios ópticos, ou seja, as estruturas que são transparentes podem perder a transparência. Por exemplo, a opacificação do cristalino, em decorrência da catarata. Pode estar relacionada também a uma cicatriz na região central da retina, na mácula ou fóvea para onde converge a imagem. Isto poderá provocar um defeito no campo visual que obriga a pessoa a posicionar a cabeça e o olhar de tal modo que a visão seja jogada na área da retina que permanece viável. Em outro caso ainda, pode decorrer do fechamento do campo visual por doenças oculares, como o glaucoma ou a retinose pigmentar. Nesta situação, a pessoa vai perdendo o campo visual periférico até que só lhe reste a visão mais central. Como consequência, perde a orientação espacial e precisa realizar uma varredura maior no ambiente para reconhecê-lo e localizar-se (HADDAD, 2005).

A cegueira total, ou simplesmente amaurose, pressupõe completa perda de visão. Nela a visão é nula, ou seja, nem a percepção luminosa está presente.

Para uma pessoa ser considerada cega ela deve enquadrar-se em um dos critérios seguintes: a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos. Portanto, ela pode ver a 6 metros o que uma pessoa de visão normal veria a 60 metros; ou, ainda, se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus, mesmo que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200. Pedagogicamente, delimita-se como cego aquele que, mesmo possuindo visão subnormal, necessita de instrução em braile, e como portador de visão subnormal aquele que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos ópticos (Idem, ibidem).

Por diversas razões a visão subnormal ou a própria cegueira podem afetar o indivíduo. Ambas decorrem de lesão no próprio olho, nas vias ópticas ou nos centros nervosos superiores, desde traumas oculares até doenças congênitas. De modo geral, a cegueira pode ser proveniente de quatro causas: doenças infecciosas, por exemplo, o tracoma, a sífilis; doenças sistêmicas, como diabetes, arteriosclerose, nefrite, moléstias do sistema nervoso central, deficiências nutricionais graves; traumas oculares ocasionados por pancadas, ação de substâncias químicas; e, ainda, causas congênitas e outras, como a catarata senil, o glaucoma, a miopia maligna (SMELTZER; BARE, 2002).

Tanto a visão subnormal como a cegueira total dificultam a acessibilidade. Acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por uma pessoa deficiente ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000). Esta lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Pela lei de acessibilidade são consideradas barreiras qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a segura circulação das pessoas. Estas barreiras são classificadas em: a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso

público; b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados; c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes; d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa.

As iniciativas de acessibilidade ajudam pessoas portadoras das mais diversas deficiências, tais como: limitações visuais, dificuldades de audição, deficiências físicas, cognitivas ou neurológicas. Milhões de indivíduos têm deficiências em diferentes níveis. Por isso, a não adoção destas políticas implicará dificuldade de acesso para eles.

Como garantido pela lei de proteção a pessoas com deficiência, estas têm direito a tratamento médico, psicológico e funcional, a reabilitação médica, social e educacional, treinamento vocacional e reabilitação, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros que lhes possibilitem o máximo desenvolvimento da sua capacidade e habilidade para acelerar o seu processo de integração social.

Embora se disponha de razoável legislação sobre o assunto, é preciso conscientizar o cidadão sobre leis, decretos, portarias ou outro qualquer instrumento legal que apregoem ou se proponham a garantir direitos às pessoas com deficiência, pois se estas não estiverem devidamente preparadas para desfrutarem desses direitos, muito pouco se obterá. Adequar a legislação existente à realidade educacional e cultural do nosso país representa uma forma de tornar essas leis realmente eficazes.

Estas providências precisam ser tomadas para que, efetivamente, as pessoas com deficiência, sobretudo visual, possam alcançar e desfrutar dos benefícios assegurados pelas leis atualmente existentes. Tudo isso é evidenciado, particularmente, nos cursos profissionalizantes, destinados a capacitar mão-de-obra constituída por deficientes visuais com condições de efetiva disputa no mercado de trabalho e com igualdade de oportunidades.

No concernente à capacitação da pessoa cega para uma atividade laboral, é preciso considerar a impossibilidade da alfabetização pelo processo convencional. Todavia, o indivíduo cego que possui somente a percepção da luz ou tem visão nula pode ser alfabetizado pelo método braile e por meios de comunicação que independem do uso da visão. Conforme se sabe, a pessoa cega percebe o mundo por meio dos sentidos remanescentes, como o tato, a audição, o paladar e o olfato. Todos esses sentidos possibilitam que as sensações do mundo cheguem a ela de outra forma (CONDE, 2004).

Em decorrência da limitação visual, os cegos possuem percepção diferente da nossa. No entanto, são seres humanos sensíveis e comunicativos como qualquer pessoa. Cada um tem percepção baseada no seu potencial fisiológico, na sua motivação, em experiências anteriores, na cultura em que vive, entre outros. A percepção de cada indivíduo vai agir como um processo de filtro que condiciona a mensagem segundo seu próprio interesse.

Desse modo, cuidar de cegos torna-se um desafio para a prática profissional dos enfermeiros, mas compreendê-los é fundamental para o restabelecimento da sua saúde. É inegável sua condição de cego e não se deve tratá-los como se não fossem deficientes, pois se estaria negando sua própria condição de estar no mundo e assim o cuidado caminharia para o fracasso. Como afirmam Inaba e Silva (2005), torna-se prioritário ter boa comunicação para ser entendido por eles como também entendê-los a partir do seu modo de estar na sociedade.

#### **1.4 A assistência de enfermagem ao cego: o elo com a comunicação**

Como registra a literatura, a visão é responsável por aproximadamente 80% das informações percebidas e captadas pelo indivíduo, constituindo-se, assim, um dos principais sentidos do ser humano. Aos olhos se atribuem inúmeras funções, entre estas identificar os objetos, os materiais e as outras pessoas ao seu redor (HALL, 1986). Contudo, quando este órgão é ineficiente, os outros órgãos sensoriais tornam-se mais atuantes para compensar tal incapacidade.

Na sociedade contemporânea, a cegueira sempre foi vista como uma condenação, punição ou ainda como algo do destino só curável por Deus (BARCZINSKI, 2001). Esta analogia foi sendo mistificada ao longo dos anos, e nos dias atuais ainda predomina uma sociedade construída para pessoas que enxergam normalmente. Portanto, o cego tornou-se uma pessoa excluída da vida social e vem enfrentando dificuldades para ser inserido neste contexto.

Alguns paradigmas, porém, começaram a se modificar em decorrência das ações desenvolvidas pelas organizações de pessoas com deficiência, junto ao governo e à própria sociedade civil, reivindicando, para estas, direitos plenos de cidadania, e condições para participarem da sociedade, como pessoas úteis. Este fato acabou por provocar o surgimento de leis e de organismos governamentais, como a Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (CORDE) em 1996, que visavam, principalmente, conquistar e garantir a legitimidade dos direitos de mencionadas pessoas (HADDAD, 2005).

De acordo com a lei que ampara as pessoas com deficiência, os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, devem promover-lhes o acesso à saúde bem como o atendimento eficiente. Como mostram os dados do último censo do IBGE (2000), existem atualmente no Brasil, 16.644.842 indivíduos com leve ou severa dificuldade para enxergar, os quais poderão apresentar restrições à saúde. Caberá, pois, ao profissional responsável cuidar e zelar pela qualidade de vida desta parcela da população. Para tanto, no intuito de prestar um atendimento satisfatório, capaz de propiciar a melhora de saúde do paciente, os enfermeiros precisam aprofundar seus conhecimentos com vistas a se relacionar efetivamente.

Como profissão, a enfermagem tem por objetivo principal assistir às necessidades humanas básicas dos pacientes por meio do cuidado. Entretanto, o cuidado não pode ser o objeto de trabalho, mas a ação realizada, porquanto este é apontado como específico no campo de conhecimento da enfermagem (LEOPARDI, 1999). Uma vez que a enfermagem se constitui como profissão da área da saúde, este cuidado deverá ser terapêutico. O cuidar terapêutico deve abranger todas as etapas do processo de enfermagem. Uma das prerrogativas para concretizar este cuidar é conhecer o paciente por meio da entrevista e do

exame físico para, efetivamente, implementá-los, permeando, assim, o processo de enfermagem. Conforme se evidencia, a comunicação faz parte de qualquer cuidado e é extremamente valiosa e essencial para a enfermagem.

Mas o cuidar não deve ser visto jamais como um ato isolado, e sim como uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilidade, envolvimento e ternura com o outro (INABA; SILVA, 2005). Ao iniciar este cuidado, o enfermeiro necessitará se comunicar com o paciente para que os objetivos da assistência de enfermagem sejam alcançados. Para Horta (1979), a comunicação representa uma necessidade humana básica, parte integrante da pessoa humana, comum a todos os seres e intensamente relacionada com todas as demais necessidades, fazendo parte do todo integrado do indivíduo.

Como afirmam Berardinelli et al (2005), tanto a prática profissional de cuidar como também os cuidados realizados exigem dos enfermeiros grande variedade de movimentos corporais. E é mediante esses sucessivos movimentos corporais, caracterizados pela ação de cuidar, que se originam o gesto e a expressão do sujeito que cuida. Como proposto por esta perspectiva, ao cuidar do paciente, o enfermeiro precisa saber se comunicar efetivamente, pois para o cuidado ser terapêutico a comunicação deverá, também, ser terapêutica.

Portanto, para atuar devidamente, o enfermeiro deve tomar conhecimento sobre como utilizar esse processo na sua prática com o cego, sobretudo porque as experiências vivenciadas durante a graduação são, por vezes, inexistentes ou insuficientes para torná-los agentes comunicadores por excelência com pessoas com algum tipo de deficiência.

O alvo da profissão do enfermeiro é o ser humano. E para relacionar-se efetivamente com este, referido profissional precisa adquirir competência em comunicação, pois assim o processo comunicativo com o paciente se concretizará e o cuidado será mais facilmente executado. A comunicação está presente em todos os momentos e é de fundamental importância para a atuação do enfermeiro. Como afirmam Nishizawa et al (2006), desde a graduação em enfermagem, os professores devem promover real entendimento da importância da comunicação

verbal e não-verbal em relação aos pacientes para desenvolver as habilidades de comunicação dos futuros profissionais ainda quando estudantes.

Nos serviços de saúde, o enfermeiro deve agir como facilitador dos componentes da comunicação para atender às necessidades humanas básicas dos pacientes - clientes. Cabe-lhe, também, trabalhar os relacionamentos. Como mostra a literatura e em corroboração às palavras de Mendes (1994), os componentes para construir os relacionamentos e propiciar compreensão são os seguintes: empatia, respeito, sinceridade, presença, audição, percepção, cuidado, revelação, aceitação, autenticidade. Tais componentes fazem parte da comunicação não-verbal, a qual agirá como facilitadora para alcançar os objetivos da assistência de enfermagem aos pacientes (SILVA et al., 2000) e deve ser vista dentro do contexto de relacionamento onde ela ocorre, pois a comunicação deslocada de um contexto não tem sentido. Ela deverá ser planejada de acordo com a clientela, em cada interação e para cada pessoa em particular.

O enfermeiro deverá assim estar atento a esses componentes bem como considerar que a capacidade de ouvir e compreender o paciente não inclui somente a fala, mas também suas expressões faciais e corporais para evitar bloqueios e interrupções nesse sentido. Existem situações nas quais a comunicação enfermeiro-paciente pode ser prejudicada por fatores inerentes ao paciente, tais como a impossibilidade de falar, compreender ou ouvir. Trata-se de situações desafiadoras, que têm sido objeto de pesquisas. Nelas o problema básico se configura na dificuldade dos profissionais de enfermagem em estabelecer comunicação efetiva com esses pacientes. Nesse contexto, os profissionais utilizam-se de todas as formas alternativas que conseguem identificar, além da verbalização, como o toque da pele e a leitura das expressões faciais e corporais (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006).

Por sua limitação, a deficiência visual compromete essa relação enfermeiro-paciente e gera dificuldades na orientação do paciente, na adesão ao tratamento, na compreensão e interpretação da comunicação, especialmente pelo cego, entre outras. Além disso, interfere consideravelmente na comunicação enfermeiro-cego em virtude de o cego não possuir a visão, e esta é, sem dúvida, um dos principais sentidos na recepção da comunicação não-verbal.

Preocupada com a efetivação do processo comunicativo enfermeiro-cego, a pesquisadora, a partir do ingresso no mestrado, buscou compreender as características da comunicação não-verbal entre eles. De acordo com os resultados obtidos na dissertação de mestrado da pesquisadora (REBOUÇAS, 2005), ao avaliar a comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego, encontraram-se alguns dados relevantes que justificam a importância desta pesquisa. Entre estes achados mencionam-se como principais: os enfermeiros precisam conhecer e aprofundar os estudos sobre as teorias de comunicação não-verbal; adequar o uso da comunicação não-verbal ao tipo de clientela assistida durante as consultas; conhecer e estudar o comportamento do cego com vistas a decodificar os sinais não-verbais emitidos por eles.

Outra justificativa da importância do trabalho para a enfermagem é o fato de a comunicação ser a base para qualquer intervenção com o paciente, sobretudo no caso de pacientes com necessidades especiais. Com estes, particularmente, exige-se habilidade para se comunicar terapêuticamente e realizar o devido trabalho de forma que suas necessidades não se tornem barreiras para a comunicação. Na assistência de enfermagem, é indispensável comunicar-se de modo consciente, empenhando-se para decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia. Só assim poderão ser identificadas suas necessidades.

Na experiência profissional, a pesquisadora aprofundou os estudos relacionados à visão quando foi inserida no Projeto Saúde Ocular, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Este projeto é dividido em três subáreas, quais sejam: Saúde Ocular da Criança, Saúde Ocular do Adulto e Educação em Saúde do Cego. Desde o terceiro semestre da academia a autora realiza pesquisas na temática, mas atuou diretamente na saúde ocular do trabalhador até o final da graduação em enfermagem.

Apesar de ter executado vários trabalhos nesta linha, houve momentos de aproximação com o grupo que contemplava a educação em saúde do cego. Isto ocorreu tanto por se discutir estudos relacionados à cegueira quanto pelas visitas à associação de cegos acompanhada pelo projeto. Após ingressar no mercado de trabalho, a autora começou a atender, em forma de consultas de enfermagem, no

nível primário em saúde, crianças com necessidades especiais, aqui incluídas as crianças com diagnóstico de cegueira. A partir do contato com estas crianças, durante os atendimentos, aguçou-se mais ainda o interesse em aprofundar pesquisas relacionadas à saúde do cego.

Embora sejam feitas muitas pesquisas sobre a comunicação não-verbal, é escassa a literatura existente a respeito da comunicação de profissionais de saúde com populações cegas. Mas a população cega, como as demais, precisa de atendimento em saúde, não obrigatoriamente ligado à cegueira propriamente dita. Por não estar devidamente preparada neste sentido, a enfermagem enfrenta dificuldade de comunicação ao prestar assistência a pacientes com cegueira (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006).

Ante a necessidade de avanços no atendimento de enfermagem a esta clientela, ao melhorar a comunicação não-verbal do enfermeiro com o cego, se contribuirá não apenas para um atendimento satisfatório aos cegos por parte destes profissionais como para uma melhor assistência à saúde e qualidade de vida desta parcela da população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Validar um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem à clientela cega, segundo o referencial teórico de E.T. Hall (1986).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Desenvolver um modelo de comunicação não-verbal para os enfermeiros;

- Aplicar um modelo de comunicação não-verbal com enfermeiros que atendem pacientes cegos;

- Avaliar o modelo de comunicação não-verbal com os enfermeiros que atendem pacientes cegos;

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Comunicação não-verbal: evolução do conceito

Do ponto de vista histórico, foi Charles Darwin, com o seu livro **The expression of emotion in the man and animal**, em 1872, republicado como tradução em 2000 sob o título **A expressão das emoções no homem e nos animais**, quem primeiro demonstrou a importância de se estudar as origens filogenéticas da comunicação não-verbal. No entanto, passou-se quase um século após a publicação de Darwin para que o assunto fosse tratado com o devido respeito acadêmico. Duas foram as suas postulações no referido livro: a) os seres humanos foram dotados com expressões emocionais (sorriso) pelo processo evolutivo; b) em face da universalidade das formas pelas quais as emoções se exprimem, Darwin assumiu, de maneira radical para um homem da sua época, que todas as raças humanas haviam divergido, muito recentemente, de um ancestral comum (DARWIN, 2000).

William James, psicólogo e amigo de Darwin, deduziu, então, que o comportamento humano não é possível sem a existência de rudimentos de um conhecimento inato. Era o início de um movimento que ficou conhecido como darwinismo social, a primeira tentativa sistemática de aplicação direta da idéia de seleção natural agindo sobre as atitudes e motivações humanas.

Além de Darwin, diversos pesquisadores estudaram o comportamento não-verbal. Entre eles destacam-se Birdwhistell (1970), Hall (1986), Belsky; Steinberg; Draper (1991), Stefanelli (1993), Ekman e Friesen (1993), Silva (1996), além de Bitti e Zani (1997).

Ao aprofundar os achados de Darwin, outro pesquisador refere ainda que os códigos não-verbais originam-se de três fontes. A primeira compreende os programas neurológicos herdados, constituídos das expressões inatas do ser humano. Esta afirmação pode ser confirmada por pesquisa realizada na década de 1970 com crianças cegas. Conforme averiguado então, embora elas nunca tivessem visto as expressões do rosto do ser humano, conseguiam exprimir fielmente emoções básicas. Desse modo, consoante se concluiu, a expressão das

emoções por intermédio do corpo faz parte do desenvolvimento neurológico do indivíduo. Quanto à segunda fonte, são as experiências comuns aos seres humanos relacionadas às suas necessidades humanas básicas, como o bocejo quando se está com sono, ou o ruído do estômago quando se está com fome, entre outros. Por fim, a terceira fonte engloba a cultura, a classe social e as experiências familiares. Características culturais e sociais provocam variações na intensidade e na expressão dos sentimentos da coletividade (SILVA, 2005).

De modo geral, define-se comunicação não-verbal como a que inclui todas as formas de comunicação que não abrangem as palavras propriamente ditas. Envolve todos os órgãos dos sentidos e ocorre na interação pessoa-pessoa independentemente de verbalização de palavras. Ou seja, mesmo quando o indivíduo deixa de verbalizar algo ao outro, não deixa de se comunicar via expressão facial, postura corporal, distância mantida, entre outros. Conforme cita outro pesquisador, a atividade ou a inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem, influencia os outros e estes não podem dizer que não estão se comunicando, pois já é comunicação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2005).

Em relação à utilidade, a comunicação não-verbal serve a diferentes funções, como expressar emoções, comunicar atitudes interpessoais, acompanhar e dar suporte à fala (paralinguagem), promover apresentação pessoal, rituais, etc. (RODRIGUES, 1997). Embora haja distinção entre verbal e não-verbal, esta, porém, não corresponde a vocal e não-vocal. Os movimentos e expressões podem ser claramente verbais (emblemas, linguagem de sinais, etc.) e as vocalizações podem ter conteúdo não-verbal.

A comunicação não-verbal também foi estudada pioneiramente quanto ao comportamento não-verbal em encontros amorosos por especialistas em cinésica, como Schefflen (1965) e Birdwhistell (1970). Este último autor concluiu que a importância das palavras é apenas indireta. Para ele, somente 35% do significado social de uma conversa corresponderiam às palavras pronunciadas, enquanto os outros 65% do conteúdo seriam comunicados por meio da comunicação não-verbal (WEBER, 1998).

Determinados autores consultados corroboram esta afirmação. Segundo mencionam, um terço do significado das mensagens é transmitido pela comunicação verbal e dois terços pela comunicação não-verbal. Davis (1979) chega a dizer 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 muito mais informações nesse mesmo espaço de tempo.

Existem diversos tipos de comunicação não-verbal. Por isso, para entendê-la, cabe ao profissional de saúde estar atento aos variados sinais quando atende um paciente. Entre estes tipos sobressaem as seguintes: a cinésica, diz respeito aos movimentos e é também conhecida como linguagem corporal; a proxêmica, estuda as distâncias interpessoais e a disposição do mobiliário no ambiente; a tacêsica, avalia o toque não apenas como instrumento de sensação, mas também como expressão da afetividade; a paralinguagem ou paraverbal, estuda o tom de voz, ênfase dada às palavras, o silêncio, etc.

A comunicação não-verbal desempenha diversas e importantes funções no comportamento social humano. No comportamento comunicativo do homem há uma variada gama de elementos não-verbais. Na interação entre duas ou mais pessoas, boa parcela do contato será feito por sinais não-verbais, embora nem sempre elas estejam conscientes disto. Portanto, estes sinais são emitidos, na maioria das vezes, de forma genuína e inconsciente, mas desempenham papel relevante no processo comunicativo. Como evidenciado em Bitti e Zani (1997), as pesquisas nessa área incluem expressão facial, olhar, gestos e outros movimentos corporais, contato corporal, comportamento espacial, roupas e outros aspectos da aparência, vocalizações não-verbais e olfato.

Em relação à comunicação paciente-enfermeiro, como Silva (1996) referiu em sua pesquisa, estes profissionais muitas vezes esquecem que os pacientes interpretam as mensagens não apenas pelo que se diz, mas pelo que se faz. Os gestos e movimentos corporais sofrem profunda influência cultural e variação intra e intercultural. Muitos sinais não-verbais podem ser bastante sutis e não sofrer controle voluntário; outros são compartilhados por todos os membros de uma dada cultura, são intencionais e com claro significado tanto para o receptor

quanto para o emissor. A fala também é acompanhada por um intrincado conjunto de sinais não-verbais, como tempo de fala, ênfases, tonalidades, etc.

Conforme observado, inúmeras aplicações práticas advêm de pesquisas em comunicação não-verbal. Rodrigues (1997), por exemplo, cita o treino de habilidades interpessoais/sociais e o treinamento de habilidades para o trabalho. Terapeutas em geral podem vir a aproveitar tais resultados para incrementar e/ou desenvolver habilidades em seu trabalho (eminentemente interpessoal), tomando consciência dos sinais não-verbais envolvidos que estejam presentes na situação psicoterapêutica.

Existem relatos na literatura de pesquisas sobre comunicação não-verbal de pacientes acerca da veracidade de emoções expostas por meio de análise de microexpressões, microgestos e paralinguagem identificáveis pelo terapeuta. Nesta pesquisa percebeu-se que os sinais não-verbais são menos sujeitos ao controle consciente e, portanto, mais genuínos, além de serem úteis como segundo canal aditivo à linguagem. Essa menor sujeição do comportamento não-verbal ao controle voluntário torna o estudo de sinais não-verbais interessante no caso da comparação entre o comportamento de diferentes profissionais e pacientes e a identificação de possíveis similaridades e/ou diferenças.

Estudiosos no comportamento não-verbal apontaram sua importância no processo terapêutico. Tal importância atribui-se, em parte, ao seu caráter comunicativo e, em parte, pelo fato de certos comportamentos não-verbais serem menos suscetíveis ao controle consciente. Mediante uso de questionário, Astrom et al (1991) estudaram atitudes não-verbais em situações de encontro inicial, quando paciente e profissional se cumprimentavam. De acordo com o principal resultado, mais de 50% dos pacientes responderam que a face era o mais importante canal de comunicação não-verbal. Os resultados também mostraram a existência de uma observação consciente de sinais não-verbais durante o encontro inicial pelos pacientes.

Ainda sobre o assunto, Rodrigues (1997) aplicou análise contextual à comunicação não-verbal em uma situação terapêutica (análise de uma sessão terapêutica). O pesquisador utilizou enfoque estrutural com objetivo de descrever

padrões típicos de comportamento e explicar a organização e funcionamento do material verbal e não-verbal na criação do evento interativo, incluindo nas categorias de análise o movimento das mãos, da cabeça, a postura, a orientação e a paralinguagem. Segundo concluiu, há a possibilidade de apontar para três funções do comportamento não-verbal, quais sejam: a) o *feedback* não-verbal tem função informativa; b) reduz a ambigüidade da linguagem falada; c) regula a interação.

Bitti e Zani (1997) corroboram este pensamento ao afirmarem que as funções desempenhadas pela comunicação não-verbal são meio primordial de assimilação das mudanças na evolução das relações interpessoais; exprimem a imagem de si próprio e do seu corpo na relação; apóiam e completam a comunicação verbal, além de interpretarem o significado das expressões verbais; deixam passar facilmente conteúdos mais profundos das experiências dos indivíduos; regulam a interação ao emitir sinais de atenção e assumem a função de substituição da comunicação verbal em situações que não permitem o uso da linguagem.

Já Del Prette e Del Prette (1999) complementam os referidos autores ao relatarem que a comunicação não-verbal ocorre quando a pessoa utiliza recursos do próprio corpo, excluindo-se a vocalização, podendo assumir diferentes funções: a) substituição da linguagem, quando, por exemplo, certo membro de um grupo dá uma piscadela rápida, a qual tem o significado “você está de acordo?”; b) regulação na comunicação, quando gestos são utilizados para sinalizar quem deve tomar a palavra, interrompê-la ou iniciá-la; c) apoio à comunicação verbal, quando a mensagem verbal parece incapaz de expressar totalmente os sentimentos, por exemplo, em velórios, onde um forte aperto de mão, abraços razoavelmente demorados e delicados, passos lentos e postura comedida parecem dizer mais do que palavras; d) complementação da linguagem, quando a mensagem verbal é completada pela não-verbal. Por exemplo, movimentos circulares do indicador sugerindo “você é meio maluco”; e) contradição da linguagem, quando o não-verbal é utilizado na indicação de não levar em consideração a fala, pois esta tem função de brincadeira ou de ironia. Por exemplo, quando se diz “o salário está ótimo” e ao mesmo tempo se faz um gesto para baixo com o polegar.

Entre outros estudiosos sobre a comunicação não-verbal, citam-se, ainda, Lepper et al (1995), os quais disponibilizaram uma revisão bibliográfica sobre modelos de interação não-verbal na relação médico-paciente acerca da expectativa de ambos sobre o envolvimento do paciente na interação. Esta relação abarca algumas peculiaridades que, se não reproduzem a relação terapeuta-paciente, a ela muito se assemelham. Para os autores, a contribuição do médico no envolvimento do paciente inclui comportamentos como: dar informações, fazer perguntas, construir uma parceria, ouvir, evitando interrompê-lo. A interrupção da fala do interlocutor é descrita como sinal de dominação. Quanto à contribuição do paciente, inclui fazer perguntas, dar informações detalhadas, expressar opiniões e preocupações, ouvir o médico e, se desejar, participar da tomada de decisão sobre o tratamento. Tais comportamentos podem ser promovidos, modificados ou suprimidos, tanto no caso do médico como no do paciente, por informações não-verbais presentes na voz, toque, olhar, postura e expressão facial de ambos.

Segundo Travelbee (1979), é possível comunicar-se de maneira não-verbal sem empregar mensagens verbais, mas é difícil para um indivíduo comunicar-se verbalmente sem utilizar mensagens não-verbais. Ademais, ressalta o valor da comunicação em decorrência do efeito na formação da personalidade e na estrutura do caráter de um indivíduo, pois os fundamentos da percepção que este tem de si mesmo, do mundo e do lugar que ocupa desenvolvem-se, em parte, como resultado de todas as mensagens recebidas das pessoas importantes em sua vida.

O sorriso, por exemplo, é uma expressão facial extremamente significativa que apresenta um fator regulador das interações sociais humanas por demonstrar predisposição para continuar mantendo a interação ou comunicar sobre o caráter amistoso desta ao inibir comportamentos hostis.

Assim como outras expressões faciais de emoções (surpresa, medo, nojo, desprezo, raiva), o sorriso tem caráter inato. Segundo Otta (1994), as expressões faciais possuem funções expressivas sobre o que se passa internamente com nossas emoções, e constitui o aspecto mais estudado pelos psicólogos. Configura-se também como aspecto regulativo no referente ao modo

como se usam esses sinais em interações sociais, ou seja, às suas funções e significados sociais.

Na comunicação não-verbal são utilizadas três espécies de suporte: o corpo (nas suas qualidades físicas, fisiológicas e nos 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.

Estes suportes se expressam por determinados tipos de sinais não-verbais, tais como: 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 comunicativo e o momento em que as palavras são ditas.

De acordo com os autores pesquisados, há divergências quanto aos sinais não-verbais. Todavia, eles são unânimes no seguinte aspecto: comunicação não-verbal é tudo que pode ter significado para o emissor ou o receptor, exceto as palavras por elas mesmas. Por conseguinte, é extremamente importante ressaltar o valor dos sinais não-verbais para a efetivação da comunicação do enfermeiro e para a compreensão correta da mensagem emitida pelo paciente. Estar atento à linguagem não-verbal pode facilitar na compreensão do outro ser humano.

Julgou-se, então, pelos conceitos apresentados, ser a forma não-verbal de se comunicar a que mais adequadamente pode evidenciar uma relação interpessoal enfermeiro-paciente como de fato ela ocorre (CASTRO; SILVA, 2000). Em virtude de ser esta uma linguagem silenciosa, pode-se até tentar ignorá-la por falta de interesse em compreender o outro ou, até, para manter o nosso próprio ponto de vista. Mesmo assim, ela não deixa de existir e, quando se pretende realmente entender alguém, ela precisa ser percebida e valorizada (SILVA; SILVA, 2004).

Além disso, como a não-verbal é aquela que não envolve a verbalização por ela mesma, mas compreende, por exemplo, a linguagem do corpo, o toque, a distância mantida entre os profissionais e pontos que influenciam o seu relacionamento enfermeiro-paciente, certamente contribui para a compreensão do

próprio paciente. Nesta compreensão incluem-se também seus medos, traumas, adesão ao tratamento oferecido, entre outros fatores. Muitas vezes, o desconhecimento consciente deste tipo de linguagem impede percebê-la. Contudo, segundo Silva e Silva (2004), é a percepção que dá significado às nossas interações com o outro. Desse modo, quanto maior for a capacidade do enfermeiro de decodificar corretamente o não-verbal, maior será sua chance de emitir adequadamente os sinais não-verbais, de ser coerente na sua relação com o paciente, de potencializar sua capacidade de compreendê-lo e de ser comunicador e orientador (SILVA, 1993). Existe, no entanto, um desafio na comunicação, qual seja: o que é dito, muitas vezes, contradiz o que é expresso pelo corpo.

Como observado, a comunicação não-verbal geralmente é mais demorada e requer dos interlocutores particular atenção. Portanto, é imprescindível que o enfermeiro entenda estes sinais não-verbais e os utilize como forma de interação efetiva, com vistas a entender o que o paciente está comunicando de forma não-verbal.

#### **4.2 Teoria Proxêmica de Hall (1986)**

Por meio da visão, o ser humano tem a possibilidade de identificar objetos, distinguir cores, formas, tamanhos e distâncias. Para Hall (1986, p.133), “a distância faz parte de um dos sistemas de coordenadas na relação de nosso corpo com outros corpos e objetos”.

A visão se apresenta como um sentido de grande utilidade na captação de estímulos e projeções espaciais, sobretudo por facilitar o relacionamento do homem na sociedade. Enquanto as pessoas com visão poderiam atingir as estrelas, os cegos têm sua percepção limitada a um raio de 6 a 30 metros. Ademais, na maioria das vezes, suas relações pessoais são comprometidas pela exclusão social, pois eles diferem do padrão de normalidade estabelecido (HALL, 1986).

Embora a expressão verbal seja uma das características mais fascinantes do ser humano, a linguagem não-verbal é um elemento fundamental na

comunicação com os outros. O comportamento não-verbal e as inúmeras mensagens comunicadas por meio dele influenciam, com melhores ou piores resultados, as pessoas com quem se fala. Muitas vezes o comportamento ineficaz das pessoas está relacionado com a quase ausência de comportamentos não-verbais adequados.

Entre as comunicações não-verbais incluem-se sinais que produzimos, gestos e imagens que criamos ou percebemos. Elas acontecem por meio das mãos, da cabeça, do rosto, da boca, enfim, ocorrem pela expressão do corpo. Apesar de nem sempre a expressão não-verbal possuir a objetividade das palavras, é carregada de significados. Mais emocional e sensitivo, o não-verbal muitas vezes é o elemento de surpresa na comunicação consciente e programada. Muitos sinais de comunicação reforçam, substituem ou contrariam a fala; os gestos, a expressão facial, a postura (movimentos e inclinações do corpo), a ocupação do espaço, o toque (o tato é um sentido que substitui o olhar, principalmente quando há limitação visual). A comunicação não-verbal tem expressão própria da cultura, do ambiente social onde vigora. Ela transmite crenças, valores comuns a determinados povos ou mesmo a uma parcela da população. O que a comunicação não-verbal não domina é o mundo interior do destinatário, que interpreta, modifica, reinventa a mensagem, pois este destinatário está inserido em uma cultura própria e pode manipular esse tipo de comunicação.

Vários teóricos aprofundaram seus estudos na comunicação não-verbal, também conhecida como teoria de signos não-verbais. No caso desse estudo, optou-se pela Teoria Proxêmica de Hall (1986), que avalia a posição corporal e as relações espaciais do indivíduo como elaboração da cultura onde está inserido.

O teórico Edward T. Hall (1986), pesquisador em comunicação proxêmica, desenvolveu estudos acerca da posição corporal e das relações espaciais dos indivíduos. Assim, o termo proxemia é um neologismo criado por ele em 1963 para descrever o espaço pessoal de indivíduos num meio social e designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do seu espaço como produto cultural específico. Descreve as distâncias mensuráveis entre as pessoas conforme elas interagem, distâncias e posturas que não são intencionais, mas sim resultado do processo de aculturação. Portanto, a

comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura inconscientemente o próprio espaço. Ela compreende o espaço pessoal e a territorialidade.

Segundo se subentende, o espaço pessoal é uma espécie de campo energético que a pessoa tem ao redor do próprio corpo. Tal percepção de localização determina que o indivíduo se aproprie de si. Já a territorialidade se relaciona à área física delimitada pelo ser humano em virtude de todos sentirem essa necessidade de demarcar seu território independentemente do lugar onde se esteja.

Nesta abordagem teórica, oito fatores compõem a análise proxêmica, quais sejam: postura-sexo – analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores (de pé, sentado, deitado); eixo – dimensão que analisa o ângulo dos ombros em relação a outra pessoa e à posição dos interlocutores (face a face, de costas um para o outro, ou qualquer outra angulação); cinestésico – avalia o contato físico a curta distância, como o toque ou o roçar da pele, e o posicionamento das partes do corpo; comportamento de contato – este fator analisa as formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico; código visual – verifica o modo do contato visual nas interações, como o olho no olho, ou a ausência de contato; código térmico – detém-se no calor percebido pelos interlocutores; código olfativo – analisa as características e o grau de odor sentido pelos interlocutores; volume da voz – analisa a percepção dos interlocutores em relação ao volume e intensidade da fala utilizada pelos interlocutores.

Como evidenciam estes fatores, a proxemia estuda os vários tipos de sinais e traços distintivos referentes ao uso do espaço nas relações humanas. Ainda segundo Hall (1986), existem quatro distâncias interpessoais:

1. Distância íntima (varia de 0 a 50cm): é a distância em que ocorre o contato físico, o calor humano e a transmissão dos odores; é a distância em que ocorrem os encontros pessoais mais íntimos.

2. Distância pessoal (50cm a 1,20m): embora seja uma distância próxima, não há o contato físico, e nem os odores e o calor do corpo são mais sentidos. Esta distância pode ser dividida em duas fases: fase próxima – de 50cm a 80cm, e fase afastada – de 80cm a 1,20m.
3. Distância social (1,20m a 3,60m): não ocorre mais o contato físico, porém existe o contato visual com o interlocutor. Esta também pode ser dividida em duas fases: fase próxima – de 1,20m a 2,10m, e fase afastada – de 2,10m a 3,60m.
4. Distância pública (acima de 3,60m): é aquela própria dos comícios e conferências, na qual não há contato visual individual (a visão é coletiva). Pode ser dividida em duas fases: fase próxima – de 3,60m a 7,50m, e fase afastada – de 7,50m a 30m.

Proxemia, em outras palavras, analogicamente pode ser assim explicada: é quando um indivíduo que encontra um banco de praça já ocupado por outra pessoa numa das extremidades tende a sentar-se na extremidade oposta, preservando um espaço entre ambos. Consoante indicado por Hall (1986), diferentes culturas mantêm diferentes padrões de espaço pessoal. Nas culturas latinas, por exemplo, aquelas distâncias relativas são menores e as pessoas não se sentem desconfortáveis quanto estão próximas das outras; nas culturas orientais, há o oposto. Contudo, as distâncias pessoais também podem variar de acordo com a situação social, o gênero e as preferências individuais. Mas o uso do espaço é um meio de comunicação não-verbal e influencia o relacionamento interpessoal.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo do tipo metodológico realizado com o objetivo de validar um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa. Tal método está centrado no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados como instrumentos e questionários.

A pesquisa metodológica é um dos horizontes estratégicos da pesquisa e, como tal, não se restringe a decorar estatística com seus testes áridos, mas alcança a capacidade de discutir criativamente caminhos alternativos para a ciência e mesmo criá-los (DEMO, 2003). Este tipo de pesquisa se dedica a indagar por instrumentos, por caminhos, por modos de se fazer ciência, ou produzir técnicas de tratamento da realidade, ou discutir abordagens teórico-práticas.

Mencionado método foi empregado por considerar a teoria e a prática dos instrumentos de mensuração, que se caracteriza como uma pesquisa de campo na qual se faz observações e coleta de dados de acordo com critérios explícitos estabelecidos.

Para a construção do Modelo de Comunicação Não-Verbal foram adotadas a Teoria Proxêmica de Hall e as Etapas do Processo de Enfermagem que embasaram e direcionaram o desenvolvimento das etapas do referido modelo (APÊNDICE A).

## 5.2 Período, local e população

O estudo foi desenvolvido no laboratório de comunicação (LabCom\_Saúde) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, no período de outubro de 2007 a junho de 2008.

O LabCom\_Saúde é um laboratório onde se realizam experimentos de comunicação nos diversos contextos do cuidado em saúde. Como ambiente específico, nele existem paredes especiais feitas de lã de vidro, concreto e gesso para isolá-lo completamente do ambiente externo e impedir que ruídos atrapalhem o andamento e as gravações dos experimentos. Preenchidas com material isolante, as portas de madeira contribuem para a manutenção da acústica do local. Dispõe-se, ainda, de diversificada aparelhagem tecnológica com computadores de última geração, mesa de som e vídeo, câmeras filmadoras, televisões, multimídia e microfone.

Para comporem cada grupo, treinado e não-treinado, foram selecionados 15 cegos e 15 enfermeiros. Ambos os grupos tiveram as mesmas características: tempo de formação dos enfermeiros; tema da consulta de enfermagem (CEnf), nesse caso de triagem para diabetes; e foram realizadas no mesmo local.

Os cegos foram contatados por meio da Associação dos Cegos do Estado do Ceará (ACEC), pois o Projeto Saúde Ocular desenvolve trabalhos junto à associação há mais de dez anos. Visitou-se a instituição e expôs-se à direção os propósitos do estudo. Caso alguém se interessasse em participar deveria procurar a pesquisadora. Embora muitas pessoas estejam cadastradas, poucas comparecem à associação, sobretudo por causa de dificuldades financeiras decorrentes do desemprego e da falta de política de passe livre para todas as pessoas com deficiência visual. Isto compromete enormemente o ir e vir dessas pessoas. Atualmente, existem 120 membros associados da ACEC, mas apenas 30 a 40 destes freqüentam suas dependências físicas regularmente. Diante desta limitação, arcou-se com o custeio para o transporte da pessoa com deficiência e do seu acompanhante para o LabCom\_Saúde.

Desse modo, optou-se por incluir no estudo a maioria possível de participar da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), onde se explicam detalhadamente os objetivos do trabalho e são esclarecidas todas as dúvidas, além de se prestar informações sobre o direito de desistir em qualquer fase da coleta de dados, sem prejuízo algum para sua vida, saúde e participação nas atividades da instituição. No caso dos cegos, por exigência ética, era necessário ainda terem idade superior a 18 anos.

Como mencionado, os enfermeiros e concludentes foram identificados a partir dos Centros Acadêmicos (CAs), onde se buscou a relação de recém-formados ou ainda a dos alunos do último semestre do curso, cumprindo estágio curricular. Os contatos foram mantidos por telefone e/ou por e-mail e da mesma forma explicaram-se os objetivos da pesquisa e foram esclarecidas todas as dúvidas pertinentes ao estudo. Após a confirmação de aceite, eles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). Para os enfermeiros e concludentes foi utilizado como critério de inclusão terem tempo de conclusão do curso inferior a um ano ou estarem cursando o último semestre, pois, desse modo, haveria homogeneidade do grupo controle e do experimental; e ter disponibilidade de tempo para a consulta.

### **5.3 Processo de coleta de dados**

O processo de coleta de dados foi dividido em dois momentos distintos e foram incluídos os dois grupos, treinado e não-treinado. O primeiro momento da coleta foi realizado com 15 díades de enfermeiros e cegos que compuseram o grupo não-treinado. Após a conclusão deste grupo, iniciou-se a coleta do grupo que recebeu o treinamento, também com 15 díades e com as mesmas características do primeiro e que será detalhado posteriormente.

Foram analisadas 1.649 interações do grupo não-treinado e 1.478 do grupo treinado.

### 5.3.1 Grupo não-treinado

Durante o mês de abril de 2008, procedeu-se à fase de coleta de dados do grupo não-treinado. Os concludentes, os enfermeiros e os cegos foram contatados e agendadas todas as consultas. Enquanto as consultas ocorreram dentro do LabCom\_Saúde, os dados foram coletados por meio de filmagens.

No formulário de registro da consulta de enfermagem (ANEXO A) de triagem para diabetes constavam dados de identificação do cego, como nome e telefone; dados sociodemográficos do tipo sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação; antecedentes patológicos com perguntas sobre se era portador de algum tipo de doença, se estava em tratamento por algum motivo e se alguém na família portava também algum tipo de doença crônica; fatores predisponentes ao desenvolvimento de diabetes como tabagismo, etilismo, obesidade; necessidades humanas básicas como locomoção, sono e repouso, alimentação e ingestão, atividade física e frequência da atividade, higiene corporal, eliminações urinárias e intestinais e número de filhos, caso houvesse; sinais vitais, exame físico geral e teste de glicemia capilar também era realizado.

Para as consultas, não foi estabelecido tempo. Poderiam durar conforme determinado por cada enfermeiro ou concludente a quem caberia conduzir a consulta de acordo com seu conhecimento técnico-científico, mas devendo seguir o mesmo formulário de registro da consulta descrito anteriormente.

O grupo não-treinado também não recebeu nenhuma orientação quanto ao atendimento ao cego. Apenas deveria ficar livre para atendê-lo da forma que fosse pertinente para o momento e deveria seguir apenas o roteiro da consulta de triagem para diabetes. Foram consideradas 1.649 interações entre o enfermeiro e o cego neste grupo.

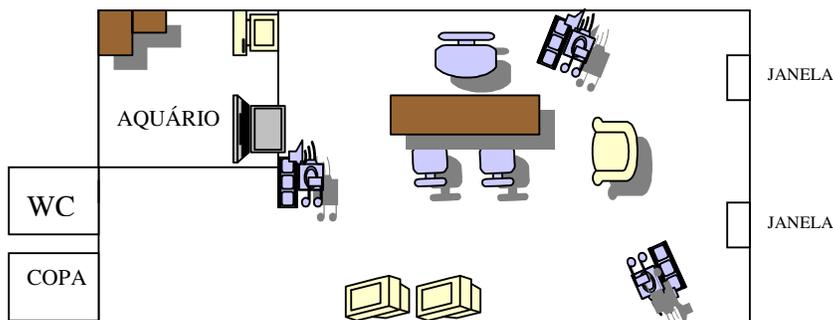
### 5.3.2 Descrição do ambiente de filmagem

O ambiente, lócus da interação enfermeiro-cego, media aproximadamente 20 metros quadrados, possuía dois condicionadores de ar, duas televisões, duas portas laterais que funcionavam como janelas por onde penetrava a luz natural, uma mesa e três cadeiras: uma para o enfermeiro, uma para o cego e outra para o acompanhante. Havia também uma balança e uma poltrona, utilizada para examinar as pessoas com deficiência visual, e, ainda, três câmeras filmadoras, dispostas em tripés fixos em três locais distintos da sala. Contígua a este ambiente havia também uma pequena sala do lado esquerdo da entrada principal, denominada aquário, que armazena os equipamentos de imagem e som com vidro reflexo, onde o participante não vê o pesquisador, mas este observa todos os seus movimentos.

Nesta sala, de aproximadamente 3 metros quadrados, a pesquisadora permanecia durante as consultas e controlava as imagens que estavam sendo armazenadas no computador. Dela se observava a interação por meio do janelão de vidro na parede que separa uma da outra. Por meio desta vidraça a pesquisadora acompanhava o andamento da consulta e sua presença não era perceptível aos outros, pois este vidro possui película fumê que impede a visualização de quem está na sala maior. Anexados ainda ao ambiente de filmagem, havia uma copa, um banheiro e uma ampla sala de aula que dá acesso a todos esses compartimentos.

O LabCom\_Saúde foi preparado para a realização da consulta do enfermeiro ao cego. Havia uma mesa, uma cadeira para o cego e outra para o acompanhante, caso existisse. Sobre a mesa estavam materiais necessários para a realização da consulta: formulário de registro, esfigmomanômetro, estetoscópio, agulhas, fitas-teste, glicosímetro, algodão, álcool a 70% e luvas descartáveis. Próximas à mesa, encontrava-se uma balança digital e uma poltrona. Caso o enfermeiro quisesse, poderia utilizar esta durante o exame físico dos pés do indivíduo ou até mesmo durante o exame físico geral.

**Figura 1: Layout do ambiente. Fortaleza, 2008**



Como mostra esta figura, o LabCom\_Saúde foi montado com uma mesa retangular, uma cadeira no centro da mesa para o enfermeiro e duas cadeiras do outro lado da mesa: uma para o cego e outra para o acompanhante. A cadeira representada pela cor amarela era uma poltrona a ser utilizada pelo enfermeiro para proceder ao exame físico do cego. Ao lado dela foi colocada uma balança. Todos os materiais necessários à realização da consulta ficavam em cima da mesa e o enfermeiro os organizava da forma como achasse mais conveniente. O cenário se assemelhava a uma sala de consultório de enfermagem da rede básica de saúde. Para captar mais detalhadamente os gestos, as posições e, enfim, todos os aspectos imprescindíveis da comunicação não-verbal durante a consulta, as três filmadoras foram dispostas em locais fixos, em ângulos diferenciados. Segundo percebeu-se, como as filmadoras estavam em locais fixos, houve perdas de algumas imagens e isso se caracterizou como uma limitação do estudo.

### 5.3.3 Construção do modelo de comunicação não-verbal

Com base nas filmagens analisadas na dissertação de mestrado de Rebouças (2005), que indicaram a necessidade de construção deste modelo, e segundo a Teoria Proxêmica de Hall (1986), tornou-se possível a construção do Modelo de Comunicação Não-Verbal aos enfermeiros no atendimento a cegos.

O primeiro passo para a construção do Modelo de Comunicação Não-Verbal foram os estudos de Hall (1986) acerca da teoria de comunicação não-

verbal. Conforme se acredita, a comunicação não-verbal é eficaz no atendimento do enfermeiro ao cego e propicia a aproximação física dos comunicantes e o toque de caráter afetivo.

O modelo de comunicação não-verbal seguiu ainda os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e dividiram-se as etapas do modelo nas fases ou etapas de cuidado nas quais se divide a consulta de enfermagem de modo geral. Antes de o modelo ser apresentado são necessárias algumas informações preliminares indispensáveis ao estabelecimento de uma relação benéfica entre a enfermeira e o paciente.

A SAE é um método utilizado para se implantar, na prática de enfermagem, uma teoria que dê suporte ao cuidado prestado ao paciente. A ciência da enfermagem está embasada em ampla estrutura teórica e a SAE é uma destas ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem, ou seja, é o método de solucionar os problemas do paciente (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Consoante assevera Silva (1993), a entrevista inicial deve ser bem conduzida e requer uma boa comunicação no relacionamento interpessoal, pois quanto maior for a capacidade de o enfermeiro decodificar os sinais não-verbais, maior será sua chance de emitir adequadamente os sinais não-verbais, de ser coerente na sua relação com o paciente, de potencializar sua capacidade de compreendê-lo e de ser comunicador e orientador.

Foram traçadas ainda regras gerais para o estabelecimento da comunicação não-verbal que compreende todos os sinais e gestos emitidos pela pessoa humana. Por exemplo, a linguagem do corpo, o toque, a distância mantida entre os profissionais são pontos essenciais no relacionamento enfermeiro – paciente e certamente contribuem para um melhor entendimento e compreensão deste, além de favorecer o entendimento mútuo na relação interpessoal.

Para o atendimento de enfermagem ao cego deve-se preparar o ambiente da consulta de modo que favoreça este contato. Assim, com vistas à obtenção de melhor relacionamento enfermeiro-cego durante a comunicação,

desenvolveu-se este modelo a seguir descrito que orienta mais detalhadamente como deverá ser esta comunicação do enfermeiro com o cego durante a consulta.

Ademais, também foram definidas orientações gerais para o estabelecimento da relação interpessoal com o cego durante a consulta, como: não tratá-los como seres diferentes apenas porque não podem ver, pois eles estão sempre interessados no que você gosta de ver, de ler, de ouvir e de falar; não generalizar aspectos positivos ou negativos de uma pessoa cega que você conheça; procurar não limitar mais do que a própria cegueira o faz, impedindo-o de realizar o que sabe, pode e deve fazer sozinho; não se dirigir a uma pessoa cega chamando-a de "cego" ou "ceguinho", pois é indelicado e constitui ofensa chamar alguém pela palavra designativa da sua deficiência física, moral ou intelectual; não falar como se ela fosse surda porquanto o fato de não ver não significa que também não ouça; não se referir à cegueira como desgraça; evitar dizer que sente pena da pessoa cega, nem lhe mostrar exagerada solidariedade. Ela não necessita de piedade e sim de compreensão; evitar exclamar "maravilhoso" ou "extraordinário" ao ver o cego consultar o relógio, discar o telefone ou assinar o nome; evitar falar de sexto sentido e de compensação da natureza, pois o que há na pessoa cega é o simples desenvolvimento de recursos latentes em outras criaturas; não modificar a linguagem para evitar a palavra "ver" e nem substituí-la por ouvir. Ao conversar sobre a cegueira com quem não vê, use a palavra cego sem rodeios; o cego não localiza a porta por onde deseja passar ou o lugar onde queira ir contando os passos mas sim pelas direções que você der; não tenha constrangimento em receber ajuda, admitir colaboração ou aceitar gentilezas por parte de alguma pessoa cega; evite se dirigir à pessoa cega através do seu guia. Desse modo você demonstra que ela não tem condição de compreendê-lo; não guie a pessoa cega empurrando-a ou puxando-a pelo braço. Basta deixá-la segurar o seu braço. Assim o movimento do seu corpo lhe dará a orientação necessária e, em passagens estreitas, tome a frente e deixe-o segui-lo mesmo com a mão em seu ombro; não pegue a pessoa cega pelos braços rodando com ela para pô-la na posição sentada, empurrando-a depois para a cadeira. Basta pôr a mão no espaldar da cadeira que isso lhe indicará a posição correta para sentar-se.

Não deixe portas meio abertas onde haja alguma pessoa cega. Conserve-as sempre fechadas ou bem abertas, pois a porta meio aberta é um obstáculo muito perigoso para o cego; não deixe nada no caminho por onde uma pessoa cega costuma passar; fale ao entrar no recinto onde haja uma pessoa cega anuncia sua presença e a auxilia a identificá-lo; evite sair de repente quando estiver conversando com uma pessoa cega, principalmente se houver barulho que a impeça de perceber seu afastamento, pois ela pode dirigir-lhe a palavra e ver-se na situação desagradável de falar sozinha, chamando a atenção dos outros sobre si. Não deixe de apertar a mão da pessoa cega ao encontrá-la ou ao despedir-se dela, pois o aperto de mão cordial substitui, para ela, o sorriso amável.

Se houver muito barulho em volta, o melhor é ir logo dizendo: "É fulano: bom dia...". Apresente seu visitante cego a todas as pessoas presentes. Ao proceder dessa forma, você facilitará a integração dele no grupo; não estranhe quando a pessoa cega perguntar pelo interruptor da luz, em casa, no escritório, na consulta ou em qualquer lugar pois isso lhe permite acender a luz para os outros e, não raro, ela própria prefere trabalhar com a luz; evite encher demais a xícara ou o copo da pessoa cega pois ela tem dificuldade em mantê-los equilibrados, sem entornar o líquido.

Outras orientações também foram fornecidas para o enfermeiro na abordagem ao cego, pois essas informações são por vezes importantes ao se deparar com cegos em qualquer outra situação. É valioso oferecer auxílio à pessoa cega que esteja querendo atravessar a rua ou tomar condução, mesmo se seu oferecimento for recusado ou mal recebido. Contudo, a maioria lhe agradecerá o gesto. Ao passear com uma pessoa cega que já esteja acompanhada, não a pegue pelo outro braço, nem fique lhe dando avisos. Deixe-a ser orientada só por quem a estiver guiando; não carregue o cego ao ajudá-lo a atravessar a rua, tomar a condução, subir ou descer escadas. Basta guiá-lo ou pôr a mão no corrimão; não guie a pessoa cega em diagonal ao atravessar o cruzamento pois isso pode fazê-la perder a direção. Ao tentar orientar a distância uma pessoa cega, não diga apenas "à direita", "à esquerda", pois muitos se enganam ao tomarem como referência a própria posição e não a do cego que caminha em sentido contrário ao seu. Não feche a porta do carro onde haja uma pessoa cega sem ter a certeza de que não

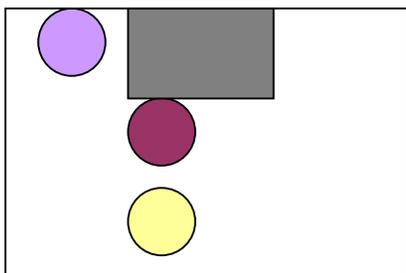
vai prender-lhe os dedos: pois estes são sua maior riqueza. Não se constranja em advertir a pessoa cega quanto a qualquer incorreção em seu vestuário. Essa advertência pode evitar a situação desagradável de suscitar a piedade alheia; não fique procurando orientar a colher ou o garfo da pessoa cega para apanhar a comida no prato. Ela pode falhar algumas vezes, mas acabará por comer tudo e ser-lhe-á constrangedor ouvi-lo dizer constantemente onde está o alimento.

Evite saber se o café da pessoa cega está bom de açúcar interrogando seu acompanhante. Ninguém melhor que o próprio cego para lhe dar a resposta correta. Lembre-se: o pedestre cego é muito mais observador que os outros. Antes de sair de casa, ele faz o que toda pessoa deveria saber: informa-se devidamente sobre o caminho a seguir para chegar ao seu destino. Na primeira caminhada poderá errar um pouco, mas, depois, raramente se enganará. Saliências, depressões, quaisquer ruídos e odores característicos servem de pontos de referência para sua boa orientação.

Após essas orientações gerais apresentar-se-á o Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro – Cego ora desenvolvido. Subdividiu-se a consulta de enfermagem em quatro etapas, denominadas etapas do cuidado. Em cada etapa do cuidado são orientadas as ações do enfermeiro, descreve-se a ação e como deve ser desenvolvida esta ação.

A etapa do cuidado 1 refere-se à organização do ambiente para se proceder à consulta de enfermagem. Na descrição desta etapa orienta-se que o ambiente físico (consultório) onde vai ser desenvolvida a CEnf deve favorecer o contato (toque) entre o enfermeiro e o cego e propõe-se evitar qualquer tipo de obstáculo entre os comunicantes. O desenvolvimento desta ação traduz-se em colocar a mesa de um dos lados da sala. Uma parte da mesa vai servir tanto para apoiar os materiais como para registrar a CEnf no prontuário. As cadeiras (uma do enfermeiro e uma do paciente/cego) devem ficar frente a frente ou de lado e próximas da mesa. Uma outra cadeira destinada ao acompanhante do cego deve ficar próxima ao paciente. Na figura a seguir, expõe-se um modelo de organização do ambiente.

Figura 2: Modelo de organização do ambiente



Legenda: □ Ambulatório; ■ Mesa; ● Enfermeiro; ● Paciente; ● Acompanhante.

Propõe-se, ainda, evitar qualquer tipo de obstáculo entre os comunicantes. Ademais, caso seja necessário, deve haver uma mesa ao lado do enfermeiro para colocar todos os materiais a serem utilizados durante a consulta. Outra recomendação é a seguinte: observar a manutenção da temperatura ambiental agradável, em torno de 20º C a 25º C.

Na etapa do cuidado 2 o enfermeiro deve receber o paciente na entrada do consultório para introduzi-lo no ambiente onde ocorrerá a consulta e deve cumprimentá-lo e informar a localização dos móveis e objetos. Para desenvolver esta ação é importante apresentar-se verbalmente ao paciente; tocá-lo afetivamente com um aperto de mão, um cumprimento; descrever como é o ambiente e qual a localização das cadeiras onde se sentarão; conduzi-lo ao local onde ele permanecerá durante a maior parte do tempo; informá-lo sobre os objetos próximos e permitir-lhe tocá-los para se familiarizar e se sentir mais confortável; adotar a distância íntima (0 a 50cm) ou a pessoal-próxima (50 a 80 cm), que favorece a interação; a postura de pé ou sentado deve ser mantida pelos interlocutores igualmente para haver comunicação eficaz; a posição ideal deverá ser a face a face, pois isso facilita a comunicação e evidencia a atenção do profissional durante a interação.

Já na etapa do cuidado 3, o desenvolvimento da CEnf propriamente dita, o enfermeiro deverá utilizar o toque para tornar a comunicação plenamente entendida e validada pelo cego. A comunicação verbal transmitirá o conteúdo a ser abordado na consulta e esta será validada pelo toque, considerado reforço da

comunicação não-verbal. Para desenvolver esta ação o enfermeiro deverá realizar a consulta de enfermagem seguindo o formulário de registro da consulta. Portanto, deverá manter o volume da voz adequado ao tamanho do ambiente e a distância entre os interlocutores; em cada pergunta verbal ou sempre que necessário, o enfermeiro deverá tocar afetivamente o cego e silenciar para que nesta pausa ele responda com tranquilidade e de forma eficaz; explicar que irá tocá-lo para proceder ao exame físico; realizar o exame físico no sentido céfalo-podálico; o toque será utilizado de forma localizada e terapêutica, ou seja, o toque localizado ou instrumental, que o paciente interpretará como sendo uma forma de avaliar sua saúde física; observar as expressões faciais; observar as expressões corporais; ouvi-lo atentamente, pois o ato de ouvir o outro é uma atitude de comunicação não-verbal inserida nas relações interpessoais, essencial para o maior entendimento das pessoas envolvidas no processo.

A etapa do cuidado 4 é a última do Modelo de Comunicação Não-Verbal e aborda a finalização da consulta e o encerramento da comunicação com o paciente. Para o desenvolvimento desta ação o enfermeiro deverá enfatizar os pontos principais da consulta; finalizar a comunicação interpessoal com um toque, aproximação, aperto de mão; para ser mais efusivo, levantar-se; despedir-se e acompanhá-lo até a porta.

#### 5.3.4 Validação do modelo de comunicação não-verbal

Após ser construído, o referido modelo foi submetido à validação aparente e de conteúdo. De acordo com Torres e Ruffino (2001), o primeiro passo engloba uma análise cuidadosa dos conteúdos, ao observar-lhes a importância e a determinação de forma a contemplar os aspectos relevantes à competência técnica a ser alcançada com o modelo. Outros pesquisadores corroboram estes autores ao enfatizar que a validação de conteúdo não é determinada estatisticamente, mas sim resulta do julgamento de diferentes juízes ou pessoas de reconhecido saber na área sobre o conteúdo analisado, os quais verificam a representatividade dos itens em relação aos conceitos avaliados (STEIN et al., 2005).

Posteriormente à sua construção, o modelo foi analisado por três especialistas em comunicação não-verbal, número já adotado em pesquisas anteriores (SAWADA, 1999; BERTONCELLO, 2004). Os critérios para a escolha dos especialistas foram os mesmos seguidos por Bertoncello (2004) e Almeida-Rebouças (2005), quais sejam: ser enfermeira, doutora, com experiência no ensino, pesquisa e/ou na prática da profissão; possuir conhecimentos sobre a temática da comunicação não-verbal; possuir conhecimentos sobre construção e validação de instrumentos; haver publicado artigos científicos sobre a temática e concordar em participar da pesquisa.

Consoante os autores ora mencionados, tais especialistas deram sugestões quanto à clareza; facilidade de leitura e compreensão; forma de apresentação do modelo; abrangência; e a representatividade do conteúdo sobre as competências técnicas do enfermeiro para a comunicação não-verbal (APÊNDICE D).

Os juízes foram convidados a participar mediante contato mantido pela orientadora via e-mail. Na ocasião foram explicitados os propósitos do estudo, o Modelo de Comunicação Não-Verbal, a metodologia, o instrumento de análise e o termo de consentimento para participar da pesquisa. Determinou-se um período de trinta dias para a análise dos juízes e todos cumpriram o referido prazo. As devoluções das análises e dos termos assinados também foram via e-mail.

Após o julgamento, foram incorporadas as modificações propostas estabelecendo como critério de aceitação a concordância entre os especialistas superior ou igual a 80%, pois este é um índice já adotado por pesquisadores como Sawada (1990), Torres e Ruffino (2001), mesmo porque a subjetividade nesta linha de pesquisa jamais permite uma fidedignidade absoluta entre os juízes.

As sugestões incluídas no modelo se referiram à abrangência, forma de apresentação e representatividade do conteúdo. Em seguida, iniciou-se a segunda etapa de validação, por meio da qual o modelo foi submetido à testagem.

### 5.3.5 Grupo treinado

A partir da construção do modelo, os enfermeiros e concludentes foram treinados de acordo tanto com as técnicas de comunicação pertinentes à utilização da comunicação não-verbal como em relação à utilização do modelo com cegos. Eles receberam uma cópia do Modelo de Comunicação Não-Verbal e outra dos principais capítulos da Teoria Proxêmica de Hall (1986). Foi-lhes concedido um prazo máximo de quinze dias para a leitura do material. Ao final desse período, a pesquisadora reuniu todos os enfermeiros e concludentes no LabCom\_Saúde e expôs os objetivos da pesquisa com a apresentação do projeto de tese, além de explicitar a teoria de Hall, os cuidados durante a comunicação com o cego e o modelo de comunicação não-verbal propriamente dito. Esse encontro iniciou-se às 8:30h e terminou por volta das 17 horas do dia 31 de maio de 2008. Durante este momento houve ainda apresentação e discussão de textos e realização de consultas simuladas por eles em duplas no laboratório. Após o treinamento foram agendadas as novas consultas que também seriam filmadas ao longo do atendimento ao cego com a utilização do modelo.

Desse modo, o Modelo de Comunicação Não-Verbal foi aplicado para verificar se está adequado à prática de enfermagem propriamente dita. Quanto à coleta dos dados, ocorreu mediante o uso de três câmeras filmadoras que registraram toda a consulta de enfermagem entre a enfermeira, o cego e o acompanhante, quando este estivesse presente.

O LabCom\_Saúde foi novamente organizado, mas agora de acordo com as propostas de organização do ambiente enfocadas no modelo. Durante a consulta ao cego, a pesquisadora permaneceu dentro do aquário. Desta forma, sua presença não era percebida e não interferia na comunicação.

Antes da filmagem, a pesquisadora apresentou-se ao cego e ao acompanhante como enfermeira, expôs os objetivos da pesquisa a ser realizada e falou sobre o desejo de contar com a participação do primeiro para validar um modelo de comunicação não-verbal do enfermeiro com o cego. Após a explicação da pesquisadora e esclarecidas todas as dúvidas, foi perguntado ao cego e ao acompanhante se aceitavam participar do estudo e então foi solicitada a assinatura

do termo de consentimento livre e esclarecido que era lido para eles e assinado pelo próprio cego, se este se encontrasse em condições de fazê-lo, ou, então, por um responsável.

À semelhança do adotado com o grupo controle, os enfermeiros ficaram livres para efetuar a consulta durante o tempo necessário e seguiram o mesmo registro para triagem de pacientes diabéticos. Nesse grupo, porém, os enfermeiros organizavam o ambiente de acordo com o Modelo de Comunicação Não-Verbal e faziam a consulta aplicando o referido modelo.

## **5.4 Processo de análise dos dados**

### **5.4.1 Capacitação dos juízes da análise dos dados**

Para a análise dos dados das filmagens foram escolhidos outros três juízes, enfermeiros e estudantes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do nível mestrado e doutorado, da Universidade Federal do Ceará, todos treinados conforme proposto por Rebouças (2005) e da mesma forma que os enfermeiros do grupo experimental.

Nesse caso, além da apresentação do modelo, do projeto de tese e da teoria de Hall (1986), eles foram treinados em relação à utilização do instrumento de análise da comunicação não-verbal do enfermeiro-cego e do instrumento de validação do modelo (APÊNDICE E). O instrumento de análise dos dados para avaliar a comunicação não-verbal da enfermeira com o cego foi elaborado com base no referencial teórico de Hall (1986) e recebeu a denominação de Comunicação Não-Verbal Enfermeira-Cego (CONVENCE) (APÊNDICE F).

O CONVENCE avalia a comunicação não-verbal do enfermeiro com o cego de acordo com as onze categorias que o compõem. A distância, primeira categoria ou variável, de acordo com Hall (1986), é classificada em íntima, pessoal, social e pública. A segunda categoria, postura, é delimitada em: de pé, sentado,

deitado. O eixo, terceira categoria, é identificado como: face a face, de costas, outro ângulo, sociofugo e sociopeto. O contato, quarta categoria, é denominado: toque, carícia, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental e nenhum contato. A quinta categoria é a dos gestos emblemáticos, classificados em bater o pé, mover as mãos e outro. A sexta categoria, gestos ilustradores, identifica e ora complementa o verbal, ora não complementa. Os gestos reguladores, sétima categoria, abrangem como meneio de cabeça, movimento dos olhos e outro. A oitava categoria, comportamento facial, é composta por perplexidade, nojo, alegria, medo, raiva, tristeza e outro. A nona categoria, abertura ocular, refere-se a surpresa, alegria, tristeza e outro. Direção do olhar, décima categoria, avalia se o olhar está fixo ou desviado do interlocutor. A décima primeira categoria, volume da voz, abrange cinco itens: sussurro, grito, normal, silêncio e alto (REBOUÇAS, 2005).

#### **5.4.2 Análise dos dados**

Pelo fato deste estudo ser metodológico, os juízes não eram informados sobre com qual grupo, treinado ou não-treinado, eram realizadas as análises. Como mencionado, a pesquisadora permanecia na sala durante toda a análise dos vídeos e controlava o tempo de cada uma das cenas, as quais eram paralisadas a cada minuto, além de determinar pausas quando notasse cansaço ou fadiga por parte de algum juiz.

Antes de cada sessão de análise, os juízes foram instruídos a fazer uma releitura do roteiro de análise da comunicação, o CONVENCE e do Modelo de Comunicação Não-Verbal; iniciar o trabalho assistindo o filme na íntegra para ter conhecimento do contexto da situação; trabalhar no LabCom\_Saúde do Departamento de Enfermagem da UFC onde o ambiente é adequado em termos de equipamentos necessários bem como tem garantia da continuidade da atividade sem interrupção; efetuar a classificação da cena em unidades, adotando o critério de tempo de um minuto por cena e caso necessário poderiam repetir cada cena, no

máximo duas vezes; interromper por alguns instantes sempre que sentissem fadiga; não classificar mais do que a gravação relativa a três pacientes por período do dia. Determinou-se o tempo de um minuto em virtude do tamanho das filmagens. As consultas eram longas e se tornaria exaustivo adotar um critério menor de tempo para as análises.

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para os procedimentos das análises descritivas e inferenciais com a utilização do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 14.0, e analisados em frequência absoluta por meio de tabelas univariadas com frequência relativa e porcentagens. Para se analisar a associação entre as variáveis e os enfermeiros nos grupos controle e experimental, foram empregados os testes qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o de máximo verossimilhança.

Para verificar a confiabilidade das avaliações entre os itens do Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego foi utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach, haja vista esse coeficiente levar em consideração a probabilidade de concordância decorrente do acaso. Finalmente, foi fixado para todas as análises estatísticas inferenciais o nível de significância de 5% (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

## **5.5 Aspectos éticos e legais**

Como recomendado, antes de se iniciar o estudo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para aprovação. Portanto, foi elaborado segundo as normas que regulamentam pesquisas em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Obtida a aprovação pelo referido comitê com o número 242/07 em reunião realizada no dia 19 de outubro de 2007 (ANEXO B), deu-se início à coleta propriamente dita, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo enfermeiro, cego e acompanhante, caso houvesse.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Validação do modelo de comunicação não-verbal enfermeiro-cego por especialistas**

Após construído, o modelo de comunicação não-verbal foi enviado para três especialistas em comunicação para ser analisado e validado de acordo com os critérios estabelecidos no apêndice A. É importante enfatizar que nenhum deles discordou entre si, pois deram sugestões distintas, todas foram acatadas e incluídas no referido modelo.

O primeiro sugeriu excluir abraço no momento de finalização da consulta, pois, segundo Hall (1986), determinadas situações de proximidade intimidam os sujeitos. Assim, ações como o abraço só devem ser concretizadas com a aprovação do outro. Acrescentou ainda o seguinte: se o abraço existisse poderia se encontrar um eixo sociofugo o qual demonstra desencorajamento na interação entre os sujeitos da comunicação além de ser constrangedor para ambos. Outra sugestão foi em relação a distância: conforme havia sugerido, deveriam permanecer em distância íntima durante todo o atendimento, mas, segundo a especialista, a distância íntima é muito próxima por tanto tempo. Diante desta observação, solicitou acrescentar a distância pessoal-próxima (50 a 80 cm). À semelhança do abraço, a proximidade pode desencorajar o sujeito. Dessa forma, acatou-se a solicitação e definiu-se que o enfermeiro deveria adotar a distância pessoal-próxima para a entrevista (primeira parte da consulta) e a distância íntima para o exame físico.

Foram incluídos ainda gestos corporais. Entre estes, o apertar os dedos (como sinal de dor) e movimentar as pernas (como preocupação/vergonha) e caso o acompanhante estivesse presente durante o atendimento poderia haver interferências na comunicação. Então, propôs se informasse sobre isso, pois o acompanhante faz parte do ambiente e pode ser um obstáculo na comunicação.

O segundo especialista concluiu que a forma de apresentação do primeiro momento e a abrangência do terceiro momento não estavam adequadas.

Sugeriu manter o paciente mais próximo do enfermeiro e o acompanhante mais próximo do paciente do que do enfermeiro, além de solicitar a inclusão do comando de observar as expressões corporais (após as faciais).

Já o terceiro especialista avaliou que a abrangência e representatividade do conteúdo do primeiro e do terceiro momentos também deveriam ser revistas. Sua sugestão foi acrescentar item sobre temperatura e incluir a frase “manter temperatura do ambiente agradável em torno de 20º C a 25º C”. No terceiro momento acrescentou item sobre o volume de voz com a frase “manter o volume de voz adequado ao tamanho do ambiente e a distância entre os interlocutores”. Apontou também outras idéias segundo as quais para medir a efetividade do modelo seria necessário criar outro instrumento com uma escala de pontuação que pode ser dicotômica, de sim e não, ou uma escala gradual com itens que avaliem todos os aspectos do modelo.

A partir dessas sugestões e incluídos todos esses aspectos no modelo, ainda assim houve sugestões dos enfermeiros durante o treinamento (grupo experimental) e dos juízes da análise dos dados. Entre elas, foi solicitado acrescentar as orientações para o relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cego. Tal solicitação foi disposta logo após as regras gerais para a comunicação não-verbal no modelo.

Os juízes da análise de dados incluíram também no CONVENCE, na categoria 2, postura, a subcategoria 4, de joelhos; como também na categoria 11, volume da voz, a subcategoria 5, alto.

## **6.2 Caracterização da amostra**

Compuseram a amostra 30 enfermeiros e 30 cegos subdivididos nos dois grupos, treinado e não-treinado. Houve a participação de apenas um acompanhante no grupo não-treinado, mas esse personagem não foi analisado. Na Tabela 1, consta a distribuição do número de enfermeiros e cegos, segundo as características da amostra.

Tabela 1 – Distribuição do número de enfermeiros e cegos, segundo as características da amostra. Fortaleza, 2008

	N	%	
<b>Enfermeiro (N=30)</b>			
Idade (anos)			
22	14	46,7	
23	09	30,0	Média= 25 anos
24-50	07	23,3	DP= 6 anos
Sexo			
Feminino	24	80,0	
Masculino	06	20,0	
<b>Cego (N=30)</b>			
Idade (anos)			
19-27	10	33,3	
28-37	11	36,7	Média= 32 anos
38-44	09	30,0	DP= 8 anos
Sexo			
Feminino	18	60,0	
Masculino	12	40,0	
Tempo de cegueira (anos)			
04-23	10	33,3	
24-35	11	36,7	Média= 29 anos
36-44	09	30,0	DP= 12 anos

Como mostra a Tabela 1, a idade dos enfermeiros variou de 22 a 50 anos, com média de  $25 \pm 6$  anos. Quanto ao sexo destes, sobressaiu o feminino (80%). Em relação à idade dos cegos, variou de 19 a 44 anos, com média de  $32 \pm 8$  anos. No referente ao sexo dos cegos predominou o feminino (60%). Já em relação ao tempo de cegueira, a média foi de  $29 \pm 12$  anos.

### 6.3 Validação do modelo de comunicação não-verbal enfermeiro-cego

De acordo com o Modelo de Comunicação Não-Verbal e segundo a análise dos juízes ao se comparar os resultados do grupo treinado e do grupo não-treinado, obtiveram-se os resultados expostos na Tabela 2.

Nas tabelas, as variáveis relacionadas às ações estão dispostas numericamente e apresentar-se-ão enumeradas seqüencialmente entre as tabelas 2 a 5.

Tabela 2 – Comparação das ações da etapa do cuidado 1, organização do ambiente, entre o grupo treinado e o não-treinado. Fortaleza, 2008

AÇÃO* No. e descrição	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1.Organizar ambiente									61,77	<b>0,0001</b>
Não-treinado	21	46,6	12	26,7	8	17,8	4	8,9		
Treinado	-	-	-	-	6	13,3	39	86,7		
2. Colocar mesa									28,54	<b>0,0001</b>
Não-treinado	1	2,2	12	26,7	12	26,7	20	44,4		
Treinado	-	-	-	-	2	4,4	43	95,6		
3.Cadeiras(posição)									57,59	<b>0,0001</b>
Não-treinado	12	26,6	17	37,8	12	26,7	4	8,9		
Treinado	-	-	1	2,2	5	11,1	39	86,7		
4.Ausência obstáculo									57,85	<b>0,0001</b>
Não-treinado	23	51,1	13	28,9	6	13,3	3	6,7		
Treinado	-	-	1	2,2	2	4,4	42	93,3		
5. Temperatura									1,07	0,302
Não-treinado	-	-	2	4,4	10	22,2	33	73,3		
Treinado	-	-	1	2,2	6	13,3	38	84,4		

\* As ações serão enunciadas numericamente de acordo com o instrumento de comunicação não-verbal.

Pelos resultados da Tabela 2, ao se comparar as ações da etapa do cuidado 1 entre o grupo treinado e o não-treinado, conforme se observa, o grupo treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,0001$ ) em quatro dos cinco itens avaliados, com percentual  $\geq$  a 84%. Somente o item “temperatura” apresentou proporção aproximadamente igual na escala. A seguir, na Tabela 3, observa-se a comparação das ações da etapa do cuidado 2 entre o grupo treinado e o não-treinado .

Tabela 3 – Comparação das ações da etapa do cuidado 2, apresentação do ambiente, entre o grupo treinado e o não-treinado. Fortaleza, 2008

AÇÃO	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
6. Apresentação									20,15	<b>0,0001</b>
Não-treinado	8	18,9	7	16,7	5	11,9	22	52,4		
Treinado	-	-	-	-	5	11,9	40	88,9		
7. Tocar afetivamente									22,31	<b>0,0001</b>
Não-treinado	11	24,9	13	29,5	11	25,0	9	20,5		
Treinado	3	6,6	4	8,9	7	15,6	31	68,9		
8. Descrever ambiente									72,23	<b>0,0001</b>
Não-treinado	27	60,0	18	40,0	-	-	-	-		
Treinado	2	4,4	3	6,7	7	15,6	33	73,3		
9. Conduzir o cego									38,81	<b>0,0001</b>
Não-treinado	9	20,0	19	42,2	5	11,1	12	26,7		
Treinado	-	-	1	2,2	6	13,3	38	84,4		
10. Informar objetos									65,32	<b>0,0001</b>
Não-treinado	28	62,2	14	31,1	2	4,4	1	2,2		
Treinado	3	6,7	1	2,2	7	15,6	34	75,6		
11. Adotar dist. íntima									48,47	<b>0,0001</b>
Não-treinado	11	24,4	16	35,6	12	26,7	6	13,3		
Treinado	-	-	-	-	6	13,3	39	86,7		
12. Postura									11,58	<b>0,003</b>
Não-treinado	4	8,9	9	20,0	17	37,8	15	33,3		
Treinado	-	-	5	11,1	9	20,0	31	68,9		
13. Posição ideal									12,92	<b>0,002</b>
Não-treinado	1	2,2	15	33,3	21	46,7	8	17,8		
Treinado	2	4,4	5	11,1	14	31,1	24	53,3		

Pelos resultados obtidos na Tabela 3 ao se comparar as ações da etapa do cuidado 2 entre o grupo treinado e o não-treinado, segundo se percebe, o grupo treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,05$ ) em todos os itens avaliados. Portanto, houve associação estatisticamente significativa em todas as ações. A seguir, na Tabela 4, comparação das ações da etapa do cuidado 3 entre o grupo treinado e o não-treinado.

Tabela 4 – Comparação das ações da etapa do cuidado 3, desenvolver a consulta de enfermagem, entre o grupo treinado e o não-treinado. Fortaleza, 2008

AÇÃO	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
14. Roteiro CEnf									5,89	0,053
Não-treinado	-	-	6	13,3	9	20,0	30	66,7		
Treinado	-	-	1	2,2	5	11,1	39	86,7		
15. Volume da voz									8,54	<b>0,014</b>
Não-treinado	2	4,4	5	11,1	14	31,1	24	53,3		
Treinado	-	-	1	2,2	8	17,8	36	80,0		
16. Tocar e silenciar									38,99	<b>0,0001</b>
Não-treinado	30	66,7	14	31,1	-	-	1	2,2		
Treinado	7	15,5	11	24,4	16	35,6	11	24,4		
17. Explicar toque									25,13	<b>0,0001</b>
Não-treinado	18	40,0	14	31,1	10	22,2	3	6,7		
Treinado	4	8,9	7	15,6	13	28,9	21	46,7		
18. Exame físico									11,99	<b>0,009</b>
Não-treinado	10	22,2	14	31,1	13	28,9	8	17,8		
Treinado	4	8,9	11	24,4	7	15,6	23	51,1		
19. Toque terapêutico									28,5	<b>0,0001</b>
Não-treinado	7	15,5	28	62,2	8	17,8	2	4,4		
Treinado	4	8,8	7	15,6	17	37,8	17	37,8		
20. Expressão facial									13,73	<b>0,004</b>
Não-treinado	5	11,1	18	40,0	19	42,2	3	6,7		
Treinado	1	2,2	7	15,6	25	55,6	12	26,7		
21. Expressão corpo									16,2	<b>0,001</b>
Não-treinado	3	6,6	20	44,4	20	44,4	2	4,4		
Treinado	3	6,6	7	15,6	20	44,4	15	33,3		
22. Ouvir atentamente									8,84	<b>0,012</b>
Não-treinado	2	4,4	9	20,0	15	33,3	19	42,2		
Treinado	-	-	2	4,4	13	28,9	30	66,7		

Em relação aos resultados constantes da Tabela 4, evidenciam-se resultados excelentes ( $p < 0,05$ ) em oito dos nove itens avaliados do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado nas ações desenvolvidas na etapa do cuidado 3. Apenas o item referente a “seguir o roteiro da CEnf” ficou próximo ao valor do teste, mas esta ação obteve forte indicador de associação. Na Tabela 5, podem

ser vistos dados comparativos das ações da etapa do cuidado 4 entre o grupo treinado e o não-treinado.

Tabela 5 – Comparação das ações da etapa do cuidado 4, finalizar a consulta de enfermagem, entre o grupo treinado e o não-treinado. Fortaleza, 2008

AÇÃO	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		$\chi^2$	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
23. Enfatizar pontos									15,01	<b>0,002</b>
Não-treinado	16	35,5	19	42,2	4	8,9	6	13,3		
Treinado	7	15,6	10	22,2	14	31,1	14	31,1		
24. Finalizar comunic.									8,42	<b>0,015</b>
Não-treinado	5	11,1	15	33,3	9	20,0	16	35,6		
Treinado	2	4,4	6	13,3	9	20,0	28	62,2		
25. Levantar-se									5,15	0,076
Não-treinado	4	8,9	11	24,4	8	17,8	22	48,9		
Treinado	1	2,2	5	11,1	9	20,0	30	66,7		
26. Despedir-se									14,11	<b>0,0001</b>
Não-treinado	2	4,4	7	15,6	9	20,0	27	60,0		
Treinado	-	-	1	2,2	2	4,4	42	93,3		

No referente aos dados analisados na Tabela 5, foram identificados também resultados excelentes ( $p < 0,05$ ) do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado nas três das quatro ações desenvolvidas na etapa do cuidado 4. Apenas na ação “levantar-se de forma efusiva” não se observou a existência de associação entre os grupos.

#### 6.4 Análise de confiabilidade do modelo de comunicação não-verbal

Na Tabela 6, constam os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach do modelo de comunicação proposto.

Tabela 6 – Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, com a exclusão dos itens, do modelo de comunicação não-verbal do enfermeiro-cego. Fortaleza, 2008

AÇÃO	Alfa de Cronbach alcançado com a exclusão do item
1. Organizar o ambiente	0,845
2. Colocar mesa	0,849
3. Cadeiras	0,846
4. Ausência de obstáculo	0,848
5. Temperatura ambiente	0,847
6. Apresentação	0,847
7. Tocar afetivamente	0,842
8. Descrever ambiente	0,843
9. Conduzir cego	0,849
10. Informar objetos	0,840
11. Adotar distância íntima	0,853
12. Postura	0,847
13. Posição ideal	0,842
14. Roteiro da CEnf	0,842
15. Volume da voz	0,852
16. Tocar e silenciar	0,839
17. Explicar toque	0,832
18. Exame físico	0,841
19. Toque terapêutico	0,833
20. Expressão facial	0,832
21. Expressão corporal	0,830
22. Ouvir atentamente	0,842
23. Enfatizar pontos	0,854
24. Finalizar comunicação	0,841
25. Levantar-se	0,840
26. Despedir-se	0,844

Alfa de Cronbach para Modelo de Comunicação Não-Verbal: 0,83.

Conforme se observa na Tabela 6, todos os itens contribuem para a confiabilidade interna do Modelo de Validação da Comunicação Não-Verbal do

enfermeiro com o cego. Os valores mostrados nesta tabela revelam uma excelente confiabilidade no grupo treinado, pois todos os alfas foram  $> 0,83$ .

### 6.5 Análise da comunicação não-verbal enfermeiro-cego

Na análise desta comunicação, trabalhou-se com onze categorias, como mostra a Tabela 7, na qual se expõe a comparação da comunicação não-verbal enfermeiro-cego entre o grupo controle e o experimental, de acordo com cada categoria.

Tabela 7 – Análise comparativa da comunicação não-verbal entre o grupo não-treinado e o grupo treinado. Fortaleza, 2008

Comunicação Não-Verbal	GRUPO				$\chi^2$	p
	Não-treinado (n=1.649)		Treinado (n=1.478)			
	Nº	%	Nº	%		
1. Distância					531,5	<b>0,0001</b>
Íntima	502	30,4	1.059	71,7		
Pessoal	1.147	69,6	417	28,3		
2. Postura					129,8	<b>0,0001</b>
De pé	568	34,4	248	16,7		
Sentado	1.078	65,3	1.219	82,4		
Outro	3	0,3	11	0,9		
3. Eixo					58,3	<b>0,0001</b>
Outro ângulo/Sociopeto	968	58,7	689	46,7		
Face a face/Sociopeto	633	38,4	763	51,7		
Outro ângulo/Sociofugo	37	2,2	16	1,1		
4. Contato					187,6	<b>0,0001</b>
Nenhum contato	906	54,9	548	37,1		
Toque/tocar localizado	399	24,2	351	23,7		
Toque	173	10,5	264	17,9		
Tocar localizado	110	6,7	151	10,2		
Toque/segurar demoradamente	21	1,3	56	3,8		
Toque/segurar/tocar localizado	32	1,9	50	3,4		
Segurar demoradamente	10	0,6	44	3,0		
Toque/apalpar/tocar localizado	13	0,8	31	2,1		
Apertar	14	0,8	20	1,4		
Apalpar	4	0,2	19	1,3		
Roçar acidental	-	-	11	0,7		
Agarrar	2	0,1	10	0,7		
Carícia	2	0,1	2	0,1		

5. Gestos emblemáticos					167,8	<b>0,0001</b>
Mover as mãos	778	47,2	998	67,5		
Outro	844	51,2	453	30,6		
Mover as mãos/Outro	75	4,5	16	1,1		
Bater o pé	27	1,6	2	1,4		
6. Gestos Ilustradores					1,707	0,191
Complementa o verbal	1.410	85,6	1.238	83,9		
Não complementa	238	14,4	238	16,1		
7. Gestos reguladores					29,3	<b>0,0001</b>
Mover os olhos	700	42,4	637	43,1		
Meneio/mover os olhos	376	22,8	434	29,4		
Outro	327	19,8	209	14,1		
Meneio de cabeça	246	14,9	196	13,3		
8. Comportamento facial					159,9	<b>0,0001</b>
Atenção/Normal	714	43,3	951	64,3		
Normal	656	39,8	318	21,5		
Atenção	260	15,8	188	12,7		
Alegria/atenção	17	1,0	29	2,0		
Alegria	30	1,8	28	1,9		
Outro	6	0,4	5	0,3		
9. Abertura ocular					40,9	<b>0,0001</b>
Atenção	1538	93,3	1441	97,5		
Outro	91	5,5	21	1,4		
Alegria	22	1,3	25	1,7		
Surpresa	3	0,2	2	0,1		
Tristeza	-	-	2	0,1		
10. Direção do olhar					38,1	<b>0,0001</b>
Desviado do Interlocutor	943	57,2	681	46,1		
Centrado no Interlocutor	706	42,8	795	53,8		
11. Volume da voz					99,2	<b>0,0001</b>
Normal	1335	81,0	1372	93,0		
Silêncio	243	14,7	89	6,0		
Alto	69	4,2	14	0,9		

De acordo com a Tabela 7, existe associação estatisticamente significativa em dez das onze categorias da comunicação não-verbal. Apenas na categoria gestos ilustradores não houve associação significativa, pois os resultados foram semelhantes em ambos os grupos.

Em relação à categoria distância, prevaleceu a íntima no grupo treinado (71,7%) e no não-treinado sobressaiu a pessoal (69,6%). Na postura, a sentada foi

maior no grupo treinado (82,4%) que no grupo não-treinado (65,3%). Já na categoria eixo, o face a face/sociopeto prevaleceu no grupo treinado (51,7%) enquanto no grupo não-treinado foi observado outro ângulo/sociopeto (58,7%).

No referente à categoria contato, no grupo não-treinado prevaleceu nenhum contato (54,9%) enquanto no treinado este item foi menor (37,1%). Em relação aos gestos emblemáticos, mover as mãos foi maior no grupo treinado (67,5%) e no grupo não-treinado foram outros tipos de gestos (51,2%). Na categoria gestos ilustradores, complementa o verbal foi maior no não-treinado (85%) e menor no treinado (83%). Na categoria gestos reguladores, mover os olhos sobressaiu no grupo não-treinado (42,4%) e no treinado (43,1%). Quanto à categoria comportamento facial, observou-se atenção/normal em maior quantidade no grupo treinado (64,3%) do que no não-treinado (43,3%).

No concernente à categoria abertura ocular destacou-se atenção no grupo treinado (97,5%) e no grupo não-treinado (93,3%). A categoria direção do olhar sobressaiu no grupo treinado concentrado no interlocutor (53,8%) enquanto no grupo não-treinado predominou desviado do interlocutor (57,2%). Quanto ao volume da voz, em ambos os grupos sobressaiu o normal, no não-treinado (81,0%) e no treinado (93,0%). No entanto observou-se silêncio no grupo não-treinado (14,7%) e também no grupo treinado (6,0%).

A seguir, na Tabela 8, apresenta-se a análise da variável contato entre os grupos treinado e não-treinado.

Tabela 8 – Análise comparativa da variável contato entre o grupo treinado e o não-treinado. Fortaleza, 2008

Contato	Grupo				$\chi^2$	p
	Não-treinado		Treinado			
	Nº	%	Nº	%		
Sim	744	45	929	63	98,7	<b>0,0001</b>
Não	905	55	547	37		

Pelos resultados observados na Tabela 8, houve mais contato do enfermeiro com o cego no grupo treinado (63%) e no grupo não-treinado só houve algum tipo de toque (45%). Percebe-se, então, que o grupo experimental utilizou mais o toque como proposto pelo Modelo de Comunicação Não-Verbal.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 Validação do modelo de comunicação não-verbal

O Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego englobou informações preliminares, regras gerais para a comunicação não-verbal, orientações para o relacionamento interpessoal com o cego, e o modelo propriamente dito, seguindo os passos da consulta de enfermagem, e se subdividiu em quatro etapas do cuidado conforme discutido a seguir.

A etapa do cuidado 1 refere-se à organização do ambiente para o desenvolvimento da consulta de enfermagem. Nesta etapa foram avaliadas cinco ações, todas indicadas na Tabela 2. As ações: organizar o ambiente de forma que o mobiliário favoreça o contato do enfermeiro com o cego; colocar a mesa em um dos lados da sala e utilizar parte dela como apoio para os materiais e para o registro do roteiro de consulta; posicionar as cadeiras do enfermeiro e do cego uma de frente para a outra e próximas à mesa; ausência de obstáculo entre os comunicantes e manter a temperatura do ambiente agradável foram comparadas entre o grupo controle e o experimental. Como revelam os dados, observou-se desempenho excelente do grupo treinado ( $p=0,0001$ ), exceto na questão da temperatura, a qual não mostrou associação entre os grupos.

Ao analisar a temperatura do ambiente, conforme se percebeu, apenas pelas filmagens os juízes não tinham condição de saber se o ambiente estava agradável ou não. Diante do impasse, ficou acordado no treinamento que eles avaliariam o ambiente como desagradável quando explicitamente alguém verbalizasse frio ou calor durante as filmagens. E realmente em uma filmagem do grupo treinado a cega verbalizou estar com frio. Quando esta comunicou sua necessidade, a enfermeira solicitou a entrada da pesquisadora durante a consulta para reprogramar a temperatura do ar condicionado. Esta interferência da temperatura na comunicação justifica-se pelo fato da sala ter permanecido por um longo período de tempo com os dois condicionadores de ar ligados, o que motivou o desconforto decorrente do frio sentido pela cega. Desse modo, conforme ficou subentendido, o ambiente não favoreceu a comunicação entre enfermeiro e cego. No entanto, a enfermeira, ao perceber a interferência da temperatura na

comunicação, mesmo sabendo que a pesquisadora não poderia invadir o ambiente da consulta, sentiu-se no dever de quebrar essa regra e tal atitude era necessária. Já no grupo não-treinado houve duas ocorrências de alterações na temperatura, ambas ocasionadas também pelo frio do ambiente. Desta vez, porém, o enfermeiro não fez nenhuma intervenção.

Como afirmam Stefanelli e Carvalho (2005), o ambiente é um dos componentes do processo de comunicação, mas também é uma variável detentora de forte influência sobre o êxito ou não na efetivação da comunicação com o outro. Ao se tratar da questão ambiental, isto diz respeito não só ao ambiente físico utilizado pelas pessoas, de modo geral, como ainda por aquelas que interagem com sua cultura, o mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos e as próprias condições de tempo e espaço.

Consoante as autoras supracitadas relatam, a disposição das pessoas em determinado contexto deve garantir-lhes estar num mesmo plano, acomodadas de forma que possam manter contato visual, com proximidade suficiente, considerando a distância interpessoal. Ao ser familiar ao paciente, o ambiente influenciará de forma positiva e o processo comunicativo será facilitado porquanto afasta o medo de situações desconhecidas e facilita o surgimento do sentimento de segurança e confiança em relação ao profissional de enfermagem.

O ambiente experimental onde foram desenvolvidas as consultas, como mencionado, era um laboratório de comunicação e, nesse caso, não houve interferências de pessoas durante a comunicação enfermeiro-cego. De acordo com Galvão et al (2006), o ruído ambiental é considerado uma invasão de espaço pessoal e territorial do paciente e acarreta uma série de respostas humanas em forma de sentimentos, atitudes, valores, expectativas e desejos. Cabe ao enfermeiro ficar atento a esses ruídos passíveis de interferir na comunicação com o paciente e evitar a interferência deles no cuidado ao paciente.

Segundo exposto na Tabela 3, ao se comparar as oito ações da etapa de cuidado 2 entre o grupo treinado e o não-treinado, percebe-se que em todas elas houve associação ( $p < 0,05$ ), isto é, a comunicação não-verbal dependeu do

grupo. Nesse caso, o melhor desempenho na leitura da comunicação não-verbal está associado ao grupo experimental.

Nesta etapa, destaca-se a importância da apresentação do enfermeiro ao cego; tocar afetivamente com um aperto de mão, um cumprimento; descrever o ambiente para o cego e onde estão posicionadas as cadeiras para ele se familiarizar com o local; conduzi-lo ao local onde permanecerá a maior parte do tempo durante a consulta, deixando-o segurar no seu braço para facilitar sua locomoção; informá-lo sobre os objetos próximos e permitir-lhe tocá-los, com vistas a se sentir mais confiante e confortável; adotar a distância íntima ou a pessoal-próxima entre o enfermeiro e o cego para favorecer a interação; manter a postura igualmente, para que a comunicação seja eficaz, e se posicionar face a face para facilitar a comunicação.

Saber se comunicar é entender o paciente e se fazer entender por ele. Retoma-se o esquema clássico de comunicação: emissor - mensagem - receptor, onde o foco do processo é a mensagem. A interação entre a comunicação e a prática do enfermeiro deve-se ao fato das suas relações com o paciente estabelecer-se em um processo horizontal, caracterizado pelo diálogo, no qual se constroem e (re)constroem significados. Assume, portanto, papel essencial na formação da competência profissional preconizada pelas diretrizes curriculares da graduação.

Como asseveram McGilton et al (2006), a comunicação efetiva constitui-se um elemento fundamental para o integral cuidado de enfermagem no intuito de promover uma melhor qualidade na perspectiva do cuidado ao paciente. A comunicação pode ir além e prover informações até favorecer um suporte emocional ao paciente e sua família. Consoante os autores afirmam, é fundamental estar consciente da necessidade de dar mais informações e prover o suporte emocional para que esta comunicação seja realmente efetiva. Nesse contexto, os enfermeiros devem ter a responsabilidade de garantir total confiança para se comunicar efetivamente com os pacientes e familiares que recebem qualquer tipo de cuidado (DUNNE, 2005).

Em sua essência, a aproximação enfermeiro-paciente traz a questão da proxêmica, ou seja, da aproximação dos corpos dos sujeitos que participam de uma relação interpessoal. Em um estudo de Santos e Shiratori (2005), graduandos de enfermagem destacaram esse fator como a principal influência gerada pela comunicação não-verbal durante os cuidados de enfermagem, pois a aproximação enfermeiro-paciente justifica-se em virtude da necessidade do estabelecimento de uma comunicação e do relacionamento interpessoal, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a ser prestada ao cliente, baseada na comunicação efetiva.

Este tipo de comunicação envolve ativamente a escuta do paciente e não apenas dirigir-lhe palavras reconfortantes. No entanto, deve haver, sobretudo, empatia. A comunicação é um processo de via dupla, e o enfermeiro possui a responsabilidade de prover informações passíveis de favorecer a recuperação do paciente. Como observado, o desenvolvimento de uma relação terapêutica com o paciente assegura que tudo isso precisa ser conhecido e aprofundado (ROGAN;TIMMINS, 2004).

Com esta finalidade, uma proposta mais explícita de ensino de comunicação na graduação em enfermagem pode fomentar a compreensão de que o processo comunicacional vai além das palavras e tem conseqüências diretas e profundas na eficácia do cuidado de enfermagem, interpretando-o com o auxílio da linguagem verbal.

Diante desta realidade, o desenvolvimento do ensino da comunicação nos cursos de graduação da área da saúde – justificado pela importância decorrente das pesquisas sobre relação profissional-paciente e acrescido de significativas discussões, especialmente em fóruns internacionais, e das recomendações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais – impõe-se como campo de conhecimento a ser contemplado nos projetos pedagógicos de formação de futuros profissionais de saúde (ROSSI; BATISTA, 2006).

Em corroboração às palavras de Carvalho et al (1997), o ensino de habilidades em comunicação deve ser feito ao longo de todo o curso de graduação e não se limitar à responsabilidade exclusiva de uma disciplina ou período. Devem-

se inserir diversas experiências práticas específicas para tal treinamento, além de se destacar formalmente as situações interacionais havidas, os comportamentos dos elementos envolvidos e as conseqüências da interação para ambos.

Urge o enfermeiro adquirir habilidades de comunicação, especialmente da forma não-verbal, durante o processo de cuidado na relação com o cliente, com vistas a contribuir para a melhoria de uma assistência de qualidade prestada. Conforme se percebe em um estudo realizado por Azevedo (2002), determinados alunos e até enfermeiros sentem dificuldades para abordar o cliente, seja para explicar rotinas diárias, identificar necessidades, fornecer orientações, informar sobre os procedimentos a serem executados ou, simplesmente, ouvi-lo.

De acordo com Araújo, Silva e Puggina (2007), a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o significado das palavras, mas também o sentimento do emissor da mensagem. A qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz e jeito como as palavras são ditas, por olhares e expressões faciais, por gestos que acompanham o discurso, pela postura corporal, pelo tamanho da distância física mantida pelas pessoas entre si, e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas. Mesmo o silêncio, em certos contextos, é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens.

Portanto, a adequada interação entre a comunicação verbal e a não-verbal oferece maior qualidade ao relacionamento interpessoal e deve ser utilizada pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde de forma mais consciente. Ela serve de instrumento gerador de um saber capaz de contribuir para redescobrir e reconstruir a prática destes profissionais.

Como evidenciado em pesquisas, os profissionais de saúde encontram dificuldades em perceber e utilizar os sinais não-verbais de modo consciente. A título de exemplo, segundo identificaram alguns estudos, ainda há falta de informações sobre comunicação entre os graduandos de medicina: embora os próprios estudantes a reconhecessem como importante para a compreensão do paciente e o estabelecimento de vínculos, demonstraram não dominar os

conceitos, pautando a relação interpessoal com o paciente sobretudo em seu aspecto verbal. No contexto da assistência à saúde do outro, toda comunicação verbal e não-verbal deve ser benéfica, efetiva e terapêutica (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Conforme declaram Araújo e Silva (2007), os pacientes expressam em seus discursos o que no senso comum parece ser consensual: profissional de saúde bom é aquele que te olha nos olhos, isto é, presta atenção e mostra dar importância às palavras do paciente. Ao manter o contato por meio do olhar, o profissional passa a mensagem silenciosa de se importar tanto com as palavras do paciente quanto com os sentimentos deste. Preocupa-se com o paciente como ser humano, com sentimentos e emoções, e não apenas com um sintoma ou um órgão comprometido. Isto pode facilitar o cuidado integral, humanizado, holístico.

Na análise da Tabela 4, ao se tecer uma comparação entre as etapas do cuidado 3 do grupo treinado e do não-treinado, percebe-se que oito das nove ações foram desempenhadas de forma excelente pelo grupo treinado, com valor de  $p < 0,05$ . Somente a ação de seguir o roteiro da consulta de enfermagem indicou tendência a ter associação ( $p = 0,053$ ). Consoante reforça tal resultado, o roteiro de consulta já faz parte da rotina de enfermagem e é considerado ferramenta necessária para a realização dos procedimentos de enfermagem. Ademais, constitui um roteiro direcionado para a consulta a diabéticos, sem se caracterizar um elemento novo para ambos os grupos.

A consulta de enfermagem é caracterizada, ao mesmo tempo, como uma ação de ajuda e de aprendizado na qual enfermeiro e paciente interagem, buscando solucionar problemas identificados por meio do diagnóstico de enfermagem. De acordo com Mendonça et al (2007), é por meio da consulta de enfermagem que o enfermeiro fornece as orientações em relação aos cuidados com o paciente. Ainda como afirmam estes autores, com essa sistematização há o intuito de prestar uma assistência de enfermagem humana e singular, voltada para as necessidades dos pacientes e melhoria da sua qualidade de vida.

Cada pessoa interpreta as mensagens e situações vivenciadas de forma diferente. Desse modo, nem todas as mensagens são entendidas igual e

adequadamente por todos (INABA; SILVA, 2002). Cuidar de cegos, portanto, é um grande desafio em face das suas limitações e alterações na forma como expressam e percebem o mundo. Nesse caso, o atendimento de enfermagem ao cego deve favorecer o toque, pois este sentido funciona para ele como a visão.

De acordo com Rebouças, Pagliuca e Almeida (2007), a deficiência visual pode dificultar a relação enfermeiro-paciente e comprometer o trabalho do profissional no referente à orientação do paciente, à adesão deste ao tratamento, à compreensão e interpretação da comunicação, entre outras. Além disso, interfere consideravelmente na comunicação enfermeiro-cego, porquanto a visão é sem dúvida um dos principais sentidos na recepção da comunicação não-verbal.

Com o estudo ora elaborado percebeu-se, ainda, o quanto as enfermeiras gesticularam com as mãos na tentativa de se fazerem entender pelo cego. Mas como ele não possui a capacidade visual para decodificar esse tipo de mensagem, esses profissionais devem explorar outras formas de comunicação. O enfermeiro precisa estar ciente da importância do toque na humanização do cuidado aos pacientes para que este recurso não se torne um ato mecânico, motivo de distanciamento entre enfermeiro-paciente e barreira no processo comunicativo (REBOUÇAS; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2007).

Na enfermagem, mostram determinados estudos, há falhas na percepção da comunicação não-verbal pelos enfermeiros em nível consciente, denotando necessidade de maior atenção e treinamento por parte destes profissionais. Como a percepção dos sinais não-verbais ocorre em nível consciente, pode ser aperfeiçoada com esforço dirigido para seu aprendizado, treinamento e desenvolvimento. Diante desta situação, estudiosos desenvolveram programas de treinamento em comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares e estudantes de enfermagem, envolvendo filmagens dos profissionais em atuação, exposição teórica sobre comunicação não-verbal e relatos com exemplos da realidade vivida pelos profissionais em seu ambiente de trabalho (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Consoante advertem as autoras recém-citadas, em virtude da excessiva atenção dada à comunicação verbal, verifica-se profunda desinformação a respeito

da linguagem não-verbal e da importância a ela atribuída em nossos relacionamentos, sejam pessoais ou profissionais. Mencionado estudo, apesar da sua limitação relativa à pequena amostra de profissionais, pode demonstrar que os enfermeiros buscam aprimorar seus conhecimentos relativos à comunicação não-verbal para evitar que um cuidado planejado para ser terapêutico se transforme em uma iatrogenia.

Ao longo do estudo ora elaborado, na Tabela 5 foram comparadas as ações da etapa do cuidado 4 entre os grupos treinado e não-treinado. Conforme os dados mostraram, apenas na ação de levantar-se efusivamente para o paciente perceber que o enfermeiro realizou esta ação não houve diferença significativa entre os dois grupos. Tais ações caracterizam também o encerramento da consulta e a finalização da comunicação, fato comum em qualquer consulta de enfermagem.

Nas palavras de Inaba, Silva e Telles (2005), o cuidar é feito com o outro; não é apenas um procedimento, uma intervenção técnica, mas uma relação de ajuda, baseada em respeito, compreensão e no uso do toque de forma mais efetiva. Infere-se, então, o seguinte: se o cuidado é feito com o outro, a comunicação adequada é fundamental, principalmente no cuidado com os pacientes críticos e terminais. Comunicação adequada é aquela apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido.

O ato de cuidar implica estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações: os cuidados são a verdadeira essência da enfermagem. Ao se cuidar do outro executa-se uma ação não somente técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos por meio do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala. Ação fundamentada na sensibilidade própria dos sentidos e também na liberdade, na subjetividade, na intuição e na comunicação. As respostas objetivas ao cuidado prestado devem ser buscadas na expressão do cliente, nas suas opiniões e gestos, via da comunicação não-verbal (FERREIRA, 2006).

Neste estudo, a análise de confiabilidade do Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego, fundamentado na teoria de Hall (1986), foi efetivada pelo teste Alfa de Cronbach e mostrado na Tabela 6. Conforme os resultados

obtidos, todos os itens são confiáveis. Desse modo, o modelo é válido e confirma a hipótese da sua eficácia no atendimento de enfermagem ao paciente cego.

## **7.2 Análise da comunicação não-verbal enfermeiro-cego**

Na Tabela 7 analisou-se a comunicação não-verbal entre o grupo treinado e o não-treinado. Conforme evidenciado, a distância íntima prevaleceu no grupo treinado (71,7%), enquanto no grupo não-treinado prevaleceu a pessoal (69,6%). Para Hall (1986), a distância íntima é a do reconforto e da proteção na qual o olfato e a percepção do calor irradiado se intensificam, e nessa situação os músculos e a pele podem entrar em contato. Ao contato estranho, a tática de base consiste em permanecer imóvel ou esquivar-se.

De acordo com alguns pesquisadores, durante a assistência técnica de enfermagem, os profissionais podem invadir o espaço pessoal do paciente ao manter essa distância. Desse modo, causam reações negativas e bloqueiam a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica entre paciente e profissional (GALVÃO et al., 2006). No entanto, no relacionamento com cegos a distância íntima deve prevalecer em virtude da sua necessidade de entender o que o enfermeiro está comunicando verbalmente.

Ainda na mesma tabela, em relação à postura, prevaleceu a sentada em ambos os grupos: não-treinado (65,3%) e treinado (82,4%). Neste estudo não foi identificada a influência do sexo na postura adotada pelos interlocutores. Também em estudo com pacientes laringectomizados, não se observou interferência desse fator na postura adotada, atribuindo-se esse fato ao tipo de interação profissional técnica (SAWADA, 2000).

Quanto aos dados referentes ao eixo mantido pelos interlocutores, o grupo não-treinado sobressaiu em outro ângulo/sociopeto (58,7%) e o treinado prevaleceu em face a face/sociopeto (51,7%). Como se percebe e já observado por Rebouças (2005), o fato do enfermeiro não obter resposta visual por parte do cego o faz-se desviar do rosto deste e tender a olhar para outro local e não para o cego. Entretanto, mesmo sem essa resposta, o modelo de comunicação enfatiza a

necessidade de olhar para o cego porque o rosto envia a maior quantidade de estímulos não-verbais e, assim, pode-se compreendê-lo efetivamente.

Em relação ao contato, consoante se percebe, houve diversos tipos. No entanto, toque e tocar localizado sobressaíram no grupo não-treinado (24,2%) e, também, no grupo treinado (23,7%). No concernente ao toque no não-treinado (10,5%) e no treinado (17,9%). Já o tocar localizado foi menor no não-treinado (6,7%) e maior no treinado (10,2%). Embora exista uma aproximação entre os grupos, sobressaiu o grupo treinado com maior número de toque, como se pode observar na Tabela 8, discutida mais adiante.

Em continuidade à análise dos dados da Tabela 7, quanto à categoria gestos emblemáticos, obteve-se mover as mãos no grupo treinado (67,5%), enquanto no não-treinado observaram-se outros tipos de gestos como mexer o cabelo ou nenhum gesto (51,2%). Os enfermeiros do grupo treinado moveram as mãos na maior parte das observações apesar de saberem que não conseguirão se fazer entender pelos cegos com esta gestualidade. Segundo se deduz, a gestualidade das mãos está muito ligada à própria cultura da pessoa que comunica.

No concernente à categoria gestos ilustradores, em ambos os grupos destacou-se a complementação da linguagem verbal: no não-treinado (85,6%) e no treinado (83,9%), que confirmam e enfatizam o que é dito verbalmente, sem haver contradições. Quanto aos gestos reguladores observaram-se o mover os olhos também nos dois grupos na maioria das análises da comunicação. Grupo não-treinado (42,4%) e grupo treinado (43,1%).

Ao se analisar a categoria comportamento facial, observou-se atenção/normal no grupo treinado (64,3%) e no grupo não-treinado (43,3%). Somadas a essas respostas, obteve-se praticamente os mesmos resultados quando comparados os dois grupos: não-treinado (98,9%) e treinado (98,5%). Mais uma vez, enfatiza-se a importância de estar atento às expressões não-verbais emitidas pelo rosto para a obtenção de uma comunicação efetiva. Neste item observou-se ainda a alegria por parte do profissional no grupo treinado (3,9%) e no não-treinado (2,8%).

De acordo com Araújo, Silva e Puggina (2007), a linguagem não-verbal é o reflexo do estado emocional da pessoa e, portanto, é subjetiva, assim como os sentimentos. Em virtude da sociedade considerar alguns sentimentos negativos, o paciente não verbaliza sua tristeza, raiva, vergonha, medo, mas os revela de modo não-verbal e geralmente inconsciente, por meio do tom de voz, expressão facial, gestos, postura corporal.

Conforme se sabe, o humor é uma forma de comunicação espontânea e contextual, caracterizada por expressões verbais, faciais e pela risada. O bom humor e a alegria, representados pela risada, são capazes de aliviar a tensão em um contexto de dor e sofrimento. Segundo alguns estudos apontaram, o bom humor e a risada proporcionam um modo de aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança, além de servir como mecanismo de defesa por meio do qual o indivíduo lida com questões opressivas. Utilizar o humor como estratégia de defesa permite ao indivíduo distanciar-se do estresse, mostrar sentimentos geralmente difíceis de expressar e lidar, como a impotência e o medo, esquecer as preocupações, evitar conflitos, aliviar a tensão e relaxar (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Sobre a categoria abertura ocular, identificou-se em ambos os grupos a expressão de atenção em relação ao cego. O grupo treinado sobressaiu (97,5%) nas análises, mas o não-treinado também se destacou (93,3%). Os olhos têm a função de regular o fluxo da conversação. Portanto, esse fator é imprescindível na interação com o paciente, especialmente quando este é cego, no intuito de identificar as emoções do indivíduo, como sinais de surpresa, com maior abertura ocular, alegria, com o brilho dos olhos, ou tristeza, pela abertura ocular menor (HALL, 1986). A direção do olhar revela também a atenção dada ao interlocutor. Pela análise da Tabela 7, observa-se que os enfermeiros do grupo treinado estavam com o olhar mais direcionado para o cego (53,8%) do que os do não-treinado (42,8%).

A categoria volume da voz analisa a percepção dos interlocutores em relação ao espaço interpessoal, mediante classificação do volume e da intensidade da fala durante a interação: sussurro, grito ou tom normal. No grupo treinado predominou o tom normal (93%) enquanto no não-treinado este foi menor (81%). Silêncio sobressaiu no não-treinado (14,7%) e foi menor no treinado (6%).

Observou-se, ainda, tom de voz alto no grupo não-treinado (4,2%) e no treinado (0,9%).

Ao se deter na Tabela 8, segundo se percebe, esta analisou de forma mais sucinta o contato entre os dois grupos e, como era esperado, obteve-se maior contato nas análises do grupo treinado (63%) e menor no não-treinado (45%). Pelo valor de  $p=0,0001$  confirma-se a associação do contato em relação ao grupo. O contato ou toque é estudado pela táctica e envolve todas as suas características, como: a pressão que é exercida por ele, o local onde se toca, a idade e o sexo dos agentes comunicadores (PINTO; ROCHA; SILVA, 2002). Consoante referido, o cego possui a função do tato bem mais aguçada que os videntes, como forma de compensar sua limitação. Ao tocar o cego, o enfermeiro deve ter em mente que, conforme o tipo de toque, a pressão exercida no local e a área a ser tocada, ele se sentirá mais ou menos respeitado no seu cuidado.

Ainda como afirmam Pinto, Rocha e Silva (2002), o toque é um gesto corriqueiro e bastante utilizado em nossa cultura onde muitas mensagens são transmitidas por meio dele. Deve, pois, ser considerado importante forma de facilitar ou dificultar a comunicação e o estabelecimento de vínculos afetivos. Além de ser considerado uma necessidade básica do ser humano, o toque deve envolver os relacionamentos humanos para sua auto-satisfação e pode até mesmo interferir na sobrevivência do mencionado ser.

As pesquisadoras ora citadas ainda reforçam o seguinte: os tipos de contatos físicos prazerosos podem ser tranquilizadores, terapêuticos, carinhosos, afetuosos, confortadores ou animadores. Podem ter formas de afago, tapinha, massagem, aconchego, abraço apertado ou de apoio.

De acordo com Fernandes (2002), o toque é definido como contato físico intencional entre as pessoas e pode ser classificado no contexto da área de saúde em toque instrumental e toque expressivo. O toque instrumental é caracterizado pelo contato físico deliberado e é desempenhado em uma tarefa específica. Já o toque expressivo se configura como contato físico espontâneo e afetivo, não relacionado necessariamente à efetivação de um cuidado físico. Ainda de acordo com a mesma autora, o toque pode ser utilizado como tratamento e meio de

comunicação e integração humana ao se delinear como uma possibilidade de se responder às necessidades biopsicossociais do paciente nas diversas situações, como: isolamento, dor, auto-imagem e auto-estima comprometidas, além de diversas situações vivenciadas por pessoas com deficiência visual.

A comunicação não-verbal por meio do toque é particularmente importante no cuidado ao paciente cego por ele apresentar, em decorrência da sua limitação sensorial, alterações visuais significativas que impedem ou reduzem sua interação com as pessoas, com o ambiente e com o mundo à sua volta.

No desempenho da sua atividade profissional, os enfermeiros, como agentes promotores de cuidado, têm permissão maior para tocar as pessoas, pela necessidade de proporcionar cuidados diários ao ser humano. Ainda como Pinto, Rocha e Silva (2002) enfatizam, os enfermeiros estão em posição única para demonstrar compreensão e interesse por meio do toque. Inegavelmente, em corroboração às pesquisadoras, o contato físico traz conforto, segurança, tranqüilidade e atenção, e nesse sentido irá promover bem-estar ao outro.

Desse modo, tenciona-se encorajar os enfermeiros a tocar as pessoas de forma humanizada, ou seja, com compaixão e gentileza (PINTO; ROCHA; SILVA, 2002). Fernandes (2002) enfatiza também que a prática do enfermeiro envolve o tocar o corpo do outro em diversas dimensões, pois para se efetivar o cuidado fazem-se necessárias a presença, a comunicação e a interação.

O uso do toque na assistência de enfermagem transmite segurança, compreensão, sinceridade, respeito, cordialidade, tranqüilidade, interesse, empatia, conforto, proximidade, encorajamento, aceitação e desejo de ajudar no âmbito da esfera emocional do relacionamento com o paciente. Esse tipo de procedimento reduz o nível de estresse, melhora a depressão, influencia a condução simpática, eleva os níveis de endorfina e a resposta imunológica às infecções (FERNANDES, 2002).

No entanto, para melhores resultados, os enfermeiros devem saber avaliar o momento certo e adequado para realizar o toque, pois, como se sabe, ao tocar alguém pode-se invadir seu espaço pessoal. Portanto, é prioritário se manter

atento aos sinais não-verbais que demonstram aprovação ou não do paciente em relação a esse tipo de invasão pela sua expressão facial, rigidez muscular e direcionamento do seu olhar (SILVA, 1996).

Em estudo realizado por Lieu et al. (2007) acerca dos cuidados de enfermagem a pacientes surdos, foi enfatizada a necessidade de contato visual a ser obtido e mantido durante toda a interação, pois o paciente surdo é capaz de perceber quando comentários são feitos direcionados para ele. À semelhança dos surdos, as pessoas com limitação visual também podem perceber o contato visual do enfermeiro pela direção da voz do interlocutor, se está orientado para ele ou não. Todas estas observações podem favorecer a comunicação entre a enfermeira e o paciente, no caso específico, o cego.

## 8 CONCLUSÕES

A construção do Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego resultou, inicialmente, dos estudos elaborados acerca da teoria de Hall (1986). Tal modelo foi subdividido em quatro etapas, denominadas etapas do cuidado de acordo com a consulta de enfermagem, assim especificadas: etapa do cuidado 1, referente à organização do ambiente para desenvolver a consulta de enfermagem; etapa do cuidado 2, na qual o enfermeiro deve receber o paciente na entrada do consultório para introduzi-lo no ambiente onde ocorrerá a consulta e deve cumprimentá-lo e informar a localização dos móveis e objetos; etapa do cuidado 3, na qual se aborda o desenvolvimento da CEnf propriamente dita; etapa do cuidado 4, considerada a última etapa do Modelo de Comunicação Não-Verbal, que enfoca a finalização da consulta e o encerramento da comunicação com o paciente.

Após construído, o modelo foi analisado por três especialistas que sugeriram a inclusão de itens fundamentais para torná-lo válido. As sugestões incluídas no modelo se referiram à abrangência, forma de apresentação e representatividade do conteúdo. Em seguida, procedeu-se à segunda etapa de validação quando o modelo foi aplicado à prática profissional do enfermeiro.

Conforme mencionado, a aplicação do modelo na consulta de enfermagem a cegos foi obtida pela comparação entre os grupos não-treinado e treinado e durante a consulta utilizou-se o modelo proposto.

Sobre a idade dos enfermeiros, variou de 22 a 50 anos, com média de  $25 \pm 6$  anos. Quanto ao sexo destes, predominou o feminino (80%). Em relação à idade dos cegos, variou de 19 a 44 anos, com média de  $32 \pm 8$  anos. No concernente ao sexo dos cegos, também sobressaiu o feminino (60%). Já em relação ao tempo de cegueira, a média foi de  $29 \pm 12$  anos.

Ao se comparar as ações da etapa do cuidado 1 entre o grupo treinado e o não-treinado, conforme se observa, o grupo treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,0001$ ) em quatro dos cinco itens avaliados. Somente o item "temperatura" apresentou proporção aproximadamente igual na escala. De acordo com a Tabela 3 ao se comparar as ações da etapa do cuidado 2 entre os grupos, o

treinado obteve resultado excelente ( $p < 0,05$ ) em todos os itens avaliados. Portanto, houve associação estatisticamente significativa em todas as ações. Em relação aos resultados expostos na Tabela 4, revelaram-se excelentes ( $p < 0,05$ ) em oito dos nove itens avaliados do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado na etapa do cuidado 3. Apenas o item referente a “seguir o roteiro da CEnf” ficou próximo ao valor do teste; esta ação obteve forte indicador de associação. Ao se analisar os dados da Tabela 5, percebem-se também resultados excelentes ( $p < 0,05$ ) do grupo treinado em relação ao grupo não-treinado nas três das quatro ações desenvolvidas na etapa do cuidado 4. Apenas na ação “levantar-se de forma efusiva” não se observou a existência de associação entre os grupos. Pela Tabela 6, consoante se evidencia, todos os itens contribuem para a confiabilidade interna do Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego. Com isso, confirma-se desempenho excelente do grupo treinado em comparação ao não-treinado em 22 das 25 ações dispostas no Modelo de Comunicação Não-Verbal. Determinou-se ainda a confiabilidade dos itens do Modelo de Comunicação Não-Verbal pelo Alfa de Cronbach com resultado superior a 0,83.

No referente a distância, prevaleceu a íntima no grupo treinado (71,7%) enquanto no não-treinado sobressaiu a pessoal (69,6%). A postura sentada foi maior no grupo treinado (82,4%) que no grupo não-treinado (65,3%). Também o eixo face a face/sociopeto prevaleceu no treinado (51,7%) enquanto no não-treinado foi observado outro ângulo/sociopeto (58,7%). Quanto ao contato, no grupo não-treinado prevaleceu nenhum contato (54,9%) mas no treinado este dado foi menor (37,1%). No concernente a gestos emblemáticos, mover as mãos foi maior no grupo treinado (67,5%) e no não-treinado foram outros tipos de gestos (51,2%). Na categoria gestos ilustradores, mover os olhos sobressaiu no grupo não-treinado (42,4%) e também no treinado (43,1%). Na categoria comportamento facial observou-se atenção/normal em maior quantidade no treinado (64,3%) do que no não-treinado (43,3%). Sobre a abertura ocular predominou atenção no grupo treinado (97,5%) e também no grupo não-treinado (93,3%). A direção do olhar sobressaiu no grupo treinado com centrado no interlocutor (53,8%) enquanto no não-treinado foi desviado do interlocutor (57,2%). Quanto ao volume da voz, em ambos os grupos sobressaiu o normal: no não-treinado (81,0%) e no treinado

(93,0%). Observou-se silêncio tanto no grupo não-treinado (14,7%) como no grupo treinado (6,0%).

Após a análise destes dados e a partir das abordagens de outros pesquisadores, ressalta-se que os profissionais de saúde encontram dificuldades em perceber e utilizar os sinais não-verbais de modo consciente. Como observado, os estudos que identificaram limitação de informações sobre comunicação entre os graduandos da área da saúde, embora os próprios estudantes a identificassem como importante para a compreensão do paciente e estabelecimento de vínculos, demonstraram não dominar os conceitos, pautando a relação interpessoal com o paciente muito mais em seu aspecto verbal do que no não-verbal. Torna-se, pois, pertinente propor estas técnicas de ensino em comunicação não-verbal para enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Com este trabalho enfatiza-se a necessidade de implementação por parte dos enfermeiros e até mesmo dos estudantes de enfermagem deste Modelo de Comunicação Não-Verbal com o paciente cego para tornar o cuidado efetivo e afetivo, especialmente com aqueles que precisam compreender e serem compreendidos em sua vida cotidiana. Com vistas à divulgação desta temática, incentivam-se fortemente estudos acerca da comunicação não-verbal, da Teoria Proxêmica de Hall, a apresentação destes resultados em eventos da área de saúde, estudos mais aprofundados sobre o assunto e, ainda, a inclusão destes estudos no currículo da graduação em enfermagem, além de novas pesquisas com a utilização do modelo ora desenvolvido e validado.

Desse modo, pelos resultados alcançados nesta tese, confirma-se a hipótese de que realmente o Modelo de Comunicação Não-Verbal Enfermeiro-Cego fundamentado na teoria de Hall (1986) é eficaz no atendimento de enfermagem a pacientes cegos. Recomenda-se, portanto, o modelo no atendimento de enfermagem a essa clientela.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente sob cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.4, p.668-674, 2007.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGGINA, A.C.G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.419-425, 2007.

ASTROM, S.; NILSSON, M.; NORBERG, A.; SANDMAN, P.O.; WIMBLAD, B. Staff burnout in dementia care – relations to empathy and attitudes. **Int J Nurs Stud**, v.28, n.1, p. 65-75, 1991.

AZEVEDO, R.C.S. A comunicação como instrumento do processo de cuidar: visão do aluno de graduação. **Nursing**, n. 45, p.19-23, 2002.

BARCZINSKI, M.C.C. Reações psicológicas à perda da visão. **Rev Benjamin Constant**, n. 18, 2001. Disponível em: <[http://www.ibc.gov.br/Paginas/Nossos\\_Meios/RBC/public/RevAbr2001/Artigo%203.rtf](http://www.ibc.gov.br/Paginas/Nossos_Meios/RBC/public/RevAbr2001/Artigo%203.rtf)>. Acesso em: 10 jul. 2005.

BELSKY, J.; STEINBERG, L.; DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. **Child Development**, v. 62, n.4, p. 647-670, 1991.

BERARDINELLI, L.M.M.; COELHO, M.J.; FIGUEIREDO, N.M.A. Imagem em movimento: a expressão da gestualidade dos enfermeiros no cuidado. **R Enferm UERJ**, v. 13, n.1, p. 68-75, 2005.

BERLO, D.K. **O processo da comunicação**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BERTONCELLO, K.C.G. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 226p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

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

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

BOLSONI-SILVA, A.T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação Psicol**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.

BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRAGA, E.M. **Competência em comunicação**: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem. 2004. 172p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

BRASIL. Lei 10.098-19/2000. **Dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida**. Lex. São Paulo, v.64, n. 12, p.5042, 2000.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência**. Brasília: Corde, 1996.

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

CARDOSO, A.H.A.; RODRIGUES, K.G., BACHION, M.M. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.14, v.4, p.553-560, 2006.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; ALMEIDA, L.C.P.; MEDEIROS, R.N. O ensino de comunicação em enfermagem: um desafio. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 5, n. 3, p. 27-34, 1997.

CASTRO, R.C.B.R.; SILVA M.J.P. Análise do espaço físico e distância pessoal nas interações entre enfermeiro e usuário de saúde mental. In: Mendes, I. A. C.; Carvalho E. C. de (org). Relatos de pesquisas do 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. **Anais**. Ribeirão Preto, p.93-97, 2000.

CONDE, A.J.M. Definindo a cegueira e a visão subnormal. [online] Instituto Benjamin Constant. Disponível em: [http://www.ibcnet.org.br/Paginas/cegueira/Artigo\\_03.htm](http://www.ibcnet.org.br/Paginas/cegueira/Artigo_03.htm). Acesso em: 9 nov. 2004.

DAFT, R.L. Administração. In: **Comunicação nas organizações**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAVIS, F. **A comunicação não verbal**. 4ed. São Paulo: Summus, 1979.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 10ed. São Paulo: Cortez, 2003, 120p.

DUNNE, K. Effective communication in palliative care. **Nurs Standard**, v.20 n.13, p.57-64, 2005.

EKMAN, P.; FRIESEN, W.V **Facial action coding system: investigator's guide**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1978.

FERNADES, M.G.M. Toque: uso pelos enfermeiros no cuidado com o idoso com alterações visuais e auditivas. **Nursing**, v.5, n. 51. p. 25-28, 2002.

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.3, 327-330, 2006.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S.; SAWADA, N.O.; PAGLIUCA, L.M.F. Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p. 491-496, 2006.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 438p.

HADDAD, M.A. Cegueira e baixa visão. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/dvisual4.asp>>. Acesso em: 22 ago. 2005.

HALL, E.T. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio D'água, 1986.

HORTA, W.A. CASTELLANOS, B.E.P. (Col). **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P. A importância e as dificuldades da comunicação verbal e não-verbal no cuidado dos deficientes físicos. **Nursing**, v.5, n. 51, p.20-24, 2002.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P. A percepção da comunicação da enfermagem pelos deficientes físicos. **Nursing**, v.88, n.8, p.414- 418, 2005.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p.423-429, 2005.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIEU, C.C.; SADLER, G.R.; FULLERTON, J.T.; STOHLMANN, P.D. Communication strategies for nurses interacting with patients who are deaf. **Dermatol Nurs**, v.19, n.6, p.541-551, 2007.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MCGILTON, K.; IRWIN-ROBINSON, H.; BOSCARD, V.; SPANJEVIC, L. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. **J Advanced Nurs**, v.54, n.1, p.35-44, 2006.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.

MENDONÇA, R.S.; VALADÃO, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T.C. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Rev Bras Cancerol**, v.53, n.4, p. 431-435, 2007.

NISHIZAWA, Y.; SAITO, M.; OGURA, N.; KUDO, S.; SAITO, K.; HANAYA, M. The non-verbal communication skills of nursing students: analysis of the interpersonal behavior using videotaped recordings in a 5-minute interaction with a simulated patient. **Japan J Nurs Sci**, n.3, n.1, p.15-22, 2006.

OLIVEIRA, J.V.G. **Do essencial invisível: arte e beleza entre os cegos**. Rio de Janeiro: Revan – FAPERJ, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O atendimento de crianças com baixa visão**. São Paulo, 1994.

OTTA, E. O sorriso e seus significados. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAGLIUCA, L.M.F. A arte da comunicação na ponta dos dedos - a pessoa cega. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.4, n. especial, p.127-137, 1996.

PINTO, C.M.S.; ROCHA, E.A.; SILVA, M.J.P. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing**, v.5, n. 47, p.31-34, 2002.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REBOUÇAS, C.B.A. **Características da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. Fortaleza, 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 97p.

REBOUÇAS, C.B.A.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C. Non-Verbal communication: aspects observed during the nursing attendance with blind patient. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.11, n.1, p. 38-43, 2007.

RODRIGUES, M.E. Estudo exploratório - similaridades e diferenças na situação psicoterapêutica: comportamento não-verbal do psicoterapeuta em diferentes abordagens teóricas. **Interação**, v.1, p. 95-122, 1997.

ROGAN, F.C.; TIMMINS, F. Improving communication in day surgery settings. **Nurs Standard**, v.19, n.7, p. 37-42, 2004.

ROSSI, P.S.; BATISTA, N.A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina - uma abordagem. **Interface Comunic Saúde Educ**, v.10, n.19, p.93-102, 2006.

SANTOS, C.C.V., SHIRATORI, K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.4, p.434-437, 2005.

SAWADA, N. O. **Dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória**. Ribeirão Preto, 1990. 97p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990.

SAWADA, N.O.; ZAGO, M.M.; GALVÃO, C.M.; FERREIRA, E.; BARRICHELLO, E. Análise dos fatores proxêmicos com o paciente laringectomizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n.4, p.72-80, 2000.

SCHEFLEN, A.E. Quasi-courtship behavior in psychoterapy. **Psychiatry**, v.28, p.245-257, 1965.

SILVA, L.M.G.; BRASIL, V.V.; GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; SAVONITTI, B.H.R.A.; SILVA, M.J.P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.8, n.4, p.52-58, 2000.

SILVA, M.F.; SILVA, M.J.P. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n.2, p. 206-16, 2004.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M.J.P. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.

SILVA, M.J.P. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Avaliação e conduta no tratamento dos pacientes com problemas de visão e distúrbios oculares. In: SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddart. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1356-1389.

SOUSA, J.P. **Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media**. 2ed. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2006. Disponível em: <http://bocc.unisinos.br/pag/sousa-jorge-pedro-elementos-teoria-pequisa-comunicacao-media.pdf> Acesso em: 26 jul. 2007.

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

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

STEIN, L.M.; FALCKE, D.; PREDEBON, J.C.; ROCHA, K.B.; ÁVILA, L.M.; AZAMBUJA, M.P.R. A construção de um instrumento de avaliação discente de um programa de pós-graduação. **Psico-USF**, v.10, n.2, p. 141-147, 2005.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.N.P. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TORRES, G.V.; RUFFINO, M.C. Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.6, p.7-12, 2001.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Cali: OPAS/OMS, 1979.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. 15.ed. Cultrix: São Paulo, 2005.

WEBER, L.N.D. Sinais não-verbais do flerte. **Psicol Argumento**, XXIII, p. 25-36, 1998.

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Formulário de Registro da Consulta de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
**CONSULTA DE ENFERMAGEM**

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

2.1 Sexo: \_\_\_\_\_  
2.2 Idade: \_\_\_\_\_  
2.3 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
2.4 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
2.5 Ocupação: \_\_\_\_\_

### 3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

3.1 Você possui alguma doença? Qual (is)? \_\_\_\_\_  
3.2 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
3.3 Faz algum tratamento? \_\_\_\_\_  
3.4 Alguém na sua família possui alguma doença? \_\_\_\_\_

### 4. FATORES PREDISPOANTES

	Sim	Não
Tabagismo	( )	( )
Alcoolismo	( )	( )
Etilismo Social	( )	( )
Obesidade	( )	( )
Sedentarismo	( )	( )

### 5. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

5.1 Locomoção: Deambula ( ) Cadeira de Rodas ( )

#### 5.2 Sono e Repouso:

	Sim	Não
Sono ininterrupto	( )	( )
Vários despertares à noite	( )	( )
Dificuldade em conciliar o sono	( )	( )
Sonolência durante à noite	( )	( )

#### 5.3 Alimentação e Ingesta

Manhã: \_\_\_\_\_  
Tarde: \_\_\_\_\_  
Noite: \_\_\_\_\_

**5.4 Atividade Física**

## 5.4.1 Tipo de Atividade:

Caminhada ( ) Hidroginástica ( ) Natação ( )  
 Bicicleta ( ) Prática esportiva ( ) Não realiza ( )

## 5.4.2 Frequência da atividade física:

Eventualmente ( ) 3 a 5 vezes/semana ( ) Diariamente ( )

5.4.3 Se não pratica, responda: porque não pratica? \_\_\_\_\_

**5.5 Higiene Corporal**

Satisfatória ( ) Insatisfatória ( )

**5.6 Eliminações**

5.6.1 Urinária: Poliúria ( ) Disúria ( ) Sem alteração ( ) Alteração na cor ( )

5.6.2 Intestinal: Evacuações diárias de consistência normal ( )

Fezes endurecidas ( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Cólicas ( )

**5.7 Mulher- questões relacionadas aos filhos:**

5.7.1 Você tem filhos? \_\_\_\_\_

5.7.2 Número de gestações: \_\_\_\_\_

5.7.3 Abortos? \_\_\_\_\_

5.7.4 Adquiriu diabetes durante a gestação? \_\_\_\_\_

5.7.5 Adquiriu hipertensão durante a gestação? \_\_\_\_\_

**6. EXAME FÍSICO**

## 6.1 Sinais Vitais:

P=\_\_\_\_\_ T=\_\_\_\_\_ R=\_\_\_\_\_ PA=\_\_\_\_\_

IMC=\_\_\_\_\_

## 6.2 Glicemia Capilar:

Horário da última alimentação: \_\_\_\_\_ horas Valor: \_\_\_\_\_ mg/dl

6.3 Cabeça \_\_\_\_\_

6.4 Boca \_\_\_\_\_

6.5 Olhos \_\_\_\_\_

6.6 Pescoço \_\_\_\_\_

6.7 Tórax \_\_\_\_\_

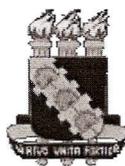
6.8 Abdome \_\_\_\_\_

6.9 Membros Inferiores \_\_\_\_\_

6.10 Pele \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**ANEXO B – Aprovação do comitê de ética e pesquisa da UFC**

Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. N° 944/07**

Fortaleza, 19 de outubro de 2007

**Protocolo COMEPE no. 242/ 07**

**Pesquisador responsável:** Cristiana Brasil de Almeida Rebouças

**Dept°.Serviço:** Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Estado do Ceará

**Título do Projeto:** "Construção e validação de um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos"

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 18 de outubro de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Mirian'.

Dra. Mirian Parente Monte

Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A - MODELO DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL ENFERMEIRO-CEGO**

**AUTORA: Cristiana Brasil de Almeida Rebouças**

### **Informações Preliminares:**

- Para o estabelecimento de uma relação benéfica entre a enfermeira e o cliente, é necessário a entrevista inicial ser bem conduzida e haver uma boa comunicação no relacionamento interpessoal.
- Quanto maior for a capacidade de o enfermeiro decodificar os sinais não-verbais, maior será sua chance de emitir adequadamente os sinais não-verbais, de ser coerente na sua relação com o paciente, de potencializar sua capacidade de compreendê-lo e de ser comunicador e orientador (SILVA, 1993).

### **Regras gerais para a comunicação não-verbal:**

- **Comunicação não-verbal** compreende todos os sinais e gestos emitidos pela pessoa humana. Por exemplo, a linguagem do corpo, o toque, a distância mantida entre os profissionais são pontos que influenciam o relacionamento enfermeiro – paciente e certamente contribuem para a compreensão do próprio paciente, além de favorecer o entendimento mútuo na relação interpessoal;
- Para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos deve-se preparar o ambiente da consulta de modo que favoreça o contato entre ambos;
- Com vistas a um melhor entendimento deste tipo de comunicação, o modelo a seguir desenvolvido detalhará como deverá ser a comunicação do enfermeiro com o cego durante a consulta de enfermagem.

Orientações para o relacionamento interpessoal com o cego:

Orientações para a consulta de enfermagem:

1. Não trate as pessoas cegas como seres diferentes apenas porque não podem ver. Saiba que elas estão sempre interessadas no que você gosta de ver, de ler, de ouvir e de falar.
2. Não generalize aspectos positivos ou negativos de uma pessoa cega que você conheça. Não se esqueça de que a natureza dotou todos os seres de diferenças individuais mais ou menos acentuadas.
3. Procure não limitar a pessoa cega mais do que a própria cegueira o faz, impedindo-a de realizar o que ela sabe, pode e deve fazer sozinha.
4. Não se dirija a uma pessoa cega chamando-a de "cego" ou "ceguinho". É indelicado e constitui ofensa chamar-se alguém pela palavra designativa da sua deficiência física, moral ou intelectual.
5. Não fale com a pessoa cega como se ela fosse surda: o fato de não ver não significa que também não ouça.
6. Não se refira à cegueira como desgraça. Ela pode ser assim encarada logo após a perda da visão, mas a orientação adequada consegue reduzi-la a um defeito físico suportável.
7. Não diga que sente pena da pessoa cega, nem lhe mostre exagerada solidariedade. Ela não necessita de piedade e sim de compreensão.
8. Não exclame "maravilhoso" ou "extraordinário" ao ver o cego consultar o relógio, discar o telefone ou assinar o nome.
9. Não fale de sexto sentido nem de compensação da natureza. Isso perpetua conceitos errôneos. O que há na pessoa cega é simples o desenvolvimento de recursos latentes em outras criaturas, como o tato, o olfato e a audição.
10. Não modifique a linguagem para evitar a palavra "ver" nem a substitua por ouvir. Ao conversar sobre a cegueira com quem não vê, use a palavra cego sem rodeios.

11. Não suponha que a pessoa cega possa localizar a porta por onde deseja passar ou o lugar onde queira ir contando os passos.
12. Não tenha constrangimento em receber ajuda, admitir colaboração ou aceitar gentilezas por parte de alguma pessoa cega. Tenha sempre em mente que a solidariedade humana deve ser praticada por todos e que ninguém é tão incapaz que não tenha algo para dar.
13. Não se dirija à pessoa cega através do seu guia (acompanhante). Desse modo, você admite que ela não tem condição de compreender você.
14. Não guie a pessoa cega empurrando-a ou puxando-a pelo braço: basta deixá-la segurar o seu braço que o movimento do seu corpo lhe dará a devida orientação de que ela precisa. Nas passagens estreitas, tome a frente e deixe segui-lo, mesmo com a mão em seu ombro.
15. Não pegue a pessoa cega pelos braços rodando com ela para colocá-la na posição de sentar-se, empurrando-a depois para a cadeira. Basta pôr a sua mão no espaldar da cadeira, que isso lhe indicará a posição correta para sentar-se.
16. Não diga apenas "à direita", "à esquerda", ao procurar orientar a distância uma pessoa cega. Muitos se enganam ao tomarem como referência a própria posição e não a do cego que caminha em sentido contrário ao seu.
17. Não deixe portas meio abertas onde haja alguma pessoa cega. Conserve-as sempre fechadas ou bem abertas. A porta meio aberta é um obstáculo muito perigoso para o cego.
18. Não deixe nada no caminho por onde uma pessoa cega costuma passar.
19. Não deixe de falar ao entrar no recinto onde haja uma pessoa cega: isso anuncia a sua presença e a auxilia a identificá-lo.
20. Não saia de repente quando estiver conversando com uma pessoa cega, principalmente se houver barulho que a impeça de perceber seu afastamento. Ela pode dirigir-lhe a palavra e ver-se na situação desagradável de falar sozinha, chamando a atenção dos outros sobre si.

21. Não deixe de apertar a mão da pessoa cega ao encontrá-la ou ao despedir-se dela. O aperto de mão cordial substitui, para ela, o sorriso amável.

22. Se houver muito barulho em volta, o melhor é ir logo dizendo: "É fulano: bom dia"...

23. Não estranhe quando a pessoa cega perguntar pelo interruptor da luz, em casa ou no escritório. Isso lhe permite acender a luz para os outros e, não raro, ela própria prefere trabalhar com a luz.

### **Orientações gerais para a comunicação interpessoal com o cego:**

24. Não deixe de oferecer auxílio à pessoa cega que esteja querendo atravessar a rua ou tomar condução, mesmo se seu oferecimento for recusado ou mal recebido. Esteja certo de que a maioria lhe agradecerá o gesto.

25. Quando passear com uma pessoa cega que já esteja acompanhada, não a pegue pelo outro braço, nem fique lhe dando avisos. Deixe-a ser orientada só por quem a estiver guiando.

26. Não carregue o cego ao ajudá-lo a atravessar a rua, tomar a condução, subir ou descer escadas. Basta guiá-lo ou pôr-lhe a mão no balaústre ou no corrimão.

27. Não guie a pessoa cega em diagonal ao atravessar o cruzamento. Isso pode fazê-la perder a direção.

28. Não feche a porta do carro onde haja uma pessoa cega sem ter a certeza de que não vai prender-lhe os dedos. Estes são sua maior riqueza.

29. Não deixe de apresentar seu visitante cego a todas as pessoas presentes. Assim procedendo, você facilitará a integração dele no grupo.

30. Mostre ao seu hóspede cego as principais dependências da sua casa. Assim ele identificará detalhes significativos e a posição relativa dos cômodos, e então, poderá se locomover sozinho.

31. Não pense que seu hóspede cego incapaz de se vestir, ponha-lhe o guardando ou lhe dê de comer.

32. Não se constranja em advertir a pessoa cega quanto a qualquer incorreção em seu vestuário. Esta advertência pode evitar a situação desagradável de suscitar a piedade alheia.

33. Não fique tentando orientar a direção da colher ou do garfo da pessoa cega para apanhar a comida no prato. Ela pode falhar algumas vezes, mas acabará por comer tudo. Ser-lhe-á constrangedor ouvir-lo dizer constantemente onde está o alimento.

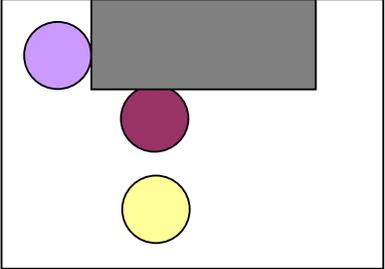
34. Não procure saber se o café da pessoa cega está bom de açúcar interrogando seu acompanhante. Ninguém melhor que o próprio cego para lhe dar a resposta correta.

35. Não encha demais a xícara ou o copo da pessoa cega pois ela tem dificuldade em mantê-los equilibrados, sem entornar o líquido.

36. O pedestre cego é muito mais observador que os outros. Ele possui meios e modos de saber onde está e para onde vai sem precisar contar os passos. Antes de sair de casa, ele faz o que toda pessoa deveria saber: informa-se devidamente sobre o caminho a seguir para chegar ao seu destino. Na primeira caminhada poderá errar um pouco, mas, depois, raramente se enganará. Saliências, depressões, quaisquer ruídos e odores característicos servem de pontos de referência para sua boa orientação.

#### Modelo de Consulta de Enfermagem (CEnf)

<b>MODELO</b>			
<b>ETAPA DO CUIDADO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA AÇÃO</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO</b>
<b>1</b>	Organizar o ambiente para desenvolver a consulta de enfermagem	O ambiente físico (consultório) onde vai ser desenvolvida a CEnf deve favorecer o contato (toque) entre o enfermeiro e o cego.	- Organizar o ambiente de forma que o mobiliário favoreça o contato do enfermeiro com o cego.  - Colocar a mesa de um dos

	(CEnf).	<p>Propõe-se evitar qualquer tipo de obstáculo entre os comunicantes.</p> <p>Neste ambiente deve ter <b>3 cadeiras</b> e uma mesa ou bancada para se proceder às anotações e dispor os materiais necessários na realização da consulta cego diabético. Os materiais usuais são: esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, fitas-teste, luvas, termômetro, balança, espátula, algodão, álcool a 70%, descartex, lixo.</p>	<p>lados da sala. Uma parte da mesa vai servir como apoio tanto dos materiais como para registrar a CEnf no prontuário. As cadeiras (uma do enfermeiro e uma do cliente/cego) devem ficar frente a frente e próximas da mesa. Uma outra cadeira destinada ao acompanhante do cego deve ficar próxima ao cliente. Um modelo está apresentado na figura abaixo: Na figura a seguir, expõe-se um modelo de ambiente:</p>  <p>Legenda: □ Ambulatório; ■ Mesa; ● Enfermeiro; ● Paciente; ● Acompanhante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propõe-se, ainda, evitar qualquer tipo de obstáculo entre os comunicantes. Ademais, caso necessário, deve haver uma mesa ao lado do enfermeiro para colocar todos os materiais a serem utilizados durante a consulta.</li> <li>- Manter temperatura do ambiente agradável, em torno de 20°C a 25°C.</li> </ul>
2	Acolher o cliente na porta/entrada do consultório.	<p>O enfermeiro deve receber o paciente na entrada do consultório para introduzi-lo no ambiente onde será realizada a consulta. Deve cumprimentá-lo e informar a localização dos móveis e objetos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar-se ao paciente verbalmente.</li> <li>- Tocar afetivamente o paciente com um aperto de mão, um cumprimento.</li> <li>- Descrever como é o ambiente e qual a localização da cadeira onde se sentarão.</li> <li>- Conduzi-lo ao local onde ele permanecerá durante a maior parte do tempo.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informá-lo sobre os objetos próximos e permitir-lhe tocá-los para possibilitar-lhe se familiarizar e se sentir mais confortável.</li> <li>- Adotar a distância íntima (0 a 50cm) ou a pessoal-próxima (50 a 80 cm) entre o enfermeiro e o cego, que favorece a interação.</li> <li>- A postura de pé ou sentado deve ser mantida pelos interlocutores igualmente para haver comunicação eficaz.</li> <li>- A posição ideal deverá ser a face a face, pois isso facilita a comunicação e evidencia a atenção do profissional durante a interação.</li> </ul>
<b>3</b>	Desenvolver a CEnf	<p>Utilizar o toque para tornar a comunicação enfermeiro-cliente plenamente entendida e validada pelo cego. A comunicação verbal transmitirá o conteúdo a ser abordado na consulta. Será validada pelo toque, que é o reforço da comunicação não-verbal.</p> <p>Há diferentes formas de toque. O toque instrumental caracteriza-se pelo contato ao realizar uma técnica ou procedimento. Já o toque afetivo é uma forma de regular a comunicação e enfatizar o expressado verbalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a consulta de enfermagem seguindo o roteiro.</li> <li>- Manter o volume da voz adequado ao tamanho do ambiente e a distância entre os interlocutores.</li> <li>- Em cada pergunta verbal, o enfermeiro deverá tocar afetivamente o paciente e silenciar para que nesta pausa ele responda com tranquilidade e de forma eficaz.</li> <li>- Explicar ao paciente que irá tocá-lo para proceder ao exame físico.</li> <li>- Realizar o exame físico no sentido céfalo-caudal.</li> <li>- O toque será utilizado de forma localizada e terapêutica, ou seja, o toque localizado ou instrumental, que o paciente interpretará como sendo uma forma de avaliar sua saúde física.</li> <li>- Observar as expressões faciais.</li> <li>- Observar as expressões corporais.</li> <li>- Ouvi-lo atentamente, pois o ato de ouvir o outro é uma atitude de comunicação não-verbal inserida nas relações</li> </ul>

			interpessoais, essencial para o maior entendimento das pessoas envolvidas no processo.
<b>4</b>	Finalizar a CEnf e encerrar comunicação	Utilizar o toque para que a comunicação enfermeiro-cliente seja plenamente entendida e validada pelo cego.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfatizar os pontos principais da consulta.</li> <li>- Finalizar a comunicação interpessoal com um toque, aproximação, aperto de mão.</li> <li>- Para ser mais efusivo, levantar-se.</li> <li>- Despedir-se do paciente.</li> <li>- Acompanhá-lo até a porta.</li> </ul>

### APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CEGO)

Eu, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, sou enfermeira e o estou convidando para participar desta pesquisa. A pesquisa que pretendo realizar tem como objetivo criar um modelo de comunicação não-verbal para a consulta da enfermeira ao senhor (a) nesta instituição. Para isso estou lhe pedindo autorização para filmar a sua consulta com a enfermeira. Gravarei a sua consulta porque pretendo saber se os enfermeiros estão se comunicando adequadamente. Garanto que este trabalho não oferece nenhum risco para o (a) senhor (a). Caso o (a) senhor (a) queira participar desta pesquisa, garanto a sua liberdade de se retirar da mesma sem prejudicar em nenhum momento o seu tratamento de saúde. Também garanto a sua privacidade já que não citarei seu nome em lugar nenhum deste trabalho e as imagens gravadas serão de uso restrito do estudo, não sendo divulgadas publicamente. E ainda, para participar desta pesquisa, não será pago nenhum valor ao (a) senhor (a).

---

pesquisador

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após devidamente orientado e esclarecido sobre a pesquisa intitulada *Construção e validação de um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos*, aceito participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Paciente: \_\_\_\_\_

---

assinatura

Testemunha que assina o termo:

---

Cristiana Brasil de Almeida Rebouças  
Rua Gonçalves Ledo, 95 – Praia de Iracema  
Telefone: 3219 6765

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85)3366 8346.

**APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ENFERMEIRA)**

Eu, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, sou enfermeira, aluna regular do curso de doutorado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e a (o) estou convidando para participar desta pesquisa. A tese que pretendo realizar tem como objetivo validar um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a paciente cego que é atendido nesta instituição rotineiramente. Para isso estou lhe pedindo autorização para ministrar um treinamento sobre a comunicação não-verbal de acordo com modelo desenvolvido por mim e depois para filmar a sua consulta no atendimento ao cego. Gravarei a sua consulta para saber se o modelo criado será válido para ser utilizado nas consultas a esta clientela. Garanto que este trabalho não oferece nenhum risco para você. Caso você concorde em participar desta pesquisa, garanto a sua liberdade de se retirar da mesma sem prejudicar em nenhum momento o seu trabalho bem como a função que você desempenha nesta instituição. Também garanto a sua privacidade já que não citarei seu nome em lugar nenhum deste trabalho. E ainda, para participar desta pesquisa, não será pago nenhum valor.

---

pesquisador

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO:**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após devidamente orientada e esclarecida sobre a pesquisa intitulada *Construção e validação de um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos*, aceito participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

assinatura

Cristiana Brasil de Almeida Rebouças  
Rua Gonçalves Ledo, 95 – Praia de Iracema  
Telefone: 3219 6765

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85)33366 8346.

### APÊNDICE D- Avaliação das etapas do cuidado por especialistas

1. Referente a cada etapa do cuidado do Modelo de Comunicação Não-Verbal, coloque A para aprovado ou NA para não aprovado. Caso a etapa seja classificada como não aprovada, explique na justificativa abaixo:

Etapa do cuidado do modelo de comunicação não-verbal	Clareza	Facilidade de leitura/compreensão	Forma de apresentação	Abrangência	Representatividade do conteúdo
1					
2					
3					
4					

Justificativa:

Etapa \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**APÊNDICE E- Validação de Conteúdo do Modelo de Comunicação Não-Verbal  
(HALL,1986)**

**a. Filmagem**\_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_

**b. Juiz**\_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_

**c. Relacionado ao Enfermeiro:**

c1. Grupo - 1. ( ) Grupo Experimental      2. ( ) Grupo Controle      c1. \_\_\_\_\_

c 2. Idade: \_\_\_\_\_ c2. \_\_\_\_\_

c 3. Sexo    1. ( ) Feminino                      2. ( ) Masculino                      c3. \_\_\_\_\_

**d. Relacionado ao cego:**

d 1. Idade: \_\_\_\_\_ d1. \_\_\_\_\_

d 2. Tempo de cegueira: \_\_\_\_\_ d 2. \_\_\_\_\_

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

Péssimo      Ruim      Regular      Bom      Excelente

--	--	--	--	--

1                      2                      3                      4                      5

**Etapa do Cuidado 1:**

1) Organizar o ambiente de forma que o mobiliário favoreça o contato do enfermeiro com o cego.      1. \_\_\_\_\_

2) Colocar a mesa de um dos lados da sala. Uma parte da mesa vai servir como apoio dos materiais e como apoio para registrar a CEnf no prontuário.      2. \_\_\_\_\_

3) As cadeiras (uma do Enfermeiro e uma do cliente/cego) devem ficar frente a frente e próximas da mesa. Uma outra cadeira destinada ao acompanhante do cego deve ficar próximo ao cliente.      3. \_\_\_\_\_

- 4) Propõe-se que não haja qualquer tipo de obstáculo entre os comunicantes e, caso seja necessário, uma mesa ao lado do enfermeiro para colocar todos os materiais a serem utilizados durante a consulta. 4. \_\_\_\_
- 5) Manter temperatura do ambiente agradável, em torno de 20º a 25º . 5. \_\_\_\_

### **Etapa do Cuidado 2:**

- 6) Apresentar-se ao paciente verbalmente. 6. \_\_\_\_
- 7) Tocar afetivamente o paciente com um aperto de mão, um cumprimento. 7. \_\_\_\_
- 8) Descrever como é o ambiente e qual a localização da cadeira para sentarem-se. 8. \_\_\_\_
- 9) Conduzi-lo ao local onde ele permanecerá durante a maior parte do tempo. 9. \_\_\_\_
- 10) Informa-lo sobre os objetos próximos e permitir que ele os toque para possibilitá-lo familiarizar e se sentir mais confortável. 10. \_\_\_\_
- 11) Adotar a distância íntima a qual varia de 0 a 50cm ou a pessoal-próxima (50 a 80 cm) entre o enfermeiro e o cego, e favorece a interação. 11. \_\_\_\_
- 12) A postura de pé ou sentado deve ser mantida pelos interlocutores igualmente para haver comunicação eficaz. 12. \_\_\_\_
- 13) A posição ideal deverá ser a face a face, pois isso facilita a comunicação e evidencia a atenção do profissional durante a interação. 13. \_\_\_\_

### **Etapa do Cuidado 3:**

- 14) Realizar a Consulta de Enfermagem seguindo o roteiro. 14. \_\_\_\_
- 15) Manter o volume da voz adequado ao tamanho do ambiente e à distância entre os interlocutores. 15. \_\_\_\_
- 16) Em cada pergunta verbal, o enfermeiro deverá tocar afetivamente o paciente e silenciar para que nesta pausa ele responda com tranqüilidade e de forma eficaz. 16. \_\_\_\_
- 17) Explicar ao paciente que irá tocá-lo para proceder ao exame físico. 17. \_\_\_\_
- 18) Realizar o exame físico no sentido céfalo-caudal. 18. \_\_\_\_
- 19) O toque será utilizado de forma localizada e terapêutica, ou seja, o toque localizado ou instrumental, que o paciente interpretará como sendo uma forma de avaliar sua saúde física. 19. \_\_\_\_
- 20) Observar as expressões faciais. 20. \_\_\_\_

- 21) Observar as expressões corporais. 21. \_\_\_\_
- 22) Ouvi-lo atentamente, pois o ato de ouvir o outro é uma atitude de comunicação não-verbal inserida nas relações interpessoais, essencial para o maior entendimento das pessoas envolvidas no processo. 22. \_\_\_\_

**Etapa do Cuidado 4:**

- 23) Enfatizar os pontos principais da consulta. 23. \_\_\_\_
- 24) Finalizar a comunicação interpessoal com um toque, aproximação, aperto de mão. 24. \_\_\_\_
- 25) Para ser mais efusivo, levantar-se. 25. \_\_\_\_
- 26) Despedir-se do paciente e acompanhá-lo até a porta. 26. \_\_\_\_

## APÊNDICE F- Comunicação não-verbal enfermeira–cego (CONVENCE)

conforme Hall (1986)

- |  |          |
|--|----------|
| a) FILMAGEM: _____                                       | a. _____ |
| b) JUÍZ: _____   | b. _____ |
| c) Treinamento: ( ) 1. Sim ( ) 2. Não                    | c. _____ |
| d) Comunicação Não-verbal: ( ) 1. Enfermeiro ( ) 2. Cego | d. _____ |

### 1) Distância:

- 1( ) íntima – até 45 cm                      2( ) pessoal – de 45 a 125 cm                      1. \_\_\_\_\_

### 2) Postura:

- 1( ) de pé                      2( ) sentado                      3( ) deitado                      4( ) de joelhos                      2. \_\_\_\_\_

### 3) Eixo:

- 1( ) face a face                      2( ) de costas                      3( ) outro ângulo                      3. \_\_\_\_\_  
 4( ) sociofugo – desencorajamento                      5( ) sociopeto – encorajamento

### 4) Contato:

- 1( ) toque    2( ) carícia    3( ) agarrar    4( ) apalpar    5( ) segurar demoradamente                      4. \_\_\_\_\_  
 6( ) apertar    7( ) tocar localizado    8( ) roçar acidental    9( ) nenhum contato

### 5) Gestos Emblemáticos:

- 1( ) bater o pé    2( ) mover as mãos    3( ) outro \_\_\_\_\_                      5. \_\_\_\_\_

### 6) Gestos Ilustradores:

- 1( ) complementa a linguagem verbal    2( ) não complementa                      6. \_\_\_\_\_

### 7) Gestos Reguladores:

- 1( ) meneio de cabeça    2( ) mover os olhos    3( ) outro \_\_\_\_\_                      7. \_\_\_\_\_

### 8) COMPORTAMENTO FACIAL:

- 1( ) perplexidade    2( ) nojo    3( ) alegria    4( ) medo    5( ) raiva    6( ) tristeza                      8. \_\_\_\_\_  
 7( ) atenção    8( ) admiração    9( ) normal    10( ) outro \_\_\_\_\_

### 9) Abertura Ocular:

- 1( ) surpresa    2( ) alegria    3( ) tristeza    4( ) atenção    5( ) outro \_\_\_\_\_                      9. \_\_\_\_\_

### 10) Direção do Olhar:

- 1( ) centrado no interlocutor    2( ) desviado do interlocutor                      10. \_\_\_\_\_

### 11) VOLUME DA VOZ:

- 1( ) sussurro    2( ) grito    3( ) normal    4( ) silêncio    5( ) alto                      11. \_\_\_\_\_