**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TERESA CRISTINA PROCHET

**CAPACITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL: UM CAMINHO
PARA AÇÕES DE CUIDADO EFETIVO/AFETIVO AO IDOSO**

**SÃO PAULO
2010**

TERESA CRISTINA PROCHET

**CAPACITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL: UM CAMINHO
PARA AÇÕES DE CUIDADO EFETIVO/AFETIVO AO IDOSO**

**Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para a obtenção do Grau
de Doutor em Enfermagem.**

**Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Paes da Silva**

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:.....Data:/...../2010.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Prochet, Teresa Cristina.

Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para
ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso / Teresa Cristina

Prochet. – São Paulo, 2010.

236 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Paes da Silva.

1. Comunicação não-verbal (capacitação) 2. Idosos
(enfermagem) 3. Geriatria (enfermagem) 4. Profissionais da
saúde (capacitação). I. Título.

Nome: Teresa Cristina Prochet

Título: Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em:/...../2010.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo poder de restauração nos momentos delicados pelos quais passei no decorrer deste estudo. Sustentáculo maior da minha existência, pela fé que Nele creio e que me deu tamanho sustento.

Aos meus pais, Airton e Antonietta, pelos valores éticos que me criaram e pelo amor incondicional que me deram e que me dão. Vocês são motivos de orgulho e de incentivo em viver.

Ao meu irmão e mais que amigo, Giovanni, que sempre transformou meu caminhar em alegrias, ajudou-me nos dias confusos, que implica comigo por me considerar uma poetisa irrecuperável, mas que sempre encontra um jeito de me encher de seu amor.

À Roberta, que mesmo com toda distância permaneço a amá-la.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

As minhas irmãs de coração, Marta Volpini e Ivani Gomes, pela cumplicidade em compartilhar as alegrias e angústias da vida.

Aos meus avós, Giovanni e Teresina, pelo amor recebido, pela ajuda na minha criação e pela chance maravilhosa de ter sido os primeiros idosos a amar.

Aos meus tios, Mario e Annunziata, pela companhia, pelo amor expresso, pelos chocolates saboreados e por abrir espaço em sua casa para guardar de minhas tralhas.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Paes da Silva, ao lado de quem tive o privilégio, a honra de construir cada pedacinho desta tese, pela inspiração, por sempre me fazer acreditar nas possibilidades, pelo estímulo em desenvolver as habilidades comunicacionais, por sonhar e lutar juntas por um mundo melhor, pelas nuances que me fizeram evoluir como pessoa, por ajudar a desvendar rumos e caminhos, pelo acolhimento e carinho em todos os momentos de convívio.

Ao Prof. Dr. José Bitu Moreno, Diretor de Departamento Técnico de Saúde do Hospital Regional de Assis, pelo apoio, pelo respeito, pela solidariedade e pelo clima de incentivo que me deu antes mesmo do início deste estudo. Minha eterna gratidão.

À Direção do Núcleo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos do Hospital Regional de Assis, Margarete Aparecida dos Santos Nóbile, e suas colaboradoras Andréa, Luciana, Márcia e demais, pela ajuda na divulgação do Programa de Capacitação e pelo apoio nos encontros.

À Direção da Fundação Educacional do Município de Assis, representada pelo Prof. Dr. Luiz Ricardo Begosso e ao Diretor do Hospital das Clínicas da FAMEMA-Marília, pela autorização e concessão das dependências físicas para o desenvolvimento da pesquisa.

Às Prof.^a Dr.^a Rita Burgos e Prof.^a Dr.^a Luciane Lúcio Pereira, pela contribuição no momento da qualificação.

Ao Prof. Ms Ramon Moraes Penha e Prof.^aMs Ana Claudia Giesbrecht Puggina pela valiosa elaboração de relatório circunstancial sobre as cenas do filme utilizado no momento da avaliação mediata.

À Prof.^a Dr.^a Kazuko Uchikawa Graziano, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), pela compreensão e auxílio concedido à apresentação de trabalho em âmbito internacional.

Aos enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e graduandos por terem optado em compartilhar seu tempo e atenção, participando dos encontros da capacitação, partilhando sobre suas experiências de vida pessoal e profissional.

Às Funcionárias da Seção de Pós-Graduação, Silvana Maximiliano, Dayse Fazzolaro e Regiane da Silva, pelo profissionalismo, eficiência e simpatia com que sempre me atenderam.

Aos demais funcionários da Escola de Enfermagem da USP: Dorinha, Marcos, Milena Froes, Rose, Marisa, Beth e outros, que de forma direta ou indireta, me ajudaram.

À Direção do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis (IMESA), representada na época pela Prof.^a Dr.^a Márcia Valéria Seródio Carbone e Prof. Dr. Luiz Carlos Begosso, pelo respeito, pelas orações, pelo carinho que sempre me concederam, amo vocês.

À Bibliotecária Nadir Aparecida Lopes, pelas orientações e correções das referências.

Ao Prof. Daniel Paulo Ferreira, pelas facilidades oferecidas na realização deste trabalho e pelo respeito, amizade e consideração que sempre expressou por mim.

À Tânia Cristina Impocetto Marcheti, por ter tratado com gentileza e carinho a minha situação trabalhista, junto ao Centro Paula Souza.

À Prof.^a Margareth Kantack Paccini e ao Centro Paula Souza, pela concessão do afastamento para realização deste trabalho.

À Supervisora Acadêmica do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, Leonilda Varela, pelos ajustes necessários nos horários de trabalho.

Às amigas, Juliana Penço, Luciana Morelli Miacri, Elizabeth Salgado, Simone Vieira, Edileusa Sterle, Roseli Mota, Isabel Cristina de Oliveira Nucci, Isabel Mazalli, Ana Maurícia Palharin e outras tantas companheiras de trabalho, pelo auxílio nos dias difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Helena Rinaldi Rosa, foi mais que amiga, foi irmã e me acarinhou e me abrigou na sua casa, meu mais profundo agradecimento.

Aos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Comunicação, pela parceria na busca da qualidade em saúde e pelo acolhimento que sempre dispuseram em oferecer.

Aos graduandos, Júnior, Maria do Carmo, Iara, Marcela, Fanny, Keila, Marcelo, Marli e Natália, meus queridos alunos, que souberam expressar solidariedade.

Aos funcionários da Empresa de Transporte Andorinha, pela atenção na marcação de tantas viagens de ida e vinda até a capital.

A todos os idosos deste país que me inspiram a continuar a luta pela busca permanente de uma assistência de saúde digna, ética e de qualidade.

Certas palavras

Certas palavras não podem ser ditas
em qualquer lugar e hora qualquer.
Estritamente reservadas
para companheiros de confiança,
devem ser sacralmente pronunciadas
em tom muito especial
lá onde a polícia dos adultos
não adivinha nem alcança.

Entretanto são palavras simples:
definem
partes do corpo, movimentos, atos
do viver que só os grandes se permitem
e a nós é defendido por sentença
dos séculos.

E tudo é proibido. Então, falamos.

Carlos Drummond de Andrade

Prochet TC. Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

As dificuldades dos profissionais em lidar com o idoso tem sido motivo de preocupação no meio técnico e social; isto se dá pela falta de difusão do conhecimento gerontológico e sobre a comunicação humana. Com a justificativa de contribuir na reversão desta problemática e no favorecimento do vínculo entre o binômio idoso-profissional foi proposto e aplicado um programa de capacitação, baseado no referencial teórico da comunicação interpessoal; da codificação não-verbal, valorizando os aspectos próprios do envelhecimento e os princípios educacionais da aprendizagem significativa. Os objetivos foram identificar o conhecimento sobre a comunicação no contexto da gerontologia, verificar o índice de assimilação do conteúdo aplicado nos momentos imediato e mediato, bem como, relacionar a satisfação frente ao programa. Tratou-se de estudo de campo quantitativo-descritivo e exploratório desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos em dois centros hospitalares do interior paulista. A duração da capacitação foi de doze horas, dividida em três encontros de quatro horas cada, aplicada para 117 pessoas divididas em cinco turmas distintas. Os resultados revelaram que o índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após a aplicação da capacitação foi muito satisfatório e satisfatório nos aspectos de: conceito de envelhecimento (68,4%); estratégias para favorecer a independência e a autonomia do idoso (63,2%); identificação das interferências comunicacionais ligadas ao idoso e ao profissional (65,0% e 76,7%, respectivamente), reconhecimento das funções não-verbais (61,5%) e na identificação das dimensões da comunicação não-verbal. A exceção foi atribuída ao item ligado à percepção do profissional diante da comunicação não-verbal que foi insatisfatório em 68,3%. O índice de assimilação do conteúdo contido no programa após 90 dias (mediato) foi muito satisfatório e satisfatório em 82,2%. Ao analisar as turmas separadamente verificou-se grau de desempenho satisfatório em todas elas, tanto no momento mediato quanto no imediato. Os principais pontos positivos do programa de capacitação apontados pelos participantes foram a qualidade do conteúdo tratado nos encontros; o tipo e qualidade dos recursos e técnicas usadas e a organização dos encontros. Os pontos fracos citados foram relativos ao tempo reduzido do treinamento; participação tímida e pouca troca de experiências entre os participantes e baixa divulgação. As principais sugestões frente ao aprimoramento do programa de capacitação foram o aumento do tempo de treinamento associado ao uso de dinâmicas; vinculação da capacitação com a educação continuada como forma de aprofundar a temática tratada; extensão do treinamento às demais pessoas não profissionais de saúde; inclusão de depoimentos e relatos de casos como ilustração das aulas e melhoria do processo de divulgação do evento. Conclui-se que a capacitação proposta e aplicada foi eficaz em todas as turmas, uma vez que após a aplicação de critérios específicos para cada item trabalhado, o grau de assimilação foi satisfatório aos participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação Não-Verbal. Gerontologia. Idoso. Educação.

Prochet TC. Qualification for nonverbal communication: a way for taking effective/affectionate care of elderly people. [thesis]. São Paulo, Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The difficulties experienced by professionals to take care of elderly people have been a reason of concern in technical and social milieu; this is resultant from a lack of divulgation of gerontological knowledge and human communication. Aiming to contribute to the reversal of this situation and to promote a bond between elderly people/professionals, a qualification program was proposed and applied, which was based on theoretical referential of interpersonal communication; of the nonverbal code, enhancing the typical aging aspects and the education principles of significant learning. The objectives were to identify knowledge about communication related to gerontology, to verify the assimilation index of the content applied in both immediate and mediate moments, as well as to describe satisfaction towards the program. It was a field study quantitative-descriptive and exploratory developed after approval of the Ethics Committee of Research with Human Beings in two hospital centers of the interior of São Paulo, Brazil. The length of the qualification was (12) twelve hours, divided into three meetings of four hours each; it was applied to 117 (one hundred and seventeen) people divided into five distinct groups. Results revealed that the index of content assimilation during the program was very satisfactory immediately after the qualification application and it was satisfactory for aspects such as: aging concept (68.4%); strategies to favor independence and autonomy of elderly people (63.2%); identification of communication interferences of elderly people and professionals (65.0% and 76.7%, respectively), recognition of nonverbal functions (61.5%); and identification of nonverbal communication dimensions. The exception was attributed to the item of the perception of the professional towards nonverbal communication, which was unsatisfactory in 68.3%. The index of content assimilation 90 (ninety) days after the program (mediate) was very satisfactory and satisfactory in 82.2%. It was verified a satisfactory performance in each group when analyzed separately, both during mediate and immediate moments. The main positive points of the qualification program pointed out by the participants were the content quality of the meetings; the type and quality of resources and techniques used; and the organization of the meetings. The weak points of the program according to the groups were the reduced time for training; timid participation; little exchange of experience among the participants; and low divulgation. The main suggestions for enhancing the qualification program was more time for training associated with the use of dynamics; entailing of qualification with continuous study to deepen the theme; extension of training to other non-professionals of health; inclusion of depositions and case reports as illustrations to the classes; and improvement of the event divulgation process. Therefore, it can be concluded that the proposed and applied qualification program was efficient for all groups, considering that after specific criteria was applied to each item worked, the level of assimilation was satisfactory to the participants.

KEYWORDS: Nonverbal Communication. Gerontology. Elderly. Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Quadrantes de Representação da Janela de Johari.....	44
Figura 2 -	Representação Esquemática do Referencial Teórico da Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do número dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo turma, cidade e encontro, nov. 2008 a fev. 2009.....	64
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo turma, cidade e categoria do inscrito, nov. 2008 a fev. 2009.....	64
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo gênero e faixa etária em anos, nov. 2008 a fev. 2009.....	66
Tabela 4 -	Distribuição das mulheres participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo faixa etária em anos e tipo de categoria inscrita, nov. 2008 a fev. 2009.....	66
Tabela 5 -	Distribuição dos homens participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo faixa etária em anos e tipo de categoria inscrita, nov. 2008 a fev. 2009.....	66
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo área de/em formação superior dos profissionais e graduandos, nov. 2008 a fev. 2009.....	67
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes por turma do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo gênero, categoria e faixa etária, (n =117), nov. 2008 a fev. 2009.....	68
Tabela 8 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério de agrupamento que revela entendimento sobre comunicação humana; nov. 2008 a fev. 2009.....	71
Tabela 9 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009.....	74
Tabela 10 -	Distribuição das respostas dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo citação da dimensão e função da comunicação não-verbal, nov. 2008 a fev. 2009.....	74

Tabela 11 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério de agrupamento dos fatores que interferem na comunicação humana; nov. 2008 a fev. 2009.....	75
Tabela 12 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento sobre habilidade e competência comunicacional; nov. 2008 a fev. 2009.....	76
Tabela 13 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento sobre o envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009.	79
Tabela 14 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme percepção do indivíduo idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	85
Tabela 15 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme fatores que dificultam a comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	86
Tabela 16 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme fatores que facilitam a comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	87
Tabela 17 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação sobre o entendimento do envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009.....	89
Tabela 18 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério que revela entendimento sobre o envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009.....	89
Tabela 19 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre como as estratégias colaborativas podem favorecer a autonomia e a independência do idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	91
Tabela 20 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face das estratégias que possam ser proporcionadas aos idosos para favorecer a independência e a autonomia; nov. 2008 a fev. 2009.....	91
Tabela 21 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento das alterações, ligadas ao idoso, que interferem na comunicação com o profissional; nov. 2008 a fev. 2009.....	93

Tabela 22 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação frente as possíveis interferências, ligadas ao idoso, na comunicação com o profissional; nov. 2008 a fev. 2009.....	93
Tabela 23 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento das alterações ligadas ao profissional, que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	95
Tabela 24 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face das possíveis interferências, ligadas ao profissional, na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	95
Tabela 25 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação dos pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde frente a comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009.....	97
Tabela 26 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face dos pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde diante da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009.....	98
Tabela 27 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre as funções da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009.....	99
Tabela 28 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação das funções da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009.....	99
Tabela 29 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre como os recursos da paralinguagem reconhecidos podem auxiliar na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	101
Tabela 30 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da paralinguagem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	101
Tabela 31 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre os fatores ambientais que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	104

Tabela 32 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos ligados ao ambiente que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.	104
Tabela 33 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre os fatores de atenção reconhecidos ao realizar o toque no idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	106
Tabela 34 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da táctica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	106
Tabela 35 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre aspectos das características físicas reconhecidos que auxiliam na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	108
Tabela 36 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos aspectos das características físicas, que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	108
Tabela 37 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre os exemplos que caracterizam invasão pessoal e/ou territorial cometidos pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme tipo de mecanismo; nov. 2008 a fev. 2009.....	110
Tabela 38 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) em face da invasão de espaço cometida pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme classificação por tipo; nov. 2008 a fev. 2009.....	110
Tabela 39 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da proxêmica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	110
Tabela 40 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento do entendimento dos gestos e posturas corporais do profissional que podem ser usadas favoravelmente na interação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	112
Tabela 41 -	Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da cinésica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009.....	113

Tabela 42 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento dos pontos positivos da capacitação; nov. 2008 a fev. 2009.....	116
Tabela 43 -	Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento dos motivos que justificam a nota atribuída de aproveitamento da capacitação; nov. 2008 a fev. 2009.....	119
Tabela 44 -	Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia sobre o conceito de envelhecimento, estratégias para favorecer a independência e autonomia ao idoso, interferências na comunicação ligadas ao idoso e ao profissional, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009.	121
Tabela 45 -	Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia sobre as influências na percepção do profissional diante da comunicação não-verbal, reconhecimento das funções não-verbais, identificação das interferências na comunicação com idoso ligadas à paralinguagem e aos fatores ambientais, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009.....	122
Tabela 46 -	Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia na identificação das interferências na comunicação com idoso ligadas à táctica, características físicas, proxêmica e cinésica, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009.....	123
Tabela 47 -	Distribuição comparativa do número dos participantes capacitados e relativo e percentual dos participantes presentes e submetidos à avaliação mediata, fev./maio 2009.....	125
Tabela 48 -	Distribuição dos momentos que retratam as funções da comunicação não-verbal e as dimensões envolvidas no filme usado para verificar a assimilação mediata do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia; 2009.....	126
Tabela 49 -	Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal; fev./maio 2009 (n =202)	128
Tabela 50 -	Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram a função de complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 202)	129

Tabela 51 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de contradizer o verbal; fev./maio 2009 (n =23)	131
Tabela 52 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram correta a função de contradizer o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 23)	132
Tabela 53 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de substituir o verbal; fev./maio 2009 (n =114)	133
Tabela 54 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram a função de substituir o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 114)	134
Tabela 55 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de demonstrar sentimentos; fev./maio 2009 (n =198)	136
Tabela 56 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata, conforme identificação da função de demonstrar sentimentos em uma ou mais dimensão não-verbal; fev./maio 2009.....	136
Tabela 57 - Distribuição relativa e percentual dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação das funções da comunicação não-verbal; fev./maio 2009.....	138
Tabela 58 - Distribuição relativa e percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação das funções da comunicação não-verbal e a dimensão na qual foi evidenciada; fev./maio 2009.....	139
Tabela 59 - Distribuição numérica dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme número de identificação das funções da comunicação não-verbal e o número de dimensões nas quais as funções foram reconhecidas; fev./maio 2009.....	141
Tabela 60 - Percentual da avaliação mediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação das funções da comunicação não-verbal no âmbito da Gerontologia; fev./maio 2009.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, diante da percepção do indivíduo idoso, nov. 2008 a fev. 2009.....	84
Quadro 2 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face dos recursos da paralinguagem reconhecidos como de auxílio na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	100
Quadro 3 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os fatores ambientais que interferem na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	103
Quadro 4 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os fatores de atenção reconhecidos ao realizar o toque no idoso; conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	105
Quadro 5 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os aspectos das características físicas reconhecidos que auxiliam na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	107
Quadro 6 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face da invasão de espaço cometida pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	109
Quadro 7 -	Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face dos gestos e posturas corporais do profissional que pode ser usada a favor da interação com o idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009.....	112
Quadro 8 -	Demonstrativo da eficiência da assimilação imediata, conforme turma que participou do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, diante dos doze itens avaliados; nov. 2008 a fev. 2009.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Representação gráfica da média de idade em anos dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação em Gerontologia, conforme turma e categoria.....	65
Gráfico 2 -	Representação gráfica da média de idade em anos dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação em Gerontologia conforme turma e gênero.....	70
Gráfico 3 -	Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de complementar, ratificar e reforçar o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal.....	130
Gráfico 4 -	Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de contradizer o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal.....	132
Gráfico 5 -	Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de substituir o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal.....	135
Gráfico 6 -	Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de demonstrar sentimentos em uma ou mais dimensão não-verbal.....	137

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	A PROBLEMÁTICA	21
1.2	A JUSTIFICATIVA	28
1.3	A HIPÓTESE	32
2	OBJETIVOS	33
2.1	GERAL	34
2.2	ESPECÍFICOS	34
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	TEORIAS SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO	36
3.1.1	Teorias biológicas	36
3.1.2	Teorias psicológicas	39
3.1.3	Teorias sociológicas	40
3.2	TEORIAS DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL	41
3.2.1	Teoria da percepção interpessoal	41
3.2.2	Teoria da revelação e compreensão	44
3.3	TEORIAS E ESTUDOS DA CODIFICAÇÃO NÃO-VERBAL DA COMUNICAÇÃO	46
3.4	TEORIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM HUMANA	51
4	MÉTODO	56
4.1	TIPO DE ESTUDO	57
4.2	LOCAL DO ESTUDO	58
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	58
4.4	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	59
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS	61
5	RESULTADOS	63
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS TURMAS E DOS PARTICIPANTES	64
5.2	COMPREENSÃO SOBRE COMUNICAÇÃO, ENVELHECIMENTO HUMANO E O IDOSO: O INÍCIO	70
5.2.1	Comunicação e habilidades comunicacionais	71
5.2.2	Envelhecimento humano e o idoso	78
5.2.3	Comunicação e os fatores de interferência da comunicação com o idoso	85
5.3	ENVELHECIMENTO, IDOSO E COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL: ASSIMILAÇÃO IMEDIATA	87
5.3.1	Envelhecimento humano	88
5.3.2	Independência e autonomia do idoso	90
5.3.3	Interferência na comunicação entre o binômio profissional-idoso	91

5.3.4	Pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde em face da comunicação não-verbal.....	96
5.3.5	Funções da comunicação não-verbal.....	98
5.3.6	Dimensões da comunicação não-verbal.....	99
5.4	AVALIAÇÃO: APROVEITAMENTO, CRÍTICAS E SUGESTÕES DIANTE DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO.....	113
5.4.1	Pontos positivos apontados sobre o programa.....	113
5.4.2	Pontos fracos apontados sobre o programa.....	116
5.4.3	Nota atribuída ao aproveitamento individual proporcionado pelo programa e motivos para essa atribuição.....	116
5.4.4	Sugestões para o aprimoramento futuro do programa.....	119
5.4.5	Consolidado de dados da avaliação imediata.....	121
5.5	COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL EM GERONTOLOGIA: ASSIMILAÇÃO MEDIATA.....	124
5.5.1	Função: Complementa, ratifica e reforça o verbal.....	128
5.5.2	Função: Contradiz o verbal	131
5.5.3	Função: Substitui o verbal	133
5.5.4	Função: Demonstrar sentimentos	135
5.5.5	Consolidado de dados da avaliação mediata.....	138
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	143
7	CONCLUSÕES	171
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
	REFERÊNCIAS	181
	APÊNDICES.....	190
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	191
	APÊNDICE B – Impressos de divulgação.....	193
	APÊNDICE C – Ficha de inscrição para o programa de capacitação.....	195
	APÊNDICE D – Verificação inicial.....	197
	APÊNDICE E – Matriz pedagógica do programa de capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia.....	198
	APÊNDICE F – Verificação da assimilação imediata.....	202
	APÊNDICE G – Verificação da assimilação mediata.....	203
	APÊNDICE H – Relatório <i>experts</i> em comunicação.....	205
	ANEXOS.....	235
	ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	236

1 INTRODUÇÃO

1.1 A PROBLEMÁTICA

O Brasil não é mais o mesmo, é um país que possui uma composição nova, formada de muitos indivíduos com mais de 60 anos, os idosos. O último censo realizado no ano 2000, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, revelou que o número de pessoas com sessenta anos ou de mais idade se aproxima de 14,5 milhões, com projeções para cerca de 32 milhões em 2025, o que o colocará na sexta posição entre os países com maior proporção de idosos no mundo. Passou de 7,3% de idosos em 1991 para 8,6% em 2000, com projeções para 15,1% em 2025. Atribui-se esta população como consequência da transição demográfica e da transição epidemiológica¹.

Constata-se que os fatores demográficos, que denotam a incidência cada vez mais representativa do contingente de idosos no país, referem-se à queda nos índices de natalidade e fecundidade nos últimos anos, além do aumento da expectativa de vida, decorrente, dentre outros fatores, dos avanços registrados na área do saneamento e na saúde²⁻³.

Pode-se afirmar que, no Brasil, o declínio da mortalidade, que deu início à transição demográfica, foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado do que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população. Essas transformações, nas primeiras décadas do século XX, foram promovidas por políticas urbanas de saúde pública como vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias e, a partir da década de 40, do século passado, pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública³.

Infelizmente, os ganhos com as ações sanitárias implementadas, não interferiram na desigualdade da distribuição de renda e de serviços. Verifica-se então, que nos grandes centros urbanos das regiões sudeste e sul e nas camadas mais altas de renda, as oportunidades de enfrentar o envelhecimento com saúde, conforto e dignidade são ilimitadamente maiores do que nos lugares mais afastados e sem infraestrutura⁴.

Em decorrência das carências nutricionais, sanitárias, educacionais, habitacionais, provocadas pelos desequilíbrios sociais e regionais do desenvolvimento brasileiro, depara-se com um problema sério e lamentável: o envelhecimento desamparado². É ele que faz com que, cronologicamente, o prolongamento da vida se expanda nas camadas sociais elevadas, chegando à esperança de vida de 70 a 80 anos em média, enquanto se mantém em patamares críticos, de 40 a 50 anos, nas camadas e regiões de baixa renda⁵.

De um modo geral, a autonomia biológica tende a encontrar maiores e melhores meios de preservação e exercício nas camadas médias e altas. Já na camada social e economicamente mais baixa, a autonomia biológica se reduz drasticamente em virtude da ausência de cuidados médico-sociais e em consequência de uma vida de privações, que não permite a conservação da saúde⁶.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, cujo conceito se refere às modificações, ao longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma determinada população⁷. Em 1950, o quadro de morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas representava 40% das mortes registradas no País; atualmente são responsáveis por menos de 10%⁷⁻⁸. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e, nessa década, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, portanto, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um país caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados⁸.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas⁸.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente⁹.

No Brasil, o crescimento populacional de idosos ocorreu de forma acelerada e possui características diferentes da experimentada pelos países desenvolvidos. Vale citar que nos últimos 60 anos, o número absoluto de idosos aumentou nove vezes¹⁰. Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo¹¹. Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade¹².

Baseado na definição Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹³, autores como Carvalli Filho e Alencar¹⁴ conceituaram o envelhecimento ou senescência como:

Um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por leva-lo à morte (Carvalho Filho e Alencar, 2000, p.1).

Assim, o envelhecimento representa um processo biopsicosociocultural e, por essa natureza, gera demandas complexas e exige cuidado diferenciado¹³. Não significa afirmar que é uma doença, mas uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação.

Em 1992, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção à Saúde do Idoso e, alguns Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, não só implantaram como implementaram o referido programa. Tais ações foram importantes, porém, havia ainda a necessidade de uma legislação específica para o idoso. Em 1994 houve

a aprovação da Lei n.º 8.842, elaborada com base nos princípios e diretrizes da Constituição Federal, a fim de direcionar ações nas áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação, urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 03 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (P.N.I.) e cria o Conselho Nacional do Idoso, com objetivo de assegurar os direitos sociais às pessoas maiores de sessenta anos, fornecendo condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade⁹.

Em 1996, tal política passa a integrar o Programa Nacional de Direitos Humanos, cujo princípio valorizado é o fato de que o envelhecimento diz respeito à sociedade como um todo, e que reforça a importância de se garantir direitos de cidadania e de proteger os idosos de quaisquer formas de discriminação⁹.

Em meados de 1997, o Ministro da Previdência e Assistência Social consolidou parcerias com organizações de idosos para editar o Plano Integrado de Ação Governamental¹⁵. Em dezembro de 1999, pelos esforços do Grupo de Atenção Integral à Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, publicou-se a Portaria n.º 1.395, que aprovou o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI), determinando que os órgãos e entidades ligadas àquele Ministério teriam que promover e elaborar ou mesmo adaptar planos, programas e projetos voltados à saúde do idoso, fortalecendo assim a P.N.I.¹⁶.

O Programa Nacional de Saúde do Idoso é um detalhamento da P.N.I. e tem como objetivo promover a saúde do idoso, possibilitando-lhe, ao máximo, sua expectativa de vida ativa na comunidade, junto à família, e com níveis altos de função e autonomia¹⁶.

Vale ressaltar que a P.N.I. confere especial destaque ao papel da família no cuidado e na manutenção da autonomia do idoso, bem como reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos. Aponta ainda que esta parceria possibilita a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador^{6,9}. Defende que essa atitude evita, na medida do possível, a hospitalização ou outras formas de isolamento⁹.

Nessa mesma ocasião (final da década de 1990), a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar e defender o uso do conceito de “*envelhecimento ativo*” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Sendo assim, envolve políticas públicas que possam promover modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, como por exemplo: o favorecimento da prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso aos alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Para a OMS tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde. Entretanto, para que seja implementado, sabe-se que implica em uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade¹⁷.

Em 2002, a OMS, diante do envelhecimento populacional e dessa visão sobre o envelhecimento ativo, propôs um projeto denominado *Towards Age-friendly Primary Health Care*, cuja proposta é adaptar os serviços para atender de maneira adequada e ajustada aos idosos, tendo como meta principal a sensibilização e a educação no cuidado básico em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa clientela¹⁸.

São três as áreas previstas nesse projeto para atuação, porém uma delas que é denominada por Informação, Educação, Comunicação e Treinamento, é a que reforça a importância desta pesquisa. Defende-se o pressuposto de que por meio de treinamento ou capacitações busca-se melhorar não só a formação, mas as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, fornecendo-lhes ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável¹⁸.

Em 2004 há uma conquista ainda maior - O Estatuto do Idoso. Ele assegura para todas as pessoas, com idade igual ou superior a sessenta anos, oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde (física e mental), em condições de liberdade e dignidade. Fica determinado como obrigação da família, comunidade e do poder público a garantia desses direitos¹⁹.

O Estatuto do Idoso assegura os seguintes direitos: fundamentais, de medidas de proteção, da política de atendimento ao idoso, do acesso à justiça. Nos direitos fundamentais são contemplados: o direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, ao alimento, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer; à profissionalização e trabalho; à previdência e assistência social; à habitação e ainda ao transporte¹⁹.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. É importante salientar que foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância em relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa, sendo elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica²⁰.

Em relação à saúde do idoso diretrizes foram estabelecidas, valendo citá-las: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas²⁰.

Outra ocorrência que merece destaque aconteceu em outubro de 2006, quando o Ministério da Saúde (MS) aprovou a atual Política Nacional da Pessoa Idosa. Esse documento possui como meta o alcance de resultados que revelem promoção e manutenção, pelo maior tempo possível, da autonomia e da independência da pessoa idosa. Defende que as ações estratégicas sejam integradas e permanentes, que possam ser desenvolvidas tanto no âmbito individual ou coletivo, desde que respeitem os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde²¹.

O idoso passa a ser alvo de atenção prioritária, uma vez que representa uma clientela relevante nos espaços sociais e dos serviços de saúde. Urge que se estabeleça um trabalho em parceria alicerçado no enfoque do cuidar multidisciplinar, uma vez que este considera peculiaridades dessa clientela e permite a composição de linhas de cuidado consideradas fundamentais na gestão do cuidado gerontológico de qualidade²¹⁻²².

Gerenciar o cuidado com e não somente para o idoso exige do profissional de saúde conhecimento técnico, assistencial, administrativo, capacidade em técnicas de resolução de problemas, bem como habilidades comunicacionais que compreendem uma multiplicidade de *nuances* que merecem e precisam ser estudadas para serem aplicadas no cotidiano, com consciência, pelo profissional e, conseqüentemente, ter resultados que revelem um cuidado de saúde efetivo que possa estar congruente com a expressão da afetividade também.

O cuidado gerontológico de qualidade valoriza o contexto no qual o idoso vive e que rede de suporte ele possui e se integra, portanto, compreende diversos atores: idoso, família, cuidador (se existente), comunidade e equipes de atenção à saúde. Todos devem atuar de maneira inter-relacionada e com o foco no cuidado integralizado, como aquele que respeita a individualidade, a autonomia e que mantém ou maximiza a independência do idoso.

1.2 A JUSTIFICATIVA

Frequentemente o idoso enfrenta problemas com a saúde, pois é comum possuir e encontrar dificuldades no acesso aos serviços de saúde, não estar informado

onde procurar ajuda ou mesmo dos direitos que lhes são próprios, dentre outros. A sociedade, como um todo, expressa seu preconceito aos idosos, inclusive a comunidade da saúde, onde muitos dos profissionais não sabem na íntegra lidar com situações inerentes ao processo de envelhecimento, o que resulta num atendimento pouco eficiente, de baixa resolutividade e de custo elevado²².

A exclusão social do idoso expressa-se na negligência, na escuta fragmentada, na dificuldade ao acesso, na ausência de livre expressão, nas barreiras burocráticas, na medicalização dos sintomas, no descumprimento das políticas, no momento que recebe receituários confusos e de difícil compreensão e quando é atendido por profissionais que desconhecem o processo de envelhecimento e reduz a capacidade do idoso de posicionar-se e de exercer sua individualidade²³.

Essas constatações podem ser pela falta de difusão do conhecimento geriátrico e gerontológico junto aos profissionais de saúde, uma vez que isso contribui decisivamente para as dificuldades na abordagem terapêutica do idoso²².

Sabe-se que o cuidar é mais que dar atenção e zelo²⁴, é demonstrar afeto, respeito, carinho nas atitudes cotidianas e técnicas que são necessárias ao âmbito da assistência²⁵. Não basta também saber acolher e dar afeição ao idoso, precisa-se assumir a responsabilidade e o compromisso de garantir-lhe uma assistência resolutiva e efetiva. O cuidado humano na gerontologia, quando é exercido com intencionalidade e alicerçado nos princípios éticos, tende a se concretizar em comportamentos que revelam conhecimento, valores, habilidades e atitudes voltados para amplificar a dignidade e autonomia do idoso²³. Em outras palavras, afetivo e efetivo são ingredientes que se misturam e que, juntos, são capazes de proporcionar um viver melhor e mais saudável aos idosos. Essa é uma premissa que os profissionais de saúde necessitam refletir e reavaliar, independentemente de onde se exerce sua atividade profissional.

A assistência ao idoso pode acontecer em vários níveis de atenção, sendo a hospitalar uma delas. O hospital é um lugar onde as fragilidades humanas estão mais expostas, é um ambiente onde a busca por respostas e por soluções dos problemas constituem uma realidade frequente. Na busca delas, nem sempre se alia os saberes técnicos com os relacionais e, conseqüentemente, os resultados são distantes do esperado e desejado por quem lá se encontra, o que causa não só inquietações como frustrações e piora da condição de saúde na qual se está²⁶.

Por tudo que foi referido, quando é atendido nos hospitais, o idoso muitas vezes não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada, o que torna a assistência de saúde superficial, pouco resolutiva e humanizada⁹⁻²³.

Dados confirmam que, proporcionalmente, os idosos ocupam mais leitos nos hospitais que os indivíduos de outras faixas etárias, e que são geradores de gastos maiores¹⁸. Pode-se questionar se essa ocorrência seria gerada pelos motivos ligados à senilidade, senescência ou se representa a forma como nosso sistema médico lida com a saúde e doenças das pessoas²³.

Quando o idoso sofre a hospitalização, perde seu referencial principal, muda de ambiente, rompe com as atividades sociais, fica longe da família e daqueles que lhes são queridos, passa a lidar com outras dificuldades, além das que já possui²⁷. Nestas condições, as coisas mais simples e banais revestem-se de um caráter de gravidade antes não pensado. No hospital é cuidado por profissionais que nem sempre estão dispostos a estabelecer vínculos, trazendo momentos de ansiedade e de receio²⁷. Ribeiro e Furegato²⁸ afirmam que mais que terapêutica, exames e atendimento às necessidades físicas, é preciso considerar as carências afetivas que rondam o indivíduo. Daí a importância de valorizar, na relação com o cliente, a maneira de interagir e de comunicar-se, pois ele possui a necessidade de segurança afetiva²⁸.

Para a efetivação do acolhimento da pessoa idosa, uma das diretrizes definidas no Pacto em Defesa pela Vida, tanto gestores quanto profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente²⁰.

Documento elaborado pelo Ministério da Saúde¹⁷ deixa explícito que para atender o idoso, os profissionais devem estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento e ainda estar atento, entre outros aspectos, para:

- o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- o entendimento de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;

- chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- a utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

Essas premissas muitas vezes são ainda mais desrespeitadas por conta dos mitos e estereótipos dos quais os idosos são vítimas. Dois exemplos comuns do cotidiano: a) o idoso aposentado não faz nada, portanto é símbolo de ineficácia e de falta de poder, afinal é improdutivo e b) o idoso é surdo, lento no raciocínio, tem baixa escolaridade e é doente, logo, é perder tempo explicar-lhe as coisas, pode-se perguntar para o acompanhante “o que ele quer?” ou “que ele gosta?”, pois o acompanhante sabe seu desejo.

Sendo assim, é uma gama de situações que os profissionais precisam refletir, analisar e revalidar para ser possível traçar um plano assistencial que respeite e que valorize a realidade do idoso, e não, as falsas crenças existentes.

Mediante o exposto, pode-se verificar o rol de competências e habilidades em comunicação que se precisa adquirir e desenvolver para que de fato o idoso possa ser atendido com eficiência nos serviços de saúde.

Quando o profissional de saúde participa de capacitações específicas e aproveita a oportunidade de vivenciar novos conceitos e por meio deles modifica sua prática, passa a compreender a amplitude do significado da comunicação e, ainda, assume atitudes profissionais afinadas com os objetivos que favorecem tanto um cuidado efetivo quanto afetivo ao idoso.

Com este estudo espera-se contribuir para o favorecimento do vínculo entre a tríade: idoso, profissionais de saúde e família do idoso. Acredita-se que ao utilizar dos recursos da comunicação, o profissional de saúde terá condições de reconhecer precoce e amplamente as necessidades individuais do idoso e incluí-lo ao planejar, executar e avaliar a assistência a ser prestada, garantindo-lhe uma oportunidade real de exercício de sua autonomia e/ou da manutenção e incremento da sua capacidade funcional, visto essas constituírem seu próprio direito.

1.3 A HIPÓTESE

As hipóteses deste estudo são:

- Os profissionais de saúde conceituam comunicação de maneira reducionista, desconhecem os fatores que interferem na comunicação e possuem dificuldades tanto para compreender o processo de envelhecimento como para lidar com o processo de comunicação com o idoso.
- A capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia colabora na construção da competência e das habilidades comunicacionais do profissional com o idoso, pois o profissional passa a identificar as funções da comunicação não-verbal nos diferentes contextos, reconhecer os aspectos que influenciam na comunicação do binômio idoso-profissional e faz com que as situações antes desapercibidas ou mal interpretadas sejam agora observadas e valorizadas pelo profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Propor um programa de capacitação sobre comunicação não-verbal baseado no referencial teórico da comunicação interpessoal (Laing, Schutz, Luft & Inghan); da codificação não-verbal (Hall, Montagu, Birdwhistell, Steinberg e Silva), valorizando os aspectos próprios do envelhecimento (Teoria Biológica, Social e Psicológica do Envelhecimento).

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a comunicação humana (interpessoal e não-verbal) no contexto da gerontologia.
- Aplicar o programa de capacitação para profissionais de saúde que lidam com o idoso em suas atividades cotidianas.
- Verificar, junto aos participantes da capacitação, o índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após sua conclusão e após três meses de sua aplicação.
- Identificar, na visão dos participantes treinados, a satisfação do programa proposto e os pontos de maior dificuldade na construção da competência em comunicação em gerontologia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que alicerça esta pesquisa está dividido em quatro partes: na primeira revela as teorias que discutem o envelhecimento sob o ponto de vista biológico, psicológico e social; na segunda as teorias da comunicação interpessoal; na terceira teorias e estudos sobre a codificação não-verbal da comunicação humana; e na quarta e última parte, o referencial educacional em que esta proposta se fundamenta.

3.1 TEORIAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Apesar de o envelhecimento ser um fenômeno comum a todos os humanos e as pesquisas estarem avançadas de forma representativa nessa área da ciência, ainda persistem muitos pontos obscuros quanto à dinâmica e natureza do processo de envelhecimento em si. Por este motivo existem diversas teorias que levam em consideração diferentes aspectos que estariam associados ao desencadeamento das alterações relacionadas com o envelhecimento²⁹. Cada teoria mostra uma faceta diferente da outra, mas acabam se complementando. De acordo como o envelhecimento é abordado, as teorias podem ser classificadas em: biológicas, psicológicas e sociológicas.

3.1.1 Teorias biológicas

As teorias biológicas explicam que o processo de envelhecimento físico ocorre pelas mudanças no corpo, devido às alterações moleculares e celulares nos principais órgãos e sistemas, fazendo com que o corpo resista ou não ao surgimento das doenças, bem como se adapte ou não às condições do ambiente³⁰. Tendo em vista à complexidade do tema, diferentes autores propuseram formas distintas de classificar e de organizar as teorias biológicas do envelhecimento. Em 1998, Arking³¹ fez uma revisão dessas teorias e propôs o emprego de uma classificação dupla em que considerou a origem da mudança relacionada ao envelhecimento (estocástica ou sistêmica), podendo depender do nível onde esse efeito é exercido,

ser subdivida em intracelular ou extracelular. Assim sendo, uma teoria poderia ser simultaneamente intracelular e estocástica, ou extracelular e sistêmica.

Opta-se neste trabalho por apresentar a sistematização feita por Arking³¹, a saber:

3.1.1.1 Teorias estocásticas

Essas teorias sugerem que a perda de funcionalidade que acompanha o fenômeno de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo³². Segundo Jeckel Neto e Cunha²⁹ seis teorias são complementares e estão incluídas neste grupo; são elas:

- *Teoria das mutações somáticas*: Surgiu da hipótese de que o acúmulo de mutações somáticas, ao longo da vida, alteraria a informação genética e reduziria a eficiência da célula até um nível incompatível com a vida²⁹.
- *Teoria do erro-catástrofe*: Proposta por Orgel³³, que postulou que os erros na síntese de uma proteína poderiam ser utilizados na síntese de outras proteínas, levando a uma diminuição progressiva da fidelidade e à eventual acumulação de proporções de proteínas aberrantes, potencialmente letais. Estes erros assumiriam significado especial quando afetam proteínas envolvidas na síntese de DNA, resultando na perda de fidelidade do DNA replicado, aumentando, conseqüentemente, as mutações somáticas e originando, eventualmente, patologias e disfunção celular³⁴.
- *Teoria da reparação do DNA*: Hart e Setlow³⁵ afirmaram que a velocidade de reparação do DNA é que determinaria o tempo de vida de indivíduos de espécies diferentes e entre indivíduos da mesma espécie. Estas conclusões foram retiradas com base na constatação de diferentes velocidades de reparação de fibroblastos em cultura, expostos à luz ultravioleta, de doadores de sete espécies de mamíferos.
- *Teoria da quebra de ligações*: Também conhecida como mudanças pós-tradução em proteínas, em que modificações químicas dependentes do tempo comprometeriam as funções dos tecidos e reduziriam a eficiência celular, culminando com o declínio dos processos fisiológicos e conseqüente morte^{29,32}.

- *Teoria da glicosilação:* Constataram que a modificação de proteínas pela glicose e a associação de reações de Maillard (caracterizada pela junção do grupo carbonila dos açúcares redutores com o grupo amínico das proteínas, de peptídios ou de aminoácidos)³⁶ levariam à formação de ligações cruzadas graduais no colágeno³⁷. Esta teoria postulou que as ligações cruzadas, causada pelo elevado nível de glicemia e de glicose tecidual, conduziriam à deterioração estrutural e funcional dos tecidos³⁸.
- *Teoria do stress oxidativo:* O princípio dessa teoria é de que a longevidade seria inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional à atividade das defesas antioxidantes. O envolvimento dos radicais livres (RL) no fenômeno de envelhecimento e na doença seria o resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reações dos RL nos componentes celulares ao longo da vida, que conduziriam à perda de funcionalidade e à doença com o aumento da idade, conduzindo à morte^{29,39}.

3.1.1.2 Teorias sistêmicas

Essas teorias sugerem que danos sequenciais e coordenados, acarretando uma cascata de eventos danosos ao organismo seriam os responsáveis pelo envelhecimento. Segundo Jeckel Neto e Cunha²⁹, três teorias agregam as sistêmicas; são elas:

- *Teoria metabólica:* Partiu-se do pressuposto de que os animais maiores apresentam longevidade maior do que de seus parentes taxonômicos de tamanho menor, e que a taxa metabólica seria inversamente proporcional ao peso do corpo. A ligação entre esses fatores levou a definir que as alterações da taxa metabólica induzida por temperatura e/ou dieta produziriam mudanças correspondentes na longevidade; prova disso é que com a idade avançada a taxa metabólica tende a declinar; portanto, o envelhecimento seria decorrente da função do declínio metabólico do organismo. Isso seria dado pela teoria da taxa de vida, visto que animais com diferentes longevidades gastavam uma quantidade similar de energia metabólica por grama de peso corporal e pelo dano à mitocôndria, uma vez que danos cumulativos de oxigênio sobre a mitocôndria

seriam os responsáveis pelo declínio no desempenho fisiológico das células durante o envelhecimento.

- *Teoria imunológica*: O princípio dessa teoria é de que a longevidade seria dependente das variantes de certos genes que interferiam no sistema imune e de que o timo estaria envolvido na regulação da intensidade da resposta imune.
- *Teoria genética*: Sugere que mudanças gerais ou específicas na expressão genética causariam modificações senescentes nas células, como por exemplo: o encurtamento dos telômeros, levando à perda de informação genética e à instabilidade genômica ao longo da vida; a transdução de sinais e a atenuação da transmissão de informações, como no caso da manutenção do equilíbrio entre a proliferação celular e a apoptose (morte programada) e, ainda, a falência progressiva neuroendócrina, alterando o papel desempenhado pelo eixo hipotálamo-pituitário e do sistema límbico na regulação das atividades fisiológicas.

3.1.2 Teorias psicológicas

Neri⁴⁰ apresenta três paradigmas que sustentam uma multiplicidade de teorias psicológicas do envelhecimento. Em sua explanação, algumas teorias fundamentadas no paradigma de mudança ordenada, de orientação organicista, afirmam que o desenvolvimento é organizado por eventos de natureza ontogenética, descrevendo-o como processo balizado por estágios que seguem a seguinte tendência: crescimento, estabilidade e declínio (essa última etapa referindo-se ao envelhecimento). Outras teorias fundamentam-se no paradigma contextualista, preconizando a velhice como resultado da mútua influência entre o indivíduo e o ambiente social. Um terceiro paradigma apontado pela autora é o de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*), de orientação dialética, que abrange aspectos das perspectivas organicista e contextualista e percebe o envelhecimento como fruto da interação do organismo com o ambiente, ambos ativos e em mudança, numa tensão constante.

3.1.3 Teorias sociológicas

As teorias podem ser divididas em três gerações com características diferenciadas e que foram desenvolvidas ao longo do tempo. A primeira geração são as teorias elaboradas entre 1949 e 1969; nelas o envelhecimento é considerado como fenômeno não-dependente do contexto e dos fatores sociais. Já as teorias de segunda geração foram elaboradas entre 1970 e 1985 e enfatizam a velhice como categoria social, ou seja, como as transformações nas condições sociais influenciam o processo de envelhecimento, e destacam que a maneira pelas quais as pessoas envelhecem advém, prioritariamente, da organização da sociedade e da localização do indivíduo dentro da hierarquia social⁴¹. As da terceira geração são as mais recentes, e foram escolhidas como subsídios teóricos nesta pesquisa pois, quando reunidas, enfocam os aspectos estruturais do envelhecimento, como as restrições sociais, os aspectos diferenciais entre os gêneros dos idosos, a distribuição desigual dos recursos culturais e econômicos e a interferência da qual as pessoas podem exercer quando se conscientiza sobre o envelhecimento, como uma vertente social abrangente.

Compõem esse grupo da terceira geração três teorias:

- *Teoria do construtivismo social*: teoria que sofre influência do interacionismo simbólico, na fenomenologia e na etnometodologia. Reflete uma longa tradição de análise microsocial, com foco nas questões do comportamento. Os conceitos principais dessa teoria incluem as questões do significado social, das realidades sociais e das relações sociais no envelhecimento, das atitudes perante a idade e o envelhecer, dos eventos da vida e sua temporalidade⁴¹.
- *Teoria feminista do envelhecimento*: possui um diferencial das demais por relacionar o gênero e o envelhecimento. Parte do pressuposto que a compreensão do envelhecimento se dá pelo princípio que o gênero é estabelecido como fator organizador da própria vida. Assim, mulheres e homens envelhecem com e em condições diferenciadas, sendo as mulheres vítimas maiores da exclusão social, uma vez que as experienciam durante todo o processo de vida⁴².
- *Teoria crítica*: influenciada pela abordagem político econômica de Marx e pelo pós-estruturalismo de Foucault. Essa teoria avalia questões estruturais e humanísticas, e apresenta como base os conceitos de poder, de ação social e de significados sociais. Ela critica os dois modelos anteriores e defende a premissa

de que o profissional, quando se atenta aos aspectos sociais, assume um papel necessário e importante no seu cotidiano, uma vez que pode intervir de maneira eficaz no contexto social e emancipatória aos idosos⁴².

3.2. TEORIAS DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Barnlund⁴³ define comunicação interpessoal como aquela que é desenvolvida em situações sociais relativamente informais em que pessoas, em encontros face a face, sustentam uma interação concentrada por meio da permuta recíproca de pistas verbais e não-verbais. Nessa definição incluem-se critérios, com os quais a situação de cuidado comunicacional em gerontologia encontra correlação, são eles: existência de duas ou mais pessoas em proximidade física e que percebam a presença uma da outra; "interdependência comunicativa" - uma pessoa se comunica como consequência da comunicação de outra; troca de mensagens; compreensão das mensagens verbais e/ou não-verbais e informalidade/flexibilidade. Littlejohn⁴⁴ afirma que relacionamento é um padrão de interação entre duas pessoas, baseado em suas percepções recíprocas.

Considerando que durante as atividades diárias no âmbito do cuidado gerontológico os profissionais de saúde estabelecem um relacionamento profissional com o idoso, pode-se optar pela escolha das Teorias de Comunicação Interpessoal e dos pressupostos de Silva⁴⁵ para fundamentar esta pesquisa.

3.2.1 Teoria da percepção interpessoal de LAING

A teoria de Laing⁴⁶ adota um enfoque fenomenológico do estudo dos seres humanos e concentra-se na área da natureza das relações humanas, que tem como pressuposto o fato de que as pessoas empenhadas numa interação face a face estabelecem e mantêm uma relação definida por percepções mútuas. O dado básico para análise, na teoria de Laing, é a experiência da pessoa ou a realidade tal como é

vivenciada por essa pessoa. A teoria estabelece distinção entre comportamento (ações observáveis de outrem) e experiência (sentimento ou percepção que acompanha o comportamento), sendo que a experiência é pessoal e não observável. Encontramos que a experiência (vivência) de uma pessoa é afetada por suas relações com os outros, e que depende como ela percebe ou vivencia outrem.

Para Laing⁴⁷, uma pessoa que interage com outra tem dois níveis de experiência ou perspectiva: a) vivencia a outra numa perspectiva direta; b) vivencia a vivência da outra - metaperspectiva, em que imagina, pressente, intui ou infere o que a outra pessoa está sentindo, percebendo ou pensando. Segundo o autor, embora seja difícil compreender o *self* de outrem, sua ação pode ser confiada e a dedução do modo como se sente é testemunhada.

A comunicação interpessoal é então marcada por uma espiral denominada de comportamento-experiência, em que o comportamento está relacionado com a experiência que a pessoa tem de outrem e com a experiência que a pessoa tem da relação. Portanto, uma relação é definida pelas perspectivas diretas e metaperspectivas dos comunicadores. A saúde de uma relação é determinada, em grande parte, pela exatidão perceptual dos indivíduos em interação, e somente quando duas ou mais pessoas possuem atitudes de atribuição recíproca bem sucedida ocorre entre elas genuíno relacionamento.

Essa exatidão perceptual está na dependência do processo interpretativo das mensagens verbais e não-verbais enviadas e recebidas durante o relacionamento interpessoal. Na situação face a face, aquilo que o outro "é" (o que pensa, o que sente e como age) está continuamente à disposição da pessoa com quem interage, por meio das mensagens que envia. E os domínios cognitivo, afetivo e conativo da personalidade de cada um dos indivíduos em interação (da pessoa e do outro) são essenciais para o processo interpretativo das mensagens.

Outra parte da teoria de Laing que merece destaque é a análise que foi feita sobre as formas de ação interpessoal, sendo que algumas delas são consideradas como prolíficas e positivas e outras são disfuncionais ou perniciosas.

A primeira forma de ação é a complementaridade, que é o aspecto em que numa relação se permite à pessoa preencher/construir sua própria identidade por meio de suas relações complementares com outras pessoas.

A segunda forma envolve a confirmação ou a afirmação da própria identidade pessoal, pois numa interação, os comunicadores comportam-se de modo e de forma a enviarem mensagens que podem confirmar a autopercepção do outro. Na visão de Laing, a autoidentidade exige o complemento da alteridade, no sentido de que todo relacionamento implica uma definição do eu pelo outro e do outro pelo eu. Segundo ele:

A identidade de uma pessoa não pode ser abstraída de sua identidade para os outros, de sua identidade para si mesma, da identidade que os outros lhe atribuem, da identidade que ela atribui aos outros, da identidade que julga que lhe atribuem ou que pensa que eles pensam que ele pensa que eles pensam (Laing, 1986, p. 82).

Desse modo, a autoidentidade não é uma realidade concreta, mas uma abstração. O *ego* existe para o *alter* que dá lugar a meu ser para-o-outro à medida que a presença do outro tem um profundo efeito reacional sobre mim.

A terceira forma é o conluio, que é autoengano mútuo ou a falsa confirmação, um jogo “não-declarado” em que duas ou mais pessoas se iludem a si mesmas; uma simulação.

A quarta forma de ação interpessoal envolve posições falsas e insustentáveis, ligadas ao comportamento incongruente da pessoa em relação a seus sentimentos e necessidades.

A quinta e última forma de ação é denominada de atribuições, são enunciados que dizem à pessoa como ser; e injunções, que dizem como a pessoa deve se comportar. As atribuições e injunções são perniciosas quando contradizem as autoatribuições e autoinjunções.

Em suma, pode-se afirmar que Laing⁴⁷ apresenta em sua teoria três pontos básicos que não só merecem destaque, mas que requerem exploração: a percepção do indivíduo em relação à situação; a percepção do indivíduo em relação ao outro e a metapercepção. Na situação em estudo, a experiência da outra pessoa seria como o enfermeiro percebe o idoso (percepção do outro); a vivência da situação (percepção em relação à situação) seria como o profissional experiencia a relação do binômio profissional-idoso e a metapercepção seria o que o idoso imagina ou infere que o enfermeiro está sentindo ou percebendo a respeito dele.

3.2.2 Teoria da revelação e compreensão

Teoria de base humanista que reconhece a natureza teatral da interação, porém ressalta a importância de se desenvolver a melhoria no processo de comunicação por meio do aperfeiçoamento da revelação e da compreensão entre as pessoas.

A Janela de Johari consiste no modelo de interação humana proposto por Luft e Inghan⁴⁸ e fornece uma ideia básica sobre revelação e compreensão, no qual são expostos quatro quadrantes que representam a pessoa em relação a outras, o que se chama de modelo de percepção consciente-compreensão-revelação. O referido modelo propõe suas explicações e considerações sobre o comportamento humano por meio do uso de quatro quadrantes das percepções que um indivíduo tem sobre si e que os outros tem dele.

	Conhecido pelo eu	Desconhecido pelo eu
Conhecido dos outros	EU ABERTO I	EU CEGO II
Desconhecido dos outros	EU SECRETO III	EU DESCONHECIDO IV

Figura 1 – Quadrantes de Representação da Janela de Johari

Onde:

EU ABERTO – expresso pelos comportamentos mais livres que são compartilhados com menor resistência (aquilo que o indivíduo tem consciência que é, pensa e deseja e que os demais também sabem sobre ele – está no âmbito do senso comum). Essa área pode aumentar de tamanho, à medida que o nível de confiança cresce entre os participantes e mais informações relevantes de caráter pessoal são compartilhadas.

EU CEGO – expresso pelos comportamentos inconscientes que são compartilhados com o outro, geralmente associados aos momentos de conflito ou de introspecção interna, mas que são revelados sem a autorização do eu (sentimentos, valores e pensamentos expressos pela linguagem não-verbal sem a consciência do emissor). Segundo Carmagnani e Daniel⁴⁹ é aquilo que os outros sabem de nós e não nos dizem. O modo de agir e o estilo de relacionar-se provocam impressões nos outros e, se essas impressões reveladas para o indivíduo não forem validadas, elas podem criar uma imagem equivocada ou não de quem a pessoa é.

EU SECRETO – formado pelos comportamentos escondidos, pelos sentimentos, percepções e pensamentos íntimos, reservados e conhecidos pela própria pessoa, mas que não são compartilhados conscientemente com o outro. Esse ocultismo pode ser por medo de revelar a própria identidade, ou ainda para manipular ou controlar o outro⁴⁹.

EU DESCONHECIDO – são os comportamentos velados e que passam despercebidos por si próprio e pelos outros, fazem parte da inconsciência humana, geralmente relacionados com aspectos intrínsecos pessoais que foram adquiridos/desenvolvidos no decorrer da vida e que ficam escondidos como forma de proteção do eu. Para Fritzen⁵⁰ representa o quadrante das motivações inconscientes.

Littlejohn⁴⁴ afirma que esse modelo está alicerçado em oito pressupostos do comportamento humano. Para esse autor o comportamento é:

- holístico dentro de um contexto;
- melhor entendido quando analisado subjetivamente;
- primordialmente emocional e não apenas racional;
- afetado e afeta o outro;
- influenciado pela aceitação, confiança e conflito próprio ou do grupo;
- descoberto de maneira indutiva, mais pelo exame da experiência pessoal;
- entendido pela sua complexidade;
- mais focalizado no processo e mudança do que na própria estrutura do comportamento.

Como cada parte da janela constrói o todo, quando se modifica uma parte a outra também sofre alterações, provoca mudanças. O que vai regular essa interação são o *feedback* recebido e a autoexposição. A busca pelo *feedback* consiste em pedir e receber as respostas verbais e/ou não-verbais do outro como forma de analisar o quanto o próprio comportamento afeta o outro. Já a busca da autoexposição consiste em tornar claro ao outro o que se sente e pensa, na revelação de como a outra pessoa influencia no comportamento da pessoa que interage⁵⁰. Quando esses dois processos ocorrem de maneira equilibrada, o desenvolvimento pessoal e a construção da competência comunicacional é possível; mas isso exige maturidade, interesse e necessidade⁵¹.

3.3 TEORIAS E ESTUDOS DA CODIFICAÇÃO NÃO-VERBAL DA COMUNICAÇÃO

A comunicação permeia a vida desde o nascimento, é ela que revela a existência humana. Pode receber vários conceitos, dentre eles que é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas⁵²; é o que ratifica a condição de ser humano.

Silva⁴⁵ afirma que o ser humano possui, simultaneamente, duas dimensões para expressar suas necessidades ao mundo: a linguagem verbal (psicolinguística), referindo-se às palavras ditas ou escritas; e não-verbal (psicobiológica), aquelas associadas aos gestos, silêncios, expressões faciais, entonação e timbre da voz, toque, aparência física, condições ambientais, posturas corporais, posição e distância corporal.

A comunicação não-verbal nos auxilia para que os sentimentos e os pensamentos sejam expressos, revelando também a coerência entre a intenção e o discurso. Pode-se citar que os objetivos da comunicação não-verbal são: complementar, contradizer ou substituir o verbal e/ou ainda, demonstrar sentimentos^{45,51}.

Os códigos não-verbais são originados de três fontes: programas neurológicos herdados, experiências comuns aos seres humanos, independentemente da cultura, classe social e as experiências de acordo com a cultura, classe social, vivências familiares e individuais^{51,53}.

Silva^{45,54} refere em seus estudos sobre comunicação não-verbal que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo, alertando-nos para o fato de que, apesar de muitas vezes valorizarmos mais as palavras, os sinais não-verbais podem estar comunicando muito mais.

Silva⁴⁵ classifica os sinais não-verbais em seis dimensões: proxêmica, cinésica, tacésica, paraverbal, características físicas e fatores ambientais.

1. Proxêmica

A proxêmica é uma teoria descrita por Hall⁵⁵ que estuda o significado social do espaço, ou seja, como o homem estrutura consciente ou inconscientemente o próprio espaço^{54,56}.

A utilização do espaço é determinada culturalmente e a percepção da distância e a proximidade são resultados dos sistemas sensoriais (visual, auditivo, olfativo, tato)⁵⁵. Em diferentes culturas, os canais sensoriais adquirem mais importância do que outros.

O espaço é estudado em três aspectos: o espaço de características fixas (ex.: paredes); o espaço de características semifixas (ex.: disposição dos mobiliários, obstáculos e adornos); e o espaço informal (o território pessoal ao redor do corpo do indivíduo)⁵⁵.

Na cultura norte-americana, identificaram-se quatro distâncias interpessoais que permitem analisar o tipo de relação existente ou pretendida: distância íntima (0 a 50cm), em que ocorre o contato físico, o calor humano e a transmissão dos odores; distância pessoal (50cm a 1,20m), utilizada na maior parte das interações face a face; distância social (1,20 a 3,60m), em que não ocorre contacto físico, porém existe o contacto visual com o interlocutor; e a distância pública (acima de 3,60m), onde o contacto visual não é individual, e sim, coletivo. A análise proxêmica de qualquer interação envolve oito fatores que compõem as suas categorias primárias; são elas⁵⁵:

- postura-sexo - analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores (em pé, sentado, deitado);
- eixo sociofugo-sociopeto - demonstra o desencorajamento da interação enquanto o sociopeto implica no inverso. Essa dimensão analisa o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa; a posição dos interlocutores (face a face, de costas um para o outro ou qualquer outra angulação);
- cinestésicos - analisa o posicionamento das partes do corpo em relação ao outro e suas possibilidades de contacto;
- comportamento de contato - analisa as formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar accidental ou nenhum contato físico;
- código visual - verifica o modo de contato visual que ocorre nas interações como o olho-no-olho ou ausência de contato;

- código térmico - implica no calor percebido pelos interlocutores;
- código olfativo - analisa as características e o grau de odores percebidos pelos interlocutores;
- volume de voz - analisa a percepção dos interlocutores em relação à adequação do tom de voz utilizado pelos envolvidos.

2. Cinésica

O criador do termo Cinésica foi Birdwhistell⁵⁷, antropólogo que iniciou seus estudos na década de 1940, com pesquisas sobre os gestos corporais. Decodificou os sinais do corpo baseado em uma estrutura semelhante à usada para a compreensão da fala humana, ou seja, fazendo uma analogia entre os gestos e a linguagem, em que o discurso pode ser repartido em palavras, sentenças e parágrafos. Criou um sistema de anotações da linguagem do corpo, em que atribuiu aos principais movimentos do corpo um símbolo, para que dessa forma pudessem ser transmitidos para o papel e analisados. Estabeleceu ainda alguns pressupostos básicos importantes para a compreensão da cinésica, expostos a seguir: todo movimento corporal visível, ou gesto, tem um significado no contexto no qual se apresenta; não existem gestos universais; no processo de comunicação existe uma sincronia, uma pessoa exerce influência sobre a outra; alguns comportamentos apresentam significados socialmente reconhecidos. A cinésica, portanto, estuda os sinais do corpo, ou seja, os movimentos corporais que existem como função do sistema social no qual o indivíduo pertence.

Mais recentemente, os estudos de Ekman⁵⁸, comparando culturas, defendem a existência de gestos que podem ser descritos como universais. Ekman⁵⁸ classificou os gestos em:

- *Emblemáticos* - são os gestos aprendidos com uma cultura e ensinados, assim como a linguagem verbal. Seus suportes são as várias partes do corpo, com ênfase no uso das mãos, dos braços, movimentos dos músculos faciais, movimento da cabeça e a interação expressiva de todo o corpo. Apesar das características próprias de cada cultura, existem gestos com significado comum.
- *Ilustradores* - compreendem os atos não-verbais que acompanham diretamente a fala e servem para enfatizar ou ilustrar a frase ou palavra. São usados intencionalmente para auxiliar a comunicação.

- *Reguladores* - são os gestos que regulam a comunicação entre duas ou mais pessoas. Esses gestos sugerem ao emissor que repita, elabore, apresse-se, torne-se mais interessante ou dê ao outro a oportunidade de falar.
- *Manifestações afetivas* – são, principalmente, manifestações faciais que expressam estados afetivos. Em qualquer cultura existe concordância quanto ao reconhecimento de diferentes estados emocionais, ou seja, são expressões facilmente identificáveis por outras pessoas, sem a necessidade de aprendizado.
- *Adaptadores* - são movimentos corporais que não estão diretamente ligados à fala e ocorrem quando se usa parte do corpo para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade ou tensão.

3. Tacêsica

A tacêsica é o estudo do toque e das características que o envolvem, sendo elas o sexo e a idade dos comunicadores, a duração, localização, ação (velocidade e forma de aproximação que precedem o toque), intensidade (pressão exercida), frequência e sensações provocadas pelo toque (graus de conforto e desconforto gerados nos agentes comunicadores)^{45,59}. Está relacionada ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento.

Watson⁶⁰ considera que existem três tipos de toque na interação profissional/cliente: o *toque expressivo*, também descrito na literatura como *afetivo*, que ocorre espontaneamente e não faz parte de procedimentos, o *toque instrumental* que seria um contato físico deliberado para desenvolver determinada técnica ou procedimento e o *toque expressivo-instrumental ou instrumental afetivo* que seria uma combinação dos outros dois tipos de toque.

4. Paraverbal

É qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentemente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. Esses sinais são fornecidos pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, sotaque, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro, entre outros^{45,61}.

5. Características físicas

São a própria forma e aparência de um corpo. Transmitem informações de faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde etc. Os objetos utilizados pela pessoa também são sinais de seu autoconceito (jóias, roupas, tipo de carro) e das relações mantidas (alianças, anel de graduação)⁴⁵.

6. Fatores do meio ambiente

Não há uma teoria única, específica, que compõe esses fatores, mas sim vários estudos que apontam como o ambiente, sua forma, suas cores, sua delimitação de espaços, os objetos que lá se encontram podem ou não facilitar as relações entre os profissionais de saúde e o cliente. Esses quesitos pode aproximar ou distanciar as pessoas e colaborar ou não no processo de comunicação⁴⁵.

A cor, por exemplo, não é apenas um elemento decorativo e estético, está ligada a expressão de valores sensuais e experimentais, possuindo assim, linguagem própria. O homem mergulhou nas cores desde o início da sua história, procurando entre as manifestações da luz e da força da natureza algo além de suas fronteiras cognitivas. A cor constituiu um modo de expressar seus sentimentos, ou seja, a cor tornou-se uma linguagem individual. O homem reage à cor, de acordo com suas condições físicas e influências culturais⁶¹.

Um outro ponto importante é que o ambiente físico se constitui no conjunto de medidas físicas: meio térmico, sonoro, vibratório e luminoso. Em um sentido mais amplo, o ambiente físico pode compreender tudo o que rodeia uma pessoa, podendo instigar fortes sentimentos e atitudes, tanto positivas como negativas nos indivíduos⁶².

Nightingale⁶³, desde o século XIX, já havia identificado que a manipulação do ambiente físico seria um componente essencial para o cuidado, ela acreditava que os controles da ventilação, do ruído, da luz, da temperatura e da limpeza no ambiente poderiam intervir e contribuir na qualidade do tratamento dos pacientes.

3.4 TEORIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM HUMANA

Ausubel⁶⁴ é um representante do cognitivismo e apresenta uma explicação teórica do processo de aprendizagem de acordo com esse ponto de vista, reconhecendo a importância da experiência afetiva. Trabalha com dois conceitos fundamentais que constituem a base de sua teoria: estrutura cognitiva e aprendizagem significativa.

A estrutura cognitiva é hierarquicamente organizada com conceitos e proposições mais abrangentes, ou inclusivos no topo (prioritário e importante) ligados aos outros menos abrangentes (menor valor de importância). Essa estrutura hierarquizada são representações de experiências sensoriais do indivíduo. Dessa forma, quanto mais organizada for a estrutura cognitiva do sujeito, maior facilidade terá para a aprendizagem. O papel da escola/dos programas de treinamento é identificar nos conteúdos a serem trabalhados os conceitos mais abrangentes que tenham o maior poder de inclusividade, contribuindo para que a aprendizagem seja significativa⁶⁴.

Para que ocorra a aprendizagem significativa torna-se necessário que haja uma relação entre o material a ser aprendido, é preciso fazer algum sentido para o aluno, estar relacionado com algum aspecto essencial de sua estrutura cognitiva. Essa relação deve ser substantiva, ou seja, não deve ocorrer ao “pé da letra” e, ainda, não pode ser já formada, pronta para o uso ou mesmo “engessada”; portanto, o material a ser aprendido deve ser relacionado de uma maneira intencional⁶⁴. Nas palavras de Ausubel⁶⁵:

A essência do processo de aprendizagem significativa é que as ideias expressas simbolicamente são relacionadas às informações previamente adquiridas pelo aluno através de uma relação não arbitrária e substantiva (não literal). Uma relação não arbitrária e substantiva significa que as ideias são relacionadas a algum aspecto relevante existente na estrutura cognitiva do aluno como, por exemplo, uma imagem, um símbolo, um conceito ou uma proposição (Ausubel, 1978, p.34).

Partindo-se desses dois conceitos, a aprendizagem significativa acontece quando o novo material ou informação relaciona-se, ancora-se nos conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Nesse processo, a nova

informação interage com uma estrutura de conhecimento específica, que Ausubel⁶⁵ chama de conceito “subsunçor”.

Quando o material a ser aprendido não consegue ligar-se a algo já conhecido, ocorre o que o autor nomeia de aprendizagem mecânica (*“rote learning”*); ou seja, isto ocorre quando as novas informações são aprendidas sem interagirem com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. Aprendizagem mecânica é a aprendizagem de informações novas na qual há pouca ou nenhuma associação a conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva⁶⁶. Assim, a pessoa memoriza fórmulas, leis e expressões para provas e, quase sempre, esquece logo após.

Para haver aprendizagem significativa é preciso haver duas condições: o aluno precisa ter uma disposição para aprender; o material a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser logicamente e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do material, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem. Cada aprendiz faz uma filtragem do material que tem significado ou não para si próprio.

Cabe lembrar que Ausubel não estabelece diferença entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica como sendo dicotomia, e sim, como um processo de continuidade⁶⁶. Dessa forma vai se agregando um conjunto de conceitos e proposições que vão permitindo a aprendizagem significativa. A partir daí, novos conceitos passam a ser adquiridos por *assimilação, diferenciação progressiva e reconciliação integrativa*.

Assimilação ocorre quando a nova informação significativa é relacionada, é agregada ao subsunçor, ao conceito mais abrangente, mais inclusivo da estrutura cognitiva do sujeito, já existente. Assim, a nova informação e o subsunçor são alterados pela interação, o subsunçor (antigo) agora está mais elaborado.

Logo depois de ocorrida a aprendizagem significativa, começa um segundo estágio denominado de assimilação obliteradora. As novas informações tornam-se, espontânea e progressivamente, menos dissociáveis de suas ideias-âncora (subsunçores) até que não mais estejam disponíveis, isto é, não mais reproduzíveis como entidades individuais⁶⁶, o que não significa que o subsunçor volta a sua forma original, a anterior.

A nova informação ganha um novo significado decorrente da interação com o subsunçor (sendo possível ocorrer com mais de um subsunçor simultaneamente) o

que reflete uma relação de subordinação de novo material em relação à estrutura cognitiva pré-existente do sujeito. À medida que a aprendizagem significativa vai ocorrendo, os conceitos mais inclusivos, da estrutura cognitiva, tornam-se mais elaborados e desenvolvidos e, assim, vão se diferenciando em consequência das constantes e sucessivas interações (informação + subsunção). A ocorrência desse processo uma ou mais vezes leva à *diferenciação progressiva*.

Por outro lado, quando da aprendizagem significativa à nova informação tratar-se de um conceito ou proposição mais geral e inclusivo do que os conceitos pré-existentes na estrutura cognitiva, esses poderão adquirir novos significados. Quando a aprendizagem ocorrer dessa forma, haverá a *reconciliação integradora*. A diferenciação progressiva e a reconciliação integradora são dois importantes processos correlatos na Teoria da Aprendizagem Significativa.

O papel do professor na aprendizagem significativa deve ser o de determinar a estrutura conceitual e proposicional da matéria de ensino. Dessa forma permitirá identificar quais os subsunções relevantes à aprendizagem do conteúdo a ser ministrado. Feito isto, a estrutura conceitual e os subsunções servirão de base para determinar, dentre os subsunções especificamente relevantes, quais os que estão disponíveis na estrutura cognitiva do aluno. O que se pode entender (sem se desconsiderar a complexidade desse processo) é que a passagem da estrutura conceitual dos conteúdos e da matéria a ser ensinada seria ampliada para uma estrutura cognitiva significativa ao aluno⁶⁶.

A aprendizagem significativa, portanto, é subjacente à integração construtiva entre pensamento, sentimento e atitude que conduz ao engrandecimento humano. Qualquer evento educativo deve constituir-se de uma ação voltada para intercambiar significados e sentimentos entre as pessoas (o estudante e o professor).

Assim, a produção de conhecimento é um processo de intercâmbio e negociação de significados; é uma construção humana que coloca em jogo pensamentos, ações e sentimentos e, nesse sentido, é uma construção que se produz em dadas condições e em um determinado contexto.

Uma das condições para a aprendizagem significativa é que o aprendiz apresente uma predisposição para aprender, ou seja, o evento educativo é acompanhado de uma experiência afetiva. A experiência afetiva é positiva e intelectualmente construtiva quando o aprendiz possui ganhos em compreensão;

reciprocamente, a sensação afetiva é negativa e gera sentimentos de inadequação quando o aprendiz não sente que está aprendendo⁶⁷. Novak⁶⁸ também aponta para o papel da afetividade na regulação das relações de significação entre o professor e os estudantes e na estreita inter-relação entre predisposição para aprender e aprendizagem significativa.

A afetividade relaciona-se às emoções e elas são adaptações que integram os mecanismos pelos quais os organismos regulam a vida, quer numa reação específica a uma situação, quer na regulação do estado interno do indivíduo; seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida⁶⁸.

Cabe ressaltar que o aprendizado e a cultura alteram a expressão das emoções e lhes conferem novos significados; que estes estão ligados tanto aos processos biológicos determinantes das emoções quanto aos aspectos socioculturais dos quais se circunda e se vivencia. Pode-se afirmar que existem reações emocionais universais que são o resultado da evolução biológica, mas esse processo é diferente e em conformidade com as experiências, com a idade propriamente dita do indivíduo. Por exemplo, nas pessoas adultas, as emoções se tornam mais amplas e complexas, pois elas expressam o fruto da cultura e do desenvolvimento individual pelas quais elas passaram no decorrer da vida⁶⁸⁻⁶⁹. Na construção continuada do conhecimento estes pontos precisam não só serem entendidos, mas valorizados.

Na **Figura 2** tem-se a representação esquemática de todo referencial teórico utilizado no desenvolvimento do programa de capacitação em comunicação em gerontologia.

Figura 1 - Representação Esquemática do Referencial Teórico Utilizado no Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo quantitativo-descritivo e exploratório.

Segundo Cervo e Bervian⁷⁰, a pesquisa de campo é uma forma de coleta que permite a obtenção de dados sobre um fenômeno de interesse, da maneira como este ocorre na realidade estudada. Consiste, portanto, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes, diretamente da realidade, para posteriores análises, sendo o tipo quantitativo-descritivo aquele que possui como principal finalidade o delineamento ou análise das características de fatos ou de fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais ou chave e tipo exploratório; aquele cuja formulação de questões ou de um problema possui tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos.

Minayo e Sanches⁷¹ ressaltam que a pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador, frequentemente, a descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado. Isto significa que ele, progressivamente, vai ajustando suas percepções à percepção dos investigados. Em outras palavras, ele vai conseguindo controlar, quase que imperceptivelmente, o seu viés pessoal. O estudo exploratório permite, portanto, aliar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente. Esta associação realiza-se em nível de complementaridade, possibilitando ampliar a compreensão do fenômeno em estudo.

Justifica-se, portanto, a escolha da pesquisa exploratória como método, uma vez que permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade. Assim, os objetivos tecidos são alcançados com maior eficiência e consciência. Em outras palavras, a pesquisa exploratória corresponde a uma visualização da face oculta da realidade⁷¹.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O referido estudo foi desenvolvido em dois centros hospitalares localizados no interior paulista.

O primeiro trata-se de uma instituição pública ligada diretamente à Coordenação de Saúde do Interior da Secretaria de Estado de São Paulo, conveniado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), atende essencialmente média complexidade. O hospital dispõe de 133 leitos operacionais distribuídos em nove serviços diferentes, sendo que cinco deles prestam atendimento aos clientes adultos, incluindo os com idade igual ou superior a sessenta anos e representam cento e três leitos.

O segundo trata-se de uma fundação mista conveniada tanto com o SUS como com outros convênios privados, e atende a casos de média e grande complexidade. Dispõe de 113 leitos operacionais, distribuídos em sete serviços distintos que atendem a adultos e idosos.

A taxa média mensal de ocupação, no segundo semestre do ano 2008 no primeiro hospital, foi de 60% e no segundo, de 98%; a média mensal do número de internações foi de 322 e 459, respectivamente. Os idosos representam 39% das internações em ambos os hospitais, o que revela o quanto o idoso está inserido na realidade desses serviços.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a realização do estudo proposto foram convidados a participar técnicos de enfermagem e, ainda, graduandos e/ou profissionais da área de saúde, incluindo: enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais que atuavam nos hospitais selecionados, desde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduo com idade igual ou superior a dezoito anos, que estivesse ligado obrigatoriamente à Instituição, seja por vínculo empregatício ou escolar.

- Indivíduo que, após informação dos objetivos e da metodologia do trabalho, aceitasse participar espontaneamente da pesquisa firmando a autorização por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A).
- Indivíduo que tivesse interesse e disponibilidade para comparecer nos dias agendados para a realização da capacitação.
- Indivíduo que realizasse o processo de inscrição para participar dos encontros de capacitação.

4.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados somente foi iniciada após autorização das instituições que fazem parte do campo desse estudo e do recebimento do parecer favorável (n.º167/2008) do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis (ANEXO A).

Em cada campo de estudo foram oferecidas capacitações para, pelo menos, dois grupos, cada um com trinta pessoas participantes de diferentes formações profissionais na saúde (medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, assistente social). A pesquisadora entrou em contato com o responsável pelos treinamentos nas instituições para apresentar o programa educativo sobre comunicação não-verbal em gerontologia, explicando-lhe a dinâmica e elucidando-lhe às possíveis dúvidas.

Em tempo hábil, no caso trinta dias, foi divulgado junto às instituições o calendário dos encontros para que as pessoas interessadas pudessem efetuar suas inscrições, bem como o *layout* de cartazes e *flyers* foram criados e utilizados como estratégia de divulgação (APÊNDICE B). A forma de divulgação interna e as inscrições ficaram a critério de cada instituição, entretanto, como ambas possuíam página na internet, a divulgação eletrônica também foi contemplada. As inscrições foram realizadas por meio do preenchimento manual ou eletrônico da ficha específica (APÊNDICE C). Vale esclarecer que, na primeira e quarta turmas, doze inscrições superior ao número de vagas foram realizadas, e optou-se por permitir esses excedentes, uma vez que faltas entre os inscritos poderiam ocorrer.

Três dias antes da data do início de cada treinamento, a lista dos inscritos foi disponibilizada, conforme rotina interna de cada instituição e a pesquisadora enviou um *e-mail* confirmatório da inscrição, bem como solicitação de aviso, caso o inscrito estivesse impedido de comparecimento. Esse procedimento foi repetido no dia anterior a cada encontro, como tentativa de recordar o participante do compromisso assumido e de garantir-lhe a viabilidade da proposta metodológica.

A capacitação ocorreu em cada cidade respectiva (Assis e Marília) durante os meses de novembro/2008 a fevereiro/2009, em local de fácil acesso e apropriado para o fim do estudo, sem qualquer ônus para os participantes. A duração da capacitação foi de doze horas divididas em três encontros de quatro horas cada, com intervalo de vinte minutos e aconteceu durante os dias da semana e no horário das 14h às 18h.

O programa de capacitação respeitou uma matriz pedagógica na qual constam os objetivos e a divisão por aulas com conteúdos e estratégias utilizadas (APÊNDICE D).

No primeiro encontro, em cada turma, antes do início das atividades, os participantes foram mais uma vez esclarecidos, por meio da exposição oral dialogada, sobre a proposta e os objetivos da capacitação, e, posteriormente, as pessoas que não tinham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o fizeram. A exposição oral dialogada foi utilizada visto ser uma estratégia de ensino aplicável aos grupos desse tamanho, por ela permitir a associação do uso de recursos audiovisuais e ainda, favorecer a participação dos envolvidos. Todos os participantes foram submetidos à verificação inicial, com duração de quinze minutos, que constou de oito perguntas, todas elas relacionadas à compreensão sobre a comunicação e do entendimento sobre o processo de envelhecimento, bem como os fatores de interferência na comunicação com o idoso (APÊNDICE E).

A cada encontro a pesquisadora recomendou filmes para serem assistidos e/ou a leitura de textos que reforçassem a temática discutida, como uma estratégia de colaborar e reforçar os conhecimentos tratados e, assim, facilitar a construção da competência em comunicação. Ressalta-se que cópias xerográficas de, pelo menos, um artigo em cada encontro foi distribuído para cada participante, bem como pasta com bloco de anotação, caneta, crachá de identificação nominal e o resumo do assunto tratado no referido encontro.

A avaliação do programa foi feita em dois momentos: um imediato, por meio da verificação de assimilação, no final de cada encontro, em que foi aplicado um questionário aos participantes (APÊNDICE F), com a finalidade de se checar se o programa atingiu aos objetivos expostos; e, no segundo momento, após a decorrência de noventa dias do término da capacitação (último encontro), quando a pesquisadora retornou às instituições, exibiu um trecho de filme com duração de doze minutos e aplicou o questionário para a verificação mediata. Enfatiza-se que essa verificação não teve as mesmas perguntas que foram realizadas no momento da verificação da assimilação imediata, mas sim, a preocupação em avaliar o reconhecimento prático das funções da comunicação não-verbal em cada uma de suas dimensões; daí ter sido escolhido cenas de um filme que retratavam o idoso na condição de hospitalização (APÊNDICE G).

O tempo para a verificação imediata em cada encontro foi de vinte e cinco minutos e na mediata foi de quarenta minutos. A justificativa de se verificar a compreensão do exposto no programa de capacitação, em dois momentos, deu-se pelo fato de o indivíduo apresentar a memória imediata, retendo informações por algum tempo, e a memória permanente, por saber que ela é reforçada pelas construções individuais. A competência em comunicação não-verbal com o idoso passa a ganhar significado quando estes reúnem as experiências vividas durante o intervalo e as associam com o conteúdo trabalhado durante a capacitação⁷⁶.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado por meio da leitura e classificação das respostas de cada pergunta existente na avaliação inicial e nas três avaliações imediatas. Para isso, todas as respostas foram cuidadosamente separadas por avaliação sendo digitalizadas no Programa Excel -versão 2003, em planilha distinta. Depois de realizar conferência dos dados digitados, as planilhas foram impressas. Cada resposta foi lida tantas vezes quantas fossem necessárias, até reconhecer suas similaridades. Nessa ocasião, a pesquisadora destacou a essência do pensamento escrito e consultou o gabarito teórico com as respostas corretas para cada questão.

Diante disso, foi possível agrupar as respostas e definir os títulos dos agrupamentos. Ressalta-se que cada uma das turmas possui semelhanças e diferenças entre si e passa a constituir interesse de comparação na assimilação do programa proposto.

O tratamento dos dados referentes à avaliação mediata, após os participantes assistirem a trechos do filme intitulado “Antes de Partir” (Diretor: Rob Reiner; Distribuidor: Warner Bros; Ano: 2008), foi baseado no reconhecimento das funções da comunicação não-verbal e da relação destas em cada uma de suas dimensões.

As respostas de cada participante, contendo as descrições dos momentos selecionados por ele, foram cuidadosamente lidos e corrigidos tanto no aspecto de pertinência das funções da comunicação não-verbal, quanto na identificação da(s) dimensão(ões) da comunicação não-verbal enquadrada na referida cena. Portanto, os resultados apresentam o reconhecimento das funções e sua correlação com dimensões não-verbais. Planilhas do Programa Excel - versão 2003 foram usadas para o tratamento dos dados.

Para validar os momentos selecionados pelos participantes, no trecho do filme escolhido pela pesquisadora, optou-se por convidar dois profissionais considerados *experts** em comunicação não-verbal para que determinassem o número de momentos que cada função da comunicação não-verbal estivesse presente e, ainda, que identificassem quais as dimensões contempladas. Eles emitiram um relatório final, onde 201 momentos foram considerados como sendo de oportunidades para evidenciar tanto a função como a dimensão do não-verbal (APÊNDICE H).

* Membros do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem, cadastrado no CNPq e ligados à Pós-Graduação da EEUSP.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS TURMAS E DOS PARTICIPANTES

O treinamento proposto foi realizado para cinco turmas distintas, duas na cidade de Marília e três na cidade de Assis. Apesar de 132 pessoas terem se inscrito na capacitação, houve desistência e faltas, totalizando 117 participantes efetivos.

O conteúdo programático da capacitação foi dividido de forma que fosse possível tratar dos assuntos propostos em três encontros, conforme já mencionado anteriormente. Contudo, apresenta-se na **Tabela 1** o número diferente de participantes em cada encontro, mas que por coincidência manteve-se em 117.

Tabela 1 - Distribuição do número dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo turma, cidade e encontro, nov. 2008 a fev. 2009

Encontros da Capacitação			
Turma	Primeiro	Segundo	Terceiro
A – Cidade 1	24	25	24
B – Cidade 2	16	16	16
C – Cidade 1	31	29	31
D – Cidade 2	13	14	13
E – Cidade 1	33	33	33
Total	117	117	117

A Tabela 2 mostra a distribuição relativa e percentual dos participantes e revela que 71,8% (84) eram de profissionais divididos em nível técnico e superior, perfazendo, respectivamente, 23,1% e 48,7%. Os demais, 28,2% (33) da população foram formados por graduandos. A média de participantes nas turmas foi de 23 pessoas, sendo o limite inferior de 13 e o superior de 33.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo turma, cidade e categoria do inscrito, nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Técnicos de Enfermagem		Graduandos		Profissionais de Nível Superior		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
A	03	12,5	15	62,5	06	25,0	24	20,5
B	03	18,7	09	56,2	04	25,0	16	13,7
C	13	41,9	00	0,0	18	58,1	31	26,5
D	01	7,7	02	15,4	10	76,9	13	11,1
E	07	21,2	07	21,2	19	57,6	33	28,2
Total	27	23,1	33	28,2	57	48,7	117	100,0

O **Gráfico 1** ilustra as diferentes turmas no que se refere às categorias (profissionais – nível superior e técnico e graduandos).

Gráfico 1 - Representação gráfica da média de idade em anos dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação em Gerontologia, conforme turma e categoria

Em relação ao gênero e a idade, as **Tabelas 3, 4 e 5** revelam que, dos participantes, 80,3% (94) eram mulheres com idade média de 35,7 anos, sendo as graduandas com média de 24,7 anos e as profissionais de 39,6 anos. Os homens compuseram 19,7% (23) da população, tinham 29,6 anos em média de idade, o que mostra que eram mais novos que as mulheres; isso se manteve também entre os graduandos (25,7 anos) e os profissionais (32,0 anos). A média geral de idade dos participantes, independentemente do gênero, foi de 34,5 anos, tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 59 anos.

Quanto à categoria e o gênero, verificou-se que, do grupo formado por 84 profissionais (técnico e nível superior) participantes, 83,3% (70) eram de mulheres e 16,7% (14), de homens. Ao comparar homens e mulheres e suas respectivas categorias, pode-se constatar que nos homens, os profissionais representaram 60,9% e nas mulheres, 74,5%. Já em relação à categoria de graduando, a representatividade foi maior entre os homens (39,1%) que nas mulheres (25,5%).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo gênero e faixa etária em anos, nov. 2008 a fev. 2009

Faixa Etária	Mulheres		Homens		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
20 – 29 anos	31	26,6	13	11,1	44	37,6
30 – 39 anos	30	25,6	07	6,0	37	31,6
40 – 49 anos	22	18,8	03	2,6	25	21,4
50 – 59 anos	11	9,4	00	0,0	11	9,4
Total	94	80,3	23	19,7	117	100,0

Tabela 4 - Distribuição das mulheres participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo faixa etária em anos e tipo de categoria inscrita, nov. 2008 a fev. 2009

Faixa Etária	Graduandas		Profissionais		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
20 – 29 anos	19	20,2	12	12,8	31	33,0
30 – 39 anos	04	4,3	26	27,7	30	31,9
40 – 49 anos	01	1,1	21	22,3	22	23,4
50 – 59 anos	00	0,0	11	11,7	11	11,7
Total	24	25,5	70	74,5	94	100,0

Tabela 5 - Distribuição dos homens participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo faixa etária em anos e tipo de categoria inscrita, nov. 2008 a fev. 2009

Faixa Etária	Graduandos		Profissionais		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
20 – 29 anos	07	30,5	06	26,1	13	56,5
30 – 39 anos	01	4,3	06	26,1	07	30,5
40 – 49 anos	01	4,3	02	8,7	03	13,0
Total	09	39,1	14	60,9	23	100,0

Ao analisar os participantes no que se refere à categoria profissional de nível superior e de graduandos, observou-se uma representatividade considerável da enfermagem, alcançando 65,7% (59) do total; o que se explica pelo fato de a enfermagem representar o maior contingente de pessoal contratado como profissional

de saúde de nível superior. A medicina foi a segunda de maior representação, porém pela presença de graduandos em medicina e não de formados (12,2%), seguida bem próxima da psicologia (11,1%). A **Tabela 6** expõe essa distribuição.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo área de/em formação superior dos profissionais e graduandos, nov. 2008 a fev. 2009

Áreas	Graduandos		Profissionais		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Enfermagem	24	26,7	35	38,9	59	65,7
Educação	00	0,0	04	4,4	04	4,4
Medicina	07	7,8	04	4,4	11	12,2
Psicologia	02	2,2	08	8,9	10	11,1
Serviço	00	0,0	06	6,7	06	6,7
Total	33	36,7	57	63,3	90	100,0

A **Tabela 7** apresenta a caracterização dos participantes das diferentes turmas, conforme faixa etária, gênero e categoria.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes por turma do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo gênero, categoria e faixa etária (n =117), nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Gênero	N.º (%)	Categoria	N.º (%)	Faixa Etária	N.º (%)
A	Mulheres	21 (87.5)	Graduandos	15 (62.5)	20 – 29	16 (66.7)
	Homens	3 (12.5)	Profissionais	9 (37.5)	30 – 39	6 (25.0)
					40 – 49	2 (8.3)
					50 – 59	0 (0.0)
B	Mulheres	11 (68.8)	Graduandos	9 (56.3)	20 – 29	10 (62.5)
	Homens	5 (31.3)	Profissionais	7 (43.8)	30 – 39	2 (12.5)
					40 – 49	2 (12.5)
					50 – 59	2 (12.5)
C	Mulheres	27 (87.1)	Graduandos	0 (0.0)	20 – 29	5 (16.1)
	Homens	4 (12.9)	Profissionais	31 (100.0)	30 – 39	10 (32.3)
					40 – 49	10 (32.3)
					50 – 59	6 (19.4)
D	Mulheres	10 (76.9)	Graduandos	2 (15.4)	20 – 29	4 (30.8)
	Homens	3 (23.1)	Profissionais	11 (84.6)	30 – 39	5 (38.5)
					40 – 49	3 (23.1)
					50 – 59	1 (7.7)
E	Mulheres	25 (75.8)	Graduandos	7 (21.2)	20 – 29	9 (27.3)
	Homens	8 (24.2)	Profissionais	26 (78.8)	30 – 39	14 (42.4)
					40 – 49	8 (24.2)
					50 – 59	2 (6.1)

Nota:

N.º = valor numérico relativo

(%). = valor numérico percentual

A turma A possui um predomínio de graduandos, com participantes de ambos os gêneros. A maioria formada por mulheres, 54,2% graduandas e 33,3% profissionais, totalizando 87,5%. A média de idade foi de 27,8 anos, sendo entre as mulheres de 28,2 e entre os homens de 25,3 anos.

A turma B pode ser considerada mista, com participantes de ambos os gêneros e categorias. A maioria da turma foi formada por mulheres, 31,2% graduandas e 37,5% profissionais, totalizando 68,7%. A média de idade foi de 32,1 anos, sendo entre as mulheres de 35,1 e entre os homens de 25,6 anos.

Já a turma C é exclusivamente formada por profissionais de ambos os gêneros. As mulheres são maioria e totalizam 87,1%. A média de idade foi de 39,7 anos, sendo entre as mulheres de 41,4 e entre os homens de 28,2 anos.

A turma D possui predomínio de profissionais (84,6%), com participantes de ambos os gêneros. As mulheres constituem 76,9%, sendo 7,7% graduandas e 69,2% profissionais. A média de idade foi de 34,6 anos, sendo entre as mulheres de 35,4 e entre os homens de 32 anos.

Finalmente, a turma E formada por predomínio de profissionais, com participantes de ambos os gêneros. A maioria formada por mulheres (75,8%), sendo 15,2% graduandas e 60,6% profissionais. A média de idade foi de 35,6 anos, sendo entre as mulheres de 36,2 e entre os homens de 33,6 anos.

A turma C não teve a participação de graduandos e foi nas turmas A (62,5%) e B (56,2%) que eles predominaram. Já os profissionais participaram de todas as turmas, sendo que a turma C foi na sua totalidade e nas turmas D e E sua maioria (84,6% e 78,8%, respectivamente).

O **Gráfico 2** ilustra a média geral das idades dos participantes nas diferentes turmas e a média de idade entre os gêneros da mesma turma.

Gráfico 2 - Representação gráfica da média de idade em anos dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação em Gerontologia, conforme turma e gênero

5.2. COMPREENSÃO SOBRE COMUNICAÇÃO, ENVELHECIMENTO HUMANO E O IDOSO: O INÍCIO

Aqui se inicia a apresentação dos resultados pertinentes ao diagnóstico inicial dos participantes, isto é, antes da capacitação começar.

Esse tópico foi subdividido em duas partes, o primeiro trata dos resultados sobre comunicação e habilidades comunicacionais e o segundo sobre o envelhecimento humano e o idoso.

Com o objetivo de identificar a turma em que a resposta do participante correspondia, optou-se por usar duas letras maiúsculas, a primeira fixada por T, que significa turma e a segunda que assume a letra A, B, C, D ou E expondo a turma.

5.2.1 Comunicação e Habilidades Comunicacionais

Foram agrupadas as respostas sobre o entendimento da comunicação e da comunicação não-verbal, a identificação dos fatores que interferem na comunicação, bem como a compreensão de ser hábil e/ou competente na comunicação interpessoal que os participantes elencaram no momento inicial do programa.

5.2.1.1 Entendimento sobre comunicação

Construíram-se três grupos de respostas diante do entendimento atribuído à comunicação, a saber: **a) estabelecer relações e expressar sentimentos** (43,6%); **b) mensagem transmitida e recebida** (21,4%); **c) ideias construídas citando os recursos verbal e não-verbal** (34,2%).

Os resultados com os respectivos percentuais das respostas, conforme o agrupamento proposto, considerando a turma que os participantes pertenciam, também foi verificado; a **Tabela 8** a seguir mostra os valores.

Tabela 8 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério de agrupamento que revela entendimento sobre comunicação humana; nov. 2008 a fev. 2009

Critérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Estabelecer relações e expressar sentimentos	41,7	50,0	32,3	38,5	54,5
Mensagem transmitida e recebida	20,8	25,0	25,8	30,7	15,2
Ideias citando os recursos verbal e não-verbal	37,5	25,0	41,9	30,7	30,3

O primeiro agrupamento intitulado **estabelecer relações e expressar sentimentos** foi composto pelas respostas que valorizaram o jeito pelo qual as palavras usadas podem ajudar a criar vínculos e amizades, estabelecer relacionamentos pessoais, formas de fazer contato verbal, meios de conhecer, compreender e lidar com o outro, conversar, falar e ouvir, agir e reagir, expor ideias, desejos e percepções, partilhar sentimentos, expressar necessidades e vontades, interação e relacionamento interpessoal. Algumas falas ilustram o agrupamento:

- *“É a capacidade que temos, ou pelo menos deveríamos ter, em expressarmos aquilo que queremos ter, fazer, aprender. Enfim, passar aquilo que estamos sentindo.”(TA)*

- *“Maneira de expressar sentimentos e reações.”(TA)*
- *“É o meio no qual nos relacionamos com as pessoas, onde se permite obter conhecimento sobre algum assunto e sentimentos, forma de criar vínculo como a amizade com uma determinada pessoa.”(TA)*
- *“É o ato de falar e ouvir, se expressar e se conhecer.”(TE)*
“É como você se relaciona com as pessoas, é a forma de você se dá com as pessoas, envolve expressões, sentimentos e linguagem.”(TB)
- *“Meio que se estabelece vínculo entre as pessoas, se expõe às ideias, pensamentos. Faz parte do relacionamento interpessoal.”(TB)*
- *“Quando uma pessoa tem a capacidade de demonstrar o que está pensando, suas vontades ou que está sentindo pela outra pessoa.”(TE)*

Mensagem transmitida e recebida foi o segundo grupo e englobou as respostas em que a comunicação ficou restrita à transmissão e ao recebimento de mensagens, orientações e informações.

- *“É a forma com que o profissional passa para o paciente orientações e cuidados, assim contribuindo na melhora do quadro físico e mental do paciente.”(TB)*
- *“É a maneira, o jeito técnico utilizado para passar mensagens.”(TE)*
- *“Consiste na transmissão de uma mensagem até um receptor, que ao recebê-la faz um processamento e entende.”(TD)*
- *“A comunicação acontece quando um fornecedor consegue transmitir algum tipo de informação a um receptor.”(TC)*

O grupo **ideias construídas, citando os recursos verbais e não-verbais** reuniu as respostas, que compreenderam a comunicação como um momento de construção de pensamentos e ideias compartilhadas, e que para tal utiliza-se da palavra falada, escrita e dos elementos não-verbais, sendo citados: gestos, tom de voz, expressão facial, olhares.

- *“É o ato de nos expressar, podendo ser de vários tipos, escrita, falada e não-verbal. A forma que mais usamos é a verbal, pois é de mais fácil entendimento. A não-verbal é utilizada por gestos que podem ser visuais e sonoros.”(TA)*
- *“Quando se sabe usar os gestos e sinais para se expressar e ser então entendido.”(TD)*

- *“Maneira, gesto, modo de falar, tom da voz que quando usados podem expressar as ideias, diz o que se quer com as outras pessoas, assim, elas percebem e também respondem se entenderam ou não.” (TC)*
- *“É um processo que envolve mensagem a ser transmitida (usa o verbal e o não-verbal); emissor (aquele que emite a mensagem, mas que também recebe porque vê se outro entendeu); receptor (aquele que capta a mensagem, mas que também emite), mas tudo isso tem o meio na qual a mensagem se propaga (corpo, fala, aparelhos).”(TB)*
- *“É a arte de entendimento, colocação das ideias e pensamentos, mostra insatisfações por meio, como o verbal e não-verbal, isto é, não precisa ser necessariamente falada, pode ser feita pelo olhar, pelos gestos e sinais.”(TC)*

Incluiu também a referência feita às **imagens e pinturas**, como sendo esses recursos de comunicação que devem ser valorizados, como expressa essa contribuição de um dos participantes.

- *“É a forma de expressão viva utilizada para se comunicar e viver bem. Pode ser feita pela fala, pela escrita e por gestos, imagens e figuras/desenhos também revelam sentimentos.” (TB)*

5.2.1.2 Entendimento sobre comunicação não-verbal

Os resultados ante o questionamento do que os participantes sabiam a respeito da comunicação não-verbal, bem como sua finalidade, puderam ser classificados em: **a) muito pertinente**, atribuídas as respostas que contemplaram na sua descrição (direta ou indireta) duas ou mais funções e uma das dimensões da comunicação não-verbal (7,7%); **b) pertinente**, quando as respostas revelaram somente uma dimensão ou uma função da comunicação não-verbal (82,1%); **c) não pertinente**, quando foram mencionados entendimentos sem referenciar dimensões e/ou funções que estavam sendo investigadas (9,3%).

Tabela 9 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009

Crítérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito pertinente	8,3	6,3	0,0	15,4	1,2
Pertinente	91,7	87,5	87,1	69,2	72,7
Não pertinente	0,0	6,2	12,9	15,4	15,2

Optou-se ainda, por apresentar o quantitativo das respostas, no sentido das citações que contemplaram somente função, somente a dimensão ou ambas (função e dimensão) da comunicação não-verbal.

Tabela 10 - Distribuição das respostas dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, segundo citação da dimensão e função da comunicação não-verbal, nov. 2008 a fev. 2009

Valorização na Citação da Resposta	N.º	%
Somente dimensão do não-verbal	33	28,2
Somente função do não-verbal	14	12,0
Dimensão e função do não-verbal	59	50,4
Sem citação	11	9,4
Total	117	100,0

Dentre as funções da comunicação não-verbal mencionadas, destacam-se aquelas cujos discursos expressaram de alguma maneira atividades e/ou atitudes que pudessem revelar a substituição do verbal, sua complementação ou ratificação, bem como o estabelecimento de relações pessoais e a demonstração de sentimentos e necessidades.

Dos 73 participantes que citaram uma ou mais características, que puderam ser classificadas como sendo dimensão do não-verbal, os resultados revelaram a cinésica (90,4%), a tacésica (15,1%), a paralinguagem (9,5%), as características físicas (8,2%) e o ambiente (4,1%), como as dimensões mencionadas.

5.2.1.3 Fatores de interferência na comunicação

Já em relação à identificação dos fatores que interferem na comunicação, os resultados foram tratados e agrupados, conforme tipo de vinculação nas: **a) condições individuais da própria pessoa** (32,5%), representadas pelas habilidades comunicacionais (verbal e não-verbal), valores, sentimentos e personalidade intrínseca, grau de atenção, segurança, interesse e empatia estabelecida, preconceitos e estereótipos existentes e expostos, segurança técnica explícita; **b) condições que dependem somente do outro** (15,4%), como características físicas, condições cognitivas e emocionais, presença de patologias, tipo de personalidade, sexo, idade, escolaridade, situação social e econômica; **c) condições próprias do binômio** (a pessoa e o outro – 44,4%), representadas pelo descrito nas categorias anteriores, acrescidas da necessidade e disponibilidade para estabelecer a comunicação; **d) outras possibilidades externas**, perfazendo 4,3%, como tempo reduzido e acúmulo de tarefas, o tipo de ambiente e a presença de ruídos, tipo de mensagem, canal de comunicação utilizadas e influência da mídia; **e) nenhuma condição** (não souberam identificar – 6,0%).

A **Tabela 11** revela o percentual das respostas mencionadas, conforme turma dos participantes.

Tabela 11 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério de agrupamento dos fatores que interferem na comunicação humana; nov. 2008 a fev. 2009

Crítérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Condições individuais da própria pessoa	33,3	18,8	19,4	23,1	54,5
Condições que dependem somente do outro	37,5	6,2	12,9	23,1	3,0
Condições próprias do binômio	25,0	62,5	51,6	38,5	30,4
Outras possibilidades externas	4,2	12,5	6,4	0,0	0,0
Nenhuma condição	0,0	0,0	9,7	15,3	6,1

5.2.1.4 Entendimento sobre habilidade e competência comunicacional

Quando questionados sobre ser hábil ou competente ao comunicar-se com as pessoas, os participantes da pesquisa escreveram alguns requisitos ou características que reconheceram ser importantes; muitas foram bem elaboradas, claras e pontuais como *“é saber ouvir, dar oportunidade das pessoas participarem, se colocarem, exporem suas opiniões, baseado nisso ter amadurecimento de conseguir fazer adaptações se assim forem necessárias, usando bom senso, conhecimento, postura corporal que revele segurança, entusiasmo e ainda, dar feedback daquilo que foi colocado. Saber ouvir e saber falar com linguagem apropriada, e boa voz também são importantes para alcançar as metas e ajudar o grupo/pessoa no que for necessário”* (TC). Outras respostas foram mais simples *“é quando se é expressivo, educado e se consegue passar bem o recado e o outro entende.”*(TA), e ainda algumas não responderam o questionado como: *“é fazer tudo.”*(TE)

As respostas foram ordenadas e analisadas, sendo construídos sete grupos distintos centrados, a saber: **a) conhecimento técnico do assunto** (6,8%); **b) percepção do não-verbal e verbal** (12,8%); **c) necessidade, reação e compreensão do outro** (47,8%); **d) contexto espacial e temporal** (8,5%); **e) maneira de lidar com o outro** (12,0%); **f) qualidade e facilidade da oratória** (29,1%) e **g) respostas dispersas** (6,8%), incapazes de retratar o questionamento. Cabe ressaltar que algumas migraram em mais de um grupamento, portanto, o percentual total não somou os 100% como de praxe.

A **Tabela 12** revela o percentual das respostas mencionadas conforme turma.

Tabela 12 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento sobre habilidade e competência comunicacional; nov. 2008 a fev. 2009

Critérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Conhecimento técnico	12,5	6,2	3,2	0,0	9,7
Percepção não-verbal e verbal	16,7	12,5	12,9	15,4	9,7
Necessidade, reação e compreensão do outro	37,5	62,5	45,2	61,5	48,4
Contexto espacial e temporal	16,7	12,5	6,4	0,0	6,4
Maneira de lidar com o outro	16,7	18,9	12,9	7,7	6,4
Qualidade e facilidade da oratória pública	33,3	25,0	75,0	15,4	25,8
Respostas dispersas	0,0	0,0	0,0	15,4	19,4

O primeiro agrupamento citado, **centrado no conhecimento técnico**, englobou as respostas que deram valor ao domínio do assunto tratado. Eis um exemplo:

- *“É saber o que falar, entender e transmitir sem se preocupar e sem cansar o outro.” (TE)*

Já no segundo, **centrado na percepção do não-verbal e verbal**, foram reunidas as respostas que continham direta ou indiretamente menções sobre a qualidade e entonação da voz, uso intencional da postura corporal, com destaque na forma de olhar e de expressões faciais que possam revelar segurança, confiança, simpatia do locutor principal e ainda, a utilização da linguagem apropriada que valorizasse as condições social e cultural do outro. Algumas descrições foram selecionadas para ilustração:

- *“É falar a linguagem da pessoa com quem você está se comunicando, também sabendo falar de maneira que ela entenda e a transmissão aconteça.” (TA)*
- *“Quando se fala bem, de forma que a outra entenda, por isso o tom da voz é importante, como a expressão facial e corporal também é...” (TC)*

O grupo, **centrado na necessidade, reação e compreensão do outro**, foram aquelas respostas que o destaque foi dado ao fazer-se ser entendido, atender às expectativas e necessidades do outro, observar as reações do ouvinte como estratégia de saber se está sendo eficaz, saber ouvir, ser bom observador, valorizar a interação pessoal, usar o *feedback* como avaliação e continuidade da comunicação e detectar que o outro entendeu, captou e compreendeu a mensagem transmitida.

- *“É fazer ser entendido e atender às expectativas do paciente, compreendendo suas necessidades, sabendo ouvir e observar o todo.” (TD)*
- *“É quando não esqueço e obtenho alguma forma o retorno do que foi dito, a resposta da comunicação.” (TD)*

Centrado no contexto espacial e temporal foi o grupo de respostas que citou a escolha do lugar e o uso do tempo adequadamente favoreçam o assunto e o grupo, em que a pressa deva ser evitada sem contudo ser cansativo. A descrição a seguir explicita bem:

- *“Saber se expressar sem ser cansativo, usando bem o tempo.” (TB)*
- *“É ser uma pessoa que fala bem, na hora e lugar certo, sem pressa, mas com atenção.” (TA)*

O quinto grupo, denominado de **centrado na maneira de lidar com o outro**, agrupou valor atribuído às qualidades de personalidade, como ser calmo, atencioso, simpático, compreensivo, interessado, sincero, afetuoso, carinhoso, respeitoso e educado ao comunicar-se com as pessoas. Eis exemplos:

- *“Olhar no rosto das pessoas, dando toda atenção que se merece, sendo educado, simpático e carinhoso.” (TA)*
- *“Ser simpático e ter compreensão.” (TA)*
- *“É preciso ser educado, paciente, saber ouvir a outra com jeito bom.” (TD)*

Finalmente, **centrado na qualidade e facilidade da oratória pública** reuniu aquelas respostas voltadas à clareza da explanação da mensagem, uso de exemplos, explicação com objetividade e simplicidade, como também a facilidade de se expor em público, tomar iniciativa e ser extrovertido.

- *“Ser o mais claro e explícito possível.” (TC)*
- *“Falar claramente ou expor suas ideias com clareza, objetividade, dando exemplos para facilitar o entendimento.” (TB)*
- *“A pessoa ser desinibida ajuda bastante...” (TE)*
- *“Quando o indivíduo se expressa bem, sabe ser dinâmico, simples na frente das pessoas, não tem vergonha.” (TE)*

5.2.2 Envelhecimento Humano e o Idoso

Com base na análise das respostas, sobre o que seria o envelhecimento humano, oito grupos foram determinados: **a) parte da evolução da vida que traz experiências (18,8%); b) parte da natureza, em que as experiências são acumuladas e que constituem um mistério (4,3%); c) perda da alegria e ganho do isolamento (6,0%); d) época de valorização do carinho e do respeito (5,1%); e) etapa inevitável que traz desgaste e preconceito (17,9%); f) etapa de transformações que acarretam fragilidades, limitações e incapacidades, que requerem atenção (29,9%); g) consequência da vida e presença de doenças (10,2%); h) processo fisiológico próprio do ser humano, que sofre influência das condições biológicas, sociais e psicológicas que se teve durante a vida e onde a**

doença pode ou não estar presente (5,1%). Ressalta-se que 1,7% dos participantes não conseguiram responder ao questionamento.

A **Tabela 13** exibe essas respostas, conforme turma dos participantes.

Tabela 13 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme entendimento sobre o envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009

Crítérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Parte da evolução da vida que traz experiências	16,7	0,0	45,2	7,7	9,1
Parte da natureza, em que experiências são acumuladas e que constituem um mistério	0,0	0,0	0,0	15,3	9,1
Perda da alegria e ganho do isolamento	4,2	6,2	6,4	0,0	9,1
Época de valorização do carinho e do respeito	8,3	0,0	3,2	7,7	6,1
Etapas inevitáveis que traz desgaste e preconceito	25,0	37,5	9,7	0,0	18,2
Etapas de transformações que acarretam fragilidades, limitações e incapacidades, que requerem atenção	37,5	31,2	22,6	30,8	30,3
Consequência da vida e presença de doenças	8,3	6,2	9,7	30,8	9,1
Processo fisiológico próprio do ser humano, que sofre influência das condições biológicas, sociais e psicológicas que se teve durante a vida e onde a doença pode ou não estar presente	0,0	18,8	0,0	7,7	6,1
Em branco	0,0	0,0	3,2	0,0	3,0

Parte da evolução da vida que traz experiências foi o grupo que, em geral, englobou o entendimento sobre o envelhecimento vinculado às vivências que podem, de alguma maneira, não somente serem expostas, mas também aproveitadas pelas pessoas, que revelam o acúmulo de saberes, revelam amadurecimento, possibilidade de estar, ensinar e aprender com os outros.

- “*Época de evolução, onde se ganha mais experiência e vivência e se pode falar delas com as pessoas.*” (TA)
- “*Fase do amadurecimento do homem, mostra o aprendizado da vida.*” (TA)
- “*É o acúmulo do saber, da experiência da vida e mesmo que surgem patologias não limitam os idosos de conseguirem expor seu saber na prática, eles conversam e as pessoas aproveitam.*” (TC)

- *“Para mim, quero viver muito, se o Senhor Deus permitir. Hoje está muito difícil, mas eu acredito que envelhecer é ainda começar, pois posso ser feliz, posso estar com as pessoas que amo, inclusive com maior qualidade, posso ensinar e aprender com elas.” (TD).*

Já a **parte da natureza, em que experiências são acumuladas e constituem um mistério** foi o grupo que enfatizou o envelhecimento humano como um período no qual as experiências foram reunidas, mas não há um sentido para isso, não se sabe os motivos que desencadeiam mistério. As respostas a seguir exemplificam bem as características desse agrupamento:

- *“Acredito que seja um mistério, onde se tem toda a experiência, um acúmulo de coisas.” (TD)*
- *“Experiência de vida acumulada e que não se sabe porque funciona assim.” (TE)*
- *“É uma fase da vida, parte da natureza, onde as experiências diárias fazem com se saiba mais que os mais jovens. Sei que temos um desgaste natural das nossas células e sistema, mas tudo é muito estranho e não se sabe muito bem o porquê disso.” (TE)*

Perda da alegria e ganho do isolamento englobou os entendimentos com ênfase na perda do riso, da alegria por viver, na possibilidade do sofrimento. Aqui, o isolamento social se mostrou valorizado, como se pode ver nas respostas:

- *“Degradação do organismo humano, não mais tempo para o riso, se está só. A solidão traz todo tipo de sofrimento, até que ponto existe alegria.” (TE)*
- *“Algo natural e que com muita “sorte” chegaremos lá (rs), mas na verdade, sofreremos por estar sozinhos, sem motivo de se alegrar.” (TE)*
- *“Endurecimento da vida, do rosto, todos passam, cabe a nós entender mais sobre ele, por isso tou aqui nesse curso, porque quero quando for idosa sofrer menos.” (TB)*
- *“Não há muitas coisas para se aproveitar, existe um isolamento, as pessoas não estão mais perto e isso deve trazer tristeza.” (TC)*

Pode-se, também, reunir as respostas cuja ênfase foi dada ao carinho, dedicação, zelo, amor, família, respeito, permitindo a construção do grupo, **época de**

valorização do carinho e do respeito. A seguir, algumas exemplificações que retratam o explicitado.

- *“Fase onde se quer mesmo é carinho e zelo, família por perto.” (TA)*
- *“Época do respeito.” (TA)*
- *“É uma época da vida, que se deseja mais afeto, dedicação, carinho, é quando o respeito precisa acontecer.” (TC)*
- *“Uma fase da vida, que todo homem irá passar, tempo de amor e carinho.” (TD)*
- *“Se nasce, cresce e morre, claro que tendo uma vida cheia de carinho e respeito é bom e importante, pena que nem sempre nos lembramos disso. O respeito precisa prevalecer, caso contrário, a dignidade perecerá.” (TE)*

Etapa inevitável que traz desgaste e preconceito englobou as respostas que mostrava o quanto o envelhecimento estava relacionada como etapa desgastante, conflitante, regada de preconceito e que não era dependente do querer individual, eis algumas selecionadas:

- *“É a etapa onde existe desgaste físico e psicológico, sofrido pelos anos que passam.” (TC)*
- *“Fase da vida que ta aí e que não tem como evitar, época conflitante para ser e lidar com a velhice, pois ninguém quer ser, ficar ou parecer velho. Mas, no fundo não se trata de querer, vamos envelhecer e isso não tem jeito, existe muito preconceito mesmo.” (TC)*
- *“Tudo se envelhece, o homem também, a diferença que o preconceito está presente em todos os lugares, época de perdas e desgastes.” (TB)*

O grupo denominado **etapa de transformações que acarretam fragilidades, limitações e incapacidades, que requerem atenção** foi constituído pela compreensão do envelhecimento como uma parte da vida em que modificações nos diversos sistemas corporais trazem malefícios, perda da qualidade de vida, causa dependência, incapacidade física e mental, limitação do ir e vir, torna-se frágil, a associação de necessitar de atenção foi também exposta, como revela essas respostas selecionadas:

- *“É uma parte da vida, onde existe o definhamento físico, ou seja, diminuição da capacidade física em vários aspectos, mas também se tem a perda do mental, a dependência ocorre.” (TD)*

- *“Etapa que ocorre quando as funções orgânicas vão se degenerando, torna o indivíduo limitado para ir e vir e também para realizar ações do dia-a-dia.” (TD)*
- *“É uma fase que nosso organismo, por estar sentindo, necessita de maiores compreensões, atenção e tempo das pessoas. Perde-se a audição e os reflexos são mais lentos.” (TA)*
- *“Consiste em transformações progressivas das partes biológicas, fisiológicas e sociais na vida do idoso, que acabam por lhe causar maiores necessidades de atenção, as fragilidades tornam ele vulnerável a patologias.” (TA)*
- *“Pra mim envelhecimento é bem parecido com limitação física e incapacidade de decidir e resolver as coisas. A atenção e o cuidado são essenciais.” (TE)*

O penúltimo agrupamento intitulado de **consequência da vida e presença de doenças** agrupou as respostas referentes ao envelhecimento como uma resposta da vida na qual todos passam e que se associa com a instalação e o acúmulo de doenças.

- *“Ocasão onde o corpo e a mente sofrem a consequência dos anos, do tempo passado e vivido, uma espécie de consequência da vida, onde a doença vem, querendo ou não.” (TC)*
- *“Uma consequência que todos nós vamos um dia passar.” (TC)*
- *“Natural da vida e que um dia vai se passar por ele.” (TB)*
- *“Resposta da vida, com acúmulo de sabedoria e de doenças também.” (TA)*
- *“Faz parte do ciclo natural da vida, uma consequência, doenças se instalam.” (TD)*

Finalmente, **processo fisiológico próprio do ser humano, que sofre influência das condições biológicas, sociais e psicológicas que se teve durante a vida e onde a doença pode ou não estar presente** foi que englobou as respostas que compreendem o envelhecimento não enquanto uma etapa, fase, época ou parte da vida, mas como um processo que possui associações individuais, recebe influências das condições de vida e saúde, do estilo de viver e se relaciona com o decorrer da vida, que pode ter ou não a presença de doenças. Eis algumas respostas que ilustram esse grupo:

- *“Andamento natural da vida, que se inicia desde cedo e vai se ocupando, diminuições das funções e funcionamento biológico são reais, mas que depende de como se viveu e se vive, das formas pelas quais as pessoas se relacionaram*

umas com as outras, depende dos sonhos e da busca deles, onde e como se mora, se trabalha também influenciam. Muitos pensam que é a época das doenças, eu discordo, porque elas podem acometer às pessoas independentemente da idade.” (TB)

- *“É uma construção diária, onde se amadurece, mas que não se morre pra vida como muitas insistem em acreditar. Minha opinião é que depende de quem é a pessoa, da personalidade, do estilo dela de vida que ela tem, isto é, o envelhecimento sofre mudanças de acordo com o social, com a saúde, com o emocional e psicológico de cada um, é algo individual.”* (TE)
- *“Prefiro dizer que é uma trajetória da caminhada pela vida, com características específicas, onde as capacidades e não as incapacidades podem e devem ser valorizadas e aproveitadas pelo próprio idoso e por quem está com ele.”* (TB)
- *“Processo gradativo, natural, fisiológico, cultural e psíquico que se evidencia com o decorrer do tempo. Não é estático, é dinâmico, logo, pode sofrer mudanças sempre.”* (TD)

Ao questionar os participantes quanto à percepção que se tinha sobre o indivíduo idoso, pode-se verificar que alguns não conseguiram emitir sua opinião (12%), deixando em branco a resposta da questão, os demais (88%) descreveram sua percepção com o olhar que se tinha ao idoso (imagens e/ou sentimentos para com ele) e/ou com a percepção voltada à avaliação de como os próprios idosos se percebem (imagens e/ou sentimentos que o idoso possui). Eis duas respostas que exemplificam essa diferença:

- *“Amo os idosos, acho eles lindos, acredito que na sabedoria deles, ser idoso é viver e viver é algo maravilhoso, isso porque ser velho não é o fim.”* (TA)
- *“É o indivíduo que se sente hostilizado e abandonado pela sociedade, pede ajuda e requer carinho.”* (TA)

As referidas percepções, excluindo as respostas em branco, foram divididas em quatro grupos distintos: **positivas**, **negativas**, **mistas** e **neutras**; elas juntas totalizaram 102. As **positivas** foram aquelas que revelaram alguma forma de valorização da condição de ser idoso (35-34,3%); as **negativas** foram compostas pelas percepções contrárias ao descrito (23 – 22,5%); as **mistas** que tinham ambas considerações (27 – 26,5%) e as **neutras** que não deixaram claras a presença ou não

da valorização (17 – 16,7%). O **Quadro 1** foi construído para revelar a divisão proposta, utilizando-se de exemplos das respostas dadas.

Quadro 1 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, diante da percepção do indivíduo idoso, nov. 2008 a fev. 2009

Positivas
<i>“Minha percepção é boa, porque eu gosto de conversar com os idosos, tenho paciência com eles.” (TA)</i>
<i>“Um ser extraordinário que merece todo respeito e carinho, o melhor tratamento. Quando eu os vejo, é como se eu quisesse aliviar todo sofrimento e ver eles felizes. Fico feliz quando vejo um sorriso em seus rostinhos.” (TA)</i>
<i>“Pessoas experientes com as quais temos muito para aprender, precisam de respeito e dedicação. Percebo os idosos como um desafio no que se refere à medicina.” (TB)</i>
Negativas
<i>“Tenho medo dessa fase, pois trabalhando na área, consigo perceber como tratamos os idosos, não procuramos saber quem foi essa pessoa e já julgamos dizendo que ele é chato, ou que não aguento mais esse velho.” (TA)</i>
<i>“São pessoas carentes, muitas vezes desmotivadas, que se acham imprestáveis.” (TA)</i>
<i>“Uma pessoa carente seja pelos sofrimentos que passam ou pelos déficits que os anos deram e fabricaram.” (TE)</i>
Mistas
<i>“Um ser rico em experiências, mas pouco valorizado pela sociedade.” (TA)</i>
<i>“Eu acho uma fase muito bonita da vida, pois ele batalhou a vida toda, porém vejo eles como pessoas tristes, abandonadas até mesmo pela família.” (TC)</i>
<i>“Ele pode ser aquele sujeito ativo, disposto realizar várias atividades, alegre e feliz com sua vida, porém velho está sempre desanimado, triste, melancólico, sem disposição.” (TE)</i>
Neutras
<i>“É preciso que as políticas públicas sejam mais efetivas, eu acho que envelhecer é difícil, visto o tremendo preconceito existente.” (TA)</i>
<i>“É ter uma longevidade da vida.” (TD)</i>
<i>“Normal como qualquer outra pessoa, nova ou menos nova, embora muitos os veem como diferentes.” (TE)</i>

A próxima **Tabela 14** mostra as respostas nas diferentes turmas.

Tabela 14 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme percepção do indivíduo idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Critérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Positivas	37,5	53,3	13,0	30,0	40,0
Negativas	16,7	13,3	39,1	10,0	23,3
Mistas	33,3	33,3	21,7	40,0	16,7
Neutras	12,5	0,0	26,1	20,0	20,0

5.2.3 Comunicação e os Fatores de Interferência da Comunicação com o Idoso

A comunicação e suas funções foi entendida como sendo um processo que possui o objetivo de expressar as necessidades pessoais, criar amizades, estabelecer vínculos, identificar as preferências, revelar os sentidos, assegurar a convivência e descobrir os problemas.

Os fatores de interferência na comunicação ao idoso foram divididos em dois grupos: *fatores dificultadores* e *fatores facilitadores*.

As dificuldades na comunicação com o idoso elencadas foram: 52,1% uma condição própria e exclusiva do idoso, visto que ele possui problemas sensoriais, lentidão de pensamento e de linguagem, problemas de memória, são confusos, impacientes, resistentes às mudanças e portadores de várias patologias; 17,1% inerentes às atitudes dos próprios profissionais, pois o tempo é escasso para a multiplicidade de tarefas que precisam realizar, estão cientes que precisam se esforçar ou se envolver mais com o idoso, mas não sabem reconhecer com facilidade as necessidades do idoso; 20,5% associaram que as dificuldades são responsabilidades de ambos (idoso e profissional); 5,1% citaram o ambiente físico e os novos recursos tecnológicos como a *internet* e os celulares como fatores que atrapalham a comunicação com essa clientela e 9,4% não conseguiram responder ao questionamento.

A **Tabela 15** exhibe essas respostas, conforme turma dos participantes.

Tabela 15 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme fatores que dificultam a comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Fatores que Dificultam a Comunicação	Turmas				
	A	B	C	D	E
Ligados à responsabilidade exclusiva do idoso	54,2	31,2	71,0	46,1	45,4
Ligados às atitudes dos próprios profissionais	8,3	18,8	12,9	7,7	30,3
Ligados às dificuldades e às responsabilidades de ambos (idoso e profissional)	37,5	31,2	6,5	30,8	12,1
Ligados ao ambiente físico e aos novos recursos tecnológicos	4,2	0,0	3,2	0,0	12,1
Não conseguiram responder	4,2	18,8	9,7	7,7	9,1

As facilidades reconhecidas, pelos participantes, para a comunicação com o idoso foram: 37,6% associadas ao fato de serem dependentes, vulneráveis, ociosos, carinhosos e carentes, conseqüentemente, precisam do profissional e aceitam o que é oferecido sem muitos questionamentos; 17,1% citaram que as experiências de vida do idoso sensibilizam o profissional e é usada como recurso de iniciar a interação entre o profissional e o idoso; 10,2% relataram que o fato do profissional ser simpático, ter amor pelo que faz, respeito pelos mais velhos, isso poderia colaborar na comunicação, 8,5% mencionaram que quando a atenção do profissional fica voltada às necessidades do idoso, faz com que eles ouçam suas histórias e que aumentem o tom da voz ou mesmo falem mais devagar para auxiliar na conversação; 6,8% identificaram que o idoso deseja que o profissional esteja com ele, com tempo de interação, que faça uso de palavras simples, atenda-o rápido, que revele atitudes de carisma, interesse e atenção, uma vez que estas trazem confiança e favorecem o vínculo ajudando na comunicação; 4,3% lembraram que o uso da comunicação não-verbal e o uso de atividades diferentes das rotinas existentes possam estimular a interação; finalmente, 17,9% não conseguiram responder à pergunta.

Tabela 16 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme fatores que facilitam a comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Fatores que Facilitam a Comunicação	Turmas				
	A	B	C	D	E
Ligados à dependência e carência do idoso	37,5	62,5	29,0	38,5	33,3
Ligados às experiências de vida do idoso que sensibilizam o profissional	25,0	0,0	6,4	15,4	30,3
Ligados às atitudes de simpatia e respeito do profissional	4,2	12,5	19,4	7,7	18,2
Ligados à valorização das necessidades e peculiaridades do idoso	16,7	6,3	9,7	15,4	6,1
Ligados ao desejo do idoso pelo atendimento cordial e rápido	12,5	12,5	6,4	7,7	0,0
Ligados ao uso da comunicação não-verbal e a aplicação de atividades que rompam a rotina hospitalar	0,0	0,0	3,2	0,0	15,1
Não conseguiram responder	8,3	6,3	22,6	15,4	12,1

Ressalta-se que algumas respostas citaram mais de um fator, daí não perfazer o total percentual convencional de cem nas duas condições (dificuldades e facilidades).

5.3 ENVELHECIMENTO, IDOSO E COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL: ASSIMILAÇÃO IMEDIATA

A começar daqui, os resultados são frutos das avaliações feitas após aplicação do programa de capacitação, portanto, uma outra fase da pesquisa, denominada fase de assimilação imediata.

Foram aqui agrupadas as respostas que os participantes elencaram após serem submetidos à capacitação sobre o entendimento do envelhecimento humano, a identificação de recursos que pudessem manter/maximizar a autonomia e a independência do idoso no ambiente hospitalar; os fatores que interferem no processo de comunicação entre o binômio profissional e idoso; bem como as funções e dimensões da comunicação não-verbal.

O grau de assimilação imediata desses pontos também foi calculado de maneira a subsidiar a análise da eficácia da capacitação objeto da investigação. Para isso, cada pergunta foi respondida pela pesquisadora e orientadora, baseada no referencial teórico utilizado e uma lista (gabarito) foi construída com as possíveis respostas. Posteriormente, cada avaliação respondida foi cuidadosamente corrigida e classificada em três graus que pudessem indicar o índice de assimilação do conteúdo ministrado, a saber: **muito satisfatório, satisfatório e insatisfatório**.

Esse tópico foi subdividido em cinco partes, a primeira trata do entendimento sobre envelhecimento humano; a segunda sobre independência e autonomia do idoso; a terceira trata da identificação das interferências na comunicação entre o binômio profissional-idoso; a quarta, o reconhecimento das funções da comunicação não-verbal e, por último, as dimensões da comunicação não-verbal.

5.3.1 Envelhecimento Humano

A avaliação imediata constou de verificar o quanto das respostas possuía conteúdo que pudesse diferenciar o envelhecimento humano das condições do idoso, muito comum de serem confundidas. Portanto, considerou-se como critério de assimilação muito satisfatória as respostas que retrataram pelo menos três dos cinco aspectos do envelhecimento selecionados, a saber. O primeiro, de que se trata de um processo (movimento, dinâmico) inerente à condição humana e não simplesmente uma etapa/fase da vida; o segundo, de que é fruto de uma multiplicidade de situações e condições individuais e/ou coletivas (biológicos, psicológico e sociais); o terceiro, que a presença de limitações e fragilidades pode estar presente e deve ser alvo de atenção e cuidado dos profissionais; o quarto, é de que mudanças biopsicossociais ocorrem naturalmente; e, por último, que presença da doença não é uma realidade absoluta. As respostas que possuíam pelo menos dois dos aspectos citados foram consideradas satisfatórias e, as que tinham construção deturpada dos critérios, em branco ou que apresentasse somente um dos aspectos corretos, como insatisfatório.

Os resultados apontaram que 24,8% dos participantes tiveram assimilação muito satisfatória, 43,6% satisfatória e 31,6% insatisfatória. Entre as respostas insatisfatórias, houve pelo menos 73% que apresentaram um critério correto e os demais 27% não responderam corretamente ou deixaram em branco.

A **Tabela 17** mostra os resultados do percentual da assimilação imediata dos participantes, conforme grupo no que se refere ao entendimento do envelhecimento.

Tabela 17 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação sobre o entendimento do envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	24,0	18,8	31,0	35,7	18,2
Satisfatório	44,0	62,5	41,4	28,6	42,4
Insatisfatório	32,0	18,8	27,6	35,7	39,4

Ao analisar cada critério estabelecido neste estudo como o que retrata o envelhecimento humano, os resultados na ordem decrescente foram: envelhecimento é um processo dinâmico humano (84,6%), seguido pelas mudanças e alterações biopsicossociais presente na terceira idade (35,0%); envelhecimento é resultado de várias condições pelas quais as pessoas passaram e viveram, foram reconhecidos por 28,2% dos participantes; as limitações e fragilidades que ocorrem e que devem ser foco de atenção dos profissionais de saúde para 24,8%; e a doença não necessariamente está presente foi citada em 11,9% das respostas.

A **Tabela 18** expõe os resultados percentuais nos cinco diferentes grupos, conforme os critérios selecionados que revelam o entendimento sobre o envelhecimento humano. Vale ressaltar que a mesma resposta pode ser inserida em mais de um critério de agrupamento.

Tabela 18 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme critério que revela entendimento sobre o envelhecimento humano; nov. 2008 a fev. 2009

Critérios de Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Processo dinâmico humano	100,0	81,3	72,4	85,7	84,8
Mudanças e alterações biopsicossociais presente na terceira idade	36,0	56,3	41,4	35,7	18,2
Resultado de várias condições pelas quais as pessoas passaram e viveram	20,0	25,0	34,5	21,4	33,3
Relacionado às limitações e fragilidades que ocorrem e que devem ser foco de atenção	16,0	25,0	34,5	35,7	18,2

5.3.2 Independência e Autonomia do Idoso

A identificação de estratégias que pudesse colaborar na autonomia e independência do idoso hospitalizado foram também investigadas junto aos participantes. Os resultados revelaram que todos os participantes souberam, na devolutiva solicitada no primeiro dia de curso, citar pelo menos uma estratégia que pudesse favorecer a independência e a autonomia do idoso. A avaliação da assimilação imediata, portanto, foi totalmente satisfatória nesse aspecto. No total as estratégias foram citadas 223 vezes, distribuídas nas turmas no valor decrescente em: A (59 – 26,5%); C e E (54 – 24,2%); B (31 – 13,9%) e D (25 – 11,2%).

As respostas foram organizadas e agrupadas em um ou mais dos três grupos:

a) ligadas ao conhecimento técnico (compreendendo o processo de envelhecimento; mantendo-se atualizado na área de geriatria; planejando as instalações físicas e mobiliárias; dando suporte e incentivando nas atividades de vida diária; compreendendo que o uso do tempo pelo idoso é maior; utilizando a sistematização da assistência de enfermagem como um instrumento de cuidar efetivo; criando momentos de atividades ativas e recreativas; avaliando o grau de funcionalidade e de dependência; estimulando o autocuidado; usando os recursos tecnológicos a favor do contexto – 63,2%); **b) ligadas aos valores éticos** (exercendo princípios como a paciência, atenção, carinho, dignidade e respeito; explicando sobre seus direitos de cidadão; respeitando a privacidade e a dignidade; protegendo de negligências e imprudências; conhecendo sua cultura e hábitos; concedendo liberdade de escolha e decisão – 30,7%); **c) ligadas à comunicação** (atentando-se aos nuances não ditos; não interrompendo quando fala; sabendo escutar; tirando as dúvidas existentes; respeitando o espaço pessoal e territorial; observando e organizando o ambiente; dando respostas simples e seguras; fornecendo espaço para sua fala e exposição de sentimentos e preocupações; considerando ativo no processo de comunicação; encorajando a decidir por seus desejos; “gastando tempo” com a comunicação e fazendo dela um processo de validação – 27,4 %).

A **Tabela 19** apresenta distribuição percentual das respostas dadas pelos participantes de cada grupo no que tange as estratégias colaborativas para a autonomia e independência do idoso.

Tabela 19 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre como as estratégias colaborativas podem favorecer a autonomia e a independência do idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Agrupamento das Estratégias	Turmas				
	A	B	C	D	E
Ligadas ao conhecimento técnico	72,0	75,0	34,5	78,6	69,7
Ligadas aos valores éticos	24,0	43,8	44,8	14,3	24,2
Ligadas à comunicação	32,0	25,0	31,0	7,1	27,3

Aplicou-se o critério de assimilação imediata e considerou-se muito satisfatórias as respostas que continham três ou mais estratégias sugestivas para o favorecimento da independência e autonomia do idoso (22,2%), satisfatória quando citadas duas (41,0%) e insatisfatória na situação de uma citação (36,8%).

A **Tabela 20** apresenta o grau de assimilação imediata nos diferentes grupos.

Tabela 20 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face das estratégias que possam ser proporcionadas aos idosos para favorecer a independência e autonomia; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	33,3	25,0	22,6	23,1	12,1
Satisfatório	45,7	43,7	29,0	53,8	42,4
Insatisfatório	20,9	31,3	48,4	23,1	45,5

5.3.3 Interferências na Comunicação entre o Binômio Profissional-Idoso

As respostas relativas às alterações ligadas ao idoso, que pudessem interferir na comunicação com o profissional, foram devidamente lidas. Optou-se não só em construir com essas respostas nove grupos possíveis de alterações, mas também, em verificar sua frequência, a saber:

- **Alterações sensoriais** como a dor e a diminuição da acuidade visual, auditiva, olfativa e tátil (65,8%).
- **Aspectos cognitivos** que englobaram lentidão do pensamento, problemas na construção da linguagem; perda e alteração da memória e raciocínio (33,3%).

- **Aspectos emocionais e psíquicos**, que continham a citação do medo, solidão, tristeza, ansiedade, depressão, problemas relativos aos familiares, saudade de casa e a própria personalidade do idoso (25,6%).
- **Condições físicas e patológicas** expressadas pela fragilidade e incapacidade física, dependência física, presença de doenças e suas sequelas ou limitações (16,2%).
- **Condições socioculturais** que reuniram as variáveis de idade, sexo, hábitos, costumes e religião que professa (14,5%).
- **Aspectos ambientais** nas quais o idoso se encontra que oferece a ele insegurança, estranheza, e ainda, sua intolerância ao barulho (8,5%).
- **Submissão pessoal**, na qual a carência afetiva fica evidente e o medo de perguntar, de interagir e/ou de atrapalhar estavam presentes (6,8%).
- **Resistência à mudança** caracterizada por não querer conversar sobre o tratamento, aceitar as atividades que são necessárias, não cumprir limites e ainda exigir a presença permanente e longa do profissional (5,1%).
- **Experiência prévia com hospitalização** que promove a convivência do idoso com termos técnicos, e isso nem sempre é de seu entendimento, pela rotinização da qual é submetido que faz com que ele se altere e se sinta invadido e desrespeitado (3,4%).

Vale ressaltar que a mesma resposta pode ser inserida em mais de um grupo de interferências. A **Tabela 21** revela os resultados percentuais nos cinco diferentes grupos, conforme identificação das alterações ligadas ao idoso que podem interferir na comunicação com o profissional de saúde.

Tabela 21 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento das alterações, ligadas ao idoso, que interferem na comunicação com profissional de saúde; nov. 2008 a fev. 2009

Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Alterações sensoriais	52,0	68,7	79,3	71,4	60,6
Aspectos cognitivos	40,0	37,5	37,9	21,1	24,2
Aspectos emocionais e psíquicos	60,0	12,5	10,3	7,1	27,3
Condições físicas e patológicas	24,0	12,5	13,8	14,3	15,2
Condições socioculturais	24,0	18,7	6,9	21,4	9,1
Aspectos ambientais	24,0	0,0	3,4	7,1	6,1
Submissão pessoal	4,0	12,5	13,8	7,1	3,0
Resistência à mudança	0,0	25,0	3,4	0,0	3,0
Experiência prévia com hospitalização	4,0	6,3	3,4	0,0	3,0

Utilizou-se como critério da assimilação muito satisfatória as respostas que continham no mínimo três características distintas entre os grupos classificados (22,3%); satisfatória aquelas que possuíam duas (42,7%); e insatisfatória as respostas erradas e/ou em branco e, ainda, as que tinham somente uma característica citada, mesmo que correta (35,0%). Afirma-se que 93,2% conseguiram descrever pelo menos uma característica.

A **Tabela 22** apresenta o grau de assimilação imediata nos diferentes grupos.

Tabela 22 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação frente as possíveis interferências, ligadas ao idoso, na comunicação com o profissional; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	32,0	31,2	20,7	14,3	15,1
Satisfatório	56,0	37,5	48,3	42,8	33,3
Insatisfatório	12,0	31,2	31,0	42,8	51,5

As respostas, relativas às alterações ligadas ao profissional, que pudessem interferir na comunicação com o idoso também sofreram o mesmo processo. Construíram-se cinco grupos possíveis de alterações, que são:

- **Aspectos ligados aos princípios éticos** em que o profissional negligencia carinho, atenção, paciência, respeito, calma, cuidado, afeto, amor, tolerância, sensibilidade; humanização; prepotência pelo poder profissional; consideração ou não do sentimento do idoso; inclui preconceitos e estereótipos sobre quem é o idoso; e também o confunde como objeto e não como sendo sujeito do cuidar (50,4%).
- **Aspectos ligados à comunicação** que abrange desconhecimento dos recursos da comunicação; consciência de que as atitudes criam a imagem do profissional; dificuldade de agregar a família no processo de cuidar; empatia; autenticidade; vontade e interesse; disposição de estar, interagir, observar e ouvir; reconhecer e estabelecer limites; escolher o melhor tipo de discurso; valorizar o contexto no qual o idoso está inserido; despreocupação com uso de frases curtas e simples; vício de linguagem técnica; desatenção no ambiente uma vez que ruído e temperatura são importantes; posição do corpo para falar com o idoso; decodificação das expressões faciais; uso do tom de voz mais alto e compreensão de que o tempo de resposta é maior (49,6%).
- **Aspectos ligados ao desconhecimento gerontológico**, em que o lidar com as limitações do idoso não está claro; preparo técnico; confusão sobre o que é o processo de envelhecimento em si; desconhecimento das alterações sensoriais e cognitivas; cuidado voltado exclusivamente para o diagnóstico médico (41,9%).
- **Aspectos ligados à tarefa** caracterizados em cumprir com as atividades do plantão; rotinização da assistência; falta de prática de realizar os procedimentos; ações que desconsideram as necessidades do idoso; dificuldade de gerenciar o uso do tempo; necessidade de dar respostas positivas e eficazes ao sistema, que prioriza quantidade de consultas e de procedimentos (35%);
- **Aspectos ligados ao pessoal do profissional** como sexo, idade, religião, *stress* presente; excesso de trabalho; baixa remuneração; pouca valorização e *status* profissional; estado emocional; motivação; atenção ao horário de saída do plantão; estado de humor; arrogância; honrar a profissão; gostar do idoso e desejar estabelecer vínculo com ele mesmo (23,9%).

Ressalta-se que a resposta completa pode pertencer a mais de um grupo.

A **Tabela 23** expõe os resultados percentuais nos cinco diferentes grupos, conforme identificação das alterações ligadas ao profissional que podem interferir na comunicação com o idoso.

Tabela 23 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento das alterações ligadas ao profissional, que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Agrupamento das alterações	Turmas				
	A	B	C	D	E
Ligadas aos princípios éticos	44,0	43,8	62,1	57,1	45,5
Ligadas à comunicação	60,0	62,5	41,4	28,6	51,5
Ligadas ao desconhecimento gerontológico	40,0	37,5	34,5	57,1	45,5
Ligadas à tarefa	48,0	25,0	34,5	42,8	27,3
Ligadas ao pessoal do profissional	20,0	37,5	27,6	0,0	27,3

Utilizou-se como critério da assimilação muito satisfatória as respostas que continham no mínimo três características distintas entre os grupos classificados (22,9%); satisfatória aquelas que possuíam duas (53,8%); e insatisfatória as respostas erradas e/ou em branco e ainda, as que só tinham somente uma característica citada, mesmo que correta (22,3%).

A **Tabela 24** apresenta o grau de assimilação imediata nos diferentes grupos.

Tabela 24 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face das possíveis interferências, ligadas ao profissional, na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	32,0	37,5	17,2	14,3	21,2
Satisfatório	48,0	37,5	72,4	64,3	45,5
Insatisfatório	20,0	25,0	10,3	21,4	33,3

5.3.4 Pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde em face da comunicação não-verbal

As respostas dos participantes, quando questionados sobre o que influencia a percepção do profissional diante da comunicação não-verbal, foram reunidas e oito agrupamentos estabelecidos.

Optou-se em intitular os agrupamentos, conforme as considerações tecidas por Silva⁵⁶ sobre comunicação não-verbal na saúde, em:

- **Observar seu próprio não-verbal e o do outro** (42,7%), que incluíram as respostas em que a consciência e inteligência emocional do que e como se está fazendo uma determinada atividade influencia e diz sobre o profissional, o idoso ou ambos; forma de falar como entonação e tipo de voz usadas; expressões faciais e posturas corporais assumidas na interação; grau de autenticidade e clareza expressas; uso e entendimento dos gestos; distância estabelecida; organização ambiental; saber ouvir; entender a conexão existente entre o verbal e o não-verbal, enfim, habilidade em utilizar, decifrar e interpretar o não-verbal.
- **Conhecer a si próprio, suas características e necessidades** (29,9%), que englobaram as respostas que trouxeram experiências pessoais; tempo que necessita para estabelecer vínculo; valores e princípios pessoais; intenção e vontade do profissional em comunicar-se; interesse e necessidade em estabelecer interação; busca e grau de autoconhecimento; qualidade da formação profissional; inteligência emocional para lidar com conflitos; e otimização do tempo disponível.
- **Ser sensível às necessidades dos outros** (cliente, família e equipe) – (19,6%), que valorizou as respostas que ressaltaram a atenção diante das condições emocionais e físicas do outro; a importância dada à percepção do contexto e/ou momento vivido pelo outro; a sensibilidade nas ações ligadas à aproximação com o outro no contexto interacional; cumprimento de uma rotina de trabalho que pode despersonalizar ou não o outro e ainda, o interesse pelo idoso e sua história de vida, bem como seus problemas atuais.
- **Reconhecer os sentimentos próprios e do outro** (12,0%), cujas respostas mostraram a importância de perceber e identificar o que sente antes, durante ou após o contato interacional; as reações e as emoções exteriorizadas; valorização

da essência do indivíduo (desejos e frustrações); e ainda, as condições emocionais e os preconceitos que se enfrentam no processo comunicacional.

- **Acreditar na capacidade do relato das pessoas** (6,1%), as respostas que enfatizaram a confiança que precisa ser estabelecida e mantida com as pessoas e o quanto o relato das pessoas, mesmo que seja um detalhe relatado/expressado faz parte do outro e, portanto, precisa ser valorizado e considerado como verdadeiro.
- **Reconhecer as diferenças existentes entre as pessoas** (5,1%) grupo que reuniu as respostas que citaram o respeito pelas crenças e os hábitos, pelas culturas e comportamentos distintos.
- **Utilizar-se da empatia, carinho, paciência e respeito** (4,3%) englobou o entendimento dado à consciência de quanto que esses atributos éticos e profissionais interferem no grau de vínculo com o outro, pois pode ou não favorecer a afetividade; atitudes que demonstram a inclusão respeitosa do outro.
- **Utilizar cuidadosamente as palavras** (3,4%), agrupamento caracterizado pela escolha do vocabulário certo para o contexto e para o cliente em questão (fácil entendimento).

A **Tabela 25** expõe esses resultados em percentuais nas cinco diferentes turmas.

Tabela 25 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação dos pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde diante da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009

Agrupamento dos pontos de influência	Turmas				
	A	B	C	D	E
Observar seu próprio não-verbal e o do outro	41,7	50,0	41,9	53,8	36,4
Conhecer a si próprio, suas características e necessidades	37,5	43,7	22,5	30,8	24,2
Ser sensível às necessidades dos outros	25,0	25,0	12,9	15,4	18,2
Reconhecer os sentimentos próprios e do outro	4,2	12,5	12,9	7,7	18,2
Acreditar na capacidade do relato das pessoas	0,0	18,7	3,2	7,7	3,0
Reconhecer as diferenças existentes entre as pessoas	8,3	12,5	3,2	0,0	3,0
Utilizar-se da empatia, carinho, paciência e respeito	4,2	0,0	6,4	0,0	6,1
Utilizar cuidadosamente as palavras	0,0	0,0	9,7	0,0	0,0

Aplicou-se como critério de assimilação muito satisfatório as respostas que puderam ser inseridas em pelo menos três dos agrupamentos propostos (3,5%); satisfatória, quando foi possível ser inserido em dois dos agrupamentos (28,2%); e insatisfatório, no caso de pertencer em um dos agrupamentos, respostas em branco ou que não eram pertinentes (68,3%).

A **Tabela 26** apresenta o grau de assimilação imediata nas diferentes turmas.

Tabela 26 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) do grau de assimilação em face dos pontos que influenciam a percepção do profissional de saúde diante da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	8,3	0,0	0,0	0,0	6,0
Satisfatório	20,8	62,5	25,8	38,5	15,2
Insatisfatório	70,8	37,5	74,2	61,5	78,8

5.3.5 Funções da Comunicação Não-Verbal

Os resultados das respostas ante o reconhecimento das quatro funções da comunicação não-verbal foram: **a) complementar, ratificar e reforçar o verbal** (67,5%); **b) substituir o verbal** (35,0%); **c) contradizer o verbal** (22,2%); **d) demonstrar sentimentos e emoções** (69,2%).

Observou-se que 98,3% conseguiram identificar pelo menos uma das funções. Considerou-se na assimilação como muito satisfatória as respostas que abordaram três ou mais dessas funções (23,1%); satisfatória quando tinha duas (38,4%) e insatisfatória, uma ou nenhuma das funções havia sido citada (38,4%).

A **Tabela 27** expõe os resultados percentuais nos cinco diferentes grupos, conforme citação da função da comunicação não-verbal e a **Tabela 28** o grau de assimilação imediata nesses grupos.

Tabela 27 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre as funções da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009

Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	70,8	68,7	48,4	84,6	75,7
Substituir o verbal	37,5	31,5	25,8	23,1	48,5
Contradizer o verbal	29,1	6,2	9,7	30,7	33,3
Demonstrar sentimentos e emoções	58,3	75,0	74,2	92,3	60,6

Tabela 28 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação das funções da comunicação não-verbal; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	25,0	6,2	9,7	30,8	39,4
Satisfatório	33,3	62,5	32,2	53,8	30,3
Insatisfatório	41,7	31,3	58,1	15,4	30,3

5.3.6 Dimensões da Comunicação Não-Verbal

5.3.6.1 Paralinguagem

Os resultados em face da maneira reconhecida, pelos participantes da capacitação, de utilizar os recursos da paralinguagem, a favor da comunicação com o idoso, foram tratados classificando as respostas em cinco grupos, a saber:

- **Voz** – tipo e qualidade da entonação, velocidade, timbre e tom da voz (50 - 42,7%).
- **Outros sinais paralinguísticos** – percepção, utilização e interpretação dos sinais como recurso e estratégia que podem ilustrar, dramatizar e/ou enfatizar a fala; maneira pela qual se destaca, enfatiza e concede sentido às palavras ditas seja pelo profissional e/ou idoso, que podem revelar sentimentos positivos e/ou negativos e ainda, que podem complementar e clarificar o verbal (45 – 38,5%).

- **Atenção inicial e interesse de continuidade da interação** – revelada pelas respostas que destacaram a paralinguagem como ação que dá início e continuidade da conversa e que revela atenção e interesse pela interação (32 – 27,4%).
- **Silêncios, pausas e interrupções** – respeito, permissão e compreensão do silêncio, pausa e interrupções, uma vez que possuem diferentes características e interpretações precisam ser feitas (22 – 18,8%).
- **Necessidades do idoso** – valorização da adaptação das necessidades e peculiaridades do idoso, principalmente dos que possuem dificuldade de fala e de audição (12 – 10,3%).

Ressalta-se que a resposta completa podia ser inserida em mais que um agrupamento. O **Quadro 2** mostra um exemplo dado para cada agrupamento proposto.

Quadro 2 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face dos recursos da paralinguagem reconhecidos como de auxílio na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; dez. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
Voz	<i>“Ao usar um tom de voz ato, na verdade estamos oferecendo ao idoso respeito e condições para ele melhor compreender as coisas que estão acontecendo.” (TB)</i>
Outros Sinais Paralinguísticos	<i>“A paralinguagem ajuda na construção do autoconceito e no conceito que o outro tem por nós, o jeito que se fala revela atenção, expressa vontade e boa vontade e principalmente diz nossas emoções, precisamos estar atentos nisso.” (TB)</i>
Atenção inicial e interesse de continuidade da interação	<i>“Pode ser utilizada para favorecer o contato entre o profissional e o idoso, para estabelecer a confiança inicial e mostrar conhecimento, assim a troca de informações acontece e a relação continua.” (TE)</i>
Silêncios, pausas e interrupções	<i>“A maneira que se fala e onde o silêncio e pausa precisam ser valorizados e não esquecidos, mas infelizmente na realidade isso não é na verdade cumprida por nós.” (TC)</i>
Necessidades do idoso	<i>“De forma que adapte a comunicação às circunstâncias e necessidades do idoso. Usar a paralinguagem como facilitador para a interpretação do idoso.” (TD)</i>

Foram considerados como critério de assimilação imediata muito satisfatória as respostas que tinham em seu conteúdo características expostas que pertenciam em dois ou mais dos agrupamentos propostos (46,1%); satisfatório quando havia características que fosse possível pertencer a um determinado agrupamento (44,1%); e insatisfatório, no caso das respostas em branco e daquelas que não estavam corretas (9,8%).

A **Tabela 29** mostra ainda os resultados percentuais nos cinco diferentes grupos e a **Tabela 30**, o grau de assimilação imediata nesses grupos.

Tabela 29 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre como os recursos da paralinguagem reconhecidos podem auxiliar na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Voz	37,5	53,3	60,0	33,3	30,3
Outros sinais paralinguísticos	37,5	53,3	33,3	46,7	33,3
Atenção inicial e interesse de continuidade da interação	16,7	31,2	29,0	20,0	33,3
Silêncios, pausas e interrupções	8,3	20,0	20,0	13,3	30,3
Necessidades do idoso	4,2	0,0	3,3	20,0	21,2

Tabela 30 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da paralinguagem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	29,1	43,7	54,8	30,8	57,6
Satisfatório	50,0	56,3	38,7	61,5	33,3
Insatisfatório	20,9	0,0	6,5	7,7	9,1

5.3.6.2 Fatores Ambientais

Em relação aos fatores ambientais que podem interferir na comunicação com o idoso, 100% dos participantes conseguiram responder adequadamente à pergunta, citando pelo menos um fator. Foram construídos nove agrupamentos que agregam os diferentes fatores ambientais:

- **Sonoros e vibratórios** – ruídos e barulhos desencadeados pelo uso de carrinhos de banho, carrinhos de limpeza, carrinhos de distribuição de refeições, carrinhos de recolhimento e entrega de roupas, equipamentos de uma maneira geral, uso de celulares com toques fortes e até inadequados, uso de sapato barulhento pela equipe de profissionais; música alta e inadequada para o ambiente hospitalar, televisores e rádios ligados até tarde da noite (97 - 82,9%).
- **Luminosos** – tipo, qualidade e intensidade da luz do quarto da cabeceira e do próprio equipamento (luzes dos monitores cardíacos) (51 - 43,6%).
- **Espaciais** – ocupação dos espaços pela distribuição dos mobiliários, presença de obstáculos nos corredores, espaçamento entre os leitos, garantia de conforto e privacidade do cliente (43 - 36,8%).
- **Cores e texturas** – cores usadas em paredes e portas, nos consultórios; corredores, e até nas roupas de cama (38 - 32,5%).
- **Decorativos e ergonômicos** – tipo, qualidade e disposição dos objetos, qualidade e adequação (tamanho e altura) dos mobiliários (29 – 24,8%).
- **Térmicos** – temperatura alta ou baixa do ambiente; uso indiscriminado de ar condicionado nas unidades de Centro Cirúrgico e de Terapia Intensiva (22 - 18,8%).
- **Higiênicos e de segurança** – limpeza e organização do quarto e do banheiro, retirada de lixo, resistência do mobiliário, liberação de odores, pisos escorregadios (14 – 11,9%).
- **Ventilatórios** – aeração e ventilação dos quartos e banheiros, abertura das janelas (7 - 6,0%).
- **Sinalizadores visuais** – comunicação visual com uso de placas que expõem ou confundem o cliente, uso de faixas no chão que nem sempre privilegia o entendimento ou garante a informação atualizada (2 - 1,8%).

Ressalta-se que a resposta completa podia ser inserida em mais de um agrupamento. O **Quadro 3** mostra um exemplo dado em cada agrupamento proposto.

Quadro 3 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os fatores ambientais que interferem na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
Sonoros e vibratórios	<i>“Várias pessoas no mesmo lugar, falando ao mesmo tempo, barulho produzido pelo carrinho de banho e de alimentação.” (TE)</i>
Luminosos	<i>“... luminosidade, deixando-o irritado.” (TB)</i>
Térmicos	<i>“Esquecendo que o ar condicionado fica bom somente para o pessoal e sequer lembramos do cobertor, ...” (TA)</i>
Ventilatórios	<i>“... janela aberta ou fechada sem saber o que ele quer.” (TE)</i>
Decorativos e ergonômicos	<i>“... cadeiras fundas demais, que não ajudam nada a movimentação, colocadas de jeito que nem sempre fica ajustado no ambiente, tanta coisa no quarto que o local fica desorganizado.” (TC)</i>
Cores e texturas	<i>“... desde a estrutura arquitetônica até os aspectos do próprio ambiente como as cores usadas.” (TB)</i>
Sinalizadores visuais	<i>“Excesso de informação visual, monte de faixas no chão e sem informação...” (TC)</i>
Higiênicos e de segurança	<i>“... limpeza do quarto, cheiro do quarto e do banheiro.” (TC)</i>
Espaciais	<i>“... mesa da entrevista e o que tem em cima dela pode ser uma barreira.” (TD)</i>

Aplicou-se como critério de assimilação muito satisfatório as respostas que identificaram três ou mais fatores de grupos distintos (63,2%); satisfatório, quando dois eram citados (30,8%); e insatisfatório, no caso apenas um fator tem sido mencionado (6,0%).

A **Tabela 31** mostra ainda os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas, conforme o agrupamento proposto e a **Tabela 32**, o grau de assimilação imediata nesses grupos.

Tabela 31 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre os fatores ambientais que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Sonoros e vibratórios	83,3	50,0	93,5	92,3	84,8
Luminosos	54,2	50,0	51,6	30,7	30,3
Térmicos	25,0	18,7	22,5	7,7	15,2
Ventilatórios	4,2	0,0	12,9	0,0	6,1
Decorativos e ergonômicos	25,0	31,2	25,8	46,1	15,2
Cores e texturas	41,7	56,2	19,3	15,4	33,3
Sinalizadores visuais	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0
Higiênicos e de segurança	12,5	0,0	19,3	0,0	12,1
Espaciais	33,3	37,5	29,0	61,5	36,4

Tabela 32 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos ligados ao ambiente que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	79,2	50,0	74,2	53,8	51,5
Satisfatório	12,5	50,0	25,8	38,0	36,4
Insatisfatório	8,3	0,0	0,0	8,2	12,1

5.3.6.3 Tacêtica

A maioria dos participantes (96,6%) conseguiu identificar pelo menos um fator de atenção que precisa ser respeitado ao tocar o idoso. Os resultados revelaram que os quatro fatores/condições citados de maior frequência foram:

- **Autorização** - autorização prévia, com observação das reações do cliente no sentido da receptividade ao ser tocado (respostas diante da invasão do espaço pessoal) e o limite concedido pela sua continuidade ou não, bem como atenção dada a privacidade (80 – 68,4%).
- **Localização do toque** - localização da região do corpo exposta ao toque (43 - 36,7%).

- **Intensidade** - intensidade ou pressão exercida nas diferentes regiões do corpo, o que caracteriza o jeito de tocar (33 - 28,2%).
- **Condição do idoso** – observação do profissional em relação à situação ou condição física, emocional e mental prévia que o cliente se encontra que impede ou regula a realização do toque (21 - 17,9%).

Fizeram parte das respostas outros fatores que na ordem decrescente de frequência foram: tipo do toque (instrumental e/ou afetivo); sexo no sentido da diferença existente entre quem toca e quem vai ser tocado; duração do toque a ser realizado; desejo, vontade e/ou necessidade do idoso em ser tocado; frequência na qual o toque ocorre; idade do profissional; validação do motivo do toque, onde o profissional tem a necessidade de revelar a intenção do toque; disponibilidade e preocupação do profissional em expor seus sentimentos ou do idoso revelar os seus; contexto ou momento no qual o toque será realizado; respeito pela cultura do idoso e, ainda, características das mãos (temperatura, posição e textura).

Ressalta-se que a resposta completa podia ser inserida em mais de um agrupamento. O **Quadro 4** mostra um exemplo dado em cada agrupamento proposto.

Quadro 4 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os fatores de atenção reconhecidos ao realizar o toque no idoso; conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
Autorização	<i>“Ver a expressão de como ele recebe o toquem, se ele gostaria de ser tocado naquele momento, se está sendo bom pra ele, se trouxe boas coisas ou não.”(TB)</i>
Localização do toque	<i>“Ter atenção e até evitar locais como pernas e pés, tronco e pescoço. As mãos e os ombros devem ser preferidos...” (TB)</i>
Intensidade	<i>“Manipular ele com jeito agradável, sem muita força, sem causar dor...”. (TC)</i>
Condição do idoso	<i>“... quando o paciente tiver com a consciência diminuída, confuso, com problemas que ficar tocando nele nem vai trazer benefício.” (TC)</i>

Considerou-se como grau de assimilação nesse quesito o seguinte critério: muito satisfatório (40,2%) quando a resposta expunha quatro fatores que merecem ser observados ao se tocar o idoso; satisfatório (27,3%) quando se tinha três itens citados e insatisfatório (32,5%) quando foi citado dois, um ou nenhum fator.

A **Tabela 33** expõe ainda os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas, conforme citação dos fatores de atenção ao se realizar o toque no idoso e a **Tabela 34**, o grau de assimilação imediata nessas turmas.

Tabela 33 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), sobre os fatores de atenção reconhecidos ao realizar o toque no idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Autorização	91,6	62,5	41,9	62,5	72,3
Localização do toque	54,2	50,0	38,7	23,1	21,2
Intensidade	45,8	31,3	25,8	30,8	15,2
Condição do idoso	16,7	12,5	16,1	15,4	24,2

Tabela 34 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da tacênica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	41,6	68,7	48,2	30,8	24,2
Satisfatório	29,2	18,7	12,9	38,5	36,4
Insatisfatório	29,2	12,5	38,9	30,8	39,4

5.3.6.4 Características Físicas

As respostas dos participantes da capacitação, no que tange as características físicas que poderiam auxiliar na comunicação, puderam ser ordenadas e analisadas, sendo construídos três grupos distintos focados, a saber:

- No profissional que se cuida ao ter e manter boas condições higiênicas pessoais (dentes, unhas, cabelos); usar maquiagem e perfumes discretos; escolher o tipo de acessórios e adornos seguros; arrumar os cabelos; manter um comprimento curto das unhas, não sofrer de oncofagia e tratar oncomicoses; reconhecer que sua forma e aparência corporal estão ligadas ao biótipo em si, mas devem revelar um

corpo capaz de ser ágil durante a prestação de cuidados; selecionar roupas de modelo adequado à situação hospitalar, mas que estejam limpas e não amarrotadas; e ainda, ao optar por sapatos limpos, confortáveis e não ruidosos (80 - 68,4%).

- No profissional que entende que as condições de saúde e as circunstanciais na qual o idoso se encontra podem interferir nas suas características físicas e devem ser consideradas na comunicação, na investigação (entrevista e exame físico) e no processo de cuidado propriamente dito; inclui ainda as influências da época e do tempo, culturais, sociais, de hereditariedade e ocupacionais (24 – 20,5%).
- No profissional que reconhece o quanto a avaliação das características físicas estão associadas aos preconceitos existentes e que, portanto, precisam ser considerados (13 - 11,1%).

Ressalta-se que 32,5% das respostas também englobaram citação de que as características físicas revelam interesse, atenção e respeito pelo próprio profissional e/ou idoso, trazem segurança e confiança na interação, expressam compromisso, pertinência e responsabilidade com a profissão de saúde em si.

A resposta completa pode ser inserida em mais de um agrupamento. O **Quadro 5** mostra um exemplo dado em cada agrupamento proposto.

Quadro 5 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, sobre os aspectos das características físicas reconhecidos que auxiliam na comunicação com idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
No profissional que se cuida	<i>“O profissional deve estar bem apresentável, limpo, bem apessoado, barbeado, cabelos alinhados para ser um fator de aproximação. Todos nós queremos estar perto de pessoas que passam boa impressão.” (TE)</i>
No profissional que entende as condições de saúde do idoso	<i>“Algumas características que o idoso apresenta ajudam a entender a história dele e esse entendimento facilita a abordagem com o idoso. Por exemplo: quanto tempo ele trabalhou numa profissão e qual a profissão que possui podem mudar a aparência dele...”. (TD)</i>
No profissional que reconhece as influências dos preconceitos	<i>“... preconceitos que se tem com alguns trajés usados é uma realidade. Atentar para isso porque não se pode excluir ninguém.” (TC)</i>

Considerou-se como critério de assimilação imediata, muito satisfatório as respostas que puderam ser incluídas em dois agrupamentos distintos (7,7%); satisfatório, as que pertenceram a um dos agrupamentos (82,1%); e insatisfatório, as respostas erradas (10,2%).

A **Tabela 35** apresenta ainda os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas, conforme citação de aspectos das características físicas que auxiliam na comunicação com o idoso e a **Tabela 36**, o grau de assimilação imediata nessas turmas.

Tabela 35 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre aspectos das características físicas reconhecidos, que auxiliam na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

	Turmas				
Descrição do Agrupamento	A	B	C	D	E
No profissional que se cuida	62,5	68,8	77,4	76,9	60,6
No profissional que entende as condições de saúde do idoso	25,0	18,7	12,9	7,7	30,3
No profissional que reconhece as influências dos preconceitos	4,2	6,2	12,9	7,7	18,2

Tabela 36 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos aspectos das características físicas, que interferem na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

	Turmas				
Grau de Assimilação Imediata	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	4,2	0,0	9,7	0,0	15,1
Satisfatório	79,2	87,5	80,6	92,3	78,8
Insatisfatório	16,6	12,5	9,7	7,7	6,1

5.3.6.5 Proxêmica

As respostas foram corrigidas e tabuladas em três formas distintas: a primeira identificou qual(is) dos três mecanismos de invasão continham as respostas (invasão, contaminação e violação)⁵⁶; a segunda identificou se os exemplos citados se referiam à invasão do espaço pessoal, territorial ou ambos; e a terceira verificou o número de exemplos dados em cada resposta.

Os resultados, diante dos mecanismos de invasão proxêmica no cuidado com o idoso, foram:

- **Invasão** - ações referentes à manipulação de pertences ou do próprio corpo do idoso; à ocupação de território ou espaço pessoal por objetos do profissional; à permissão de pessoas estranhas ou em quantidade de pessoas que superlote seu território (105 - 89,7%).
- **Contaminação** - ações referentes ao esquecimento por parte dos profissionais de algum material no território ou no espaço pessoal do idoso, o exemplo mais citado foi sobre os resíduos das atividades técnicas exercidas como termômetro, garrote e tampas de agulhas que são deixados próximo ao cliente ou em algum lugar de seu quarto, que não o lixo (45 - 38,5%).
- **Violação** - ações referentes às exposições e às intrusões físicas e visuais que violam a privacidade física e emocional do idoso, sendo os dois exemplos mais incidentes à negligência ou ao uso inadequado de biombos e o fornecimento de camisolas ou outras roupas que expõem a intimidade do idoso (45 - 38,5%).

Ao aplicar a classificação em face do tipo de invasão, nas respostas que identificaram um ou mais tipo de invasão, os resultados revelaram: 9,8% foram exemplos que mencionaram exclusivamente invasão do espaço pessoal; 22,3% invasão territorial e 67,9%, de ambos os tipos.

Já em relação ao número de exemplos fornecidos que caracterizassem invasão pessoal e/ou territorial do idoso hospitalizado, os resultados mostraram que a média de exemplos dados pelos participantes foi de 3,4; valor acima do solicitado que era de três.

O **Quadro 6** mostra um exemplo dado em cada agrupamento proposto.

Quadro 6 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face da invasão de espaço cometida pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
Invasão	<i>“Sentar na cama, superlotar o quarto, acender a luz ou deixar acesa sem perguntar se é o que ele deseja ou precisa.” (TA)</i>
Contaminação	<i>“Quando eu esqueço o termômetro nele.” (TB)</i>
Violação	<i>“Ficar esperando o paciente fazer suas necessidades intestinais na porta do banheiro ou ao lado do leito por estar com a comadre.” (TC)</i>

Os critérios utilizados no grau de assimilação imediata foram: muito satisfatório para as respostas que apresentaram no mínimo três exemplos, independentemente da classificação e do mecanismo de invasão (89 – 76,1%); satisfatório para as respostas com dois exemplos (16 – 13,7%); e insatisfatório para as respostas que continham somente um exemplo ou aquelas cujo o conteúdo estava errado (12 – 10,2%).

A **Tabela 37** mostra ainda os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas, conforme citação dos tipos de mecanismos de invasão do espaço pessoal e/ou territorial do idoso, a **Tabela 38** expõe em conformidade com o tipo de invasão e a **Tabela 39**, o grau de assimilação imediata nessas turmas.

Tabela 37 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) sobre os exemplos que caracterizam invasão pessoal e/ou territorial cometidos pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme tipo de mecanismo; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Mecanismo de Invasão	Turmas				
	A	B	C	D	E
Violação	29,2	43,8	29,0	38,5	51,5
Invasão	83,4	87,5	93,5	84,6	93,9
Contaminação	25,0	31,3	54,8	53,8	30,3

Tabela 38 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) em face da invasão de espaço cometida pelos profissionais de saúde contra o idoso, conforme classificação por tipo; nov. 2008 a fev. 2009

Tipo de Invasão	Turmas				
	A	B	C	D	E
Somente espaço pessoal	12,5	6,2	3,2	15,3	12,1
Somente espaço territorial	29,2	31,2	25,8	15,3	9,1
Ambos os espaços	54,2	62,5	64,5	69,2	72,7
Nenhuma	4,1	0,0	6,5	0,0	6,1

Tabela 39 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da proxêmica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	70,8	81,2	67,7	76,9	84,8
Satisfatório	8,4	6,3	25,8	23,1	6,1
Insatisfatório	20,8	12,5	6,5	0,0	9,1

5.3.6.6 Cinésica

As respostas, no que se referem a gestos e posturas corporais, que poderiam ser avaliadas favoravelmente pelo idoso, tiveram três agrupamentos:

- **Funções e significados** – respostas ligadas ao uso dos gestos como recursos técnicos que possuem diferentes funções e significados numa interação, citações que referiram que os gestos e os movimentos corporais podem auxiliar, acompanhar, ajudar, estimular, manter o relacionamento com o idoso (75 - 64,1%).
- **Pertinência situacional**– respostas ligadas às condições pelas quais o idoso e/ou profissional se encontram no momento do cuidado; citações que deram importância à conscientização de que a cinésica do idoso precisa ser decodificada corretamente; e ainda, situações nas quais o profissional, independentemente de seu estado físico e emocional, precisa demonstrar atenção, maturidade, responsabilidade, intenção de cuidar e seriedade pelo papel que exerce (51 - 43,6%).
- **Expressão de sentimentos** – respostas ligadas às reações provocadas no idoso quando ele recebe atendimento dos profissionais, e ainda, uso de gestos e posturas que revelam sentimentos como: carinho, atenção, segurança, respeito, confiança, autonomia e outros (41 - 35,0%).

O **Quadro 7** mostra um exemplo dado em cada agrupamento proposto.

Quadro 7 - Exemplos de respostas dadas pelos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, em face aos gestos e posturas corporais do profissional que podem ser usadas a favor da interação com o idoso, conforme agrupamento proposto; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Exemplo
Funções e significados	<i>“Saber de fato a forma de sentar, mexer com os braços, andar e se portar, ou seja, os gestos e movimentos do corpo que ajudam ou atrapalham.” (TB)</i>
Pertinência social	<i>“Acreditar que, como se fica na frente do idoso e como se olha para ele, se pode ajudar a observar como ele se encontra e ainda, usar o tempo, mesmo que curto, de jeito que mostre respeito, que conceda autonomia, que deixe claro que o profissional por mais que esteja cansado tem que cuidar certo dele.” (TA)</i>
Expressão de sentimentos	<i>“Quando o respeito e o carinho são transmitidos pelo movimento do corpo e seja coerente com o que se faz e fala.” (TD)</i>

A **Tabela 40** expõe os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas.

Tabela 40 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento do entendimento dos gestos e posturas corporais do profissional que podem ser usadas favoravelmente na interação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Funções e significados	70,8	37,5	64,5	76,9	66,7
Expressão de sentimentos	33,3	31,2	38,7	30,8	36,4
Pertinência social	41,7	62,5	51,6	46,2	27,3

Os critérios utilizados no grau de assimilação imediata foram: muito satisfatório para as respostas que puderam ser incluídas em dois ou três agrupamentos (48,7%); satisfatório, para as respostas que pertenceram a um tipo de agrupamento (41,0%); e insatisfatório para as respostas em branco ou aquelas cujo conteúdo estava incorreto (10,3%).

Tabela 41 - Percentual da avaliação imediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), no que se refere ao grau de assimilação dos recursos da cinésica na comunicação com o idoso; nov. 2008 a fev. 2009

Grau de Assimilação Imediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	50,0	31,3	58,1	61,5	42,4
Satisfatório	50,0	62,5	29,0	32,1	42,4
Insatisfatório	0,0	6,2	12,9	6,4	15,2

5.4 AVALIAÇÃO: APROVEITAMENTO, CRÍTICAS E SUGESTÕES DIANTE DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

No final do terceiro encontro da capacitação os participantes expuseram suas opiniões diante do programa proposto, sendo possível identificar os pontos e/ou os aspectos de maior e de menor dificuldade na construção individual da competência em comunicação em gerontologia; justificar e atribuir uma nota em que o limite de muita satisfação fosse dez e o da insatisfação completa fosse zero e registrar sugestões que pudessem ser usadas para o aprimoramento do programa.

5.4.1 Pontos positivos apontados sobre o programa

As respostas dos participantes no que se refere aos pontos positivos do programa de capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia foram ordenadas em cinco grupos: **a) recursos e técnicas** (17,1%); **b) organização** (15,4%); **c) conteúdo sobre envelhecimento e idoso** (26,5%); **d) conteúdo sobre as dimensões não-verbais** (13,7%); **e) autoconhecimento e trabalho em equipe** (31,6%). Ressalta-se que a resposta de um mesmo participante pode ser incluída em agrupamentos distintos, daí o somatório ser superior a 100%. Verificou-se que 9,4% dos participantes se referiram à qualidade do programa como um todo, não fazendo menção capaz de ser agrupada nessa proposta.

O agrupamento com título de **recursos e técnicas** reuniu as respostas ligadas à qualidade dos *slides* usados, coerência e ligação entre os assuntos nos encontros; dinâmicas e exercícios aplicados; filmes usados; aspectos próprios da facilitadora (experiência, dedicação, envolvimento, conhecimento e domínio do assunto, postura,

tom de voz, clareza, oratória, exemplos usados); reação e a interação dos participantes durante as aulas; avaliação aplicada nos encontros. Exemplos de respostas desse agrupamento:

- *“Clareza das aulas, da exposição em si, dos excelentes exemplos práticos que você deu, isso mostrou o quanto está envolvida e conhece sobre o assunto.” (TA)*
- *“A desenvoltura e a espontaneidade com que você, Teresa, expôs às aulas. Os exemplos nos quais você própria se implicava, considerando-se, também, uma permanente aprendiz do processo de comunicação e isso motivou o público. As telas de apresentação bastante claras e com créditos dos conceitos, teorias e estudos, infelizmente isso é raro nos cursos da área da saúde que ando frequentando.” (TC)*
- *“Simpatia e jeito envolvente da palestrante, que mostra entendimento e paixão pelo que está dizendo, além de ser um assunto que podemos usar tanto na vida profissional como na pessoal.” (TE)*

Organização foi o agrupamento de respostas que enfatizaram a pontualidade; escolha do local; qualidade do material fornecido, os detalhes e sutilezas dos encontros; lanche e café oferecidos. Eis alguns exemplos:

- *“Todos os encontros começaram e terminaram no horário previsto; mostrou respeito e organização.” (TB)*
- *“As pastas e os artigos recebidos.” (TE)*
- *“Acertou na escolha do lugar, dos dias e dos horários e dos lanches.” (TD)*

Já o terceiro agrupamento, **conteúdo sobre envelhecimento e idoso**, englobou as respostas dadas à importância e ao destaque aos assuntos ligados ao processo de envelhecimento e as características do idoso propriamente dita.

- *“Toda a parte inicial, quando se fala das modificações do idoso, os motivos pelos quais eles cresceram no Brasil, muito interessante e eu, apesar de enfermeira, desconhecia.” (TA)*
- *“Conhecimento sobre memória e cognição, as explicações foram simples, mas são destaques.” (TC)*
- *“Saber sobre o envelhecimento e as taxas que influenciaram no crescimento da população.” (TA)*

Conteúdo sobre as dimensões não-verbais referiu-se ao agrupamento cujas respostas revelaram o quanto aprender sobre as dimensões foi relevante; o destaque

dado a uma ou outra dimensão não-verbal; o uso da comunicação no momento da morte ou no processo de morrer; a valorização do não-verbal no cuidar do idoso; o conhecimento sobre essa dimensão da comunicação. Algumas respostas selecionadas para ilustrar o agrupamento:

- *“O mais forte foi saber sobre a tacêsica, até acho que vou querer fazer uma pesquisa sobre isso.” (TD)*
- *“Treinamento como um todo foi muito bom, mas o que mais me chamou a atenção foram as partes que falaram sobre a prática do não-verbal, destaco a proxêmica e a tacêsica, fiquei maravilhada com o assunto.” (TC)*
- *“Link dado entre comunicação e morte, entendo que no processo de morte temos um papel e uma atuação importante para executar. Eu vou chamar você para me ajudar a escrever um projeto de pesquisa.” (TA)*

O último agrupamento intitulado de **autoconhecimento e trabalho em equipe**, juntou as respostas que destacou a apresentação e a aplicação da Janela de JOHARI; valor dado às relações interpessoais e de trabalho em equipe; questionamentos em face do papel do profissional de saúde; inserção do afetivo no cuidado fornecido ao idoso e à equipe; reflexões e aprendizagem provocadas de âmbito pessoal; consciência situacional. A seguir algumas exemplificações:

- *“Olha, todos os pontos foram ótimos, embora um tenha me chamado muito a atenção e até me emocionado, estou me referindo ao autoconhecimento. Nossa, como se pode ter consciência de coisas que muitas vezes passam despercebidas e que podem fazer tamanha diferença.” (TE)*
- *“A tal da Janela mexeu comigo.” (TA)*
- *“O mais forte sem dúvida foi tratar sobre as relações interpessoais, o quanto que ser afetivo pode ser efetivo.” (TC)*

Tabela 42 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento dos pontos positivos da capacitação; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Recursos e técnicas	29,2	37,5	25,8	38,5	27,3
Organização	4,2	6,2	9,7	7,7	9,1
Conteúdo sobre envelhecimento e idoso	12,5	12,5	12,9	7,7	9,1
Conteúdo sobre dimensões não-verbais	12,5	18,7	29,0	23,1	48,5
Autoconhecimento e trabalho em equipe	25,0	18,2	22,6	46,2	24,2

5.4.2 Pontos fracos apontados sobre o programa

Trinta e dois e meio por cento dos participantes identificaram um ou mais pontos fracos do programa de capacitação; os demais, além de não citarem problemas, elogiaram a oportunidade concedida e a qualidade do treinamento. Os valores entre as turmas variaram entre 25,0% a 33,3%.

Os pontos considerados fracos foram: o tempo reduzido do treinamento (18 - 15,4%); baixa divulgação do evento (2 - 1,7%); pequena participação e troca de experiências entre os participantes (6 - 5,2%); som baixo no momento do filme (1 - 0,8%); ênfase em comunicação em detrimento ao envelhecimento (2 - 1,7%); assunto cansativo sobre as teorias do envelhecimento (3 - 2,6%); pressa das pessoas em responder às avaliações no final dos encontros (1 - 0,8%); sexualidade do idoso por ser um assunto constrangedor (1 - 0,8%); qualidade das cadeiras e carteiras (1 - 0,8%); temperatura fria da sala (1 - 0,8%); lanches que propiciaram engorda aos participantes (2 - 1,7%).

5.4.3 Nota atribuída ao aproveitamento individual proporcionado pelo programa e motivos para essa atribuição

A nota de aproveitamento dos participantes por autoavaliação diante do programa pelo qual foram submetidos obteve a média de 8,8, sendo a menor nota atribuída seis e a maior dez. Os resultados das médias por turma, em ordem decrescente foram: D (9,9); B(9,3); A(8,8); C e E (8,7).

Dentre os 117 participantes, 90,6% (106) apresentaram algum tipo de resposta que pudesse ser usada como justificativa da atribuição de sua nota. Esses motivos citados como justificativas foram organizados e quatro agrupamentos de respostas foram criados: **a) conteúdo** (23,6%); **b) técnica e dinâmica** (14,2%); **c) restrições pessoais** (37,7%); **d) oportunidade** (45,3%).

O agrupamento intitulado **conteúdo** constou os motivos relacionados à qualidade, valor e amplitude dos assuntos; leitura de artigos fornecidos; desconhecimento prévio sobre comunicação não-verbal; interesse pela temática; novas terminologias; pertinência da gerontologia na atualidade. Os relatos a seguir exemplificam:

- *“Achei os textos dados interessantes.” (TB)*
- *“Quem não souber sobre idoso vai ter dificuldade no trabalho, os idosos estão em toda parte, muito pertinente o assunto para a atualidade, muitas terminologias que não conhecia. Nota nove.” (TC)*
- *“Oito. Porque alguns termos novos, desconhecidos por mim, não puderam ser guardados numa única exposição.” (TC)*

Técnica e dinâmica foi o agrupamento representado pelo modo de como a capacitação ocorreu; tipo de aula; qualidade do material usado e fornecido; organização dos encontros; conhecimento, segurança, confiança e simpatia da facilitadora; tempo reduzido da capacitação; dinâmicas e filmes usados. Eis alguns exemplos:

- *“Achei o curso muito interessante, a princípio achei que não ia gostar, mas acabei amando e acho que três dias foram poucos, porque o assunto é muito amplo e então dificulta a captação. Mesmo assim, aproveitei muita coisa pois você, Teresa, foi muito clara e mostrou toda paixão e conhecimento que tem, por isso me dou nove.” (TA)*
- *“Nota dez, porque foi um treinamento muito bem ministrado, senti segurança e confiança na palestrante, acredito terem sido excelentes as dinâmicas trazidas por ela, bem como sua maneira de explicar.” (TB)*
- *“Nota sete, pois é assunto grande que merecia ser tratado com mais tempo, mas a qualidade das aulas merecem destaque e parabéns.” (TD)*

O terceiro agrupamento, **restrições pessoais**, englobou os motivos ligados à necessidade e lamento de faltas e atrasos ocorridos; cansaço físico devido aos plantões; dificuldade de concentração; dispersão por problemas emocionais e pela falta de costume de estar passando por treinamento; dificuldade de colocar na prática o aprendizado; grau de participação. Ilustram esse grupo os relatos:

- *“Em alguns momentos me dispersava emocionalmente, pois todo esse assunto me fazia lembrar coisas que passei e que estou passando com meus pais em casa. A nota é oito.” (TC)*
- *“Nada fácil sair do plantão ir pra casa fazer as coisas, não dormir e vir assistir à aula. Estava exausta e isso atrapalhou meu rendimento. Dou seis para mim, não participei.” (TD)*
- *“Sete. Muito bonito tudo, muito organizado, muito bem discutido, mas de verdade mesmo, não consigo ver ninguém mudando, existe uma dificuldade já instalada de colocar na prática o aprendizado.” (TE)*

Finalmente, **oportunidade**, agrupou os motivos relacionados à chance que a capacitação deu em despertar para detalhes; aquisição de novos conceitos; resgatar sentimentos; reflexão e ampliação sobre a visão do idoso e o trabalho com ele; recordação de como deseja ser tratado e de como se deve lidar com o outro; avaliação das atitudes que passam despercebidas no cotidiano; aplicação imediata do que se tratou nos encontros; mudança de ação na vida pessoal e/ou profissional. Esses exemplos elencados revelam a essência desse agrupamento.

- *“Me dou dez, porque com esse treinamento tive a chance de avaliar alguns conceitos do dia-a-dia que passavam despercebidos. Pude ter certeza que a comunicação verbal e não-verbal caminham juntas e são essenciais para o desenvolvimento do nosso trabalho, do meu dia mesmo.” (TC)*
- *“Não tem como não dar dez. O por quê? Porque muita coisa que antes passava sem ser vista, nem achava tão importante assim, passei a entender que são importantes. Como quase médico é duro ter que dar o braço a torcer que vocês da enfermagem estão na frente. Porque senti lá dentro vontade de mudar minha forma de agir.” (TB)*
- *“Nem sei a nota, mas sei que sinto muito não ter tido a possibilidade de compreender melhor o idoso enquanto tinha meu pai. Ele morreu faz um ano, tinha 86 anos, era lúcido, uma pessoa alegre, adorava dançar, ir para praia, usar camiseta de surf, mas também um homem sério, honesto que criou seus filhos sozinho. Sei que isso que escrevi não tem nada haver, mas quero dizer que foi um privilégio enorme, uma espécie de benção ter conhecido você, porque me deu a chance de resgatar esses sentimentos e saber mais sobre os idosos e quem*

sabe eu usar isso a favor deles. Cresci emocional e psicologicamente nesse curso. Por isso vou dar dez.” (TE)

A **Tabela 43** expõe os resultados percentuais nas cinco diferentes turmas.

Tabela 43 - Percentual das respostas dos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme agrupamento dos motivos que justificam a nota atribuída de aproveitamento da capacitação; nov. 2008 a fev. 2009

Descrição do Agrupamento	Turmas				
	A	B	C	D	E
Conteúdo	16,7	31,2	29,0	30,7	18,2
Técnica e dinâmica	25	6,2	6,4	15,4	12,1
Restrições pessoais	25	37,5	32,2	23,1	39,4
Oportunidades	50	37,5	32,2	53,8	39,4
Em branco	8,3	6,2	9,6	7,7	12,2

5.4.4 Sugestões para o aprimoramento futuro do programa

Dentre os participantes do programa de capacitação, 16,2% (19) não sugeriram, 15,3% (18) usaram o espaço para reforçar elogios e 68,4% (80) fizeram pelo menos uma sugestão para o aprimoramento do treinamento. Foram elas:

- Aumento do tempo de treinamento (23 – 28,7%), sendo que 7 (8,7%) propuseram o aumento do treinamento com a diminuição de horas-aula por dia.
- Maior número de dinâmicas, criação de jogos, uso de exercícios e outras vivências nos encontros, como forma não só de participação e assimilação, mas como integração das pessoas (16 – 25%).
- Vinculação com a educação continuada como forma de repetir e dar continuidade aos assuntos, aprofundando mais (14 – 17,5%).
- Inclusão de outras pessoas no treinamento, como: por profissionais das áreas administrativas e operacionais, família de idosos, voluntários e os próprios idosos (10 – 12,5%).
- Depoimentos e relatos de idosos e de profissionais de saúde como ilustração das aulas (9 – 11,2%).
- Melhoria do processo de divulgação do evento (7 – 8,7%).
- Inclusão do conteúdo na grade curricular dos cursos da área de saúde (4 – 5%).
- Fornecimento do material didático antes do início dos encontros (4 – 5%).

- Concentração dos encontros na mesma semana (3 – 3,7%).
- Expansão e convite de outras instituições (3 – 3,7%).
- Aumentar a oportunidade dos participantes trocarem experiências (3 – 3,7%).
- Uso de mais filmes e documentários sobre o assunto (3 – 3,7%).
- Estabelecimento de obrigatoriedade para todos os funcionários que lidam com idosos (2 – 2,5%).
- Mudança para o período matutino do treinamento (2 – 2,5%).
- Aumento do tempo de intervalo para o aproveitamento dos lanches oferecidos e da interação entre os participantes (1 – 1,2%).
- Inclusão de um esquema de avaliação no qual os participantes pudessem receber devolutiva (1 – 1,2%).

Cabe destacar que a turma E foi a que mais apresentou número de sugestões (32,5%), seguida das turmas C (25,0%) e A (22,5%). Já as turmas D e B foram aquelas que apresentaram menor número (8,7% e 11,2%, respectivamente).

A seguir, nas Tabelas 44, 45 e 46 estão expressos todos os doze itens avaliados na assimilação imediata: conceito sobre envelhecimento, estratégias para independência e autonomia ao idoso, interferências da comunicação ligadas ao idoso e ao profissional, influência na percepção do profissional diante da comunicação não-verbal, reconhecimento das funções não-verbais, reconhecimento das interferências comunicacionais na paralinguagem, nos fatores ambientais, tacênica, características físicas, proxêmica e cinésica.

5.4.5 Consolidado de Dados da Avaliação Imediata

Tabela 44 – Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia sobre o conceito de envelhecimento, estratégias para favorecer a independência e autonomia ao idoso, interferências na comunicação ligadas ao idoso e ao profissional, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Participantes	Conceito sobre envelhecimento humano (1)			Estratégias para independência e autonomia ao idoso (2)			Interferência comunicação ligada ao idoso (3)			Interferência comunicação ligada ao profissional(4)		
		MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I
A	24	24,0	44,0	32,0	<u>33,3</u>	<u>45,7</u>	20,9	<u>32,0</u>	<u>56,0</u>	12,0	32,0	48,0	20,0
B	16	<u>18,8</u>	<u>62,5</u>	18,8	25,0	43,8	31,3	31,2	37,5	31,2	37,5	37,5	25,0
C	31	31,0	41,4	27,6	22,6	29,0	<u>48,4</u>	20,7	48,3	31,0	<u>17,2</u>	<u>72,4</u>	10,3
D	13	35,7	28,6	35,7	23,1	53,8	23,1	14,3	42,8	42,8	14,3	64,3	21,4
E	33	18,2	42,4	<u>39,4</u>	12,1	42,4	45,5	15,1	33,3	<u>51,5</u>	21,2	45,5	<u>33,3</u>
Geral	117	24,8	43,6	31,6	22,2	41,0	36,8	22,3	42,7	35,0	22,9	53,8	22,3

Nota:

(x) = Equivale ao número do item avaliado, que pode variar do 1 ao 4

MS = Muito satisfatório

S = Satisfatório

I = Insatisfatório

Tabela 45 – Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não- Verbal em Gerontologia sobre as influências na percepção do profissional diante da comunicação não-verbal, reconhecimento das funções não-verbais, identificação das interferências na comunicação com idoso ligadas à paralinguagem e aos fatores ambientais, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Participantes	Influência na percepção do profissional diante da comunicação não-verbal (5)			Reconhecimento das funções não-verbais (6)			Reconhecimento da interferência da paralinguagem (7)			Reconhecimento da interferência dos fatores ambientais (8)		
		MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I
A	24	8,3	20,8	70,8	25,0	33,3	41,7	29,1	50,0	<u>20,9</u>	79,2	12,5	8,3
B	16	<u>0,0</u>	<u>62,5</u>	37,5	6,2	62,5	31,3	<u>43,7</u>	<u>56,3</u>	0,0	<u>50,0</u>	<u>50,0</u>	0,0
C	31	0,0	25,8	74,2	9,7	32,2	<u>58,1</u>	54,8	38,7	6,5	<u>74,2</u>	<u>25,8</u>	0,0
D	13	0,0	38,5	61,5	<u>30,8</u>	<u>53,8</u>	15,4	30,8	61,5	7,7	53,8	38,0	8,2
E	33	6,0	15,2	<u>78,8</u>	39,4	30,3	30,3	57,6	33,3	9,1	51,5	36,4	<u>12,1</u>
Geral	117	3,5	28,2	68,3	23,1	38,4	38,4	46,1	44,1	9,8	63,2	30,8	6,0

Nota:

(x) = Equivale ao número do item avaliado, que pode assumir o variar do 5 ao 8

MS = Muito satisfatório

S = Satisfatório

I = Insatisfatório

Tabela 46 – Distribuição do percentual do grau de assimilação imediata dos participantes do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia na identificação das interferências na comunicação com idoso ligadas à tacésica, características físicas, proxêmica e cinésica, conforme turma; nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Participantes	Reconhecimento da interferência da tacésica (9)			Reconhecimento da interferência das características físicas (10)			Reconhecimento da interferência da proxêmica (11)			Reconhecimento da interferência da cinésica (12)		
		MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I	MS	S	I
A	24	41,6	29,2	29,2	4,2	79,2	16,6	70,8	8,4	20,8	50,0	50,0	0,0
B	16	68,7	18,7	12,5	0,0	87,5	12,5	81,2	6,3	12,5	31,3	62,5	6,2
C	31	48,2	12,9	38,9	9,7	80,6	9,7	67,7	25,8	6,5	58,1	29,0	12,9
D	13	30,8	38,5	30,8	0,0	92,3	7,7	76,9	23,1	0,0	61,5	32,1	6,4
E	33	24,2	36,4	39,4	15,1	78,8	6,1	84,8	6,1	9,1	42,4	42,4	15,2
Geral	117	40,2	27,3	32,5	7,7	82,1	10,2	76,1	13,7	10,2	48,7	41,0	10,3

Nota:

(x) = Equivale ao número do item avaliado, que pode assumir o variar do 9 ao 12

MS = Muito satisfatório

S = Satisfatório

I = Insatisfatório

As **Tabelas 44, 45 e 46** mostraram, em cada turma, o resultado dos doze itens avaliados na assimilação imediata. Ressalta-se que não houve aplicação de testes estatísticos entre os resultados das turmas. O critério de eficiência da assimilação imediata foi composto pela atribuição de pontos com peso distintos em conformidade com o desempenho da turma quando comparada com as demais, isto é, cada item foi avaliado entre as turmas e aquela que teve resultado mais satisfatório recebeu o ponto com peso dois positivo, aquela que teve pior resultado recebeu o ponto com peso dois negativo e quando o resultado foi intermediário adquiriu ponto com peso um positivo. Considerou-se a turma mais eficiente, ou seja, com melhor desempenho de qualidade aquela com maior pontuação após a aplicação do critério estabelecido.

Quadro 8 - Demonstrativo da eficiência da assimilação imediata, conforme turma que participou do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia, diante dos doze itens avaliados; nov. 2008 a fev. 2009

Turma	Itens Melhores	Itens Intermediários	Itens Piores	Valor
A	2, 3 e 12	1,4, 5, 6, 8 e 9	7, 10 e 11	+6
B	1, 5 e 9	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12	-	+15
C	4 e 8	1, 3, 5, 7, 9, 10, 11 e 12	2 e 6	+8
D	6 e 11	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 12	-	+14
E	10	2, 6, 7 e 11	1, 3, 4, 5, 8, 9 e 12	-8

Os resultados indicam que o desempenho eficiente das turmas, na assimilação imediata, na ordem de decrescente, foi: B; D, C, A e E.

5.5 COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL EM GERONTOLOGIA: ASSIMILAÇÃO MEDIATA

Decorridos os noventa dias após o último encontro de cada turma, os participantes se reencontraram com a pesquisadora no mesmo local e horário onde a capacitação ocorreu. Todos os presentes foram submetidos à avaliação mediata, conforme já previsto e combinado anteriormente. Ressalta-se que houve cinco dias

de avaliação mediata, um para cada turma, entre os meses de fevereiro a maio/2009. A **Tabela 47** revela o número de participantes capacitados que foram convidados a participar dessa última fase e o número dos presentes de fato no dia em questão, de acordo com cada turma.

Tabela 47 - Distribuição comparativa do número dos participantes capacitados e relativo e percentual dos participantes presentes e submetidos à avaliação mediata, fev./maio 2009

Participantes		
Turma	Capacitados	Presentes na Avaliação Mediata (n%)
A	24	20 (83,4)
B	16	10 (62,5)
C	31	26 (83,9)
D	13	10 (76,9)
E	33	24 (72,7)
Total	117	90 (76,9)

Apesar de 117 pessoas terem realizado a capacitação, 90 pessoas compareceram nos dias da avaliação mediata, o que representa 76,9% do total, sendo que as Turmas A (83,4%) e C (83,9%) apresentaram maior percentual de comparecimento e a Turma B (62,5%), a menor.

Segundo análise dos *experts* em comunicação não-verbal, o trecho do filme escolhido pela pesquisadora, possui 201 momentos como sendo de oportunidades para o reconhecimento das funções da comunicação não-verbal em cada uma das dimensões.

Ressalta-se que da mesma maneira que uma função pode agregar uma ou mais dimensão não-verbal, a sequência da mesma cena pode expressar mais de uma função. A **Tabela 48** mostra o quantitativo dos momentos reconhecidos pelos *experts*, conforme a classificação quanto à função e a dimensão envolvida da comunicação não-verbal.

Tabela 48 - Distribuição dos momentos que retratam as funções da comunicação não-verbal e as dimensões envolvidas no filme usado para verificar a assimilação mediata do Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal em Gerontologia; 2009.

Função não-verbal	Dimensão não-verbal	N.º de momentos
Complementa, ratifica e/ou reforça o verbal	Paralinguagem	10 [21,3]
	Cinésica	34 [72,3]
	Tacêsica	00 [0,0]
	Proxêmica	03 [6,4]
	Fatores ambientais	00 [0,0]
	Características físicas	00 [0,0]
	Subtotal	47(23,4)
Contradiz o verbal	Paralinguagem	02 [66,7]
	Cinésica	01 [33,3]
	Tacêsica	00 [0,0]
	Proxêmica	00 [0,0]
	Fatores ambientais	00 [0,0]
	Características físicas	00 [0,0]
	Subtotal	03(1,5)
Substitui o verbal	Paralinguagem	03 [18,8]
	Cinésica	08 [50,0]
	Tacêsica	00 [0,0]
	Proxêmica	03 [18,8]
	Fatores ambientais	01 [6,2]
	Características físicas	01 [6,2]
	Subtotal	16(8,0)
Demonstra sentimentos	Paralinguagem	22 [16,3]
	Cinésica	73 [54,1]
	Tacêsica	06 [4,4]
	Proxêmica	18 [13,4]
	Fatores ambientais	10 [7,4]
	Características físicas	06 [4,4]
	Subtotal	135(67,1)

Nota:

Cenas do Filme sob título “Antes de partir” produzido por Alan Greisman, Neil Meron, Rob Reiner, Craig Zadan e dirigido por Rob Reiner

n(%) – percentual calculado no número total de momentos reconhecidos pelos *experts*

n[%] – percentual calculado no número total dos momentos reconhecidos em cada função

Dentre os 201 momentos oportunos expostos no trecho do filme, para o reconhecimento das quatro funções da comunicação não-verbal, pode-se verificar

que a chance de identificação das funções foi maior na função de demonstrar sentimentos (135 - 67,1%) e menor na função de contradizer o verbal (03 – 1,5%).

Esclarece-se que não houve intenção em criar momentos ou cenas em que as funções pudessem ser distribuídas proporcionalmente, visto que não retrataria a realidade do cotidiano. Vale ressaltar que não há uma importância maior entre as funções, mas dependendo do contexto situacional, uma acaba assumindo um destaque maior que outra.

Sendo assim, pode-se afirmar que cada participante teve 201 chances de identificar uma ou mais funções da comunicação não-verbal, dentre os momentos oportunos. Não houve preocupação em quantificar os números de momentos, mais ou menos citados, mas sim se estes estavam corretos, bem como o quantitativo de funções reconhecidas e as dimensões relacionadas nessa identificação.

A avaliação mediata foi aplicada, obedecendo ao tempo previsto de quarenta minutos. O participante pôde se acomodar, assistir ao trecho do filme, receber as orientações e os impressos de registro, assistir novamente ao trecho do filme e efetuar seus apontamentos.

Definiram-se critérios para os três graus de respostas referentes à assimilação mediata: **muito satisfatório**, quando as respostas, a começar da seleção de momentos, continham no mínimo a identificação correta de seis vezes uma função da comunicação não-verbal e, ainda, que as seis dimensões do não-verbal estivessem reconhecidas corretamente; **satisfatório**, quando as respostas possuíam a identificação correta de no mínimo quatro vezes uma função da comunicação não-verbal e, ainda, no mínimo a menção correta de quatro dimensões não-verbais; e **insatisfatório** quando as respostas identificavam menos de quatro funções correlacionando com menos de quatro dimensões e/ou respostas que, apesar de identificarem as funções corretas, não correlacionaram com as dimensões pertinentes ou ainda aquelas erradas e/ou em branco.

Os resultados gerais e com a aplicação desse critério serão apresentados a seguir em cinco tópicos, sendo os quatros primeiros relacionados a cada função da comunicação não-verbal e o último, pertinente à agregação dos dados.

5.5.1 Função: Complementa, Ratifica e Reforça o Verbal

A função de complementar, ratificar e reforçar o verbal foi identificada 202 (duzentas e duas) vezes por 87,8% (79) dos profissionais de saúde que realizaram a avaliação mediata, sendo distribuídos respectivamente nas turmas A (18 - 90,0%), B (10 - 100%), C (24 - 92,3%), D (9 - 90,0%) e E (18 - 75,0%). Ressalta-se que os percentuais apresentados nas turmas foram calculados com base no número de participantes existentes em cada turma, o que totaliza 90.

Pode-se afirmar que 100% dos participantes da turma B conseguiram evidenciar no mínimo uma vez a função de complementar, ratificar e reforçar o verbal.

A **Tabela 49** mostra o quantitativo das respostas dos participantes que identificaram a função em estudo nas diferentes turmas.

Tabela 49 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal; fev./maio 2009 (n =202)

Respostas corretas da função	Turmas				
	A	B	C	D	E
Relativa	46	22	62	22	50
Percentual	22,8	10,9	30,7	10,9	24,7

A turma C foi a que mais contribuiu numericamente para a identificação da função de complementação, ratificação e reforço do verbal, contudo não se pode esquecer que ela também é a que possui maior número de participantes. Ao aplicar o critério da proporcionalidade entre as respostas corretas reconhecidas/participante, o resultado por turma, na ordem decrescente, foi o seguinte: C (2,4), A (2,3), B e D (2,2) e E (2,1); confirmando que a turma C foi a que de fato mais evidenciou a função estudada.

Os dados permitiram verificar o número de momentos no qual a função de complementar, ratificar e reforçar o verbal foi identificada e em quais das dimensões não-verbais esse reconhecimento se deu (**Tabela 50**).

Tabela 50 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram a função de complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 202)

Dimensão não-verbal	Identificação da função (n%)
Cinésica	46 (22,8)
Fatores ambientais	46 (22,8)
Características físicas	38 (18,8)
Proxêmica	35 (17,3)
Paralinguagem	28 (13,8)
Tacêsica	9 (4,5)

Pode-se observar que a função de complementar, ratificar e/ou reforçar o verbal foi, no geral, mais facilmente reconhecida nas dimensões não-verbais ligadas aos fatores ambientais e à cinésica, sendo a tacêsica a dimensão com menor frequência.

Tanto o reconhecimento da função em questão quanto da dimensão não-verbal, na qual essa função foi evidenciada, sofreram alterações entre as turmas, conforme mostra o **Gráfico 3**. Os percentuais calculados se basearam no número de vezes que a função estudada foi evidenciada em cada turma.

Gráfico 3 - Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de complementar, ratificar e reforçar o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal

Ao analisar os resultados por turma, percebe-se que os fatores ambientais estão entre os mais incidentes nas turmas A, B e D (28,3%, 27,3% e 27,3% respectivamente). A cinésica foi a dimensão associada à função mais reconhecida na turma C (27,4%).

A turma E teve, com exceção da tacêsica, todas as dimensões citadas de maneira uniforme, variando 20,0% (paralinguagem e características físicas) e 18,0% nas demais dimensões (proxêmica, cinésica e fatores ambientais).

A função estudada foi menos reconhecida no âmbito da tacêsica em todas as turmas, não citada na turma D, pouco citada na A (2,2%) e na C (4,8%), e foi a mais citada na turma B (9,1%) e E (6,0%).

5.5.2 Função: Contradiz o Verbal

A função de contradizer o verbal foi identificada 23 (vinte e três) vezes por 21,1% (19) dos profissionais de saúde que realizaram a avaliação mediata, sendo distribuídos respectivamente nas turmas A (3 – 15%), B (2 – 20%), C (3 – 11,5%), D (3 – 30%) e E (8 – 33,3%). Ressalta-se que os percentuais apresentados nas turmas foram calculados com base no número de participantes existentes em cada turma, o que totaliza 90.

Pode-se afirmar que a função de contradizer o verbal teve reconhecimento maior na turma E (33,3%) e menor na turma C (11,5%). A **Tabela 51** mostra o quantitativo das respostas dos participantes que identificaram a função em estudos nas respectivas turmas.

Tabela 51 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de contradizer o verbal; fev./maio 2009 (n =23)

Respostas corretas da função	Turmas				
	A	B	C	D	E
Relativa	03	03	03	04	10
Percentual	13,0	13,0	13,0	17,5	43,5

A turma E foi a que mais contribuiu numericamente para a identificação da função de contradizer o verbal.

Ao aplicar o critério da proporcionalidade entre as respostas corretas reconhecidas/participante, o resultado por turma foi o seguinte, na ordem decrescente: D e E (0,4), B (0,3) e A e C (0,1).

Os dados permitiram verificar o número de momentos no qual a função de contradizer o verbal foi identificada e em quais das dimensões não-verbais esse reconhecimento se deu (**Tabela 52**).

Tabela 52 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram correta a função de contradizer o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 23)

Dimensão não-verbal	Identificação da função (n%)
Paralinguagem	9 (39,1)
Cinésica	7 (30,4)
Tacésica	4 (17,4)
Proxêmica	2 (8,7)
Características físicas	1 (4,3)

Pode-se observar que a função de contradizer o verbal foi, no geral, mais facilmente reconhecida na paralinguagem e na cinésica enquanto dimensões não-verbais. A função estudada não foi evidenciada entre os fatores ambientais.

Tanto o reconhecimento da função em questão, quanto da dimensão não-verbal na qual essa função foi evidenciada, sofreram alterações entre as turmas, conforme apresenta o **Gráfico 4**.

Gráfico 4 - Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de contradizer o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal

Pode-se afirmar que, no geral, a função em estudo foi mais reconhecida nos momentos retratados pela paralinguagem (39,1%), sendo a turma A sua totalidade (100%) e a C sua maioria (66,7%).

A turma B teve resultado equilibrado nas dimensões paralinguagem, cinésica e prôxêmica (33,3% em cada). Já na turma D, a cinésica foi a dimensão não-verbal mais representativa (50%). Finalmente, a turma E teve todas as dimensões presentes reconhecidas na função estudada, sendo a cinésica (40%) e a tacêsica (30%) as mais incidentes.

5.5.3 Função: Substitui o Verbal

A função de substituir o verbal foi identificada 114 (cento e quatorze) vezes por 77,8% (70) dos profissionais de saúde que realizaram a avaliação mediata, sendo distribuídos respectivamente nas turmas A (18 – 90,0%), B (6 – 60,0%), C (21 – 80,8%), D (7 – 70,0%) e E (18 – 75,0%). Ressalta-se que os percentuais apresentados nas turmas foram calculados com base no número de participantes existentes em cada turma, o que totaliza 90.

Pode-se afirmar que a função de substituir o verbal teve reconhecimento maior na turma A (90,0%) e menor na turma B (60,0%). A **Tabela 53** mostra o quantitativo das respostas dos participantes que identificaram a função em estudo nas diferentes turmas.

Tabela 53 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de substituir o verbal; fev./maio 2009 (n =114)

	Turmas				
Respostas corretas da função	A	B	C	D	E
Relativa	27	10	34	13	30
Percentual	23,7	8,8	29,8	11,4	26,3

A turma C foi a que mais contribuiu numericamente para a identificação da função de substituir o verbal. Ao aplicar o critério da proporcionalidade entre as respostas corretas e reconhecidas/participante, o resultado por turma, na ordem decrescente, foi: A, C e D (1,3), E (1,2) e B (1,0).

Os dados permitiram verificar o número de momentos no qual a função de substituir o verbal foi identificada e em quais das dimensões não-verbais esse reconhecimento se deu (**Tabela 54**).

Tabela 54 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata que identificaram a função de substituir o verbal, conforme a dimensão não-verbal associada; fev./maio 2009 (n = 114)

Dimensão não-verbal	Identificação da função (n%)
Paralinguagem	43 (37,7)
Cinésica	29 (25,4)
Proxêmica	15 (13,2)
Características físicas	13 (11,4)
Tacêsica	08 (7,0)
Fatores ambientais	06 (5,3)

Pode-se observar que a função de substituir o verbal foi, no geral, mais facilmente reconhecida na paralinguagem enquanto dimensão não-verbal. Os fatores ambientais e a tacêsica foram aqueles com menor frequência de identificação da função estudada (5,3% e 7,0%, respectivamente).

Tanto o reconhecimento da função em questão, quanto da dimensão não-verbal na qual essa função foi evidenciada, sofreram alterações entre as turmas, conforme o **Gráfico 5**.

Gráfico 5 - Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de substituir o verbal em uma ou mais dimensão não-verbal

Os resultados revelam que a paralinguagem foi a dimensão não-verbal mais frequente para a identificação da substituição do verbal, tanto no geral das turmas, como em cada uma das turmas, sendo a de maior percentual a turma B (40%) e a de menor a turma D (30,8%). Os fatores ambientais foram os de menor frequência geral, sendo inexistente nas turmas A e B (0%).

5.5.4 Função: Demonstrar Sentimentos

A função de demonstrar sentimentos foi identificada 198 (cento e noventa e oito) vezes por 97,7% (88) dos profissionais de saúde que realizaram a avaliação mediata, sendo distribuídos respectivamente nas turmas A (20 – 100,0%), B (10 – 100,0%), C (25 – 96,2%), D (10 – 100,0%) e E (23 – 95,80%). Ressalta-se que os percentuais apresentados nas turmas foram calculados com base no número de participantes existentes em cada turma, o que totaliza 90.

Os dados revelam que a identificação da função de demonstrar sentimentos foi unânime nas turmas A, B e D. A **Tabela 55** mostra o quantitativo das respostas dos participantes que identificaram a função em estudo nas diferentes turmas.

Tabela 55 - Distribuição numérica geral das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação da função de demonstrar sentimentos; fev./maio 2009 (n=198)

Identificação correta da função	Turmas				
	A	B	C	D	E
Relativa	49	19	49	21	60
Percentual	24,7	9,6	24,7	10,6	30,3

A turma E foi a que mais contribuiu numericamente para a identificação da função de demonstrar sentimentos. Aplicando a proporcionalidade das respostas em face ao número de participantes das turmas, obteve-se em valores decrescentes (funções reconhecidas/participante): E (2,5); A (2,4); D (2,1); B e C (1,9).

Os dados permitiram verificar o número de momentos no qual a função de demonstrar sentimentos foi identificada e em quais das dimensões não-verbais esse reconhecimento se deu (**Tabela 56**).

Tabela 56 - Distribuição relativa e percentual dos momentos reconhecidos pelos participantes da avaliação mediata, conforme identificação da função de demonstrar sentimentos em uma ou mais dimensão não-verbal; fev./maio 2009

Dimensão não-verbal	Identificação da função (n%)
Tacética	59 (29,8)
Fatores ambientais	35 (17,7)
Cinética	34 (17,2)
Paralinguagem	29 (14,6)
Proxêmica	29 (14,6)
Características físicas	12 (6,1)

Pode-se observar que a função de demonstrar sentimentos foi, no geral, mais facilmente reconhecida na dimensão da tacética (29,8%) e menos verificada dentre os aspectos ligados às características físicas (6,1%).

Tanto o reconhecimento da função em questão, quanto da dimensão não-verbal na qual essa função foi evidenciada, sofreram alterações entre as turmas, conforme mostra o **Gráfico 6**.

Gráfico 6 - Representação gráfica do percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata nas cinco diferentes turmas, conforme identificação da função de demonstrar sentimentos em uma ou mais dimensão não-verbal

Ao analisar os resultados por turma, percebe-se que a tacésica foi a mais frequente, tanto no geral das turmas, quanto em cada uma das turmas. As turmas B e C foram aquelas que mais tiveram representação percentual (36,5% e 34,7%, respectivamente).

Na turma D, o reconhecimento da função estudada foi mais frequente na tacésica e na proxêmica (23,8% em ambas).

A turma B teve a dimensão proxêmica como sendo a dimensão com menor reconhecimento da função estudada (5,3%).

5.5.5 Consolidado de Dados da Avaliação Mediata

Os dados revelam que 537 (quinhentos e trinta e sete) momentos, nos quais uma das funções estava presente. Foram identificadas: 37,6% (202) à função de complementar, ratificar e reforçar o verbal; 36,9% (198) demonstrar sentimentos; 21,2% (114) a função de substituir o verbal e 4,3% (23) a de contradizer o verbal.

Os dados expostos foram reunidos de forma a facilitar revelar os resultados diante do reconhecimento das quatro funções da comunicação não-verbal, em um ou mais momentos do filme escolhido na avaliação mediata. A **Tabela 57** mostra o comportamento dos participantes que identificaram as funções da comunicação não-verbal e o número pelo qual cada função foi identificada.

Tabela 57 - Distribuição relativa e percentual dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação das funções da comunicação não-verbal; fev./maio 2009

Função não-verbal	Turmas					Total
	A	B	C	D	E	
Demonstra Sentimentos						
N.º de pessoas que identificaram	20 (100,0)	10 (100,0)	25 (96,1)	10 (100,0)	23 (33,3)	88 (97,8)
N.º de momentos evidenciados	49 [24,7]	19 [9,6]	49 [24,7]	21 [10,6]	60 [30,3]	198 [100,0]
Complementa, ratifica e/ou reforça o verbal						
N.º de pessoas que identificaram	18 (90,0)	10 (100,0)	24 (92,3)	09 (90,0)	18 (75,0)	79 (87,8)
N.º de momentos evidenciados	46 [22,8]	22 [10,9]	62 [30,7]	22 [10,9]	50 [24,7]	202 [100,0]
Substitui o verbal						
N.º de pessoas que identificaram	18 (90,0)	06 (60,0)	21 (80,8)	07 (70,0)	18 (75,0)	70 (77,8)
N.º de momentos evidenciados	27 [23,7]	10 [8,8]	34 [29,0]	13 [11,4]	30 [26,3]	114 [100,0]
Contradiz o verbal						
N.º de pessoas que identificaram	03 (15,0)	02 (20,0)	03 (11,5)	03 (30,0)	08 (33,3)	19 (21,1)
N.º de momentos evidenciados	03 [13,0]	03 [13,0]	03 [13,0]	04 [17,4]	10 [43,5]	23 [100,0]

Nota:

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

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

Os dados revelam que os participantes da avaliação mediata identificaram as funções não-verbais, sendo que 97,8% a função de demonstrar sentimentos; 87,8% a função de complementar, ratificar e reforçar o verbal; 77,8% a função de substituir o verbal e 21,1% a função de contradizer o verbal.

Ao somar, em cada turma, o total de momentos reconhecidos em que as quatro funções da comunicação não-verbal foram evidenciadas, o resultado quantitativo decrescente foi o seguinte: E (150 – 27,9%), C (148 – 27,6%), A(125 – 23,3%), D (60 – 11,2%) e B (54 – 10,1%).

Ao aplicar o critério de proporcionalidade (número de momentos corretos/participante) obteve-se na ordem decrescente: A e E (6,25), D (6,0), C (5,7) e B (5,4).

Pode-se afirmar que, em termos numéricos e proporcionais, a turma E foi a que mais reconheceu momentos em que uma ou mais funções foram evidenciadas, já a turma B a que menos reconheceu momentos (numérico e proporcional).

A **Tabela 58** mostra o panorama das funções não-verbais reconhecidas, conforme as dimensões associadas que oportunizou esse reconhecimento nas diferentes turmas.

Tabela 58 - Distribuição relativa e percentual das respostas dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme identificação das funções da comunicação não-verbal e a dimensão na qual foi evidenciada; fev./maio 2009

Dimensão e Função	Turma					Total
	A	B	C	D	E	
Paralinguagem						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	06 (13,0)	03 (13,6)	04 (6,5)	05 (22,7)	10 (20,0)	28 (13,9)
Contradizer o verbal	03 (100,0)	01 (33,3)	02 (66,7)	01 (25,0)	02 (20,0)	09 (39,1)
Substituir o verbal	11 (39,3)	04 (40,0)	13 (39,4)	04 (30,8)	11 (36,7)	43 (37,7)
Demonstrar sentimentos	11 (22,4)	01 (5,3)	04 (8,2)	04 (19,0)	09 (15,0)	29 (14,6)

Continua

continuação

Fatores Ambientais						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	13 (28,3)	06 (27,3)	12 (19,4)	06 (27,3)	09 (18,0)	46 (22,8)
Contradizer o verbal	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Substituir o verbal	00 (0,0)	00 (0,0)	04 (12,1)	01 (7,7)	01 (3,3)	06 (5,3)
Demonstrar sentimentos	06 (12,2)	03 (15,8)	08 (16,3)	04 (19,0)	14 (23,3)	35 (17,7)
Tacêsica						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	01 (2,2)	02 (9,1)	03 (4,8)	00 (0,0)	03 (6,0)	09 (4,5)
Contradizer o verbal	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (25,0)	03 (30,0)	04 (17,4)
Substituir o verbal	02 (7,1)	02 (20,0)	03 (9,1)	01 (7,7)	00 (0,0)	08 (7,0)
Demonstrar sentimentos	13 (26,5)	07 (36,8)	17 (34,7)	05 (23,8)	17 (28,3)	59 (29,8)
Características Físicas						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	08 (17,4)	02 (9,1)	14 (22,6)	04 (18,2)	10 (20,0)	38 (18,8)
Contradizer o verbal	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (33,3)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (4,3)
Substituir o verbal	03 (10,7)	01 (10,0)	03 (9,1)	02 (15,4)	04 (13,3)	13 (11,4)
Demonstrar sentimentos	03 (6,1)	03 (15,8)	05 (10,2)	00 (0,0)	01 (1,7)	12 (6,1)
Proxêmica						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	07 (15,2)	04 (18,2)	12 (19,4)	03 (13,6)	09 (18,0)	35 (17,3)
Contradizer o verbal	00 (0,0)	01 (33,3)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (10,0)	02 (8,7)
Substituir o verbal	03 (10,7)	01 (10,0)	04 (12,1)	01 (7,7)	06 (20,0)	15 (13,2)
Demonstrar sentimentos	08 (16,3)	01 (5,3)	04 (8,2)	05 (23,8)	11 (18,3)	29 (14,6)
Cinésica						
Complementar, ratificar e reforçar o verbal	11 (23,9)	05 (22,7)	17 (27,4)	04 (18,2)	09 (18,0)	46 (22,8)
Contradizer o verbal	00 (0,0)	01 (33,3)	00 (0,0)	02 (50,0)	04 (40,0)	07 (30,4)
Substituir o verbal	09 (32,1)	02 (20,0)	06 (18,2)	04 (30,8)	08 (26,7)	29 (25,4)
Demonstrar sentimentos	08 (16,3)	04 (21,1)	11 (22,4)	03 (14,3)	08 (13,3)	34 (17,2)

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

No que se refere às dimensões não-verbais e o reconhecimento nas funções da comunicação não-verbal, os resultados revelaram que, numericamente, a paralinguagem foi mais frequentemente reconhecida na função de substituir o verbal; os fatores ambientais, as características físicas, proxêmica e cinésica na função de complementar, ratificar e reforçar o verbal e a dimensão tacética mais frequente na função de demonstrar sentimentos.

Os dados ainda permitiram verificar por participante a quantidade de funções reconhecidas e a quantidade de dimensões não-verbais nas quais essas funções foram identificadas (**Tabela 59**).

Tabela 59 - Distribuição numérica dos participantes da avaliação mediata das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E), conforme número de identificação das funções da comunicação não-verbal e o número de dimensões nas quais as funções foram reconhecidas; fev./maio 2009

Quantidade de Dimensões nas quais as funções foram reconhecidas (x)						
Turma A (n=20)	1	2	3	4	5	6
Funções Reconhecidas(y)						
1 a 3	0 (0,0)	1(5,0)	2(10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4 a 5	0 (0,0)	0 (0,0)	1(5,0)	0 (0,0)	1(5,0)	0(0,0)
6 a 10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	9(45,0)	5(25,0)
Turma B (n=10)	1	2	3	4	5	6
Funções Reconhecidas(y)						
1 a 3	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4 a 5	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	0 (0,0)
6 a 10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	1 (10,0)
Turma C (n=26)	1	2	3	4	5	6
Funções Reconhecidas(y)						
1 a 3	1(3,8)	2 (7,7)	2 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4 a 5	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	3 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
6 a 10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	2 (7,7)	14 (53,8)
Turma D (n=10)	1	2	3	4	5	6
Funções Reconhecidas(y)						
1 a 3	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4 a 5	0 (0,0)	0(0,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	1(10,0)	0 (0,0)
6 a 10	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (50,0)	1 (10,0)
Turma E (n=24)	1	2	3	4	5	6
Funções Reconhecidas(y)						
1 a 3	0(0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4 a 5	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (20,8)	3 (12,5)	0 (0,0)
6 a 10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,5)	4 (16,7)	8 (33,3)

Nota:

(n %) – percentual calculado no número total de participantes por turma.

(x) – quantidade que a dimensão foi reconhecida, podendo ser de uma a seis.

(y) – quantidade que as funções foram reconhecidas. Usou-se intervalo numérico.

Considerou-se como critério de avaliação do grau de assimilação mediata muito satisfatório, as respostas que contemplaram a identificação de no mínimo seis vezes uma função e seis dimensões (29 – 32,2%); satisfatório, as que identificaram no mínimo quatro funções e quatro dimensões (45 – 50,0%) e insatisfatório, as que identificaram uma ou mais funções e menos de 4 dimensões (16 – 17,8%).

Cada turma pôde também ser analisada no global. A **Tabela 60** ratifica os resultados.

Tabela 60 - Percentual da avaliação mediata aplicada aos participantes das cinco diferentes turmas (A, B, C, D e E) no que se refere ao grau de assimilação das funções da comunicação não-verbal no âmbito da Gerontologia; fev./maio 2009

Grau de Assimilação Mediata	Turmas				
	A	B	C	D	E
Muito satisfatório	25,0	10,0	53,8	10,0	33,3
Satisfatório	55,0	70,0	23,1	60,0	62,5
Insatisfatório	20,0	20,0	23,1	30,0	4,2

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No início da capacitação, os participantes puderam expressar a percepção em relação aos aspectos ligados ao envelhecimento humano. Os dados revelaram que essa percepção, antes do curso, era pessimista e reducionista (87,1%), pois estava associada à presença de doenças que acarretam fragilidades, limitações e que trazem incapacidades, em que a alegria não existe e o isolamento, desgaste e preconceitos constituem uma realidade vivida. O envelhecimento também foi considerado como uma etapa natural da vida, cujo acúmulo de experiências constituía seu maior ganho, sendo ainda, para alguns poucos, algo estranho e até misterioso.

O envelhecimento humano não é provocado por uma única causa ou mecanismo, as teorias sobre envelhecimento, já explicitadas anteriormente, revelam o quanto uma multiplicidade de aspectos são inerentes a este processo. Contudo, é comum que as pessoas reduzam o entendimento sobre o envelhecimento aos aspectos biológicos, pois eles, na maioria das vezes, são mais visíveis e mais facilmente mensurados. Na verdade, os participantes apresentaram uma percepção voltada aos resultados considerados negativos para o padrão social ocidental, do qual o Brasil faz parte. E isto vai ao encontro do que Agich⁷² descreve sobre a maneira pela qual os mais jovens e saudáveis percebem o envelhecimento e os idosos. Acrescenta que essa postura acaba por influenciar na forma como se comportam em relação a eles. O autor relata que ocorre o idosismo, um processo que envolve estereotipação e discriminação sistemática das pessoas apenas por serem idosas e acabam sendo vistas como senis, rígidas no pensamento, antiquadas na moralidade e nas habilidades.

Pires e Silva⁷³ registram, diante da visão do envelhecimento, percepções distintas entre as pessoas; algumas percebem a velhice como um período vazio, sem valor, no qual existe inutilidade e falta de sentido, enquanto que, para outros, pode ser um período de aproveitamento, crescimento, realização pessoal, oportunidade para fazer aquilo que não fez quando jovem, porque o tempo foi todo ocupado na criação dos filhos, na busca de estabilidade, entre outras coisas.

Os resultados iniciais com esta visão negativa foram maioria em todas as turmas, sendo que as turmas C (93,6%) e A (91,7%) foram as mais pessimistas e a turma D (69,3%), a menos. Já na turma B, houve seis respostas que apresentaram a construção do envelhecimento como um processo que sofre as influências das condições biológicas, sociais e psicológicas e em que nem sempre a presença da doença é obrigatória.

Ao questionar sobre a representação que se tinha do indivíduo idoso, o pessimismo ficou mais diluído. Os dados revelam que 22,5% mantiveram a visão negativa, pois essas falas não valorizam a condição de ser idoso e ainda, 26,5% expressaram pontos negativos e positivos também. Nessa questão, a turma C (39,1%) permaneceu como a mais pessimista e a D (10,0%), a menos.

Os resultados vão ao encontro da oficina de sensibilização feita por Brum e Souza⁷⁴, com graduandos de enfermagem, na qual as ideias sobre o idoso foram expressas por palavras como: *"enrugado, frágil, impotente, feio, inútil, aposentado, surdo, doença, fim, discriminação, resmungão, chatice, sabedoria, manias e experiência, dentre outras expressões"*. Tais ideias podem ser encontradas na afirmativa de Zimerman⁷⁵ *"(...) para muitas pessoas, quando se fala em velho, a imagem que vem à mente é a de um sapato gasto, furado e que, portanto, já não serve mais pra nada"*.

Essa afirmação corrobora com as teorias sociais do envelhecimento⁴² e pode ser explicada pelo fato de que ser velho, significa, na maioria das vezes, estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao mundo produtivo do trabalho. Assim, o entendimento da identidade dos idosos está relacionada à presença de qualidades, tais como: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade. Desta forma, o envelhecimento é visto como um estado de decadência, em que o idoso é levado a uma posição de inferioridade⁷⁶.

Após o primeiro dia de capacitação, os participantes foram novamente questionados e começaram a mostrar diferenças na percepção. O envelhecimento humano passou a ser entendido por 84,6% como um processo (que traz movimento e é dinâmico) e não simplesmente como uma etapa da vida. Foi observado que 35% entende que o processo ocorre por meio de mudanças biopsicossociais; 28,2% como resultado de situações e experiências vividas no decorrer da vida; 24,8% citaram as fragilidades e as limitações como condições presentes, mas não isoladas, e sim, como vertentes que precisam ser valorizadas e cujo foco de atenção deva ser uma realidade; e, finalmente, 11,9% mencionaram que a presença da doença não era compulsória da velhice.

Esse resultado está em concordância com Santos⁷⁷, cuja tese defende que a visão do envelhecimento humano não pode ser considerada uma etapa da vida, e sim um processo permanente e amplo, presente na vida das pessoas.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo cuja redução da reserva funcional não deve comprometer os mecanismos necessários ao desenvolvimento das atividades do cotidiano. Quando ocorre uma limitação funcional evidente, ela precisa ser entendida como efeito de um processo fisiopatológico, ser tratada e cuidada, e não obrigatoriamente ser entendida como um processo natural de envelhecer⁷⁸.

Para isso, Guerra⁷⁹ defende o uso, por profissional de saúde, em qualquer momento, de um instrumento simples e específico para a identificação de risco de fragilização, que permite priorizar o atendimento dos que mais necessitam de um serviço geriátrico com suporte interdisciplinar, promovendo a reabilitação e diminuindo os riscos de hospitalização.

Cabe citar que um instrumento que avalia os riscos dos idosos que buscam os serviços de saúde foi proposto por Boulton *et al.*⁸⁰, em 1993, e aplicado por Veras⁸¹, demonstrando ser eficaz e, portanto, merece ser utilizado de forma prioritária pelos profissionais que prestam assistência aos idosos. Trata-se de um questionário composto por perguntas simples e objetivas, de fácil utilização e aplicado no momento da entrevista de admissão, por qualquer pessoa treinada, em curto espaço de tempo e em diferentes locais.

Quando o participante faz a associação do envelhecimento humano com as experiências do decorrer da vida e cita suas fragilidades e limitações, ele está correto e vai ao encontro das expectativas manifestadas pela OPAS⁸² de reduzir a morbimortalidade do idoso, e torná-lo um indivíduo que possa envelhecer num cenário saudável. Jacob Filho⁷⁸ cita dez ações que têm sido tomadas na tentativa de favorecer um envelhecimento saudável; são elas: avaliação global do idoso; estímulo à atividade física regular; mudanças de hábitos deletéricos; adequação nutricional; postergar ao máximo o início de uma doença; uso criterioso de fármacos; compensar as limitações; prevenir acidentes e traumas; manutenção dos papéis sociais e ampliação da rede de suporte social.

O que se pode constatar é que 68,4% dos participantes conseguiram, imediatamente após da capacitação, assimilar satisfatoriamente o entendimento do conceito do envelhecimento, o que é formidável. A turma que mais contribuiu em valores percentuais para as respostas satisfatórias foi a turma B (81,3%), seguida pela turma C (72,4%); a turma E (39,4%) foi a mais insatisfatória. Isso ratifica que em relação ao envelhecimento humano, a turma E foi, tanto antes da capacitação quanto

depois dela, a mais negativa e a que menos conseguiu revelar mudanças sobre esse entendimento, e a turma B a que manteve a construção mais pertinente e satisfatória dentre os critérios estabelecidos neste estudo.

O que precisa ser enfatizado e que foi marcado nos relatos dos participantes é que o envelhecimento não é uma simples etapa, é sim, um processo complexo que possui peculiaridades capazes de provocar uma série de mudanças biológicas, psicológicas, culturais e sociais no idoso e na sociedade que o engloba, conforme as teorias sobre o envelhecimento referendam²⁹.

Durante o treinamento, bem como no conteúdo dos relatos, percebeu-se o quanto os profissionais de saúde precisam se ater aos erros comumente cometidos no atendimento aos idosos. Respostas do tipo *“o idoso é um ser vulnerável, que precisa fazer muitos exames sempre e são muitos poliqueixosos, que não dá nem sempre pra acreditar. Não seria carência emocional?”* (TC) devem ser evitadas.

Esse exemplo remete à atenção solicitada no documento do Ministério da Saúde¹⁷, quando afirma que muitos profissionais de saúde consideram as alterações que ocorrem com o idoso como sendo decorrentes do envelhecimento natural, impedindo, algumas vezes, a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, bem como tratam o envelhecimento natural como doença e simplesmente submetem os idosos a exames e tratamentos desnecessários originários de sinais e sintomas que poderiam ser associados à senescência.

Não basta compreender o envelhecimento, é também importante reconhecer que as atitudes dos profissionais de saúde podem auxiliar na maximização da autonomia e da independência do idoso. Por isso, a capacitação aplicada aos participantes contemplou esse assunto. Os resultados apontaram que todos os participantes conseguiram identificar uma ou mais estratégias que podem ser usadas para manter ou maximizar a autonomia e a independência do idoso.

As estratégias apresentadas estavam ligadas aos conhecimentos técnicos (63,2%), como o suporte nas atividades de vida diária e a avaliação do grau de funcionalidade e de dependência; aos valores éticos (30,7%), compostos por ações de consideração que respeitem a dignidade e a privacidade do idoso e que lhes conceda liberdade de escolha e decisão; à comunicação (27,4%), que reúne as nuances não ditas verbalmente, como um gesto de incentivo, uma postura corporal de ajuda, a utilização com qualidade e atenção do tempo na interação, e, ainda, a organização do

ambiente de forma que o idoso se sinta inserido no contexto, participe das atividades e, portanto, seja ativo.

Sendo assim, as estratégias citadas pelos participantes são baseadas no conteúdo trabalhado nas aulas e corroboram com os estudos de Nakani *et al.*⁸³ e de Duarte⁸⁴ que consideram a avaliação funcional do idoso essencial, devendo ser incorporada no cotidiano dos profissionais de saúde, pois permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção e necessidades, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidado adequado às demandas assistenciais, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e, finalmente, estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular.

As estratégias para autonomia e independência dos idosos, apontadas pelos participantes com conteúdos ligados aos valores éticos, contemplam o proposto por Bandman e Bandman⁸⁵, que consideram o idoso detentor do direito de privacidade. Para os autores, isso significa dignidade e consideração, ao defenderem a premissa de que o idoso é um ser e, portanto, não pode ser tratado como um instrumento de cuidar, e sim, deve ser um sujeito do cuidado. Essa visão implica tratá-lo em sua totalidade com o consentimento informado, tendo ciência do tratamento que lhe foi proposto, dos procedimentos envolvidos e dos resultados esperados.

Soares e Lunardi⁸⁶ afirmam que, no dia-a-dia, as ações realizadas pelos profissionais de saúde devem ser revistas para não se distanciarem da ética. Ressaltam que o cotidiano, muitas vezes, favorece a transgressão dos princípios éticos pelas mais diversas desculpas e questões, e isto acaba, por vezes, a atrapalhar o processo de autonomia e de independência do idoso.

Finalmente, as estratégias ligadas à comunicação estão ancoradas nos estudos de Buchanam⁸⁷, quando considera que a atitude de conversar somente não é o suficiente. O autor ressalta que o profissional de saúde precisa “falar” de várias formas além do verbal, pois assim facilita o idoso compreender e se recordar das orientações. Ressalta, ainda, que a competência em comunicação é um recurso essencial para fornecer cuidado em gerontologia e, conseqüentemente, minimizar os riscos de vulnerabilidade a que o idoso está exposto.

Inclusive, o Ministério da Saúde¹⁷ enfatiza, documentalmente, que a comunicação é uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais, porque vai além da simples troca de palavras. Comunicação é um processo dinâmico que permite as pessoas se tornarem acessíveis

umas às outras. O Órgão Ministerial defende a ideia de que, por meio do compartilhar sentimentos, opiniões, experiências e informações, se pode alcançar muitas coisas, entre elas uma condução terapêutica em conformidade com as expectativas e necessidades de cada um.

Portanto, não só a compreensão da dinâmica e da natureza que envolve o processo de envelhecimento humano, como também os aspectos comunicacionais constituem uma estratégia que, aliada ao processo de cuidar em gerontologia, favorece um cuidado de qualidade em saúde.

A valorização da comunicação interpessoal no cotidiano passa por muitas instâncias, constituindo um desafio na construção das habilidades próprias no cuidar efetivo/afetivo. Daí ter-se investigado, no início da capacitação, qual o entendimento que os participantes tinham sobre a comunicação propriamente dita, comunicação não-verbal, os fatores que, de alguma maneira, podem interferir na comunicação e, ainda, a compreensão de ser hábil na comunicação interpessoal.

Os resultados apontaram que 43,6% consideraram comunicação como o meio de estabelecer relações e expressar sentimentos entre as pessoas, sendo as turmas E (54,5%) e B (50,0%) as que mais fizeram essa construção; 34,2%, como o uso e aplicação, tanto de recursos verbais quanto não-verbais, para expressão dos pensamentos e ideias compartilhadas, sendo a turma C (41,9%) a que mais contribuiu nesse agrupamento; e 21,4%, com respostas mais restritas e focadas exclusivamente na mensagem ou informação a ser transmitida e recebida, sendo a turma D (30,7%) a que mais colaborou com essa compreensão e a E (15,2%), a menos. Pode-se perceber que, apesar da maioria diretamente não citar os elementos da comunicação não-verbal como vinculada ao processo de comunicação, os participantes já tinham ideias do quanto a comunicação revela sentimentos.

Quando questionados sobre comunicação não-verbal, os participantes forneceram como respostas atitudes que puderam ser interpretadas e, posteriormente, relacionadas tanto às funções quanto às dimensões não-verbais. Ressalta-se que as respostas continham mais exemplos ligados às dimensões (78,6%), sendo a cinésica (66 vezes) e a tacésica (11 vezes) as mais citadas e a proxêmica não mencionada. A turma D tanto apresentou o melhor resultado percentual (respostas muito pertinentes – 15,4%) quanto o pior resultado (respostas não pertinentes – 15,4%). A turma E também apresentou não pertinência nas respostas de 15,2% e a turma A não teve respostas não pertinentes.

Os resultados estão em concordância com a afirmativa de que é por meio do corpo, dos seus gestos, de sua aparência, dos seus movimentos que o homem se comunica com os outros, e este rol pode, em determinado contexto, realizar movimentos ambíguos, ou seja, de aproximação ou de afastamento, uma vez que é por meio do corpo que vemos e percebemos, somos vistos e percebidos⁴⁵.

Já os fatores que interferem na comunicação foram vinculados tanto às condições individuais ligadas à própria pessoa (32,5%), sendo a turma E (54,5%) a que mais assumiu essa postura e a B (18,8%) que menos a considerou; quanto às condições ligadas ao outro (15,4%), sendo a turma A (37,5%) a que mais atribuiu a responsabilidade ao outro e a turma E (3,0%) a que menos citou o outro como responsável pela interferência comunicacional.

Pode-se afirmar que, pela Teoria de Laing⁴⁷, as pessoas se comunicam e estabelecem seus comportamentos de acordo com as vivências individuais e isso afeta a maneira do relacionar-se com o outro. Portanto, considerar a si próprio ou o outro como responsável pela comunicação, sem conjugar as vivências, não favorece um processo comunicacional adequado.

Estudo desenvolvido por Machado, Leitão e Holanda⁸⁸ sobre o conceito da ação comunicativa concluiu que são comuns fatores ligados aos atos técnicos e automatizados serem razões que dificultam a interação do binômio profissional-cliente. Os autores ressaltam que a aquisição de habilidades capazes de compreender e entender melhor o ser humano, diante de suas complexidades, está relacionada ao saber ouvir e ao saber intervir e, que ambos devem ser realizados de forma compreensiva, reconhecendo as diferenças que lhes são peculiares.

Houve também a menção, por 44,4% dos participantes, de que os fatores que facilitam e dificultam a comunicação estejam relacionados às condições do binômio (a pessoa e o outro). Neste ponto, as turmas B (62,5%) e A (25,0%) foram as que mais e menos, respectivamente, contribuíram para esse percentual.

É fundamental, na ação comunicativa, a participação do assistido, porém, o que se verifica muitas vezes é a imposição do profissional por meio da concepção de que o domínio de sua verdade sobressaia e isso acaba por coibir o outro de expor suas emoções e opiniões⁸⁸.

Outro ponto a ser lembrado é que o assistido/cuidado, no caso, o idoso, é rodeado por uma série de preconceitos próprios da sociedade que o vê como frágil, sem autonomia, incapaz e improdutivo⁸⁹.

Quando os participantes remetem suas respostas e colocam a responsabilidade pela comunicação eficaz no próprio idoso, eles repetem o comportamento dessa parcela da sociedade que ainda encara o idoso como alvo de cuidado fragmentado e até mesmo mecanizado. Dentre as respostas que atribuem a responsabilidade da comunicação ao idoso, estão aquelas que enfatizaram as limitações que os mesmos possuem, e não às potencialidades que poderiam ser percebidas e estimuladas.

Não basta identificar os fatores de interferência comunicacional, precisa-se intervir nesses fatores. Sem dúvida nenhuma os recursos da comunicação não-verbal constituem um caminho a ser aplicado pelos profissionais de saúde.

Sabe-se que a comunicação não-verbal fala da essência do indivíduo, de suas emoções e pensamentos. O desvendar da sua natureza potencializa a comunicação do profissional com o cliente e equipe⁵¹ e isto precisa ser um foco de atenção no cotidiano dos serviços de saúde.

Atualmente a busca por competência tem sido uma realidade. Isto pode ser comprovado nas premissas da Lei de Diretrizes Curriculares e Bases da Educação Nacional⁹⁰, que fundamenta o processo de formação por meio de competências e habilidades e do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão, que busca um profissional com perfil não somente alicerçado nos aspectos de conhecimento cognitivo, mas que também seja capaz de agir com eficácia diante das mais diversas situações, executando atividades próprias da profissão, e ainda, saiba conviver com as pessoas.

Para os participantes da capacitação, ser competente e hábil ao se comunicar com as pessoas significa: ser entendido, atender as necessidades e as expectativas do outro; ser bom ouvinte ou bom observador e ainda dar *feedback* (47,8%); possuir qualidade de oratória pública, traduzida em clareza, objetividade e simplicidade da fala, postura extrovertida e uso de exemplos na oratória (29,1%); perceber a comunicação não restrita ao verbal, mas também, a existência dos aspectos não-verbais, como a entonação da voz, uso de gestos e postura que possam de alguma maneira revelar segurança, simpatia e confiança (12,8%); saber lidar com o outro, ao ser atencioso, afetuoso, respeitoso e educado (12,0%); ter controle sobre o tempo usado e escolher um local que seja a favor da interação e não provoque cansaço no outro (8,5%); e ter o domínio do assunto a ser tratado (6,8%).

Esse resultado, mesmo que inicial, vai ao encontro das considerações feitas por Silva⁴⁵, ao afirmar que, para ser eficaz na comunicação é necessário o

cumprimento de quatro principais aspectos: a) prestar atenção aos sinais emitidos pelo outro e por si próprio; isto porque quanto maior a capacidade de decodificar corretamente o não-verbal maiores serão as condições de emitir adequadamente sinais não-verbais; b) buscar desenvolver um comportamento empático; c) utilizar adequadamente os cinco sentidos voltados para a percepção e compreensão do outro; d) oferecer e solicitar *feedback* às pessoas com as quais se relaciona.

As considerações traçadas pelos participantes remetem ao próprio conceito apresentado por Perrenoud⁹¹ que cita a competência como a capacidade de mobilizar todos os tipos de recursos cognitivos, não apenas um saber procedimental, codificado, que seja aplicado literalmente, mas aquele que potencializa e externa os saberes considerados declarativos e condicionais. Pode-se dizer que o autor ratifica que ser competente é quando se valoriza o situacional e utiliza ações que sejam pertinentes ao contexto, exige reflexão e tomada de decisão e não simplesmente a ação.

Antes da capacitação, ainda se perguntou aos integrantes, quais seriam as alterações ligadas ao idoso e ao profissional que interferem na comunicação do binômio (idoso-profissional). As respostas foram separadas entre dificuldades e facilidades.

As dificuldades apontadas foram aquelas ligadas aos problemas físicos, sensoriais e patológicos do idoso (52,1%), e esse dado remete às considerações feitas pelo Ministério da Saúde¹⁸ sobre as diminuições das capacidades sensório-perceptivas, que ocorrem no processo de envelhecimento, as quais podem afetar a comunicação das pessoas idosas. É comum para o idoso a diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente, sendo necessário o profissional ater-se à problemática de forma não só a perceber a dificuldade, mas também de interferir sobre ela. Para isto, medidas até consideradas simples podem ser utilizadas para auxiliar na comunicação, tais como: evitar ambientes ruidosos; evitar submetê-lo às situações constrangedoras, quando o idoso não entender o que foi dito ou pedir que seja repetido; procurar falar de forma clara e pausada, num tom de voz maior, de frente a ele; evitar gritar; articular bem as palavras; verificar a necessidade de próteses; diminuir a distância entre os locutores.

Outro resultado encontrado está ligado ao próprio profissional (17,1%), uma vez que ele possui um tempo reduzido para a interação. Este ponto gera interpretações distintas. Uma delas foi citada por Beck *et al.*⁹² quando afirmam que,

em razão de situações externas, como problemas institucionais, carência de força de trabalho (em número e qualificação), tipo e qualidade de equipamentos, sistema de saúde com muitos entraves, desvalorização do profissional, baixos salários, entre outras, os profissionais nem sempre interagem e executam as atividades de maneira adequada. Uma outra seria como o tempo é priorizado e utilizado. Conforme afirma Silva⁹³, dificilmente se tem o tempo desejado para atender um cliente, por isso os pequenos momentos devem ser bem aproveitados para que se possa melhorar a assistência do cuidado. A mesma autora ratifica essa posição ao afirmar que se o profissional de saúde estiver preocupado com o ser humano, ele precisará desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades comunicacionais para, de fato, oferecer uma assistência digna, mais compreensiva e afetiva.

E ainda, 5,1% dos participantes citaram o ambiente físico como condição desfavorável ao processo comunicacional. Pode-se aqui mencionar o que Pires e Silva⁷³ comentam sobre o meio ambiente. Segundo elas, ele, de fato, pode interferir positiva ou negativamente na comunicação com as pessoas idosas, dependendo da quantidade de estímulos aos quais esta pessoa está exposta. Silva⁴⁵ enfatiza que o ambiente engloba variáveis, como o mobiliário, o estilo arquitetônico do quarto, da casa ou do hospital, a decoração, as condições de iluminação, tipo e qualidade do ruído, cores, texturas, a própria ocupação dos espaços, a temperatura, dentre outros, que podem sim, interferir na relação humana. Em um sentido mais amplo, o ambiente físico pode compreender tudo o que rodeia uma pessoa, podendo instigar fortes sentimentos e atitudes, tanto positivas como negativas nos indivíduos^{45, 62, 73}.

Ressalta-se que a turma C foi a que mais responsabilizou o idoso pela interferência no processo comunicacional (71,0%), seguida pela A (54,2%). Já a turma E (30,3%) foi a que mencionou as atitudes dos profissionais como sendo a principal razão pela dificuldade na comunicação com o idoso.

Em relação às facilidades comunicacionais com o idoso, o resultado de maior valor foi atribuído ao fato de os idosos serem dependentes, carentes e vulneráveis, e assim, necessitarem do profissional, acabando por se submeter ao profissional sem questioná-lo (37,6%), sendo a turma B (62,5%) a que mais citou essa razão e a turma C (29,0%), a menos representativa.

O fato de os idosos serem indivíduos experientes e que já viveram muito constituiu para 17,1% um dos motivos de facilidade comunicacional, isto porque, na visão dos participantes, sensibiliza o profissional que o atende.

Outra facilidade considerada para 12,8% dos participantes ocorre quando o profissional se atém às necessidades do idoso e sabe não só ouvi-lo, como também utilizar os recursos paralinguísticos, dentre outros não-verbais, de forma a facilitar a compreensão do idoso.

Após a capacitação, as respostas dos participantes, diante da pergunta sobre as alterações ligadas ao idoso que interferem na comunicação com o profissional, sofreram modificações importante no seu conteúdo, tornando-se melhor fundamentadas e elaboradas. Passaram a valorizar diferentes questões, tais como: as alterações sensoriais (65,8%); os aspectos cognitivos (33,3%); aspectos emocionais e psíquicos (25,6%); as condições físicas e patológicas (16,2%); as variáveis socioculturais (14,5%); a própria submissão pessoal (6,8%); o não desejo pela interação (5,1%); as experiências prévias com a hospitalização (3,4%).

Esses achados citados, nas respostas dos participantes, vão ao encontro da literatura⁹⁴, uma vez que as alterações fisiológicas normalmente desencadeadas pelo comprometimento físico acabam por provocar mudanças nos padrões de comportamento e de hábitos impostos pelas rotinas institucionais e/ou pelas circunstâncias ambientais nas quais o indivíduo se encontra. Isto provoca diferentes implicações comportamentais que, de maneira direta ou indireta, atrapalham a comunicação.

Atkison e Murray⁹⁵ acrescentam que quando a pessoa adoece, muitos são os fatores que influenciam na habilidade de se comunicar com ela. Entre os aspectos emocionais e psíquicos, a ansiedade e a irritabilidade constituem uma realidade. São comuns atitudes diferenciadas para lidar e superar essas condições, por exemplo: uns questionam e se mostram insatisfeitos por tudo; outros se retraem e se comportam submissos, incapazes de tomar decisões de coisas consideradas simples; outros, ainda, revelam dificuldade de concentração e acabam por não compreender as orientações fornecidas pela equipe que presta o atendimento.

O grau de assimilação imediata dos participantes quanto às possíveis interferências ligadas ao idoso na comunicação com o profissional foi 65% satisfatório e alcançou o valor maioritário em todas as turmas; exceto na turma E que teve aproveitamento insatisfatório (51,5%).

Esse resultado remete a proposta defendida por Ausubel⁶⁴, em que a meta de um treinamento é identificar, nos conteúdos trabalhados, os conceitos mais abrangentes que tenham chances de serem ancorados com as experiências dos que

estão no papel de aprendiz. As respostas afirmam que a forma pela qual a capacitação foi aplicada atingiu esse objetivo

Investigou-se também, os aspectos ligados ao profissional que pudessem, de alguma forma, interferir na comunicação com o idoso. Os resultados foram agrupados e seus conteúdos possuíam um nível de detalhamento maior nas respostas, quando comparados com o momento anterior. Antes da capacitação, as respostas estavam restritas ao tempo reduzido que o profissional possuía e, nesse segundo momento, o tempo foi associado à dificuldade quanto ao seu gerenciamento, à deficiência prática de realizar procedimentos e ainda à necessidade dos profissionais precisarem cumprir as exigências do sistema burocrático que prioriza o quantitativo de consultas e de procedimentos (35%). Este resultado remete ao estudo desenvolvido por Martins⁹⁶, com médicos residentes em São Paulo, no qual concluiu que a rotina dos residentes traz fadiga não só pela carga de trabalho, mas também pela responsabilidade que eles necessitam assumir perante os pacientes, mesmo estando em uma fase de busca de aprendizado e de ganho de habilidades.

Outros aspectos considerados pelos participantes foram aqueles ligados aos princípios éticos (50,4%), pois ao se negligenciar as formas de cuidar efetivo/afetivo, isto é, ao se esquecer de dar atenção, carinho, afeto, respeito, paciência ao idoso, a comunicação sofre interferência direta.

Os participantes foram coerentes com o explicitado na capacitação e assumiram que estes princípios fazem a diferença no cuidar em Gerontologia. Como afirma Silva^{45,93}, a comunicação ultrapassa a simples troca de mensagens, permitindo entender o mundo, se relacionar com os outros, ter a possibilidade de se transformar (individual e coletivamente) e modificar a realidade na qual se está inserido. Estas possibilidades estão alicerçadas na vontade, no interesse e no uso do tempo consciente do profissional.

O resultado também está em concordância com Ribeiro⁹⁷, que acredita na valorização da dignidade humana, na afeição, no compromisso com o desenvolvimento do homem e nos princípios éticos. Segundo a autora, os princípios éticos são as luzes para o desenvolvimento de um método e de uma tecnologia humanística que o cuidado humano requer. Enfatiza que o desenvolvimento da competência específica, no caso conhecer melhor quem é cuidado (cliente), obriga o profissional a obter habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal. Ressalta, ainda, que a atenção e a cortesia prestadas pelos profissionais aos seus

clientes constituem atitudes fundamentais para o sucesso da construção da competência relacional e comunicacional.

Observou-se que 23,9% dos participantes consideraram que as próprias condições pessoais do profissional influenciam o processo comunicacional, prejudicando a interação com o idoso. Foram citados, como exemplo, o estado de humor, o compromisso com a profissão, o excesso de trabalho, a pouca valorização profissional, bem como, uma parcela de profissionais que não têm afinidade para interagir com pessoas mais velhas.

Para 49,6% dos integrantes, constituem fatores que interferem na comunicação do profissional com o idoso o desconhecimento de todos os recursos que a comunicação permite e a não consciência de que sua imagem também é formada em razão de sua atitude. A prática do cuidado empático, a autenticidade, a vontade e o interesse pelo outro também influenciam o processo de comunicação com o mesmo.

Essas constatações revelam como os participantes expressam a assimilação coerente do conteúdo da capacitação, contemplando a afirmativa de Albrechet⁹⁸ sobre o indivíduo, sua imagem e o impacto que provoca na realidade. Segundo o autor, cada indivíduo gera sua própria e exclusiva realidade, fruto das percepções, reações, interpretações e distorções que são construídas. Afirmar ainda, existirem pessoas “tóxicas” que, com frequência, ficam tão preocupadas com seus próprios conflitos que são incapazes de entender o impacto que elas causam nas outras e, portanto, precisam de ajuda para se verem como os outros as vêem de fato.

Finalmente, 41,9% dos participantes alegaram que a falta de conhecimento gerontológico traz limitações para a interação e comunicação do profissional com o idoso e acaba, por vezes, reduzindo o cuidado ao diagnóstico médico que ele possui.

A falta de conhecimento geriátrico e gerontológico pelos profissionais de saúde tem contribuído, decisivamente, para as dificuldades na assistência do idoso. Esta é uma das justificativas desta pesquisa, confirmada pelos relatos dos participantes. Gordilho *et al.*⁹⁹ expõem que a maioria das instituições de ensino superior brasileiro não está sintonizada com a transição demográfica e suas consequências, e isto tem favorecido uma escassez de recursos humanos para interagir, com competência, com esse grupo populacional.

É imperativo citar que o Estatuto do Idoso¹⁹, em seu artigo 18, do Capítulo IV do Direito à Saúde, exige que as instituições de saúde devam satisfazer aos critérios

mínimos de atendimento às necessidades do idoso. Para que isso possa ocorrer, é preciso haver treinamento e capacitação dos profissionais.

A Política Nacional do Idoso¹⁶ propõe que sejam incluídos, nos currículos dos cursos superiores da área da Saúde, conhecimentos de Geriatria e Gerontologia, visando à formação dos acadêmicos com competência para responder às demandas da clientela idosa e de seus familiares, e ao maior de investimento na promoção de um envelhecimento saudável que, efetivamente, atinja a população em geral.

Infelizmente, a capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado geronto-geriátrico é ainda incipiente em nosso meio. Entretanto, se não houver recursos humanos treinados especialmente para atendê-los, a população ficará à mercê de práticas cujas chances de oferecer atenção integralizada, digna e eficaz ao idoso são pequenas¹⁰⁰.

Enfatiza-se, então, que, para a consolidação das políticas de saúde ao idoso, a capacitação é requisito primordial, pois novos saberes provocam novos fazeres e é justamente isto que se defende nesta pesquisa.

No que se refere aos fatores ligados ao profissional que interferem na comunicação com o idoso, houve boa compreensão do conteúdo ministrado, se obteve 76,7% de satisfatoriedade do critério de assimilação proposto. Todas as turmas tiveram bom rendimento, sendo a turma C a de melhor desempenho (89,6%). Destaca-se que a turma D foi a única que não mencionou os aspectos pessoais do profissional como motivo de interferência na comunicação, mesmo ela sendo uma turma com uma grande representação de profissionais, o que causou curiosidade.

As respostas dos participantes, quando questionados sobre os pontos que influenciam a percepção do profissional ante a comunicação não-verbal, foram muito variadas. Destaca-se aqui a importância dada em observar seu próprio não-verbal e o do outro (42,7%) e conhecer a si próprio, suas características e necessidades (29,9%). A aplicação dos critérios de assimilação permitiu afirmar que o grau foi insatisfatório no geral (68,3%), sendo a turma E a com pior rendimento (78,8%). A turma B foi exceção, pois 62,5% das respostas foram satisfatórias.

Apesar desse questionamento ter sido feito no segundo dia de capacitação, momento no qual o conteúdo foi trabalhado, os participantes mantiveram as dificuldades em elaborar suas respostas de uma forma mais completa e ampla.

Chauí¹⁰¹ descreve que a percepção se torna mais eficaz quando não há somente frequência de repetição, mas quando a sucessão dos estímulos externos e

dos hábitos tenham tido chances de serem vivenciados pelas pessoas, fornecendo maior especificidade. Sendo assim, acredita-se que o ganho da habilidade em reconhecer o que influencia na percepção do não-verbal tenha relação com o tempo, com a prática e, também, com o querer reconhecê-lo e usá-lo adequadamente.

O mesmo não aconteceu ao solicitar aos participantes que identificassem as funções da comunicação não-verbal, uma vez que 98,3% conseguiram citar uma ou mais das funções, sendo as respostas satisfatórias para 61,5%.

Entre as funções da comunicação não-verbal, as duas mais lembradas foram: demonstrar sentimentos (69,2%) e complementar, ratificar e reforçar o verbal (67,5%). A função menos citada foi contradizer o verbal (22,2%). Este retrato repetiu-se em todas as turmas.

Durante o treinamento, os participantes receberam informação sobre as seis dimensões não-verbais propostas por Silva⁴⁵. Cada uma das dimensões trabalhadas foi submetida à avaliação imediata. Os resultados afirmam que todas tiveram um grau de assimilação satisfatório. Na ordem decrescente foram: os fatores ambientais (94,0%), paralinguagem (90,6%), proxêmica e características físicas (89,8%), cinésica (89,7%) e tacésica (67,5%).

A paralinguagem foi reconhecida, principalmente, tipo, qualidade e velocidade da fala (42,7%) como recursos que esta dimensão pode assumir no estabelecimento e manutenção da interação, pois os sinais paralinguísticos expressam atenção e interesse pelo outro. O conteúdo sobre paralinguagem alcançou aproveitamento de 90,6% entre os participantes. A variação foi de 100% de aproveitamento na turma B e de 79,8% na turma A, demonstrando que todas as turmas conseguiram um resultado excelente na assimilação imediata do reconhecimento da paralinguagem.

Steinberg⁶¹ defende a premissa de que a forma de se comunicar é influenciada pela forma que se reage afetivamente com o outro e também pela situação na qual o outro se encontra. É comum o idoso possuir alterações nos processos mentais ligados ao pensamento, à memória, à compreensão e ao raciocínio e estas características vão influenciar, por exemplo, no tempo de respostas deles¹⁰². Os idosos ainda possuem dificuldade para captar sons à distância (30,1%), para ouvir os sons (23,8%) e de articular as palavras (22,2%). Conforme já referido, isto precisa ser discutido como uma forma de ratificar a atenção que os profissionais de saúde devem dar ao se comunicar com o idoso.

Stefanelli¹⁰³ ressalta que usar o silêncio na interação é uma técnica que pode transmitir ao cliente a ideia de que o profissional está atento e pronto para ouvi-lo, demonstrando respeito pela sua história e intimidade, revelando o estar junto, trazendo acolhimento e conforto.

No que se refere aos fatores ambientais, 100% dos participantes identificaram um ou mais fatores que podem interferir na comunicação com o idoso. O grau de assimilação imediata foi 94% satisfatório. Isto foi ratificado em todas as turmas, variando os resultados de 100% de aproveitamento nas turmas B e C a 87,9% na turma E.

Os aspectos sonoros e vibratórios foram os fatores ambientais mais citados (82,9%), sendo que as respostas mais freqüentes referiam-se aos ruídos e barulhos desencadeados pelo uso de carrinhos e bater das portas, ao uso de celulares com sinais inadequados, à utilização de rádios e televisores ligados até o avançar da noite, dentre outros. Os aspectos luminosos (43,6%) englobaram as respostas que citaram a intensidade da luz do quarto e o uso da luz de cabeceira e para 36,8% dos participantes, os aspectos espaciais como os obstáculos de corredores e espaçamento entre leitos foram os mais recordados.

Os resultados estão de acordo com que Pires e Silva⁷³ descrevem a respeito do meio ambiente, que pode influenciar positiva ou negativamente a comunicação das pessoas idosas, dependendo da quantidade de estímulos a que estão expostas. Refletem o estudo desenvolvido em um hospital de São Paulo, por Salomé e Guerra¹⁰⁴, que revelou a queixa da maioria dos clientes em não conseguir dormir adequadamente estava associada às conversas em voz alta e ao barulho frequente e intenso, provocando neles irritação e apreensão e, ainda o não desejo pela interação com a equipe.

A Política Nacional do Idoso²¹ considera que adequadas instalações geriátricas, com ajustes das instalações, ou seja, uma planta física que favoreça não só a instalação de equipamentos para a segurança e locomoção do idoso hospitalizado, mas que também facilite sua adaptação e convivência, sejam não só valorizadas, mas que efetivamente constituam uma realidade nos serviços de saúde que atendam os idosos.

Corroborar para este aspecto o documento sobre ambiência na saúde elaborado pelo Ministério da Saúde¹⁰⁵, que trata dos fatores ambientais e cria três eixos, como busca contínua, que são: a confortabilidade focada na privacidade e individualidade

das pessoas envolvidas, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas como: cheiro, cor, som, iluminação e morfologia; o espaço para reflexão, uma vez que constitui um lugar onde as pessoas se encontram, convivem e se relacionam; e o processo de trabalho, como uma ferramenta que possa favorecer e otimizar um atendimento acolhedor e resolutivo.

Como fator de influencia na comunicação com o idoso, as cores e texturas foram apontadas por 32,5% dos participantes, principalmente as usadas nas paredes e na própria roupa de cama. Esse ponto é defendido por Farina⁶² quando afirma que a cor do ambiente é um dos principais fatores determinantes da forma como as pessoas se relacionam com o ambiente e o que ele acaba transmitindo. A cor interfere no estado emocional, na produtividade e na qualidade das atividades desenvolvidas, pois atrai a atenção de acordo com sua visibilidade, contraste e pureza.

Apesar de pouco citada, a comunicação visual feita por placas que expõem e confundem o idoso, merece destaque (1,8%), visto o grau de importância que esta pode assumir na comunicação.

Guimarães e Vedramini¹⁰⁶ ressaltam que a comunicação visual, desenvolvida por meio de sinalização, possui o intuito de informar, direcionar e orientar as pessoas para que consigam se locomover e encontrar o que procuram. Os autores destacam que em um ambiente hospitalar, a comunicação visual permite o poder de decisão e acesso à informação em um espaço onde a situação de desconforto emocional está quase sempre presente. Uma sinalização inadequada causa confusão, desorientação, irritação e perda de tempo, que no ambiente hospitalar é um item precioso. Contudo, para cada hospital é necessário um sistema de sinalização que se seja ajustada ao perfil que possui. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam se ater a essa vertente que, muitas vezes, passa despercebida no cotidiano, como revela o relato de um dos participantes: *“se nós ficamos confusos com tantas faixas coloridas nos corredores e com placas desatualizadas, imagina eles”* (TD).

No caso de idosos, além da visão geralmente acometida, existem os aspectos ligados ao grau de instrução, uma vez que a maioria no País são analfabetos funcionais, o que acaba por dificultar o acesso às informações. Portanto, o uso adequado de tipografia e tamanho de letras, dimensão, posição e altura das placas, até dos crachás dos profissionais, cores e figuras de fundo, localização em pontos estratégicos que facilite a compreensão, devem ser valorizados pela administração e pelos profissionais, pois precisam ser utilizados de maneira peculiar à clientela¹⁰⁷.

No âmbito da tacêsica, os três fatores mais citados pelos participantes que precisam ser observados ao se tocar o idoso foram a autorização prévia (que incluiu a atenção dada às reações que o idoso fornece e ao limite que ele concede para ser ou não tocado - 52,1%); a localização da região corporal na qual o idoso será tocado (sem contudo ter sido explicitado os lugares que devem ser mais tocados e os de maior restrição, que portanto, devem ser evitados - 36,7%) e o monitoramento constante a ser feito no intuito de observar quais as reações provocadas pelo toque e se elas são ou não favoráveis (28,2%). Ressalta-se que não houve preocupação dos participantes em diferenciarem o toque instrumental do afetivo.

O toque está presente, em algum momento da assistência. Este não deve ser apenas condicionado à realização de procedimentos técnicos científicos, mas sim ser usado como um coadjuvante de demonstração de carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao cliente⁴⁵.

O grau de assimilação imediata sobre a tacêsica foi muito satisfatório (43,6%) e satisfatório (23,9%). O percentual de satisfação variou de 87,5% (turma B) a 60,6% (turma E).

Silva¹⁰⁸ destaca que para o toque instrumental contemple o afetivo, o profissional precisa evoluir da simples execução mecânica da técnica para a etapa de compreensão do significado individual que o cliente possui ao ser tocado. Para isso é necessário que o profissional reflita e se atenha à importância das expressões humanas que o cliente irá revelar, o que validará a permissão ou não do estabelecimento e a manutenção do toque.

Os resultados corroboram com que Stefanelli¹⁰³ descreve sobre a tacêsica. Segundo a autora, o uso do toque colabora na manutenção da atenção dada à pessoa; informa um atendimento, quando este parece desapropriado ser feito por meio de palavras; fornece apoio numa situação de crise e ainda, facilita a interação com as pessoas que possuem visão e audição prejudicadas.

Diversos fatores influenciam o toque e estudo desenvolvido por Gala, Telles e Silva¹⁰⁹ com profissionais de saúde em São Paulo, identificou que existe maior receio de se tocar pessoas do sexo oposto e que, quando o procedimento a ser realizado é muito invasivo ou quando a área do corpo a ser tocada é íntima, o toque pode causar constrangimento tanto para o cliente como ao próprio profissional. Detectou, também, que o estado de espírito do profissional, o envolvimento que o profissional tem com o cliente e com a própria profissão, as características dos clientes, como

aqueles agressivos ou que exigem uma atenção especial da equipe, interferem na quantidade e na qualidade do toque. Em relação aos idosos que permanecem maior tempo internado, este estudou revelou que existe a tendência do profissional criar um laço de afeição o que propicia o acontecimento espontâneo do toque.

Como a táctica é uma das dimensões que pode favorecer a interação com o idoso é importante trazer para reflexão o envelhecimento da pele¹¹⁰. Os idosos possuem a pele mais sensível, lisa, fina apresentando enrugamentos, sofrendo mudanças de pigmentação, ressecamento com diminuição tanto da elasticidade quanto a extensibilidade, com alterações nas terminações táteis o que a torna mais vulnerável às lesões¹¹⁰ e aos preconceitos sociais aos quais estão expostos¹¹¹.

A sensibilidade no idoso muda sim, mas a necessidade do toque não. Muitas vezes, o toque é a única forma do idoso sentir-se incluído e amado, ele não quer ser somente protegido ou tolerado, mas sim, entendido, respeitado e cuidado.

Quando os participantes foram questionados sobre como as características físicas do profissional podiam auxiliar a comunicação com idoso, 68,4% mencionaram que manter boas condições higiênicas pessoais colaboraria com esta interação, bem como ter cabelos alinhados e usar roupas limpas e em conformidade com contexto hospitalar, sapatos não ruidosos, perfumes e maquiagem discretos.

Morris¹¹² comenta que é impossível usar roupas sem transmitir sinais sociais, pois cada traje traz uma história e revela com sutileza o que a pessoa é. Cita três funções básicas das roupas: a) conforto e proteção do corpo em si; b) recato, no sentido de eliminar certos sinais corporais, principalmente os sexuais e que são variáveis com a época e com as regras sociais; c) pessoal, que abrange personalidade, gosto, poder aquisitivo, posição social, nível cultural e outros. Estas características, no conjunto, transmitem uma linguagem corporal, uma vez que se associam aos gestos, expressões faciais e postura, fornecendo um todo que será avaliado pela própria pessoa e pelo outro.

Estudo desenvolvido por Francis e Evans¹¹³ verificou a importância da vestimenta na avaliação das pessoas, por recrutadores de pessoal e constatou que o uso de roupas mais claras recebia melhores indicações de emprego e uma maior aceitação.

Adami¹¹⁴ acrescenta que as reflexões feitas pelos clientes sobre o que é o cuidar valorizaram as próprias características físicas do profissional de saúde e talvez, tenham sido influenciadas pelo que eles leem e escutam nos jornais ou na

mídia, a respeito dos hospitais, tais como: comentários sobre infecção hospitalar; falta de higiene; e possíveis imperícias. Assim, os clientes esperam que o profissional de saúde esteja com as unhas e cabelos limpos, e com a roupa asseada, para que possam se sentir seguros enquanto estão sendo cuidados. Quando eles olham para os profissionais, isto é, quando observam as características físicas, estão verificando se são um protótipo de alguém que se cuida para cuidar deles. Então, quando o profissional se aproxima, eles esperam que uma mensagem de higiene seja fornecida, ou seja, que o saudável seja reforçado.

As respostas também incluíram as atitudes do profissional diante das características do idoso no sentido de se ater como ele é e seu local de origem ou de vivência, uma vez que estes quesitos revelam seu nível social e cultural (20,5%) e, ainda, que devem evitar a ocorrência de comportamentos preconceituosos (11,1%).

Gaiarsa¹¹¹ ressalta que é preciso separar cuidadosamente o que as pessoas dizem e o que elas fazem, pois na conversa usual predomina um certo tom de complacência e tolerância com os idosos, até de carinho, mas o trato real, que é concedido a eles, os modos, as caras, tons de voz, sobretudo as omissões, vão de sofríveis a péssimas.

O grau de assimilação imediata no que tange as características físicas e sua interferência na comunicação foi 89,7% satisfatório, revelando que os participantes conseguiram compreender o que foi trabalhado durante a capacitação. Todas as turmas separadamente obtiveram resultados semelhantes; variou de 93,3% (turma E) a 83,4% (turma A) de satisfatório.

As respostas sobre a dimensão proxêmica sofreram análise quanto aos mecanismos de invasão comumente causados no idoso; os resultados apontam que as ações ligadas ao tipo invasão (atitudes que invadem o território ou espaço pessoal) foi a de maior representação (89,7%), houve empate entre as outras duas (contaminação e violação) (38,5%).

Verificou-se, no conteúdo das respostas, o quantitativo dessas invasões em relação à classificação (pessoal e territorial) e os dados mostraram que 67,9% dos exemplos contemplaram ambos, o que reforça o aprendizado imediato.

Estudo desenvolvido por Prochet e Silva¹¹⁵, com idosos hospitalizados, identificou que a maioria deles se importou mais com a invasão territorial do que a invasão pessoal. Uma das justificativas possíveis é o fato de estar hospitalizado e já possuir consciência antecipada da necessidade de aproximação física requerida nos

momentos de cuidado pela equipe de saúde; isso faria com que ele tivesse um grau maior de tolerância com a invasão do espaço pessoal.

As situações de invasão territorial consideradas mais desagradáveis referem-se ao desrespeito e à mudança do espaço físico, expressa quando, sem permissão do idoso, se mexe na gaveta onde estão seus pertences (73,4%) e quando a mesa de cabeceira é mudada de lugar numa posição que ele não consegue alcançar (56,7%)¹¹⁵.

Já a situação de invasão pessoal considerada mais desagradável foi aquela quando o pessoal de enfermagem realiza um procedimento técnico, em uma região mais íntima ou troca sua roupa sem colocar o biombo (83,3%)¹¹⁵.

Finalmente, a última dimensão, a cinésica foi avaliada no sentido de como os gestos e as posturas corporais do profissional podiam ser interpretadas de maneira favorável pelo idoso. As respostas mais frequentes foram aquelas ligadas ao uso dos gestos como um recurso técnico que facilita, auxilia, ajuda e estimula o relacionamento com o idoso (64,1%), seguidas pelas ligadas ao uso dos gestos como estratégia consciente e necessária que decifre o idoso e ainda que revele seriedade, responsabilidade e intenção de cuidar, isto é, respostas com um cunho ético (43,6%) e aquelas ligadas às reações que os gestos provocam no idoso e à demonstração de sentimentos (35,0%).

O grau de assimilação foi satisfatório para 89,7% dos participantes; o resultado favorável permaneceu na análise separada das turmas que variou de 100% (turma A) a 84,8% (turma E), o que ratifica assimilação no geral.

Os resultados remetem refletir que tanto a gestualidade quanto a postura corporal possuem identidade própria e elas devem ser pertinentes ao contexto no qual o indivíduo se encontra. É o que Silva⁵⁴ acredita estar na base da habilidade em decifrar as manifestações não-verbais do comportamento. A autora defende a ideia de que capacitar os profissionais nisto seja uma forma eficaz de identificar, confirmar ou negar as manifestações verbais.

Cada movimento ou posição do corpo possui funções distintas: adaptativas, expressivas e defensivas, umas conscientes outras não; mas, quando se sabe sobre elas, tem-se a opção de assumir o desafio diário de exercer conscientemente a favor da interação. Birdwhistell⁵⁷ afirma que somente 35% de uma interação se dá através das palavras e que a linguagem corporal também pode ser instintiva, ensinada ou imitada, razão pela qual a cultura constitui um fator importante a ser valorizado.

Fast¹¹⁶ ressalta que o homem comum, sem conhecimento das especificidades culturais da linguagem do corpo, muitas vezes interpreta mal o que vê. Contudo, há de se ter cautela na interpretação do gesto isolado, pois a verificação do contexto no qual ele ocorre precisa ser considerado⁴⁵.

Após aplicação do critério de eficiência estabelecido, foi possível avaliar o desempenho de cada turma, em face dos quesitos ora expostos, verificando-se que a **assimilação imediata** foi satisfatória. As turmas B e D obtiveram melhor desempenho, provavelmente por possuírem um quantitativo menor de participantes, o que facilitou a interação, o esclarecimento de dúvidas e a expressão deles. Já a de pior desempenho, e também a de maior número de participantes, foi a turma E.

Em relação à avaliação mediata, os dados revelam que os participantes conseguiram cumprir com a meta proposta nesta fase, que era a identificação das funções da comunicação não verbal correlacionada com suas dimensões. Ressalta-se que 97,8% dos participantes reconheceram a função de demonstrar sentimentos, sendo na tacêtica mais facilmente a função identificada.

Este resultado confirma o estudo desenvolvido por Castro e Silva¹¹⁷ com enfermeiros, durante interação com clientes, o qual evidenciou que os sinais não-verbais mais percebidos nas interações foram os de demonstração de sentimentos, decodificados principalmente como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação. As autoras ressaltaram que o profissional deve estar atento a essa demonstração de sentimentos como elemento facilitador, não permitindo, que ao contrário, se torne entrave na interação.

A demonstração de sentimentos pode ser feita por várias formas. Uma delas é por movimentos expressivos, que apesar de terem uma origem filogenética, isto é, serem inatos, apresenta toda uma aprendizagem social que os lapida e os estiliza, segundo regras culturais.^{61, 118}

Segundo Ekman^{119, 120}, as regras de demonstração podem ser definidas como normas que regulam o controle do rosto e da expressão da emoção, ou seja, estas são normas, convenções e hábitos desenvolvidos pelas culturas para gerirem as expressões emocionais, definindo quem pode revelar o que, quando e de que forma.

Outra pesquisa que é pertinente citar neste contexto foi desenvolvida por Portella e Clark¹²¹ com pessoas com visão normal e de deficiência visual, sobre a dissimulação nas interações pessoais e o comportamento não-verbal. Os resultados

revelaram que os homens, no Brasil, têm menos liberdade para expressar certas emoções negativas em público. Já as mulheres brasileiras, por sua vez, possuem maior liberdade para expressá-las. Assim, é provável que os homens brasileiros adquiram um maior autocontrole sobre suas expressões de emoção, o que pode fazer com que aprendam a dissimular melhor. As mulheres teriam uma maior abertura, bem como um menor treinamento no que se refere ao controle da expressão de emoções, o que pode contribuir para que estas dissimulem pior do que os homens.

Sendo assim, existem regras culturais capazes de modular, modificar e controlar a musculatura facial, ou seja, a expressão de emoções entre os gêneros. Portanto, os profissionais de saúde precisam se ater a essa verdade e reconhecer as emoções (próprias e do outro) valorizando e se atentando as peculiaridades existentes.

A tacêsica foi a dimensão mais citada pelos participantes como forma de demonstração de sentimento por se ter a pele como seu alicerce e também ser um órgão sensorial primário. Montagu⁵⁹ afirma que a pele funciona como veículo de troca com o meio, tendo uma condição *sinequanon* em colaborar diretamente na expressão dos sentimentos.

Machado e Winograd¹²² afirmam que as mãos têm uma função importantíssima na estimulação corporal, já que, no momento em que se toca um objeto externo, as fronteiras visuais e táteis ficam praticamente idênticas. Acrescentam que o limite entre o objeto e o corpo é muito tênue, mas apesar disto, só os humanos podem sentir a distinção entre seu eu e o objeto, entre o interno e o externo.

O tato proporciona este elo porque propicia a criação de uma intimidade e a demonstração de afeto, muitas vezes fazendo mais sentido do que as próprias palavras, pois atingem o objetivo primordial do ato de comunicação. O contato tátil é primordial para o ser humano, para a sua organização psíquica ao longo de sua vida. Conforme defendem Fontes¹²³ e Montagu⁵⁹, as experiências precoces, mais especificamente táteis, não podem ser rememoradas pela linguagem verbal já que foram impressas em um registro sensorial corporal. De fato, este período sensorial é o primeiro registro da história do sujeito, viabilizando a capacidade de representação.

Montagu⁵⁹ destaca que tocar e ser tocado são estimulações sensoriais pessoais, já que significam uma realização e uma satisfação simbólica da busca de intimidade, aceitação, tranquilização e conforto. Todavia, para aqueles que tiveram

alguma deficiência nessa área, poderá ocorrer a fuga desses contatos ou a busca insistente de comportamentos distorcidos. Além disso, a estimulação cutânea inadequada pode provocar no indivíduo uma deficiência na comunicação da experiência do amor, já que não recebeu esta primitiva forma de amar¹²².

Efetivamente, o contato corporal é uma necessidade básica, a qual deve ser atendida para que ocorra um bom desenvolvimento interacional. O sujeito precisa disto para que possa desenvolver adequadamente seus movimentos, seus gestos e sua vinculação com as pessoas. Caso contrário, ele pode desenvolver comportamentos desajustados com o contexto, ocasionados por esta falta de contato^{59,122}. Os profissionais de saúde possuem oportunidades para aplicar esse conhecimento nas suas práticas diárias com os idosos sob seus cuidados.

Perante o exposto, pode-se afirmar que o indivíduo e o ambiente se tornam interdependentes e o toque oferecido pelo outro, ao longo da vida, será um dos elementos de reorganização psíquica, permitindo as re-significações do passado, a experiência de sentir-se amado e vivo em sua primeira forma de comunicação e, também, a possibilidade de demonstrar afeto⁵⁹. Isto responde a pergunta sobre como uma simples mão no ombro ou um forte abraço podem significar mais do que palavras⁴⁵.

A função de complementar, reforçar e ratificar o verbal foi reconhecida por 87,9% dos participantes, sendo a cinésica e os fatores ambientais as dimensões mais frequentes em que a função foi identificada.

O estudo desenvolvido por Castro e Silva¹¹⁷ com enfermeiros evidenciou que a cinésica, por meio dos gestos ilustradores optativos, foi a dimensão mais frequente no momento da identificação da complementação do verbal, o que pode ratificar as respostas dos participantes desta pesquisa.

O reconhecimento da existência e da importância de um modo não-verbal expresso por meio do corpo e do movimento do ser humano, ao lado do verbal, é de capital importância para profissionais que interagem com pessoas no seu dia-a-dia⁶¹, principalmente para aqueles cuja ação está mais diretamente relacionada ao corpo e ao movimento, como os psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais¹¹⁸.

A função de substituir o verbal foi reconhecida por 77,8% dos participantes e a de contradizer o verbal por 21,1%, sendo na dimensão de paralinguagem sua maior representação. Este resultado está em concordância com os achados por Castro e Silva¹¹⁷, que identificaram os momentos de silêncio como os de maior frequência

para substituir uma fala e, ainda, alertaram sobre a maneira contraditória de emitir mensagens, pois na prática se pode dar uma interpretação dupla ou distorcida do que foi enviado ao cliente e isto precisa ser rigorosamente valorizado pelos profissionais.

Uma outra importante característica da paralinguagem é a maneira como se fala com a pessoa, pois, dependendo de como se pede desculpas, inferimos se existe raiva e não se está solicitando desculpas de coisa nenhuma e, sim, apenas realizando o cumprimento de tarefa ou obrigação social, ou invés de demonstrar o sentimento verdadeiro que os clientes esperam reconhecer.

Sob a ótica da dimensão do paraverbal, é bom lembrar que o silêncio pode ser interpretado de maneiras distintas, podendo significar desinteresse, paciência, medo, atenção, vergonha ou até mesmo teste. Quantas vezes o profissional interrompe o cliente quando ele está tentando explicar o que sente ou pensa? Se o profissional for capaz de ouvir a explicação até o final, sem interrompê-lo, estará favorecendo a criação de um vínculo fundamental para sua recuperação e o seu bom cuidado^{124, 125}.

Serra¹²⁶ discute e conclui que as habilidades profissionais podem ser ampliadas por meio desta análise e que o silencioso mundo do corpo em movimento enriquece a compreensão do profissional sobre aspectos internos do indivíduo, além de permitir estar atento às mensagens que o movimento do próprio corpo envia e a quanto estas mensagens interferem na relação, freando ou possibilitando a expressão de determinados sentimentos do cliente. Desta forma, suas conclusões denotam que o profissional está melhor preparado quando está consciente de suas habilidades profissionais, possui instrumentos para análise do discurso não-verbal e detém conhecimento do quanto este discurso pode interferir nas relações interpessoais ou influenciá-las.

Portanto, pode-se afirmar que a comunicação não-verbal pode ocorrer na interação pessoa-pessoa, ao se perceber, tocar e olhar o outro, reconhecendo seus sentimentos, dúvidas, desejos e dificuldades em relação ao que é falado⁴⁵.

Os resultados, após aplicação dos critérios de assimilação propostos, evidenciaram eficiência da capacitação (**no momento mediato**), uma vez que 30,2% apresentaram um grau muito satisfatório; 50,0% satisfatório; e 17,8% insatisfatório.

Cabe aqui ressaltar que, diferentemente do desempenho no momento imediato, a turma E foi a que obteve um grau satisfatório maior na assimilação mediata (95,8%). O mesmo aconteceu com a turma D, que teve maior eficiência imediata e que, no momento da mediata, foi a com pior desempenho (30%

insatisfatório). Como ambas, D e E, são de profissionais na sua maioria, teriam eles mais facilidades de terem assimilado melhor o conteúdo, visto que tiveram maiores chances de exercitar o aprendizado durante seu cotidiano profissional, e isto pode ter interferido no resultado ou, ainda, teria sido uma aptidão específica do grupo.

Estar apto em identificar e usar as funções da comunicação não-verbal, principalmente quando se está numa relação individual ou coletiva, colabora na aproximação e no estabelecimento do vínculo necessário entre o profissional, o cliente e demais membros da equipe. Não somente citar e reconhecer, mas aplicar os recursos das dimensões da comunicação não-verbal com certeza ajudam neste desafio que todos os profissionais de saúde enfrentam ao lidar com a realidade específica em seus serviços.

7 CONCLUSÕES

Conforme os objetivos específicos traçados podemos afirmar que:

- O programa de capacitação em comunicação não-verbal, com duração de 12 horas, dividido em três encontros, foi aplicado em cinco turmas distintas, totalizando 117 pessoas, sendo 71,8% profissionais de saúde (48,7% de profissionais de nível superior – enfermeiros (29,9%), psicólogos (6,8%), assistentes sociais (5,1%), médicos (3,4%), professores de educação física (3,4%) e 23,1% de técnicos de enfermagem) e 28,2% para graduandos dos cursos de enfermagem – 20,5%, medicina – 6,0% e psicologia – 1,7%). O grupo de participantes foi formado de 80,3% de mulheres e 19,7 % de homens, a idade média foi de 34,5 anos, sendo a média entre as mulheres de 35,7 anos e a dos homens de 29,6 anos).
- Antes da capacitação os participantes apresentaram um entendimento reducionista e pessimista sobre o idoso e o envelhecimento humano. A compreensão sobre comunicação não-verbal não foi pertinente. Esses resultados, no momento inicial, confirmam a primeira hipótese prevista nesta pesquisa (os profissionais de saúde conceituam comunicação de maneira reducionista, desconhecem os fatores que interferem na comunicação e possuem dificuldades, tanto para compreender o processo de envelhecimento, como para lidar com o processo de comunicação com o idoso).
- Antes da capacitação, a compreensão dos graduandos e profissionais de saúde sobre comunicação humana foi: para 43,6% como meio de estabelecer relações e expressar sentimentos entre as pessoas; 34,2% como um momento de construção de pensamentos e ideias compartilhadas em que o não-verbal e o verbal são usados e, para 21,4 % uma forma pela qual a mensagem ou a informação é transmitida e recebida.
- Antes da capacitação, a percepção dos graduandos e profissionais de saúde sobre ser hábil na comunicação foi alicerçada principalmente na necessidade, reação e compreensão do outro (47,8%) e na qualidade e facilidade da oratória (29,1%).

- Antes da capacitação, o entendimento dos graduandos e profissionais de saúde sobre as dificuldades e facilidades ligadas ao idoso e ao profissional que interferem na comunicação foi 44,4% por fatores vinculados ao binômio (pessoa e outro), 32,5% por fatores vinculados somente à própria pessoa, 15,4% por fatores vinculados somente ao outro e 4,3% por fatores vinculados ao externo como ambiente, tempo reduzido e acúmulo de tarefas.
- Após a capacitação, o entendimento dos graduandos e profissionais de saúde sobre as dificuldades ligadas ao idoso que interferem na comunicação com o profissional, permitiram a construção de agrupamentos de respostas que valorizaram desde as alterações sensoriais (65,8%); os aspectos cognitivos (33,3%), como emocionais e psíquicos (25,6%), as condições físicas e patológicas (16,2%), as variáveis sócio-culturais (14,5%), a própria submissão pessoal (6,8%), o não desejo pela interação (5,1%) e as experiências prévias com a hospitalização (3,4%). O que se pode observar foi que antes se tinha uma visão mais superficial e, com a capacitação, as construções abordaram uma gama de aspectos essenciais no processo comunicacional antes timidamente ou nem mesmo citados.
- Após a capacitação, as facilidades comunicacionais com o idoso foram atribuídas ao motivo dos idosos serem dependentes, carentes e vulneráveis, e, assim necessitem do profissional e, por conta disso, não questioná-lo (37,6%); ao fato do idoso ser experiente e já ter vivido muito, sensibiliza o profissional para estabelecer a interação (17,1%), a valorização das necessidades do idoso, sabendo ouvi-lo, bem como, a utilização de recursos paralinguísticos dentre outros não-verbais que colaboram e facilitam a compreensão do idoso (12,8%) e ainda, quando o profissional assume atitudes simpáticas e de respeito durante a interação (10,2%).
- Os aspectos ligados ao profissional que pudessem, de alguma forma, interferir na comunicação com o idoso, possuem um nível detalhamento maior nas respostas, quando comparados com o momento anterior. Antes da capacitação as respostas estavam restritas ao tempo reduzido que o profissional possuía e, após

capacitação, o tempo foi associado à dificuldade de seu gerenciamento, à deficiência prática de realizar procedimentos, e ainda, à necessidade dos profissionais precisarem cumprir as exigências do sistema burocrático que prioriza o quantitativo de consultas e de procedimentos (35%). Outros fatores citados estavam ligados aos princípios éticos (50,4%), à falta de conhecimento gerontológico (41,9%) e ainda, à baixa remuneração e pouca valorização profissional e a não afinidade em interagir com pessoas mais velhas (23,9%).

- O índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após a aplicação da capacitação foi muito satisfatório e satisfatório nos aspectos de: conceito de envelhecimento (68,4%); estratégias para favorecer a independência e a autonomia do idoso (63,2%); identificação das interferências comunicacionais ligadas ao idoso e ao profissional (65,0% e 76,7%, respectivamente); reconhecimento das funções não-verbais (61,5%) e identificação das interferências comunicacionais que todas as dimensões não-verbais podem representar (94,0% nos fatores ambientais, 90,6% na paralinguagem, 89,8% tanto nas características físicas como na proxêmica, 89,7% na cinésica e 67,5% na tacêsica).
- O índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após a aplicação da capacitação foi insatisfatório no item ligado à percepção do profissional frente à comunicação não-verbal para 68,3% dos participantes.
- O índice de assimilação imediata do conteúdo do programa de capacitação por turma identificou que:
 - A turma A, com predomínio de graduandos e participantes de ambos os gêneros, quando comparada as demais, obteve maior e melhor grau de assimilação nas estratégias para favorecer a independência e autonomia do idoso (79,1%) e no reconhecimento das interferências de comunicação ligadas ao idoso (88,0%). Adquiriu o pior resultado nos itens: reconhecimento da cinésica (100%), paralinguagem e proxêmica (20,8%) e características físicas (16,6%) como recurso de interferência comunicacional.

- A turma B, considerada mista, com participantes de ambos os gêneros e categoria (profissional e graduandos), quando comparada com as demais, obteve maior e melhor grau de assimilação nos seguintes pontos: conceito sobre envelhecimento humano (81,2%); influência na percepção do profissional frente à comunicação não verbal (62,5%); reconhecimento das funções da comunicação não verbal (68,7%); e identificação dos fatores ambientais e paralinguagem (100%) e tacêsica (87,5%) como recurso comunicacional. Não adquiriu o pior resultado em nenhum dos itens.
- A turma C, formada exclusivamente por profissionais, sendo a maioria de mulheres (87,1%), quando comparada com as demais turmas, obteve o maior e melhor grau de assimilação em dois itens: no reconhecimento das interferências na comunicação ligadas ao profissional (89,7%) e na identificação dos fatores ambientais (100,0%) e na tacêsica (87,5%) como recursos comunicacionais. Adquiriu o pior grau de assimilação nos itens: estratégias para favorecer a independência e autonomia do idoso (48,4%); reconhecimento das funções não verbais (58,1%) e da identificação dos recursos da cinésica como interferência da comunicação com o idoso (12,9%).
- A turma D, com predomínio de profissionais (84,6%) e de mulheres (76,9%), quando comparada com as demais turmas, obteve maior e melhor grau de assimilação quando os participantes identificaram, na proxêmica, fatores de interferência comunicacional (100%). Não adquiriu o pior resultado em nenhum dos itens.
- A turma E, com predomínio de profissionais e de mulheres (75,8%), quando comparada com as demais turmas, obteve maior e melhor resultado na identificação de fatores ligados às características físicas (93,9%) como de interferência na comunicação com o idoso. Adquiriu o pior grau de assimilação nos seguintes itens: conceito sobre o envelhecimento humano (39,4%); interferência comunicacional ligada ao idoso e ao profissional (51,5% e 33,3%, respectivamente); influência na percepção do profissional frente à comunicação não verbal (78,8%); reconhecimento da interferência comunicacional por meio da tacêsica (39,4%) e dos fatores ambientais (12,1%).

- O desempenho com melhor resultado por turma, na fase da avaliação imediata, na ordem decrescente, foi: B, D, C, A e E.
- O índice de assimilação do conteúdo contido no programa imediatamente após a aplicação (90 dias depois do último encontro) foi muito satisfatório e satisfatório em 82,2%. Os resultados por turma na ordem decrescente foram: E (95,8%), A e B (80,0%), C (76,9%) e D (70,0%), o que ratifica a eficiência do programa proposto.
- Os pontos positivos do programa de capacitação apontados pelos participantes foram a qualidade do conteúdo tratado nos encontros sobre autoconhecimento e trabalho em equipe (31,6%), processo de envelhecimento e o idoso (26,5%) e dimensões não verbais (13,7%); o tipo e qualidade dos recursos e técnicas usadas e a competência da pesquisadora (17,1%) e a organização propriamente dos encontros (13,4%).
- Os pontos fracos do programa de capacitação foram apontados por 32,5% dos participantes e os quatro pontos de maior destaque foram àqueles ligados ao tempo reduzido do treinamento (15,4%); pequena participação e troca de experiências entre os participantes (5,2%); assunto cansativo sobre as teorias de envelhecimento (2,6%), à divulgação deficiente da capacitação (1,7%) e a qualidade maravilhosa dos lanches que colaboraram para a engorda dos participantes (1,7%).
- As principais sugestões frente ao aprimoramento do programa de capacitação foram o aumento do tempo de treinamento (28,7%); dinâmicas e recursos didáticos em maior quantidade e tipo (25%); vinculação com a educação continuada como forma de aprofundar os assuntos (17,5%); extensão do treinamento às demais pessoas não profissionais de saúde (12,5%); inclusão de depoimentos e relatos de casos como ilustração das aulas (11,2%); melhoria do processo de divulgação do evento (8,7%) dentre outros.

- Pelo fato dos participantes conseguirem assimilar satisfatoriamente o programa proposto e pela composição e conteúdo das respostas dadas pode-se afirmar que a segunda hipótese desta pesquisa também foi confirmada (a capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia colabora na construção da competência e das habilidades comunicacionais do profissional com o idoso, pois o profissional passa a identificar as funções da comunicação não-verbal nos diferentes contextos, reconhecer os aspectos que influenciam na comunicação do binômio idoso-profissional e faz com que as situações antes desapercibidas ou mal interpretadas sejam agora observadas e valorizadas pelo profissional).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados que emergiram desta pesquisa permitem afirmar que os participantes foram hábeis e sensíveis em suas respostas, revelando o quanto a capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia foi eficiente e importante para eles. Perceberam que os recursos comunicacionais constituem uma ferramenta fundamental a ser aplicada no âmbito pessoal e profissional, pois possibilita, ao idoso, um cuidar mais consciente, consistente, verdadeiro e efetivo/afetivo.

Os participantes compreenderam que apesar do envelhecimento manifestar-se por meio de um declínio das funções dos diversos órgãos, que varia não só de um órgão para outro, mas também de um idoso para outro da mesma idade, isso não significa reduzir os idosos ao momento de “decadência”. Identificaram que a visão que possuem a respeito do idoso interfere na maneira de se relacionar com ele. Admitiram que, por vezes, o preconceito em relação ao idoso e ao envelhecimento é latente e faz parte da realidade cotidiana antes; pouco pensado, e após capacitação, podendo ser melhor enfrentado.

Os participantes reviram que autonomia é a capacidade de tomar decisão, de realizar algo com meios próprios, de forma independente e que, na terceira idade, ter uma vida mais saudável significa manter ou restaurar a autonomia e a independência. Dessa forma, perceberam que ao avaliar a saúde de um idoso sob sua responsabilidade, por meio da detecção dos graus de autonomia e independência, contribuem para o alcance de um cuidado amplo e eficiente em gerontologia.

Os encontros da capacitação não foram simples horários previamente agendados para o aprendizado, pois ultrapassou o fornecimento dos conteúdos. Cada dia foi um momento de interação social, houve oportunidades de intercâmbio de experiências valiosas, tanto para os participantes quanto para a própria pesquisadora, enriquecendo os momentos de convívio e favorecendo uma aprendizagem significativa, como Ausubel⁶⁵ defende. Essa vivência também vai ao encontro do que Silva⁴⁵ considera como a comunicação em si, isto é, um processo de observar, perceber, compartilhar, captar, transmitir informações e sensações entre as pessoas, por meio da fala, da escrita, de gestos e posturas, de imagens e sons com o objetivo de gerar/manter/renovar os conhecimentos e as relações consigo e com o mundo.

Estudar sobre as temáticas do envelhecimento e da comunicação não-verbal propiciou aos participantes o lidar com conceitos ora desconhecidos. Nos discursos dos participantes ficou evidente o quanto existe a necessidade de maior

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

Em relação às dinâmicas aplicadas na capacitação pode-se verificar tamanha empolgação com o assunto; os participantes revelaram seu contentamento ao descobrirem o quanto que as funções e as dimensões da comunicação não-verbal podem ser usadas a favor de um convívio melhor e, portanto, trazem um arsenal de possibilidades que devem e merecem ser compreendidas e aplicadas conscientemente a favor da relação interpessoal e do cuidado em si.

O compromisso dos participantes em chegar no horário determinado, participar ativamente da proposta pedagógica e estar presente em todos os encontros ratificam o interesse pela capacitação.

Sugestões dadas para que a capacitação fosse repetida mais vezes, a inserção de outros profissionais, a ampliação da carga horária, a inclusão de mais dinâmicas e a conjunção junto ao Serviço de Educação Continuada demonstraram o quanto os participantes se envolveram e desejam que mudanças ocorram no cenário do cuidado em gerontologia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações estatísticas e geocientíficas, 2007 [citado 2007 maio 25]. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=892&id_pagina=1
2. Ramos LR. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):221-4.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
4. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):445-53.
5. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2007.
6. Magalhães ND. A invenção social da velhice. Rio de Janeiro: Edição do Autor; 1987.
7. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72-8.
8. Brasil. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 jul. 1996. Seção 1, p. 122-77.
9. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 2002.
10. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. (Texto para Discussão 1.034).
11. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani AM, et al. Como vai? População brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p. 3-11.
12. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizador. *Os novos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.137-67.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington; 1993. (Série PALTEX n. 31).
14. Carvalho Filho ET, Alencar YMG de. Teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-18.

15. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: Secretaria de Assistência Social; 1997.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
18. World Health Organization (WHO). Towards age-friendly primary health care. Geneva; 2004.
19. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p.1.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.
22. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996, Brasília, BR. Brasília: Secretaria de Assistência Social, Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996. p.16-34.
23. Vicini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. São Paulo: SENAC; 2002.
24. Boff L. Saber cuidar: ética do humano e compaixão pela terra. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
25. Ide CAC, Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001.
26. Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightngale. Goiânia: AB; 1997.
27. Neman FA. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto [tese]. São Paulo: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
28. Ribeiro MIC, Furegato ARF. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Nursing (São Paulo). 2003;6(66):19-24.

29. Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.13-9.
30. Rodrigues RAP, Marques S, Fabricio SCC. Envelhecimento, saúde e doença. Arq Geriatr Gerontol. 2000;4(1):15-20.
31. Arking R. Biology of aging. Sunderland: Sinauer Associates; 1998.
32. Cristofalo VJ, Gerhard GS, Pignolo RJ. Molecular biology of aging. Surg Clin North Am. 1994;74(1):1-21.
33. Orgel LE. The maintenance of accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. Proc Natl Acad Sci USA. 1963;49:517-21.
34. Martin GM, Hoehn H, Norwood TH. Genetic, development and gerontological aspects of disease. In: Hil RB, Lavia MF. Principles of pathobiology. New York: Oxford University Press; 1980. p. 287-347.
35. Hart RW, Setlow RB. Correlation between deoxyribonucleic acid excision repair and lifespan in a number of mammalian species. Proc Natl Acad Sci USA. 1974; 71(6):2169-73.
36. Vlassara H. Advanced non-enzymatic tissue glycosylation: mechanism implicated in complications associated with aging. In: Finch CE, Johnson TE Molecular biology of aging. Nova York: Wiley-Liss; 1990. p. 171-85.
37. Cerami A. Hypothesis: glucose as a mediator of aging. J Am Geriatr Soc. 1985;33(9):626-34.
38. Hayoz D, Ziegler T, Brunner HR, Ruiz J. Diabetes mellitus and vascular lesions. Metabolism. 1998;47(12 Suppl 1):S16-9.
39. Harman D. Aging: a theory based on the free radical and radiation chemistry. J Gerontol. 1956;11(3):298-300.
40. Neri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 32-46.
41. Siqueira MEC. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 47-57.
42. Bengtson VL, Burgess EO, Parrot TM. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.1997;52(2):S72-S88.
43. Barlund D. Teorias de comunicação interpessoal. In: Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 206.
44. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

45. Silva MJP da. Comunicação tem remédio. São Paulo: Loyola; 2002.
46. Laing RD, Phillipson H, Lee AR. Percepção interpessoal: uma teoria e um método de pesquisa. Rio de Janeiro: Eldorado; 1969.
47. Laing RD. O eu e os outros: o relacionamento interpessoal. Trad. de Aurea Brito Weissenberg. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1986.
48. Luft L, Ingham H. The Johari Window: a graphic model for interpersonal relations. Washington: Human Relation Training News; 1961.
49. Carmagnani R, Daniel M. Ser para o outro. São Paulo: Loyola; 1992.
50. Fritzen SJ. Janela de Johari. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
51. Silva MJP da. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005. p. 47-61.
52. Stefanelli MC, Carvalho EM, Arantes EC. Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005. p. 1-8.
53. Dimitrius JE, Mazzarela M. Decifrar pessoas: como entender o comportamento humano. 15ª ed. São Paulo: Alegro; 2000.
54. Silva MJP da. Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1993.
55. Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio D'Água; 1986.
56. Sawada NO. O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
57. Birdwhistell RL. Kinesis and context. Philadelphia: Pennsylvania Press; 1970.
58. Ekman P, Friesen WV. Origen, uso y codificación: bases para cinco categorías de conducta no verbal. In: Verón E. Lenguaje y comunicación social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1971.
59. Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. 9ª ed. São Paulo: Summus; 1988.
60. Watson WH. The meaning of touch: geriatric nursing. J.Communication 1975; 25(3): 104-12.
61. Steinberg GM. Os elementos não-verbais da conversação. São Paulo: Atual; 1988.
62. Farina M, Perz C, Bastos D. Psicodinâmica das cores em comunicação. 5ª ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.
63. Nigthingale F. Notes on nursing. New York: Dover Publications; 1969.

64. Ronca ACC. O modelo de ensino de David Ausubel. In: Penteadó WMA, organizador. Psicologia e ensino. São Paulo: Papalivros; 1980. p.59-83.
65. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1978.
66. Moreira MA, Masini EFS. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes; 1982.
67. Moreira MA. Teorias de aprendizagem. São Paulo: EPU; 1999.
68. Novak JD. Aprender criar e utilizar o conhecimento. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 1998.
69. Damásio A. O mistério da consciência: do corpo e das emoções do conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
70. Cervo A, Bervian P. Pedro. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
71. Minayo MC de S, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública 1993; 9: 239-62.
72. Agich GJ. Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola; 2008.
73. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2001 [citado 2009 jun. 12];3(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/autonomia.html
74. Brum AKR, Souza SR. Oficina de sensibilização para o envelhecimento: uma ação de enfermagem Textos Envelhecimento.2002;4(8)
75. Zimmerman GI. Velhice aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
76. Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p.73-6.
77. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
78. Jacob Filho W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. Bol Instituto Saúde. 2009;(47):27-32
79. Guerra HL. Internações Hospitalares entre Idosos: o episódio da Clínica Santa Genoveva e fatores associados à ocorrência de internações em Bambuí, Minas Gerais [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
80. Boulton C, Boulton L, Murphy C, Ebbitt B, Luptak M, Kane RL. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. Journal of the American Geriatric Society 1994; 42:465-70.

81. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Revista USP*. 2001;(51):72-85.
82. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2005.
83. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev Eletr Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2009 nov. 13];11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.
84. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. O projeto SABE (Saúde, Bem - Estar e Envelhecimento) no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.185-200
85. Bandman El, Bandman B. Nursing ethics through the life span. 2ª ed. London: Prentice-Hall International; 1990.
86. Soares NV, Lunardi VL. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. *Ciencia y Enfermería* 2003; 9(1):65-76.
87. Buchanan M. Enabling patients to make informed decisions. *Nursing Times* 1995; 91(18):27-9.
88. Machado MMT, Leitão GM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 dez. 3];13(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500017&lng=pt
89. Silva MJ, Duarte MJRS. O autocuidado do idoso: intervenção em enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev Enfermagem UERJ* 2001; 9(3):248-53.
90. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.1133, de 7 agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2004 fev. 12]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm#legislação>.
91. Perrenoud P. A prática reflexiva ao ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed; 2002.
92. Beck CLC, Denardin M de L, Gonzáles RMB. A banalização das crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do hospital. *Rev Tec Cient Enferm* 2005; 3(13): 479-85.
93. Silva MJP da. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.

94. Graças EM das. A experiência da hospitalização: uma abordagem fenomenológica Rev Min Enf 1997; 1(1):21-6
95. Atksinon LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
96. Martins LAN. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1994.
97. Ribeiro MILC. A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
98. Albrecht K. Inteligência Social: a nova ciência do sucesso. São Paulo: M. Books do Brasil; 2006.
99. Gordilho A, Sergio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N et all. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio. Rio de Janeiro: Unati; 2005.
100. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.106-10.
101. Chaui M. Convite à filosofia. 12ª ed. São Paulo: Ática; 2002.
102. Veras RP. País Jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
103. Stefanelli MC. Comunicação com paciente teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial; 1993.
104. Salomé GM, Guerra CA. Sentimentos dos pacientes enfartados durante o período de internação em uma UTI. Enferm Brasil 2003; 2(3):171-176.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2ª ed. Brasília; 2007.
106. Guimarães CP, Vendramini C. Comunicação visual: orientação de fluxos e identificação de ambiente em um hospital. Rev Ambiente Hospitalar [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 nov. 7];1(2). Disponível em: <http://www.flexeventos.com.br/portal/secoes/artigos/365,comunicacao-visual.aspx>
107. Ferreira AMTGB. Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
108. Silva TJES. O Enfermeiro e a assistência a necessidade não física do cliente: o significado do fazer [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

109. Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-Intensiva Cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(1):52-61.
110. Nascimento LV do. Envelhecimento cutâneo. In: Freitas EV de et all. *Tratado de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.708-11.
111. Gaiarsa JA. Como enfrentar a velhice. 2ª ed. São Paulo: Ícone; 1989.
112. Morris D. *Você*. São Paulo: Círculo do Livro; 1980.
113. Francis SK; Evans PK. Effects of hue, value and style of gament and personal coloring of model on person perception. *Perceptual and Motor Skills* 1987; 64: 383-390.
114. Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Rev Acta Paul Enf* 2000; 13(n. especial-parte I):190-6.
115. Prochet TC, Silva MJP da. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2): 321-6.
116. Fast J. *A linguagem do corpo*. São Paulo: Nobel; 1999.
117. Castro RBR. de, Silva MJP da. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9(1): 80-7.
118. Mesquita RM. *Rev. Paul. Educ. Fís.*, São Paulo 1997; 11(2):155-63.
119. Ekman P. *Emotion Revealed*. New York: Times Books; 2003.
120. Ekman P. *Explaining emotions*. In: Rorty AO. (Ed.). *Explaining Emotions*, Berkeley: University of California Press; 1980. p.545.
121. Portella M; Clark C. Sinais não-verbais da dissimulação: inatos ou adquiridos?. *Estud Pesqui Psicol* 2006; 6(2):6-20.
122. Machado RN, Winograd M. A importância das experiências táteis na organização psíquica. *Estud. pesqui. psicol. [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2009 dez 13]; 7(3). Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300009&lng=pt&nrm=iso.
123. Fontes I. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera; 2002.
124. Eltz F. *Qualidade na comunicação: preparando a surpresa para encantar o cliente*. Salvador: Casa da Qualidade; 1994.
125. Neff TJ, Citrin JM. *Lições de sucesso*. São Paulo: Negócio; 2000.
126. Serra SMA. *Empatia: um estudo da comunicação não-verbal terapeuta-cliente [tese]* São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Teresa Cristina Prochet autora do projeto de pesquisa como título “Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal aos Profissionais de Saúde: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso hospitalizado”, venho solicitar seu consentimento. O objetivo principal dessa pesquisa é aplicar um treinamento sobre comunicação interpessoal e não-verbal junto aos profissionais de saúde que lidam com idosos no contexto hospitalar. A justificativa desse estudo é contribuir para a qualidade de saúde que se presta às pessoas idosas, colaborando, a partir da experiência e vivência individual e coletiva que cada um possui, na construção da competência comunicacional em gerontologia.

A metodologia que escolhi para esta proposta é aplicar diferentes recursos didáticos e pedagógicos durante a aplicação do programa de capacitação (ex: aula expositiva, dramatização, filmagem, imagens, discussão em arena, trabalho em pequeno grupo e outros). A capacitação acontecerá em 3 encontros com duração de 4 horas cada, na própria cidade em ambiente adequado ao que o programa se propõe, sem qualquer custo ao participante. No primeiro encontro, antes do início das atividades, você assinará esse termo de consentimento livre e esclarecido e será submetido(a) à verificação inicial, com duração de 15 minutos, que constará perguntas relacionadas à compreensão que se tem sobre a comunicação e do entendimento sobre o processo de envelhecimento, bem como os fatores que dificultam a comunicação com o idoso. Ao final de cada encontro você será submetido à verificação de assimilação (memória imediata), que constará de questionário ou elaboração de síntese. Por fim, após decorridos 90 dias do término do treinamento (último encontro), você também terá que submeter-se a nova verificação (memória mediata significativa).

Esclareço que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, portanto não receberá nenhum incentivo/vantagem financeiro para participação. Mesmo que você decida em participar tem o direito de interromper sua participação a

qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou constrangimento, portanto, sinta-se livre para sua decisão, ela será respeitada.

Informo que esta pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniência para ninguém.

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando a mim, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo que as respostas fornecidas sejam mantidas em anonimato. Sendo assim, nenhuma informação proveniente da pesquisa será aberta sem a sua devida permissão por escrito.

Pretendo registrar as atividades por meio de uso de máquina digital, mas você pode ou não aceitar que sua imagem seja revelada, basta assinalar abaixo sua opção.

() não permito ser fotografado () permito ser fotografado

Caso sinta-se satisfatoriamente informado sobre a pesquisa e concorde em participar dela, faça sua inscrição para o treinamento e participe dele. Solicito para isso que você me dê seu consentimento assinando esse termo no local indicado.

Data:...../...../.....

Assinatura :.....

Nome:.....

Assinatura da Investigadora Principal:.....

Caso queira retirar dúvidas você poderá contatar a Pesquisadora Principal:
Teresa Cristina Prochet – e-mail: prochet@uol.com.br
Rua Sebastião da Silva Leite 243 – Assis – São Paulo
Tel. (018) 97489900 ou (018) 3322 6721

Orientadora da Pesquisa:
Maria Julia Paes da Silva – juliaps@usp.br
Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo
Tel. (11) 30617544

APÊNDICE B

IMPRESSOS DE DIVULGAÇÃO

<p>Pesquisadora/Facilitadora: Teresa Cristina Prochet</p>	<p>Dúvidas: prochet@uol.com.br</p> <p>Orientadora do Programa: Profª Drª Maria Julia Paes da Silva</p>
<p>Inscrições: Gratuitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Via internet nos endereços: www.hra.famema.br www.famema.br ▪ Via Núcleo de Seleção e Desenvolvimento do Hospital Regional de Assis com Margarete ou Andréa. Dias úteis e no horário das 9 às 16h (Ramal 6040 ou 6009). <p style="text-align: center;">Ou se preferir</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>▪ Envie a ficha de inscrição preenchida para o e-mail: prochet@uol.com.br</p> </div>
<p style="text-align: center;">INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>Vagas: 30</p> <p>Locais e Datas: Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) Turma A: 11; 18 e 25 nov/2008 Turma C: 09; 16 e 23 jan/2009</p> <p>Anfiteatro do Hemo centro da FAMEMA Turma B: 03, 10 e 17 dez/2008 Turma D: 17; 24 e 31 jan/2009</p> <p>Horário: 14 às 18 horas</p>	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vínculo empregatício ou escolar com HRA ou FAMEMA ▪ Graduando ou Profissional nas áreas: medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia. ▪ Técnico de Enfermagem <p>Exigências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ler e aceitar a proposta do treinamento que está explicada no Termo de Consentimento (assinando-o) e estar presente nos 3 dias de treinamento e 90 dias após o último encontro. ▪ Preencher ficha de inscrição (via internet ou no RH do HRA)

MODELO DE CARTAZ

(tamanho 31x47cm, impresso em papel couché brilho e a quatro cores (4x0))

ATENÇÃO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE – NÍVEL SUPERIOR (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos)
<p>Locais e Datas:</p> <p>Assis (FEMA) Turma A: 11; 18 e 25 nov/2008 Turma C: 09; 16 e 23 jan/2009</p> <p>Marília (Hemocentro da FAMEMA) Turma B: 03, 10 e 17 dez/2008 Turma D: 17; 24 e 31 jan/2009</p> <p>Horário: 14 às 18 horas Dúvidas: prochet@uol.com.br</p>
<p>Inscrições: GRATUITAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Via internet nos endereços: www.hra.famema.br www.famema.br Via Núcleo de Seleção e Desenvolvimento do Hospital Regional de Assis com Margarete ou Andréa. Dias úteis e no horário das 9 às 16h (Ramal 6040 ou 6009). 	

MODELO DE FLYER

(tamanho 13 x 21cm, impresso em papel sulfite 75g branco, em quatro cores (4x0))

APÊNDICE C

FICHA DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO (frente)

Tema:

Programa de Capacitação em Comunicação Não-Verbal aos Profissionais de Saúde:
Um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso hospitalizado.

Essa capacitação integra a tese de Doutorado que desenvolvo sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Julia Paes da Silva, tem como finalidade contribuir na melhoria da qualidade da prestação da assistência em saúde desenvolvida junto aos idosos, por meio da construção de competências comunicacionais em gerontologia. O conteúdo desenvolvido está voltado para a compreensão da dinâmica e da natureza do processo de envelhecimento humano, das funções e dos fatores que influenciam na comunicação não-verbal. Serão realizados três encontros de 4 horas de duração cada, em local a ser definido junto com a Instituição. Antes de se inscrever leia a folha que consta o termo de consentimento, veja se concorda com a pesquisa, leve uma folha e leia com calma, verifique se você possui o requisito exigido (ser técnico de enfermagem ou graduando/profissional de saúde com vínculo empregatício ou escolar), observe as datas e os horários que os encontros acontecerão, pois a falta num deles prejudicará não só a pesquisa como o seu desenvolvimento. Depois de verificar essas condições, decidir pela inscrição, preencha todos os dados de maneira legível e entregue no setor identificado. Maiores informações serão disponibilizadas tanto por e-mail como pelo site da própria instituição, fique atento(a).

Desde já agradeço por sua atenção e interesse, fico aguardando você no primeiro encontro. Até lá.

Teresa Cristina Prochet

FICHA DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO (verso)

Nome:.....

Idade:..... Sexo: ()F ()M Tel contato.....

Setor que trabalha:.....

e-mail:

Categoria:	Área da Formação:
()graduando	()medicina
()profissional	()enfermagem ➔ ()enfermeiro () técnico de enfermagem.
	()psicologia
	()fisioterapia
	()assistência social
	() outro:.....

Identifique o grupo que pretende participar: Assis: Marília:.....

Informativo Geral:

Grupos A e C (Cidade de Assis)

Local:

Fundação Municipal do Ensino Superior

Av Getulio Vargas 1200 – Próximo da Rodoviária Municipal – Bloco 9 - Sala 92.

Encontros nas quartas-feiras durante três semanas consecutivas (14:00 às 18:00)

A ➔ 11; 18 e 25 de novembro de 2008

C ➔ 09; 16 e 23 de janeiro de 2009

Grupo B e D (Cidade de Marília)

Local:

Anfiteatro do Hemocentro de Marília

Rua Lourival Freire 240 – Bairro Fragata C

Encontros nas quintas-feiras durante três semanas consecutivas (14:00 às 18:00)

B ➔ 03, 10 e 17 de dezembro de 2008

D ➔ 17; 24 e 31 de janeiro de 2009

APÊNDICE D
INSTRUMENTO DE VERIFICAÇÃO INICIAL

Por favor, peço que não identifique esta folha e que responda as questões com caneta.

1. Qual seu entendimento sobre o que é comunicação?
2. Cite os fatores que interferem na comunicação?
3. O que você sabe sobre comunicação não-verbal? Para que ela serve?
4. O que para você é ser hábil ou competente ao se comunicar com as pessoas?
5. O que é para você o envelhecimento humano?
6. Quais as dificuldades envolvidas na comunicação com o idoso?
7. Quais as facilidades envolvidas na comunicação com o idoso?
8. Qual é a sua percepção do indivíduo idoso?

APÊNDICE E

MATRIZ PEDAGÓGICA DO PROGRAMA DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL EM GERONTOLOGIA

Objetivo:

Ao final da capacitação o participante deverá:

- Compreender a dinâmica e a natureza que envolve o processo de envelhecimento humano;
- Identificar as funções da comunicação não-verbal;
- Valorizar a importância da comunicação nas relações interpessoais vivenciando-a em seu cotidiano;
- Reconhecer os fatores de interferência na comunicação não-verbal com o idoso.

Programação:

1º Encontro → Considerações Básicas sobre o Envelhecimento Humano

Tempo	Bases Teóricas	Recursos/Procedimentos
10'	Conceitos sobre idoso e o envelhecimento	Leitura do Poema(Retrato) – Cecília Meirelles -
20'	Construindo o significado sobre envelhecer	Tempestade de Ideias
15'	Processo de Envelhecimento Brasileiro: transição epidemiológica e demográfica	Aula dialogada
20'	Exemplos das teorias sobre o envelhecimento humano: o social, o psicológico e o biológico	Aula dialogada
5'	O idoso e a sociedade	Exibição de imagens do idoso com texto reflexivo
20'	Como se quer envelhecer? Conceito sobre qualidade de vida Fatores que interferem na qualidade de vida do idoso	Aula dialogada
30'	Independência e autonomia do idoso Envelhecimento ativo/saudável Fatores determinantes no processo de envelhecimento que podem causar incapacidade e instabilidade	Situação-problema
20'	Intervalo	
20'	Facilidades e dificuldades no convívio com o idoso	Discussão em Arena das vivências hospitalares
70'	Aspectos biológicos e éticos no envelhecimento. Comunicação e a Senescência	Aula dialogada
10'	Sumarização do conteúdo	
25'	Verificação da assimilação imediata	

2º Encontro → Comunicação Humana (Parte 1)

Tempo	Bases Teóricas	Recursos/Procedimentos
20'	Conceitos sobre processo de comunicação	Tempestade de Ideias Aula dialogada
20'	Habilidade comunicacional	Exercício Individual: fazer um relato listando qual a maior habilidade em comunicação que se tem, contando como ela foi adquirida e que sugestão daria para um amigo para ele conseguir desenvolver essa habilidade que se tem.
20'	Construindo o significado da comunicação Comunicação como instrumento do cuidar (passagem de plantão, registros e outros)	Aula dialogada
10'	Classificação e função da comunicação Canais da comunicação Relação comunicação verbal x não-verbal	Aula dialogada
40'	Fatores que interferem na percepção da comunicação não-verbal	Vivências práticas: conversando em pequeno grupo Apresentação em Arena
20'	Intervalo	
20'	Autoconhecimento e a Janela de Johari	Aula dialogada
10'	Tipo de comunicação não-verbal: uma síntese Funções da comunicação não-verbal	Aula dialogada
20'	Sinais não-verbais e o idoso: a paralinguagem (tipos dos sinais)	Exemplos de sons emitidos Aula dialogada
25'	Sinais não-verbais e o idoso: os fatores ambientais (o hospital como edifício acolhedor com eixo integrador)	Exibição de imagens Aula dialogada
30'	Sinais não-verbais e o idoso: a táctica (itens de análise, tipos e dicas na saúde)	Dinâmica sobre o toque Aula dialogada
10'	Sumarização do conteúdo	
25'	Verificação da assimilação imediata	

3º Encontro → Comunicação Humana (Parte 2)

20'	Comunicação não-verbal no texto	Leitura e Discussão do Quarto de Badulaques (II) – Rubem Alves
10'	Passagem do Tempo (envelhecimento)	Exibição de imagens do idoso com texto reflexivo
70'	Sinais não-verbais e o idoso: as características físicas e a cinésica (categorias gestuais, postura corporal, classificação dos sinais faciais - rosto, olhar, boca, roupas, adornos, outros)	Exibição de Filme Exibição de imagens Aula dialogada
20'	Desenvolvimento e construção da habilidade e da competência comunicacional: necessidade, interesse e intencionalidade na comunicação e no cuidado em saúde	Aula dialogada
20'	Intervalo	
60'	Sinais não-verbais e o idoso: a proxêmica (classificação, territorialidade, espaço pessoal, tipo de distâncias, formas de invasão do espaço pessoal e territorial)	Exibição de Filme Exibição de imagens Aula dialogada
10'	Sumarização do conteúdo	
25'	Verificação da assimilação imediata	
5'	Agradecimentos	

Principais Referências

Albrechet K. Inteligência Social. São Paulo: M. Books do Brasil; 2006.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Fritzen SJ. Janela de Johari. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2006.

Hall ET. A Dimensão Oculta. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. 9ª ed. São Paulo: Summus; 1988.

Silva MJP. Comunicação tem remédio. São Paulo: Loyola; 2002.

Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005

Steinberg GM. Os elementos não-verbais da conversação. São Paulo: Atual; 1998.

Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):705-15.

Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 2002.

Vicini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. São Paulo: SENAC; 2002.

Textos Fornecidos para Leitura

Prochet TC; Ruiz T. A qualidade do atendimento hospitalar na compreensão do idoso. Enfermagem Brasil 2007; 6(2): 92 -102.

Prochet TC; Ruiz T; Correa I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso sente, percebe e deseja? Nursing 2006; 94(9): 713-17.

Prochet TC; Ruiz T; Correa I. Considerações gerais sobre o envelhecimento brasileiro. Enfermagem Brasil 2005; 5(3):168-75.

Fernandes M das GM. Toque: uso pelos enfermeiros no cuidado com o idoso com alterações visuais e auditivas. Nursing 2002; 5(51) 25-28.

Silva L da; Silva MJP da; Castro RKF. A importância do espaço pessoal e territorial para o paciente hospitalizado. In: Mendes IAC; Carvalho EC (Org.). Comunicação como meio de promover a saúde. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de enfermagem de Ribeirão Preto 2000; p.155-58.

APÊNDICE F

PERGUNTAS DA VERIFICAÇÃO DA ASSIMILAÇÃO IMEDIATA

Verificação da assimilação imediata (1º Encontro)

1. Qual o entendimento sobre o envelhecimento humano?

2. Como colaborar na manutenção/maximização da autonomia e da independência do idoso no ambiente hospitalar?
3. Quais as alterações ligadas ao idoso que interferem na comunicação com o profissional?
4. Quais as alterações ligadas ao profissional que interferem na comunicação com idoso?

Verificação da assimilação imediata (2º Encontro)

1. De que maneira a paralinguagem pode ser utilizada pelo profissional a favor da comunicação não-verbal com o idoso?
2. Cite três fatores ambientais podem interferir na comunicação com idoso?
3. O que influencia a percepção do profissional frente à comunicação não-verbal?
4. Quais as funções da comunicação não-verbal?
5. Quais os fatores que precisam ser observados quando se toca o idoso?

Verificação da assimilação imediata (3º Encontro)

1. Explique como as características físicas o profissional podem auxiliar na comunicação com o idoso?
2. Cite três exemplos de invasão pessoal e territorial que comumente os profissionais cometem ao idoso?
3. Explique como a postura corporal do profissional pode ser avaliada favoravelmente pelo idoso.
4. Dê uma nota de zero a dez para o seu aproveitamento nesse treinamento. Por que?
5. Forneça sugestões para que esse treinamento seja aprimorado.
6. Qual foi o ponto/o aspecto mais forte/positivo do treinamento?
7. Qual foi o ponto/o aspecto mais fraco do treinamento?

APÊNDICE G

INSTRUMENTO DA AVALIAÇÃO MEDIATA

Escolha e descreva uma cena do filme que revele a PARALINGUAGEM
 Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal a PARALINGUAGEM
 serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
----------------	----------------------

☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	
--	--

Escolha e descreva uma cena do filme que revele a PROXÊMICA

Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal na qual a PROXÊMICA serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	

Escolha e descreva uma cena do filme que revele a TACÊSICA

Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal na qual a TACÊSICA serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	

Escolha e descreva uma cena do filme que revele a CINÉSICA.

Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal na qual a CINÉSICA serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	

Escolha e descreva uma cena do filme que revele as CARACTERÍSTICAS FÍSICAS. Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal onde aspectos das CARACTERÍSTICAS FÍSICAS serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	

Escolha e descreva uma cena do filme que revele os FATORES AMBIENTAIS.
 Marque ainda que função(ões) da comunicação não-verbal na qual os FATORES AMBIENTAIS serviu(ram) como ilustração

Funções	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	

DVD – Trecho do filme utilizado

RELATÓRIO DOS *EXPERTS*

Funções	Dimensões	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica	Característica da roupa de Thomaz, que mostra limpeza, formalidade e compromisso com o trabalho → sentimento

(x)Demonstrar sentimentos	(x)Caract. físicas ()Fat. ambientais	de comprometimento com a profissão.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. físicas ()Fat. ambientais	Posição corporal de Thomaz dentro do elevador está voltada para saída do mesmo, rosto voltado para frente, num determinado momento leva o olhar para cima checando o número do andar → sentimento de atenção ao andar que pretende sair e de pressa de chegar ao destino.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. físicas ()Fat. ambientais	Thomaz sai do elevador apressado para o quarto com o rosto direcionado (focado) para o quarto em si e nem percebe as pessoas que estão ao redor → sentimento de concentração e de foco na tarefa.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. físicas ()Fat. ambientais	Thomaz entra no quarto com muitas coisas nas mãos revela que existem atividades para serem desempenhadas → sentimento de atenção e de preocupação com atividade a ser desempenhada.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. físicas (x)Fat. ambientais	Velocidade corporal na qual Thomaz assume ao arrumar os objetos no ambiente, isto é, flores colocadas de maneira rápida na mesa e o infusor de café posto em lugar de destaque de maneira delicada → sentimento de importância dada diferente aos objetos.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. físicas ()Fat. ambientais	Thomaz abre a cortina do leito referente ao leito do lado do seu patrão (Edward) → sentimento de surpresa por não saber quem está lá, no momento de preparo do ambiente do quarto.
()Complementar, ratificar e	()Paralinguagem	Thomaz franze a testa, abre

reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. físicas ☐ Fat. ambientais	mais os olhos e faz uma expressão facial de susto → sentimento de surpresa.
☒ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. físicas ☐ Fat. ambientais	Thomaz surpreso com a presença do paciente (Carter) faz “Ah” → complementa a fala “o que está fazendo aí?”.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☒ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. físicas ☐ Fat. ambientais	Thomaz mantém a cortina aberta expondo a invasão cometida no espaço territorial de Carter → sentimento de desrespeito.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. físicas ☐ Fat. ambientais	Carter reage à invasão de Thomaz também com franzimento da testa → sentimento de surpresa.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☒ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Entrada da maca com ruído que bloqueia o diálogo das duas pessoas (Carter e Thomaz) → sentimento de desrespeito.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Thomaz e Carter olham em direção à porta onde Edward chega de maca → sentimento de surpresa e dúvida.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward aumenta o tom e o ritmo da voz, a voz fica mais grave ao falar (gritar) pela enfermeira → sentimento de indignação e ordem ao dizer “enfermeira, diga ao médico...”
☒ Complementar, ratificar e reforçar o verbal	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica	Edward utiliza gestos ilustradores apontando os

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	dedos para a garganta → complementa a fala “eu não quero ir respirando por um buraco na garganta”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward muda a voz, fala mais alto e mais rápido → sentimento de raiva e de enfurecimento ao falar “eu não quero ir respirando por um buraco na garganta”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz movimentos com os olhos como quem “busca na memória” algo que pudesse trazer explicações mais sobre o tratamento com a bleomicina → complemento da fala “eu fiquei sabendo que a bleomicina”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward aponta para o próprio peito ao dizer de sua ida ao congresso → complementa a fala “quando eu for ao congresso”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward ao falar sobre a ida ao congresso e sobre a bleomicina ele usa um tom forte e alto da voz → revela raiva e demonstra poder.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica (x)Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Roupa de Edward no ambiente hospitalar, uso da camisola → substitui o verbal que ele é paciente.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica (x)Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Roupa do profissional de saúde, uso ou não do jaleco → revela hierarquia de quem usa jaleco e quem não usa.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal	(x)Paralinguagem ()Proxêmica	Edward aumenta tom de voz e a velocidade da fala para

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	perguntar onde está o Thomaz ➔ complementa a fala “Cadê o Tom? Tom?”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz gestos com as mãos e movimento da cabeça procurando a presença de Thomaz ➔ complementa a fala “Cadê o Tom? Tom?”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz abre os braços com as palmas das mãos numa posição aberta ➔ sentimento de disponibilidade ao outro e complementa quando diz “estou aqui senhor”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissionais de saúde que trazem Edward e que vão colocá-lo no leito estão distantes da interação com o paciente o foco está na tarefa do procedimento ➔ sentimento de concentração na tarefa.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz permanece estático e espera os profissionais colocarem Edward no leito, permanece imóvel e distante ➔ sentimento de distanciamento de Edward.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica (x)Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional de saúde que usa ou não crachá e que quando usa deixa-o em local visível que facilita a identificação ➔ sentimento de compromisso com a profissão e de respeito pelo paciente.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward ao escutar que será ajudado pelos profissionais a ser colocado no leito reage por meio da abertura da boca, mantém boca semi-aberta e frouxa de forma que permite a exposição dos dentes ➔ sentimento de ironia na ajuda.

(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional faz movimento corporal de aproximação ao paciente (Edward) para colocá-lo no leito, isto é, estreita a distância existente entre o profissional e o paciente → complementa a fala “vamos colocá-lo no leito”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional posiciona-se com o corpo mais à frente e olha em direção ao Edward → complementa a fala “vamos colocá-lo no leito”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward desvia o olhar, faz gesto com as mãos e diz que não quer ser ajudado, consegue ir sozinho ao leito → sentimento de independência e de não desejar ser ajudado e complementa a fala “eu me viro sozinho”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward levanta as sobrancelhas e dá um riso, faz gestos ilustradores com as mãos ao escutar a ajuda oferecida dos profissionais em colocá-lo no leito → complementa a fala “eu não morri ainda” e sentimento de ironia visto a independência e o poder que sempre teve.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional ao escutar Edward dizer que vai sozinho para a cama, se afasta dele dando um passo pequeno para trás → sentimento de respeito pela decisão do paciente e substitui o verbal “tudo bem, pode ir”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz movimento na maca e olha para o leito assim que percebe a autorização do profissional → substitui a fala de Edward “eu estou indo sozinho”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Edward cai ao se transferir para a cama e diz “ai, ai” →

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	sentimento de dor pela queda.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz questiona Edward se tinha morrido depois da queda (“e agora? Morreu?”) e usa voz com velocidade diminuída → sentimento de ironia da situação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à queda e a necessidade de ajuda de levantá-lo. Thomaz fica com a mão na cintura, olha para baixo em direção a Edward no chão e eleva discretamente as sobrancelhas → sentimento de ironia visto que Edward precisa de sua ajuda real.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à queda e a necessidade de ajuda de levantá-lo. Thomaz se aproxima e estica a mão na direção de Edward → substitui a fala “vou ajudá-lo”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à queda e a necessidade de ajuda de levantá-lo. Ambos apertam as mãos firmes no momento imediato e mediato ao ajudar Edward a levantar-se do chão → sentimento de ironia visto que Edward precisa de sua ajuda real.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à ajuda necessária e proporcionada por Thomaz ao Edward. Quando Edward já levantado, eles optam por não se deslocarem suas posições, estabelecem e mantêm uma distância corporal

		<p>muito próxima um do outro. Thomaz invade o espaço pessoal com autorização de Edward → sentimento de ironia visto que Edward precisou de sua ajuda.</p>
<p>()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos</p>	<p>()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais</p>	<p>Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à ajuda necessária e proporcionada por Thomaz ao Edward. Thomaz após ajudar Edward a levantar olha de cima para baixo com a cabeça ligeiramente levantada para Edward e fixa o olhar nele → sentimento de ironia visto que Edward precisou de sua ajuda.</p>
<p>()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos</p>	<p>()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais</p>	<p>Thomaz e Edward se enfrentam e reagem entre si frente à ajuda necessária e proporcionada por Thomaz ao Edward. Edward ao se levantar olha para cima confirmando sua condição de patrão → sentimento de superioridade e de poder.</p>
<p>()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos</p>	<p>(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais</p>	<p>Edward decide interrompe o enfrentamento com Thomaz na situação da ajuda dada à queda e dá um riso quando escuta a resposta de Thomaz sobre a última vez que o tinha demitido “desde o incidente de Oprah” e diz “essa foi boa” com jeito e tom de voz engraçada e ainda faz “eh eh eh” ao deitar na cama → sentimento de deboche da situação.</p>

Funções	Dimensões	Cena do Filme
<p>()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos</p>	<p>()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais</p>	<p>Edward já deitado na cama, levanta rapidamente o tronco do leito e olha para o paciente ao lado (Carter) de maneira expansiva → sentimento de indignação, espanto e certa superioridade.</p>
<p>()Complementar, ratificar e</p>	<p>()Paralinguagem</p>	<p>Carter ao perceber o</p>

reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	movimento de Edward reage. Ele levanta a cabeça, franze ligeiramente a testa e volta o rosto em direção ao Edward ➔ sentimento de surpresa pela sua indignação.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward aponta os olhos para Carter (lateraliza o olhar) ao perguntar para Thomaz quem seria o homem do seu lado ➔ complementa a fala “quem é aquele?”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward ao pergunta para Thomaz “quem é aquele?” o faz de forma modificada, voz mais abafada e velocidade diminuída ➔ sentimento de desconforto.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz se aproxima ainda mais do leito de Edward, invade seu espaço arrumando o travesseiro ➔ sentimento de ajuda.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz muitas gesticulações com as mãos, movimento com o corpo, estica o tronco no próprio leito ➔ sentimento de indignação com a presença de Carter.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao escutar a frase “quem é aquele?” faz silêncio associado ao olhar fixo para Edward ➔ sentimento de atenção e interesse pela fala de Edward.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward agita-se, faz movimentos rápidos e intensos como próprio corpo e com os equipos de soro, levanta as duas mãos e a cabeça para cima ➔ sentimento de raiva e agitação.
(x)Complementar, ratificar e	(x)Paralinguagem	Edward agitado, modifica o

reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	tom da voz (mais grave e mais rápida) ao dizer que os tubos trazem insatisfação → complementa a fala “eu odeio tubos”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward sentado na cadeira ao ser submetido à tricotomia do couro cabeludo conversa com Thomaz num tom mais baixo e sobre sua vontade de ficar sozinho → sentimento de preocupação pelo que vem no porvir e de insatisfação.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward sendo tricotomizado deixa a cabeça lateralizada, franze a testa, enrijece os lábios (boca serrada), mostra ainda sobrancelhas elevadas → sentimento de raiva e de insegurança da situação que vive e complementa a fala “nem morto eu passarei as próximas semanas ao lado desse sujeito (Carter)”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward sendo tricotomizado faz um olhar lateralizado (oposto à presença de Carter) numa tentativa de avisar Thomaz → sentimento de desconfiança e discriminação pela presença de Carter no quarto.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional de saúde ao cortar os cabelos mantém olhar fixo em tempo integral no procedimento → sentimento de concentração na tarefa.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional de saúde faz toque instrumental em Edward ao fazer a tricotomia → sentimento de concentração na tarefa.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Edward faz movimentos com os olhos de um lado para o

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	outro na procura de saída ou solução para sua necessidade de ficar sozinho no quarto → complementa a fala “não me diga que não posso ter meu próprio quarto”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter faz um olhar de desconfiança, com olhos lateralizado no momento que Edward fala que não pode ficar num quarto particular → complementa a fala de Edward “não posso ter meu quarto particular”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward aumenta a voz torna-a mais grave ao dizer “eu quero meu quarto particular” → sentimento de poder e de posse.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal (x)Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward em conversa com Thomaz vira a cabeça e olha para o Carter (que se encontra no leito em posição diagonal e posterior a ele) e diz que não tem nada contra ele em si → contradiz “eu quero ficar sozinho” com “não, se ofenda amigo”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao escutar Edward dizer que não tinha nada contra ele, emite um sorriso vago de forma a aceitar a explicação dada → sentimento de permissão em deixar o outro falar o que deseja (aceitação da situação) e substitui a fala “tudo bem eu aceito ou eu entendo”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward abaixa o olhar, muda o semblante facial, faz meneio negativo com a cabeça e diz para Thomaz “eu nunca tinha ficado doente” como forma de justificar seu querer ficar sozinho num quarto privativo → sentimento

		ambivalente de constrangimento, de revolta e de rendição.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward muda o tom de voz ao falar com Thomaz que deseja um quarto privativo → reforça as falas “eu nunca tinha ficado doente” e “eu quero ficar sozinho”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional de saúde ao terminar a tricotomia tira o avental como forma de revelar o término da interação técnica e do toque instrumental → complementa o verbal “O Dr Eldrige vai preparar o senhor daqui a pouco está bem?”
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Profissional de saúde usa a cinésica para informar o término do procedimento (tricotomia), busca o rosto do paciente (Edward), abaixa o olhar (uma vez que ela está em pé e o paciente sentado) nivela a própria altura do paciente → complementa o verbal “O Dr Eldrige vai preparar o senhor daqui a pouco está bem?”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward pega o espelho com uma das mãos e se olha nele, associa a fala de descontentamento e medo → complemento da fala “ai, meu Deus!”
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica (x)Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward se olha no espelho, vê que está sem cabelo, percebe a mudança de sua condição física → sentimento de surpresa e de apreensão.
Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward se olha no espelho sem cabelo e diz em voz baixa e em velocidade reduzida “ai, meu Deus!” → sentimento de apreensão.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Edward após se ver no espelho faz um olhar lateralizado para

()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter e centraliza rápido em Thomaz, pede ajuda e mostra querer fazer um comentário discreto → substitui a fala “Thomaz eu não quero que o Carter ouça ou vou falar e não quero que Carter escute”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward se aproxima de Thomaz, volta o tronco para frente em direção ao Thomaz, olha fixamente para Thomaz, diminuindo a distância entre eles na ocupação do espaço pessoal → complementa a fala “Thomaz, eu não quero acordar parálítico”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward muda a voz (abaixa o tom e o ritmo) ao falar com Thomaz, pede para que ele tome providências para não ficar parálítico → sentimento de medo e complemento do pedido “eu não quero ficar parálítico”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz reage ao pedido de Edward de não deixá-lo parálítico com movimento da boca, mexe a boca e o queixo como sinal positivo ao mesmo tempo que diz que fará o possível para ajudá-lo → complemento do verbal “eu farei o possível” e sentimento de ironia.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward ao escutar a frase de Thomaz de que faria o possível olha para o lado oposto ao Thomaz e do Carter, franze a testa e fecha a boca → sentimento de medo.
()Complementar, ratificar e	()Paralinguagem	Edward interrompe a conversa

reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	com Thomaz ao se afastar, isto é, apóia-se na cadeira com seu tronco → sentimento de medo e necessidade de não falar mais disso.
☒ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter pergunta a Edward se ele é o dono do hospital associada a expressão facial de espanto, queixo afundado e olhar de cima para baixo → sentimento de dúvida e complementa a fala “é mesmo o dono do hospital?”
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter mantém o olhar voltado ao livro ao dizer que a sopa de ervilha poderia ser mais caprichada → sentimento de constrangimento pela crítica, pouco a vontade de expressar sua opinião.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter responde ao saber que é dono do hospital com uma crítica, porém por estar constrangido diminui o tom da voz ao dizer “poderia melhorar a sopa de ervilha” → sentimento de constrangimento pela crítica, pouco a vontade de expressar sua opinião.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☒ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter lê livros e usa óculos → sentimento de intelectualidade.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☒ Fat. ambientais	Leitura do livro por Carter funciona como barreira física de contato pessoal, interação pessoal (Carter e Edward) como também de preservação pelo que Carter escutou e ratifica o não querer conversar muito com Edward →

		sentimento de proteção
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward responde a Carter com voz abafada e baixa de que de fato é dono do hospital “sim, sou o dono” → sentimento de frustração por ser dono e não ter o quarto.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Ambiente físico no qual o paciente está inserido com presença de profissionais com capote e luvas cirúrgicas, campos cirúrgicos e posição e condição do próprio paciente revela que é centro cirúrgico mesmo onde Edward se encontra → substitui a narração de que ele está no CC.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Lençol cobre o tórax do Carter durante toda a conversa e leitura do livro → sentimento de autoproteção.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Visão do quarto dos pacientes mostra o destaque nas paredes dado pelos desenhos expostos próximo ao leito de Carter remetendo a presença criança e da família → sentimento de carinho e afeto familiar.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia (esposa de Carter) janta com o marido e se posiciona em relação ao marido de maneira pouco próxima → sentimento de pouca intimidade e de distância.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Televisão ligada durante todo o tempo na presença de Virgínia, mesmo durante o jantar → sentimento de falta de intimidade com a esposa.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Carter cruza os dedos das mãos em cima da mesa de cabeceira

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	➔ sentimento de alívio por Edward está calado.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia fala para Carter sem olhar para ele sobre não ter saudade do trabalho de enfermagem que antes fazia ➔ complementa da fala que ninguém visitou o paciente (Edward) que está ao lado.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Televisão ligada aliada com o olhar voltado para ela, estratégia de bloqueio da conversação ➔ sentimento de baixa intimidade e pouco interesse em conversar com Virgínia.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia está indo guardar as coisas do jantar na bolsa, ao escutar a fala de Carter “ainda bem que está calado” interrompe a caminhada até onde a bolsa se encontra, prossegue até a bolsa e hesita com as mãos na bolsa térmica ➔ sentimento de desconforto e indignação pela fala de Carter.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter dá uma bufada e faz uma respiração profunda ➔ complementa a fala “pelo menos ele está calado”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia, constrangida, fica quieta e muda o assunto e tenta disfarçar a situação, utiliza a voz como recurso, diminui a velocidade da fala e o tom se torna mais agudo ao falar sobre Raquel ➔ sentimento de

		orgulho pela conquista de Raquel.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia, constrangida, fica quieta e muda o assunto e tenta disfarçar a situação, utiliza o corpo como recurso, se vira para Carter ao falar sobre Raquel → sentimento de orgulho pela conquista de Raquel.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao escutar sobre Raquel dá um sorriso → sentimento de felicidade.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao escutar sobre Raquel diz “que maravilha” num tom de voz agudo e velocidade menor → complementa a fala de estar contente sobre a notícia.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao mesmo tempo que fala “que maravilha” sobre a conquista de Raquel muda a face e o sorriso desaparece → sentimento de preocupação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Presença de uma pilha de livros na cabeceira → sentimento de ansiedade (indica o tempo de internação), interesse pela leitura e intelectualidade.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Mesa de refeição funciona como barreira física mantida entre os dois (Virgínia e Carter) durante toda a conversação → sentimento de distanciamento e de pouca intimidade entre o casal.
Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter com mãos cruzadas sob mesa de cabeceira reforça o constrangimento → sentimento de constrangimento.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem (x)Proxêmica	Papel toalha (guardanapo) no peito de Carter mostra

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	contaminação no espaço pessoal → sentimento de desrespeito por conta do tempo deixado e de negligência do cuidado.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter e Virgínia ficam em silêncio como se estivesse num preparo para uma conversa difícil, não sabem o que falar → sentimento de insegurança e medo.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter e Virgínia num determinado momento ficam com olhares opostos, não se fixam, não sabem o que falar → sentimento de insegurança e constrangimento.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter olha para baixo, braço fica para cima na altura da nuca, cotovelo com sinal de distanciamento, usa o corpo como barreira para a conversação com Virgínia → sentimento de introspecção, defesa e conforto para Carter.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter usa a posição de barreira de proteção (braço elevado do lado de Virgínia) dificultando a aproximação de Virgínia ao toque afetivo que seria natural acontecer nas mãos → sentimento de pouca intimidade.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter olha para televisão como forma de bloqueio da conversa com Virgínia → sentimento pelo desejo de ficar sozinho e substitui a fala “pode ir embora”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter responde as perguntas de Virginia (já tomou o remédio?) com “hum hum” → complemento do verbal “já tomei Virgínia”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	(x)Paralinguagem ()Proxêmica	Virgínia dá um suspiro impaciente → sentimento de

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	constrangimento.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter fixa o olhar em Virgínia e diz para ela que está se sentindo bem → complementa a fala “estou bem Virgínia”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia levanta e aproxima-se de Carter para se despedir (diminuição da distância entre os dois) → sentimento de solidariedade.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia toca o braço de Carter e alisa → sentimento de apoio e de ajuda.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia faz expressão sutil com meneio de cabeça positivo pelo que Carter diz autorizando que ela se vá → complementa a fala “pode ir Virgínia”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia usa o tempo como aliado na invasão do espaço pessoal de Carter com beijo na face → sentimento de insegurança.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia beija o rosto de Carter ao se despedir → sentimento de carinho.
Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao se despedir de Virgínia (logo após o beijo recebido) olha para esposa como um todo → sentimento de aceitação do carinho e de ternura.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Virgínia retira o guardanapo do peito de Carter antes de sua

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	saída → sentimento de zelo e de organização do ambiente.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Virgínia faz afastamento em silêncio, levanta e abaixa os ombros como término da interação → sentimento de alívio pelo dever cumprido e substitui a fala “terminou” ou “tchau”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Mesa de refeição deixada fora do lugar, junto ao Carter de forma a manter a barreira anteriormente estabelecida ratificando o constrangimento → sentimento de constrangimento.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward fala frases com tom bem baixo, com velocidade reduzida → sentimento de dor física.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter escuta o que Edward fala e volta o corpo e o olhar para Edward → sentimento de atenção ao que está sendo dito.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter muda o braço de posição (aquele que estava levantado) agora é o direito que fica elevado, fica na nuca (lado no qual Edward se encontra) → sentimento de conflito entre assistir tv e conversar com Edward.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Mudança do local da mesa de cabeceira do paciente (Carter) nesse momento está no centro, é compartilhada para ambos os pacientes, porém está ocupada totalmente com os pertences de Carter → sentimento de

		desrespeito do espaço territorial.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz movimentos com uma das mãos de cima para baixo pedindo que abaixe o volume da TV e direciona o olhar para Carter → substitui a fala “abaixe o volume de som da TV”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz os gestos ilustradores (movimento da mão de cima para baixo) e associa a fala “se importa” num tom de voz mais baixo → complementa a fala (pedido de abaixar o volume da televisão).
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter volta rosto e olhar para Edward no momento que ele se movimenta pedindo que o volume da TV seja abaixado → sentimento de interesse pelo pedido feito.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico entre no quarto sem bater a porta e sem fechar a mesma a seguir, invadindo o espaço territorial sem autorização → sentimento de desrespeito.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico entra no quarto do paciente com andar rápido, postura imperativa com peito estufado → sentimento de superioridade e de pressa.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico invade espaço territorial de Edward ao abaixar a grade da cama sem pedir permissão ao paciente → sentimento de desrespeito.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico faz perguntas para Edward sem contudo olhar no rosto do paciente → sentimento de desinteresse e pressa na atividade.
()Complementar, ratificar e	()Paralinguagem	Médico invade espaço pessoal

reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☒ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	de Edward ao testar os reflexos pupilares e examinar o cateter existente sem pedir licença → sentimento de desrespeito.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☒ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Médico faz toque instrumental no paciente ao examinar sem qualquer permissão e sem o tempo esperado para aproximação e possível autorização ao toque → sentimento de desrespeito e de foco exclusivo na tarefa.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward reage às falas do médico e aumenta o tom da voz ao dizer “não amola” → sentimento de irritação.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward faz movimentos com os olhos de um lado para o outro frente aos comentários do médico → sentimento de irritação e agitação.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☒ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☒ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Médico ao terminar o exame físico em Edward afasta seu corpo do paciente → substitui a fala “já te examinei”.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward fixa o olhar no médico durante a fala e as explicações do médico → sentimento de interesse.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward olha para cima num movimento rápido ao escutar as explicações do médico → sentimento de interesse.
☒ Complementar, ratificar e reforçar o verbal	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica	Médico faz gesto ilustrador com o dedo indicador dizendo

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	que no dia seguinte irá iniciar o tratamento quimioterápico → reforça a fala “amanhã começa a quimio”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico franze a testa, tensiona a boca logo após dizer sobre a quimioterapia → sentimento de preocupação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz movimentos com as sobrancelhas e movimento do olhar com ambivalência frente ao que está escutando do médico → sentimento de ironia e de preocupação pela escuta.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal (x)Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward muda o tom de voz ao dizer “eu adoro quimio pela manhã” → contradiz a preocupação, na verdade está com medo do que terá que enfrentar.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico pega a prancheta que esqueceu em cima da cama de Edward → sentimento de desrespeito pelo espaço territorial do paciente.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico diz “eu sinto o gosto da vitória” com voz mais alta e vibrante → sentimento de entusiasmo.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico ao falar sobre o gosto da vitória fala isso associado ao sorriso e riso → sentimento de entusiasmo.
Funções	Dimensões	Cena do Filme
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter aponta o indicador em direção ao médico chamando-o → reforça o verbal “doutor, doutor”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Carter ao solicitar que o médico veja seu exame ou o

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	examine, aponta com a mão para algo e direciona o olhar nesse algo também → complementa o verbal “o senhor poderia examinar”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Médico responde ao Carter “quem é seu médico?” com o rosto lateralizado, posiciona o corpo para a porta da saída → sentimento de desinteresse pelo caso e substitui a fala “eu estou de saída”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter faz olhar fixo para onde o médico estava, mesmo depois de sua saída(ausência), boca entreaberta mesmo sem falar, braço estendido em direção ao médico → sentimento de frustração e de pedido de ajuda.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter emite som “ai ai” depois do médico o que confirma sua chateação e sua vontade de falar algo mais → sentimento de frustração e substitui o verbal que poderia ser “puxa! que pena!”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter volta sua atenção (rosto e olhar) para a televisão de forma a retomar a atividade anterior → sentimento de interesse pelo programa de televisão.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward que assistiu a situação, movimenta a cabeça e o olhar em direção a Carter → sentimento de interesse pela necessidade de Carter.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter se volta para Edward impressionado com a pergunta feita por ele sobre a quimioterapia → sentimento de atenção, interesse e ajuda pela necessidade de Edward.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Carter explica sobre as reações possíveis da quimioterapia e

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	simultaneamente a fala faz movimentos e ida e volta com o olhar para Edward → complementa toda a fala sobre os efeitos da quimio.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal (x)Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward após escutar sobre os efeitos ditos por Carter sobre a quimio diz em voz com velocidade reduzida e mais aguda estar aliviado por saber → contradiz a fala “que alívio”, onde na verdade seria “estou preocupado”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward diz sobre o alívio em saber dos efeitos associando respiração aerosa e profunda → sentimento de preocupação e de dor.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz meneio positivo com a cabeça como forma de confirmar que acompanha as explicações dadas por Carter sobre a quimio e que está preparado para as reações que sofrerá de noite → complemento da fala contraditória “que alívio”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter faz gesto ilustrador com o dedo indicador para a máquina de café e pergunta do que se trata aquele equipamento → complementa a fala “o que é aquilo lá?”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward responde ao questionamento sobre a máquina por meio de gesto ilustrador e ao responder verbalmente que seria uma máquina infusora de café → complemento da fala “é uma máquina de café”.

()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter fixa o olhar na máquina após saber que ela faz café → sentimento de interesse pela máquina.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter pergunta que outra utilidade aquela máquina teria e Edward muda o tom de voz e prolonga o ritmo ao dizer “que mais ela precisa fazer?” → sentimento de ironia e de certa irritação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter reage à resposta de Edward com um riso → sentimento de ironia.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	Máquina de café funciona como recurso de interação entre os pacientes no mesmo quarto → sentimento de aproximação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter levanta o braço que está na direção de Edward como uma forma de interrupção da conversa que ocorria → sentimento de proteção e bloqueio de comunicação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter inicia toda uma explicação sobre a origem do café e Edward divaga com o olhar como se estivesse pensando sobre a explicação dada por Carter → sentimento de interesse pelo assunto.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward que estava em decúbito dorsal, acaba por lateralizar o corpo na direção de Carter escutando-o → sentimento de interesse pelo assunto.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem ()Proxêmica	Carter apesar de usar o braço como bloqueio inicial na

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	conversação, se acomoda no leito e inicia uma interação com rompimento desse bloqueio ao retirar o braço daquela posição → sentimento de estar a vontade e de desejar aproximação.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas (x)Fat. ambientais	A altura (posicionamento) dos lençóis de Carter e Edward são diferentes, a de Carter é mais superior e a de Edward mais inferior (mais descoberto) mostrando especificidades distintas de proteção → sentimento de autoproteção.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter dá um sorriso e emite brilho no olhar, olhos mais aberto como forma de expressar satisfação em poder e em saber descrever e contar tudo que sabe sobre o café → sentimento de alegria.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter ao contar sobre o café num determinado momento que fala sobre o aroma do café (“tão gostoso”) que ele muda a voz, alonga a emissão da voz é doce, com velocidade diminuída → sentimento de satisfação.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter faz gestos ilustradores para dizer que se trata de café igual ao aquele de Edward → complementa o verbal “igualzinho o seu”.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward muda de posição e franze a testa, uma expressão de desconforto corporal → sentimento de dor física e de desconforto.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal	()Paralinguagem (x)Proxêmica	Carter levanta de sua cama para ajudar Edward com o controle

()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	da cama, encurta a distância existente até atingir invadir o espaço territorial e pessoal de Edward → sentimento de solidariedade de Carter.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter e Edward estabelecem e mantém contato visual ao entregar o controle da cama → sentimento de criação de vínculo pessoal.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica (x)Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Toque afetivo intermediado pelo controle de cama, ambos mantém o controle segurados durante algum tempo como elemento estratégico de estabelecer vínculo → sentimento de interesse por criação de vínculo ou possibilidade de aproximação.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem (x)Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter invade o espaço territorial (ao pegar o controle) de Edward com permissão dele, confirmada pelo agradecimento de Edward → complemento do verbal “obrigado”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica (x)Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Momento no qual as sardas de Carter são observadas por Edward e ele fala sobre elas “você sempre teve essas sardas?” → sentimento de interesse uma vez que as sardas serviram de ponte de aproximação na comunicação.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter reage à fala de Edward em relação ao comentário sobre as sardas com franzir da testa e ao dizer que elas sempre estavam presentes → complemento do verbal “eu sempre tive”.
(x)Complementar, ratificar e	()Paralinguagem	Meneio de cabeça positivo de

reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☐ Demonstrar sentimentos	☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward ao dizer que tinha gostado das sardas de Carter → reforça a fala “gostei”.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward morde os lábios, olha para baixo revelando certo constrangimento de ter sido agradável → sentimento de afeição e de constrangimento.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter sorri frente ao elogio exposto de Edward (que tinha gostado das sardas) → sentimento de aceitação do comentário.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter emite “ram ram” frente ao elogio de Edward (que tinha gostado das sardas) → sentimento de aceitação do comentário.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☐ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☒ Fat. ambientais	Refeição diferente e sofisticada de Edward como expressão de poder e riqueza → sentimento de poder.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Carter ao observar o tipo de comida de Edward interrompe a leitura do livro e olha tanto a comida como para Edward → sentimento de indignação.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal ☐ Contradizer o verbal ☐ Substituir o verbal ☒ Demonstrar sentimentos	☐ Paralinguagem ☐ Proxêmica ☒ Cinésica ☐ Tacêsica ☐ Caract. Físicas ☐ Fat. ambientais	Edward bate os dedos na mesa de refeição ao esperar o preparo do prato montado por Thomaz → sentimento de impaciência pelo aguardo da refeição.
☐ Complementar, ratificar e reforçar o verbal	☒ Paralinguagem ☐ Proxêmica	Thomaz emite sons “rum, rum” para Edward → substitui a fala

()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	“oferece a refeição para ele”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Thomaz associa também o movimento da cabeça, levanta as sobrancelhas na direção de Carter como estratégia de avisar Edward sobre oferecer a refeição ao companheiro de quarto → substitui a fala “oferece a refeição para ele”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz gesto ilustrador para Thomaz ao pedir que prepare um prato para Carter → complementa o verbal “Thomaz prepara um prato para...”.
(x)Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz uma expressão facial de surpresa, abre mais os olhos ao escutar o nome Carter e fica na dúvida se esse seria nome ou sobrenome → complementa o verbal “nome ou sobrenome?”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal (x)Substituir o verbal ()Demonstrar sentimentos	(x)Paralinguagem ()Proxêmica ()Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward faz barulho com a boca ao comer o alimento, degusta o alimento com ruídos → substitui o verbal “que delícia”.
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Carter faz um riso disfarçado ao ver tamanha animação de Edward em fazer aquela refeição → sentimento de ironia pela situação.

Funções	Dimensões	Cena do Filme
()Complementar, ratificar e reforçar o verbal ()Contradizer o verbal ()Substituir o verbal (x)Demonstrar sentimentos	()Paralinguagem ()Proxêmica (x)Cinésica ()Tacêsica ()Caract. Físicas ()Fat. ambientais	Edward olha para Carter, pega o alimento e leva lentamente à boca e com intencionalidade acaba por olhar de canto até Carter → sentimento de birra e de satisfação.

ANEXO

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

– PARECER –

Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 167/2008

Assis, 15 de setembro de 2008.

Ilma Sra Teresa Cristina Prochet

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **“PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM CAMINHO PARA AÇÕES DE CUIDADO EFETIVO/AFETIVO AO IDOSO HOSPITALIZADO”** de sua autoria e sob orientação da Profª Dra Maria Julia Paes da Silva, recebeu **PARECER FAVORÁVEL** por este CEP, portanto, a coleta de dados poderá ser iniciada conforme previsto no cronograma.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Eduardo Augusto Vella Gonçalves
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis