

Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado*

AN APPROACH TO TOUCHING WHILE PROVIDING HIGH-QUALITY AFFECTIVE HEALTH CARE TO HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS

RECONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS DE LENGUAJE DEL TACTO PARA EL CUIDADO AFECTIVO Y DE CALIDAD AL ANCIANO HOSPITALIZADO

Teresa Cristina Gioia Schimidt¹, Maria Julia Paes da Silva²

RESUMO

Verificar os aspectos tacênicos importantes para serem observados ao tocar o idoso. Estudo de campo, qualitativo e exploratório desenvolvido com 117 graduandos e profissionais de saúde participantes da capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. Os resultados revelam que a maioria conseguiu identificar, pelo menos, um fator de atenção que precisa ser respeitado ao tocar o idoso. Os discursos permitiram a construção de nove categorias apontando condições necessárias ao cuidado afetivo e de qualidade prestado no âmbito da tacêsica; quais sejam: autorização para que o toque ocorra; localização do toque; intensidade do toque; condição do idoso; intencionalidade e tipo de toque; duração do toque; sexo e idade de quem toca e quem é tocado; frequência do toque e características das mãos que tocam. O tocar faz parte do cotidiano dos profissionais da saúde e expressa zelo e sentimentos consequentemente, revela a qualidade da assistência prestada.

ABSTRACT

The aim of the present study was to verify the important factors of tacesics that should be observed while touching the elderly. This qualitative and exploratory field of study was developed using 117 undergraduate students and healthcare professionals who participated in a training course regarding nonverbal communication in gerontology. The results revealed that the majority of the participants were able to identify at least one care factor that must be respected when touching the elderly. The discourses allowed for the construction of nine categories indicating the conditions that are necessary for high-quality affective care provided within the tacesics context; these conditions included the authorization for the touch to occur, location of the touch, intensity of the touch, condition of the elderly person, intentionality and type of touch, duration of the touch, gender and age of the person who touches and of the person being touched, frequency of the touch, and characteristics of the hands that touch. Touch is part of the quotidian practice of healthcare professionals and expresses their dedication and its related emotions, thereby revealing the quality of the care that is provided.

RESUMEN

Verificar aspectos importantes del lenguaje táctil a ser observados al tocar al anciano. Estudio de campo, cualitativo, exploratorio, desarrollado con 117 estudiantes y profesionales de salud participantes de capacitación en comunicación no verbal en gerontología. Los resultados demostraron que la mayoría consiguió identificar al menos un factor de atención a respetarse al tocar al anciano. Los discursos permitieron construir nueve categorías tomando nota de condiciones necesarias para el cuidado afectivo y de calidad brindado en el marco del lenguaje del tacto, que fueron: autorización para que ocurra el toque; localización del toque; intensidad del toque; condición del anciano; intencionalidad y tipo de toque; duración del toque; sexo y edad de quien toca y de quien es tocado; frecuencia del toque y características de las manos que tocan. El tocar forma parte del cotidiano de los profesionales de salud y expresa cuidado y sentimientos; consecuentemente, revela la calidad de atención prestada.

DESCRITORES

Idoso
Hospitalização
Cuidados de enfermagem
Comunicação não verbal
Pele
Enfermagem geriátrica

DESCRIPTORS

Aged
Hospitalization
Nursing care
Nonverbal communication
Skin
Geriatric nursing

DESCRIPTORES

Anciano
Hospitalización
Atención de enfermería
Comunicación no verbal
Piel
Enfermería geriátrica

* Extraído da tese "Capacitação em comunicação não verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010. ¹ Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Integrante do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. Enfermeira do Gabinete do Secretário e Assessorias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Nove de Julho. São Paulo, SP, Brasil. tcprochet@usp.br ² Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. São Paulo, SP, Brasil. juliaps@usp.br

INTRODUÇÃO

A pele reflete condições físicas e psicológicas, como saúde, idade, diferenças étnicas e culturais, além de proteger e regular a temperatura corporal. É uma barreira protetora impermeável que impede a perda de líquidos e a penetração de substâncias e micro-organismos. Evita que o organismo receba radiações ultravioletas, é a sede de reações imunológicas relacionadas com a defesa orgânica e da percepção sensitiva e imagem corporal⁽¹⁾.

Na terceira idade, essas funções decaem tornando-a mais frágil, mais sujeita às agressões do meio ambiente⁽¹⁾. A idade avançada acaba por ser acompanhada de alterações no turgor da pele e função imunológica. Conforme a pessoa envelhece, aumenta o risco de aparecerem lesões no tegumento, já que este se torna mais fino, mais frágil e ocorre perda na camada de gordura subcutânea⁽²⁾. Essas alterações requerem atenção qualificada no cuidado e manutenção da saúde do idoso.

Além disso, há uma diminuição da sensibilidade ao tato, pressão, vibração, calor e frio⁽¹⁻²⁾. No idoso, a sensibilidade muda, mas a necessidade do toque não. Muitas vezes, esta é a única forma do idoso sentir-se incluído e amado, pois não quer ser só protegido ou tolerado, mas, entendido, respeitado e cuidado⁽³⁾.

Tocar a pele humana é comunicar-se com o outro, é cuidar do outro estando com ele⁽⁴⁾. Na interação profissional/cliente, o toque classifica-se em três tipos: toque expressivo, também descrito na literatura como afetivo, ocorre espontaneamente e não faz parte, necessariamente, da execução de procedimentos; o instrumental, é um contato físico deliberado para desenvolver determinada técnica ou procedimento e o expressivo-instrumental, uma combinação dos outros dois tipos⁽⁵⁾.

O indivíduo que passa por hospitalização vivencia uma situação estressante, muitas vezes de sofrimento. Princípios próprios da relação humana, como a compaixão, a expressão de afeto, zelo, atenção e demonstração de respeito e tolerância no cuidar qualificam o cuidado e com o aporte técnico necessário ao atendimento do idoso, tornam-no diferencial⁽⁶⁾.

Os clientes reconhecem que o relacionamento afetivo com a equipe favorece um tratamento mais confortante. O vínculo profissional-cliente é apontado como facilitador da comunicação, conforme contribui para o conhecimento mais amplo do cliente, tornando possível observar e compreender o dito e o não dito pelas palavras de maneira eficaz⁽⁷⁾.

Neste estudo ratifica-se que a comunicação agrega as dimensões verbal e não verbal; a primeira refere-se às palavras ditas ou escritas, e a segunda, àquela associada aos gestos, expressões faciais, entonação, timbre de voz,

silêncios, aparência física, condições ambientais, posturas corporais, distância corporal mantida e toque. É um processo interacional, cujas mensagens, sentimentos e ideias são compartilhados. Esse processo influencia o comportamento das pessoas que é baseado em seus valores, crenças, história de vida e cultura⁽⁴⁾.

A tacêtica envolve a comunicação tátil, e o tocar é o estudo do toque e das características que o envolvem, sendo elas: sexo e idade dos comunicadores, 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)⁽³⁻⁴⁾. O toque é descrito como uma das formas mais significativas de contato com o mundo, por meio do qual pode-se ativar o sistema sensorial do indivíduo⁽⁸⁾. Está relacionado ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento⁽⁴⁾.

O contato físico, promovido pelo toque, provoca alterações neurais, glandulares, musculares e mentais e contribui para o restabelecimento dos clientes hospitalizados. Portanto, urge que se estude mais sobre ele e que os profissionais saibam utilizá-lo como uma estratégia de cuidar⁽⁴⁾.

Pela sua importância, foi feita uma capacitação com graduandos e profissionais da saúde sobre comunicação não verbal, tendo a tacêtica como dimensão essencial a ser usada no cuidado com o idoso. Neste artigo abordamos os dados referentes a essa dimensão trabalhada durante a capacitação e os resultados referentes à assimilação do conteúdo desenvolvido, tendo como objetivo, portanto, verificar os aspectos tacéticos importantes para serem observados ao tocar o idoso.

Pela sua importância,
foi feita uma
capacitação com
graduandos e
profissionais da saúde
sobre comunicação
não verbal, tendo
a tacêtica como
dimensão essencial a
ser usada no cuidado
com o idoso.

MÉTODO

Estudo de campo, qualitativo, descritivo e exploratório desenvolvido em dois centros hospitalares no interior paulista, nas cidades de Assis e Marília, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Protocolo CEP/HRA nº 167/08). Participaram 117 pessoas, sendo 33 graduandos do último período de Enfermagem, Medicina e Psicologia e 84 profissionais de saúde: médicos, educadores físicos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, da capacitação realizada em comunicação não verbal em gerontologia. A duração da capacitação foi de doze horas divididas em três encontros semanais de quatro horas cada, com intervalo de vinte minutos e aconteceu durante os dias da semana e no horário das 14h às 18h.

Os critérios de inclusão para participação nessa capacitação foram possuir idade igual ou superior a dezoito

anos, que estivesse ligado obrigatoriamente à Instituição, seja por vínculo empregatício, seja por vínculo escolar, que realizasse sua inscrição para participar desde que tivesse interesse e disponibilidade para comparecer nos dias pré-agendados para a realização da capacitação.

O programa de capacitação respeitou uma matriz pedagógica que continha as bases teóricas a serem desenvolvidas, bem como os recursos e procedimentos pedagógicos que incluíram leitura de poemas, exibição de imagens do idoso com texto reflexivo, discussão em arena das vivências hospitalares e aula dialogada. A matriz foi elaborada de forma que, ao final de cada encontro, o participante pudesse revelar seu grau de assimilação.

Dentre os objetivos dessa capacitação estava a compreensão dos fatores que interferem ao se tocar o idoso. Para obtenção dos dados apresentados neste estudo, especificamente, utilizou-se a questão *Quais fatores precisam ser observados pelos profissionais da saúde quando se toca o idoso para, assim, se dar uma assistência com afetividade e qualidade?* Ela foi aplicada pela primeira autora deste estudo, especialista em enfermagem gerontológica, que desenvolveu o programa, imediatamente após o primeiro encontro que teve a duração de quatro horas, conforme já referido, e foi realizado em janeiro/2009, quando essa temática foi discutida.

Para garantir o anonimato dos participantes foram recolhidas as folhas de resposta sem fazer anotações que pudessem identificá-los. As respostas foram lidas e corrigidas perante o gabarito teórico (baseado no referencial teórico de Montagu⁽³⁾ e Silva⁽⁴⁾) utilizado na capacitação. O tratamento dos dados deu-se pelo agrupamento temático dos 117 discursos, baseados no método de análise de conteúdo⁽⁹⁾ que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às percepções do cuidado ao tocar o idoso hospitalizado.

RESULTADOS

A população do estudo constituiu-se de 117 pessoas submetidas à capacitação em comunicação não verbal em gerontologia: 71,8% (84) eram profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, educadores físicos, psicólogos e fisioterapeutas) e 28,2% (33) graduandos na área da saúde.

Em relação ao gênero e idade, 80,3% (94) eram mulheres com idade média de 35,7 anos e 19,7% (23) homens com 29,6 anos, aproximadamente, de idade. A variação geral de idade dos participantes, independente do gênero foi 34,5 anos, tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 59.

Ao questionar os aspectos que merecem observação ao tocar o idoso, os resultados apontaram que a maioria dos participantes (96,6%) conseguiu identificar, pelo menos, um fator de atenção que precisa ser respeitado. Os resultados permitiram a identificação de nove categorias que apontam os fatores/condições principais para a quali-

dade no tocar: autorização para que o toque ocorra; localização do toque; intensidade do toque; condição do idoso; intencionalidade e tipo de toque; duração do toque; sexo e idade de quem toca e quem é tocado; frequência do toque e características das mãos que tocam.

A primeira categoria, *autorização para que o toque ocorra*, agregou as respostas cujo destaque foi dado à necessidade de se pedir autorização prévia ao cliente, e o profissional citou a importância de observar suas reações na receptividade ao ser tocado (respostas diante da invasão do espaço pessoal); validação do motivo do toque, no qual o profissional sente necessidade de revelar a intenção do toque e o limite concedido pela sua continuidade ou não. Os exemplos de discursos são:

Ver a expressão de como ele recebe o toque, se ele gostaria de ser tocado naquele momento, se está sendo bom pra ele, se trouxe boas coisas ou não (P29).

Aprendi o básico, o que é essencial e nem sempre faço. Como vou mexer no idoso sem antes perguntar claramente se ele deixa, se ele quer. Fazer os cuidados exige mexer no corpo dele, mas oras bolas, é o espaço dele, e, eu preciso perder um tempo antes de tudo, antes de ir tocando e fazendo as coisas (P34).

Na categoria *localização do toque*, as respostas enfatizaram o quanto a localização da região do corpo exposta ao toque deve ser valorizada, pois há dependência dela no aceite (maior ou menor) do toque do profissional. Exemplos de discursos:

Ter atenção e até evitar locais como pernas e pés, tronco e pescoço. As mãos e os ombros devem ser preferidos (...) (P21).

Dependendo de quem é o idoso, de sua cultura, condições de discernimento que possui e até da posição social que ocupa, fica mais fácil ou não tocar nele. Estou me referindo, por exemplo, ao lugar que se toca, uma área íntima é difícil mesmo, ainda mais para quem sequer teve chance de passar por profissionais, como uma consulta ao ginecologista; precisamos descobrir, valorizar e respeitar (P 88).

Tem lugares que até o profissional fica constrangido de mexer, mas tem outros que são mais fáceis e devem ser tocados com maior frequência como os ombros (P 90).

A terceira categoria, *intensidade do toque*, compôs-se das respostas que enfatizaram a intensidade ou pressão exercida pelas mãos do profissional nas diferentes regiões do corpo, ou seja, qual o jeito que o profissional usa para tocar o cliente.

Dependendo da força que se faz ninguém gosta, nem os idosos, mesmo que estejam precisando; as mãos precisam de peso certo no lugar certo (P11).

Verificar a pressão que se faz é essencial, até porque a pele do idoso é diferente; dizer que é bonita é demais, mas tem sensibilidade, e quando se toca se estimulam coisas

positivas ou não nele. O idoso sabe muito bem se o toque é carinhoso ou não. Outra coisa importante é que, dependendo do que se faz (se é a mesma técnica ou se é um simples cumprimento), a intensidade é diferente (P 96).

A categoria *condição do idoso* pautou-se nas respostas que recordaram o quanto a observação do profissional em relação à situação ou condição física, emocional e mental prévia que o cliente se encontra pode não só impedir, como também regular a realização do toque. Nessa categoria inclui-se a preocupação que se deve ter com as especificidades do idoso, na valorização do contexto e coerência em realizar o toque, no desejo, vontade e/ou necessidade de o idoso ser tocado e o respeito por sua cultura. São exemplos:

O profissional faz procedimento no corpo do idoso independentemente das condições mentais dele, mas é importante ter atenção maior quando o idoso estiver com a consciência diminuída, confuso ou outro problema que fazer o toque possa não trazer benefício a ele (P14).

Não é porque é idoso que não deseja afeto e carinho; o toque traz isso, expressão de carinho e conforto, atenção, zelo pelo outro. Precisa estar aliado às condições reais do idoso também; caso contrário, não tem sentido, pois a doença traz tristeza e recordações que fazem com que ele não seja manipulado. Temos que ficar atento nas caras e bocas do idoso, pois isso é importante (P 78).

Cada idoso tem uma história e com ela uma vontade ou não de receber toque, mas tem atividade que vai ter de tocar logo, mesmo ele não desejando, ele autoriza porque precisa que seja feito. Observar o emocional dele vai ser importante (P101).

Intencionalidade e tipo do toque é a categoria que agrupou os discursos que valorizaram a disponibilidade e preocupação do profissional em expor suas intenções e sentimentos ao idoso, bem como de o idoso revelar os seus, e a importância do profissional reconhecer os tipos de toque distintos: instrumental e/ou afetivo. Eis um exemplo:

O médico tem uma intenção, que é fazer uma palpação abdominal, isso é fazer toque, diferente daquele que deve fazer ao se despedir do paciente no consultório, tem de prestar atenção nisso, tudo é toque (P44).

A sexta categoria, *duração do toque*, congregou os discursos que enfatizaram o tempo usado e quanto essa ação lenta ou rápida pode auxiliar no atendimento e vínculo que se tem com o cliente. Exemplo:

Nem sempre se tem o tempo que se precisa; então devo fazer o procedimento rápido e sei que isso acaba atrapalhando o paciente em gostar de mim, mas posso fazer o quê? (P05).

Sexo e idade de quem toca e quem é tocado constitui a categoria com as respostas que contemplaram as menções diante da diferença sexual entre profissional e clien-

te, podendo provocar maior ou menor facilidade e aceitação do toque. A resposta de um dos participantes foi:

Eu que sou rapaz, é mais fácil de tocar num senhor de idade; agora, eu tocar e manipular uma senhora a coisa é diferente. Para mim é tudo igual, mas, para elas não é não, morrem de vergonha (P19).

A categoria *frequência do toque* agrupou as falas sobre o quanto o profissional toca no cliente, sem ter consciência do que faz e quanto é compulsória a realização de inúmeros toques no mesmo procedimento. Um exemplo foi:

Puxa, faço curativo numa ferida e quando faço isso, eu toco muitas vezes nele, nem sempre faço como preciso e nem sempre como ele precisa; é tão rotineiro, prefiro ser honesto em dizer que faço muitos toques sem perceber (P65).

A última categoria, *características das mãos que tocam*, compôs-se do destaque dado ao tipo e qualidade da mão do profissional ao tocar o idoso sob sua responsabilidade. O exemplo escolhido foi:

Pensa que o idoso não tá vendo se as mãos são bem cuidadas? Ele vê e deseja uma mão limpa, aquecida, que saiba se posicionar e que tenha maciez (P98).

DISCUSSÃO

Os seres humanos estão no mundo, e nele elege uma maneira de viver, de existir, conforme o exercício de sua liberdade. A possibilidade de tocar e deixar-se tocar é um modo de ser no mundo, e o toque, um existencial que pode estar posto na afetividade do ser humano, demonstrada nas formas de preocupação, solicitude e no relacionar-se com os outros⁽¹⁰⁾. Isso vai ao encontro da necessidade recordada pelos participantes de o profissional não só estar atento, mas também solicitar autorização para tocar o idoso sob responsabilidade.

Não há dúvida de que as unidades de internação são espaços de comunicação e que as dimensões verbais e não verbais orientam as relações entre os idosos internados e a equipe de enfermagem, permitindo uma constelação de mensagens que podem ser captadas e decodificadas de forma consciente ou inconsciente⁽¹¹⁾.

No contexto hospitalar, o ser humano ao cuidar e ser cuidado toca e é tocado dos mais diferentes modos e/ou meios: com as mãos, o corpo, os cabelos, instrumentos, roupas e apetrechos, dentre outros. O toque pode acontecer numa variedade de situações, podendo revelar atenção, carinho, desvelo, zelo, compromisso, responsabilidade, conhecimento, respeito e/ou inclusão. O inverso dessas características, embora não seja o alvo do cuidado efetivo/afetivo, em alguns momentos, está presente, e acaba, por vezes, não mantendo a dignidade, independência e a autonomia do ser cuidado^(3,5,7).

Outro aspecto que merece ser mencionado sempre que se estuda tacésica está relacionado ao onde se toca

alguém, pois, dependendo da região, gera maior ou menor grau de constrangimento, variável conforme o contexto, idade, intenção e diversidade cultural. Mesmo que seja desejável ao cliente receber o toque, a maneira que se realiza a expressão tátil, propriamente dita, pode assumir diferentes conotações, provocando ou não satisfação⁽³⁻⁴⁾.

Quando os participantes mencionaram que a localização era um fator importante e poderia ou não facilitar o toque, associaram-na à cultura e à região corporal, como é ratificado na literatura^(3-6,8). O profissional, ao tocar o outro, precisa se recordar de que naquele momento ocupa uma posição que o empodera e interpretações equivocadas podem acontecer, causando constrangimento e desconforto. Portanto, precisam ser considerados os fatores pessoais, as habilidades comunicacionais, atitudes, crenças, valores e o próprio conhecimento técnico, como também as formas de comportamento aceitáveis ou não, exigidas ou não em sua realidade e quais as expectativas que se tem ao realizá-lo, e quanto estar consciente do que se faz é importante e essencial ao cuidado adequado⁽¹²⁾.

Os participantes citaram, nos discursos, que ao tocar, o profissional provoca emoções, sejam elas positivas ou não. Exatamente porque o toque pode ser instrumental e/ou afetivo⁽³⁾, não estando apenas condicionado à realização de procedimentos técnico-científicos, pode ser usado como um coadjuvante na demonstração de carinho, empatia, segurança e proximidade.

A equipe de saúde pode resgatar que o toque com delicadeza é observado e valorizado pelos pacientes entretanto, é comum ser negligenciado, como revelou pesquisa realizada com idosos hospitalizados⁽¹¹⁾.

Os resultados revelaram a relação entre intensidade e duração a serem exercidas e a qualidade da pele do idoso. Segundo a literatura⁽¹⁻³⁾, a pele transforma os estímulos físicos em comunicadores químicos e estes em estados psicológicos. Em qualquer época da vida, um contato afetivo e amoroso na pele pode gerar a sensação de apoio, companhia, consolo, presença amiga; já um contato rude e agressivo ou mesmo o não tocar, fará na nossa cultura, com que a pessoa se sinta rejeitada, invadida, desprezada, podendo provocar-lhe reação de defesa ou raiva⁽¹³⁾.

Os discursos que compõem a categoria que valorizou as condições do idoso, como fator de atenção ao toque ressaltam quanto o profissional deve reconhecer a existência dos dois tipos de toque (instrumental e afetivo), como recursos de cuidar com qualidade. Ao citar que *as caras e bocas do idoso precisam ser observadas*, o participante nos leva à corroboração de autores que afirmam que, para que 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⁽¹³⁻¹⁵⁾. Para isso, é preciso que o profissional se conscientize da necessidade de decodificar as expressões faciais e cor-

porais do cliente, pois estas poderão auxiliar a revelar se ele está permitindo ou não ser tocado e/ou se deseja sua continuidade^(4,15).

Os resultados corroboram a afirmação de que, por meio da tacésica, se pode expressar atenção e fornecer informações ao outro, pois há momentos que as palavras soam inapropriadas. Além disso, o toque pode conceder apoio emocional em situação de crise e facilitar a interação com as pessoas com algum tipo de deficiência, como visão e audição prejudicadas⁽¹⁶⁾.

Estudo desenvolvido com enfermeiras sobre afetividade no cuidar revelou que elas consideram que o bem-estar e o autoconhecimento sejam características relevantes para a afetividade do cuidado, pois favorecem um comportamento empático que promove o bem-estar e o reconhecimento de seus próprios limites. Um cuidado humano efetivo/afetivo vai além da escuta qualificada e engloba saber tocar⁽¹⁷⁾.

Diversos fatores influenciam o toque; estudo desenvolvido com profissionais da saúde⁽¹⁴⁾ identificou que existe maior receio de se tocarem pessoas do sexo oposto e, quando o procedimento a ser realizado é muito invasivo ou a área do corpo a ser tocada é íntima, o toque poderá causar constrangimento, tanto ao cliente como ao próprio profissional. Detectou também que o estado de espírito do profissional, seu envolvimento 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 qualidade do toque.

O toque pode representar o modo de ser cuidado, pois revela emoções, positivas e negativas. Em experimentos realizados na Universidade Depauw⁽⁷⁾, com voluntários que tentaram comunicar a um estranho com olhos vendados uma série de emoções por meio do toque, demonstrou com uma precisão de 70% a decodificação de emoções distintas, como: raiva, medo, nojo, amor, gratidão e simpatia. Evidenciou diferenças sistemáticas na qualidade de contato para cada uma das emoções transmitidas. A raiva, por exemplo, foi associada ao toque forte e de duração moderada e curta, como empurrões; o abraçar, ao amor, com toque mais duradouro. Verificou que, dependendo da emoção a ser expressa pelo toque, sua localização foi diferenciada, como ainda a combinação de gênero de quem tocava e era tocado.

As emoções (positivas e/ou negativas) precisam ser reconhecidas e valorizadas no âmbito do cuidar na saúde. A realidade que o idoso hospitalizado vivencia, na maioria das vezes, de ter sido submetido a múltiplas internações, não é sinônimo de que esteja em condição favorável à realização de procedimentos e ao toque, como sua consequência direta ou indireta. Assim, estar diante do conhecido/desconhecido, do habitual ou não, pode causar recordações, angústias, sofrimentos, dores, constrangimentos, amarguras, dentre outras emoções⁽¹⁴⁾.

Ao mencionar que *a doença traz tristezas e recordações*, o participante remete às considerações tecidas por autores⁽¹⁸⁾, ao afirmarem que a doença, geralmente, ocasiona um rompimento do modo de viver do ser cuidado em seu cotidiano. Muitas vezes, o idoso percebe-se diante de situações que nunca desejou viver. Na prática cotidiana os profissionais da saúde acabam, por vezes, realizando rituais de cuidado, tocando seu corpo e causando-lhe uma sensação de desconforto, medo, receio e dependência. Nessas circunstâncias o idoso encontra-se exposto à perda da identidade e à falta de privacidade; é comum perceber essa fragilidade e assumir uma atitude de baixa autoestima, revelada pela passividade, traduzida por autorizações de toque não desejado, mas compulsórios, necessários, para que permaneça *bem* naquele ambiente⁽¹⁸⁾.

A condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda de controle sobre si mesmo. É comum que os clientes percebam a hospitalização, como fator de despersonalização, já que possuem dificuldades para manter sua identidade, intimidade e privacidade. O hospital é estressante, especialmente ao idoso, por tirar o controle de sua vida e colocá-lo nas mãos de pessoas das quais depende para sua sobrevivência⁽¹⁹⁾.

Pesquisa desenvolvida em unidade geriátrica de um hospital público de São Paulo⁽²⁰⁾, com auxiliares de enfermagem, constatou que mesmo não concordando com a frase *todo idoso dependente deve entrar na nossa rotina de trabalho*, eles reconheceram que era uma realidade no cotidiano e, mais do que isso, uma necessidade, por precisarem dar conta do trabalho.

A categoria que englobou as características das mãos do profissional que tocam o cliente encontra ressonância em estudo que evidenciou que as reflexões feitas pelos clientes sobre o que é o cuidar valorizaram as próprias características físicas do profissional de saúde e estão também ligadas à higiene. Quando o profissional se aproxima, os clientes esperam que uma mensagem de higiene seja fornecida⁽²¹⁾. Interessante mencionar que possuir uma boa aparência, incluindo mãos tratadas e unhas feitas, tem sido um requisito exigido pelas instituições de trabalho uma vez que estas acreditam que essa condição transmita a imagem de empresa organizada, segura e eficaz⁽²²⁾.

Aos profissionais da saúde cabe a consciência dessa problemática e a valorização dos aspectos do cuidar e tocar. Estar bem intencionado não basta para garantir uma resposta de cuidado efetivo e apropriado é preciso modificar o comportamento diante das necessidades do outro, estar disposto a aprender com o outro e ser afetivo com ele⁽¹⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Harris MINC. *Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento*. 3ª ed. São Paulo: SENAC; 2009.
2. Jacob Filho W, Souza RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 31-40.

A assistência pode adquirir uma qualidade completamente diferente, portanto, quando fazemos uso de atributos como sensibilidade, afetividade, empatia e compreensão, que se transmitem por meio dos cuidados que usam também a tacésica como estratégia consciente⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Pelo objetivo proposto percebeu-se que os aspectos citados e lembrados que precisam ser observados ao tocar o idoso foram: autorização prévia, localização da região corporal em que o idoso será tocado, intensidade do toque, monitoramento constante das condições do idoso para observar quais as reações provocadas pelo toque e se elas são ou não favoráveis, intencionalidade e tipo do toque a ser realizado, duração e frequência, sexo e idade de quem toca e de quem é tocado e as características das mãos que tocam o outro.

Constitui uma limitação do estudo, na tentativa de preservar o anonimato dos participantes, o fato de os dados não terem sido tratados diferentemente entre os graduandos e os profissionais, visto que os últimos, provavelmente, detêm maior experiência no cuidado e podem ter tido mais facilidade para refletir sobre a questão exposta.

Cabe ao profissional atentar aos aspectos inerentes à tacésica ora expostos e fazer de seu atendimento um momento de presença com o outro, no qual a comunicação seja significativa, focada no humano e na integralidade do próprio homem e que respeite os limites e fragilidades do idoso em sua totalidade, trazendo efetividade na assistência a ser prestada.

O tocar faz parte da realidade trabalhista cotidiana dos profissionais da saúde e, em algumas circunstâncias particulares, deve ser considerado com muita consciência. Referimo-nos às situações em que transmitimos uma notícia difícil, em que há muita dor, em que a autoestima e autoimagem estejam comprometidas, ou qualquer outra em que o cliente esteja sendo submetido a uma dura realidade. Recomenda-se que os profissionais da saúde toquem as pessoas de forma consciente, sabedores dos tipos de toque e do potencial afetivo que os envolve.

A Agenda Nacional de Saúde precisa cada vez mais incorporar políticas e ações resolutivas pautadas na realidade da população idosa. Para melhorar o atendimento é necessário maior investimento no ensino de profissionais que lidam com a clientela idosa, inclusive com aumento da carga horária dos cursos da área de saúde de forma a inserir esse conteúdo.

3. Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. 9ª ed. São Paulo: Summus; 1988.
4. Silva MJP. *Comunicação tem remédio*. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
5. Watson WH. The meaning of touch: geriatric nursing. *J Commun*. 1975;25(3):104-12
6. Martins PAF, Silva DC, Alvim NAT. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):143-50.
7. Koeppel GBO, Araujo STC de. Comunicação como temática de pesquisa na nefrologia: subsídio para o cuidado de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(n. esp):558-63.
8. Hertenstein MJ, Holmes R, Keltner D. The communication of emotion via touch. *Emotion*. 2009;9(4):566-73.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
10. Prochet TC, Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. *Rev RENE*. 2011;12(4):678-83.
11. Prochet TC, Silva MJP. Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(4):784-90.
12. Berlo DK. *O processo de comunicação: introdução à teoria e à prática*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
13. Dias AB, Oliveira L, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(5):603-7.
14. Kohlrausch E, Santo LE, Cunha MLC, Góes M, Buogo M, Pedroso M. As várias faces do contato no cuidar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n. esp):15-32.
15. Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade de Semi-Intensiva cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(1):52-61.
16. Stefanelli MC. *Comunicação com paciente teoria e ensino*. São Paulo: Robe; 1993.
17. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Affection in elderly care from the nurses' perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 Jan 29];46(1): 96-102. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a13.pdf
18. Prochet T, Ruiz T, Correa I. A Humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? *Nursing (São Paulo)*. 2006;94(9):713-18.
19. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ética-moral. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(3):433-38.
20. Rodrigues MR, Brêtas ACP. As concepções de auxiliares de enfermagem quanto à relação de dependência-autonomia de idosos hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(3): 323-31.
21. Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2000;13(n. esp.Pt.1):190-6.
22. Campos JF, David HMSL. Custo humano no trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da psicodinâmica do trabalho. *Rev Baiana Enferm*. 2010;24(1):23-32.