

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

**A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE
CUIDADO DE ENFERMAGEM: ENSINO E PRÁTICA**

CURITIBA
1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC.
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - PÓLO I UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR.**

**A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE
CUIDADO DE ENFERMAGEM: ENSINO E PRÁTICA**

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da
Universidade Federal de Santa Catarina - REPENSUL pólo
I -UFPR - para obtenção do título de Mestre em Assistência
de Enfermagem.

**CURITIBA
1998**

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

**A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE CUIDADO DE
ENFERMAGEM: ENSINO E PRÁTICA**

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a VANDA MARIA GALVÃO JOUCLAS

Co-orientadora:

Prof.^a Dr.^a MAGUIDA COSTA STEFANELLI

CURITIBA

1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL-PÓLO I-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-UFPR**

**A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE CUIDADO DE
ENFERMAGEM: ENSINO E PRÁTICA**

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela BANCA EXAMINADORA para obtenção do título de:

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo aprovada em 11 de setembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Vanda Maria Galvão Jouclas - Presidente / Orientadora



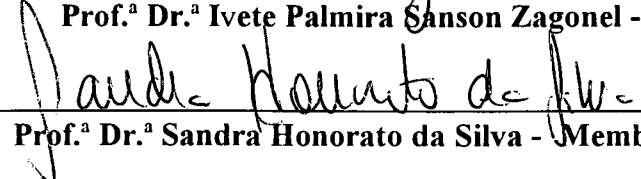
Prof.ª Dr.ª Ingrid Elsen - Membro



Prof. Dr. Ivo Gelain - Membro

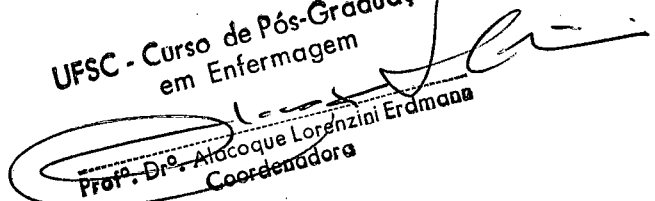


Prof.ª Dr.ª Ivete Palmira Sanson Zagonel - Membro



Prof.ª Dr.ª Sandra Honorato da Silva - Membro Suplente

**UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem**


**Prof.ª Dr.ª Alacoque Lorenzini Erdmann
Coordenadora**

Dedico
aos meus pais
Ary e Maria dos Anjos,
e aos meus amores **Celso, Felipe e Vítor,**
por dividirem o tempo, as tristezas, as alegrias
e compartilharem dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Vanda Maria Galvão Jouclas, por ser presença nesta caminhada nem sempre fácil, por compartilhar seu tempo e seu conhecimento e por estimular-me, acreditando na nossa jornada.

À mestra e co-orientadora Prof.^a Dr.^a Maguida Costa Stefanelli que, com sua simplicidade, sabedoria e paciência, tornou-se luz nessa trajetória e, à distância, uma presença marcante.

Aos professores Lília Bueno de Magalhães, Ivo Gelain, Rosita Saupe, Ymiracy Nascimento de Souza Polak, por compartilharem da construção deste trabalho.

Às amigas Angela Renata e Maria Angélica; o nosso encontro com certeza tornou essa trajetória suave. O momento vivido é um laço construído.

Aos alunos do curso de Enfermagem da UFPR, por serem uma fonte de inspiração e de estímulo a uma busca constante.

Aos colegas do GEMA, Grupo de Estudos da Metodologia da Assistência, pelo convívio, aprendizado, incentivo e amizade.

À Prof.^a Dr.^a Gláucia Borges Serafin, por ensinar que a vida só vale a pena quando vivida com paixão, entusiasmo e dedicação ao outro.

Aos colegas do mestrado, pela participação nos diversos momentos e de diferentes formas na construção deste trabalho.

Aos colegas do departamento e em especial aos da área materno-infantil pelo apoio dado em todo o meu percurso nessa jornada.

RESUMO

MAZZA, Verônica de Azevedo. **A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática.** Curitiba, 1998. 70f. Dissertação Mestrado em Assistência de Enfermagem—Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal de Santa Catarina — Rede de Pós-Graduação em Enfermagem-Repensul-Extensão Polo I-Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dr.^a Vanda Maria Galvão Jouclas

Co-orientadora: Dr.^a Maguida Costã Stefanelli.

Defesa: 11/ 09/98

Esse estudo teve como objetivo desenvolver no aluno de graduação em Enfermagem a competência interpessoal na interação com a criança hospitalizada, com ênfase na comunicação não-verbal. Caracterizada como pesquisa prática, apresentada de forma descritiva, teve como base alguns dos pressupostos de Birdwhistell, 1970, Hall, 1986, Stefanelli, 1993. Foi desenvolvido com dois grupos de 6 alunos do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, durante o estágio curricular em duas unidades diferentes de internação pediátrica. Foi realizada em três fases: 1^a. sensibilização dos alunos sobre a comunicação não-verbal numa unidade pediátrica; 2^a. aprimoramento do senso de observação da forma de interação não-verbal, 3^a. aplicação dos pressupostos desta durante o cuidado à criança hospitalizada. O desenvolvimento desse trabalho possibilitou reafirmar os pressupostos utilizados, principalmente que o aluno de Enfermagem tem possibilidade e potencialidade para adquirir capacidade em usar adequadamente a comunicação, tornando suas ações mais efetivas possíveis. Da análise dos relatos dos alunos foram detectadas 12 categorias e, a partir dessas, foi possível identificar a comunicação não-verbal como interação, percepção, resposta, aproximação e defesa, visão, busca dos sentidos, conhecimento e como cuidado. Concluí que é preciso aprender a “ouvir” com todos os sentidos para compreender as mensagens da criança hospitalizada, e com esse “saber ouvir” se constrói um relacionamento enfermeiro / paciente efetivo, podendo tornar esse encontro mais humano, usando para isto a comunicação não-verbal como forma de cuidado. Considera-se ter conseguido desenvolver nos alunos de graduação a competência interpessoal, indo da percepção ao uso da comunicação como forma de cuidar.

ABSTRACT

NON-VERBAL COMMUNICATION AS A WAY OF CARING OF NURSING: TEACHING AND PRACTICE

This study objectified to develop the interpersonal skill, non-verbal communication stressed, in nursing undergraduates interacting with hospitalized children. Practical research, presented in a descriptive way, was grounded by the assumptions of Birdwhistell (1970), Hall (1986), and Stefanelli (1993). It was carried out with 2 (two) groups of 6 nursing undergraduates at Universidade Federal do Paraná (Federal University of Paraná) during their training, in two different pediatric units. It was developed in (3) three phases: 1st – perception of the undergraduates about non-verbal communication in a pediatric unit; 2nd – refinement of the observation skill related to non-verbal interaction forms; 3rd – applicability of its assumptions during the care of hospitalized children. The development of this study enabled to reassure its assumptions, ultimately the possibility and potentiality of the nursing student to communicate skillfully, making his actions as effective as possible. Analyzing the students' reports, 12 categories were found, enabling to stress non-verbal communication as interaction, perception, response, approach and defense, view, search for the senses, knowledge and care. Therefore, it's necessary to heighten the senses in order to understand hospitalized children's messages, and this will certainly bring about an effective nurse/patient relationship; consequently, this encounter becomes more humanized, using non-verbal communication as a way of caring. Thus, I think I could foster the interpersonal skill in the undergraduate students, extrapolating the communicative perception in order to use it as a way of caring.

SUMÁRIO

	RESUMO	VI
	ABSTRACT	VII
1	INTRODUÇÃO	01
2	OBJETIVOS	10
3	MARCO REFERENCIAL	11
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	19
	4.1. - CENÁRIOS	21
	4.2. - SUJEITOS	28
	4.3. - OBTENÇÃO DE DADOS	29
	4.4. - MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	36
	4.5. - SÍNTESE DAS CATEGORIAS	40
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

*O silêncio ajuda a concentração.
E, de fato você vai aprender a se comunicar de outro modo.*

Seja atenciosa.

Só pense naquilo que você está fazendo.

Esteja "ali".

Fale com o bebê com os olhos, com as mãos.

Com seu ser.

FRÉDÉRICK LEBOYER

A ansiedade é uma constante na vida dos seres humanos, adultos, adolescentes ou crianças. Há algumas situações em que ela pode ser exacerbada, quando associada a sensações como dor, medo, insegurança. O momento da hospitalização é uma das situações que provocam mudanças súbitas na vida das pessoas, alterando a maneira de ser e estar no mundo.

Para a criança, ser em formação, essa experiência pode ser muito traumatizante, principalmente quando o hospital é um local de proibições, uma vez que não se pode andar pelos corredores, jogar bola, falar alto, conversar com outras crianças, brincar. É um local de solidão, de lágrimas e de saudades, onde a criança fica separada de seus familiares. Paradoxalmente, é um espaço onde crianças maiores são colocadas em berços, passam a usar fraldas e mamadeira, dando origem a uma regressão institucionalizada. A hospitalização, os procedimentos técnicos e a própria doença surgem na percepção da criança como punição, castigo, algo relacionado a culpa. Um ato cujo sentido a criança custa a entender como cura da sua doença (Oliveira, 1993).

Há uma distância profunda entre a percepção da criança do que é adoecer, da necessidade de ser hospitalizada e dos cuidados recebidos e o que os profissionais oferecem como cuidado, saúde e tratamento (Oliveira, 1993).

Saber que a criança tem tal percepção suscita um olhar bem mais intencional em quem cuida, porque o paciente tem necessidades que precisam ser percebidas pelo enfermeiro, que deve ter disponibilidade para auxiliá-lo no momento oportuno, o que implica aceitação do ser como ele é e como poderá vir a ser (Paterson & Zderad, 1988).

A habilidade de relacionar-se com outras pessoas, bem como os mecanismos de defesa são elementos que não estão totalmente desenvolvidos na criança. A criança hospitalizada enfrenta a separação do seu ambiente familiar (pais e irmãos, entre outros), a dor, o desconforto, a perda dos limites, a própria doença, podendo assim valer-se de mecanismos de defesa e apresentar comportamentos regressivos, anteriores à sua fase de desenvolvimento, as quais podem alterar sua capacidade de comunicação verbal. Neste momento se expressa com mais intensidade pela forma não-verbal. Assim sendo, a interpretação das manifestações corporais torna-se ainda mais importante para o desenvolvimento do seu tratamento, exigindo da equipe de Enfermagem uma percepção aguçada para essas formas de comunicação.

A Enfermagem desenvolve um processo de interação entre seres humanos, mediante um encontro intencional, em uma situação específica do viver. Ambos, enfermeiro e paciente, buscam, de alguma forma e por algum propósito, direcionar seus olhares para esse instante (Paterson & Zderad, 1988). Assim, este encontro deve ser autêntico. Nele, insere-se o que está sendo experienciado no momento, e o que está por vir a ser. Essas situações são influenciadas pelo passado e estão continuamente influenciando o presente e o futuro, tanto do enfermeiro como do paciente; são as experiências vividas e as que estão sendo vivenciadas no aqui e agora. O passado que influencia esta relação compreende as experiências de ambos, suas

crenças e valores, suas formas de ver o mundo e o contexto no qual vivem suas famílias; enfim, a cultura em que estão inseridos.

Não importa se é o primeiro encontro, o último, ou se traz consigo uma expectativa de vida ou de morte, de prazer ou sofrimento. Cada encontro é único, não se repete e traz no seu escopo todo o significado do instante; mais do que o fato em si, o importante é seu significado. Para Carper, citado por Chinn & Kramer (1995), no encontro, a percepção do significado por parte do enfermeiro é refletida na ação realizada. Estas ações adquirem elementos de arte, criando interações únicas, significativas e profundas.

Um encontro é sempre uma troca em que as pessoas envolvidas dão e recebem algo. Assim como em outras situações nas quais acontece um encontro de seres humanos, isto acontece também em uma situação de enfermagem, de forma autêntica, específica e intencional, com um significado único para cada um dos participantes, para alcançar um objetivo comum.

O ser humano, ênfase da Enfermagem, influencia o mundo e é influenciado por ele e, embora único, está continuamente interagindo com os outros e com o mundo. Esta relação já se faz desde o nascer por meio dos órgãos dos sentidos: o toque, o choro, o sorriso, a audição e os movimentos corporais. A verbalização acontece depois desta primeira fase, de uma forma ainda imatura, quando o ser tenta transmitir suas necessidades, vontades e medos para os outros. Assim, desde os primeiros momentos de vida até o final de sua existência o ser humano se comunica.

O homem não nasce sabendo falar. Sua primeira experiência e seus primeiros contatos com o mundo que o cerca são estritamente não-verbais. Ele aprende olhando, tocando, sendo tocado, e esta é sem dúvida a primeira e talvez a mais importante lição de sua

vida, que começa antes do nascimento, quando o bebê ainda está no útero materno (Davis, 1979).

Diversos estudos enfatizam os aspectos da interação mãe-bebê, apresentando, como fatores de interação entre eles o toque, o contato olho a olho, a voz da mãe, o choro do bebê, o odor, o calor, e a sincronia do comportamento motor suscitado pelo ritmo da fala, essas são algumas das formas de interação recíproca da mãe com o bebê ao nascer, o que demonstra, portanto, que as crianças já nascem utilizando os seus sentidos para interagir com o mundo (Klaus; Kennell, 1993).

Para o enfermeiro estar com o paciente é preciso antes estar consigo mesmo. Só se pode compreender o outro quando se conhecem as próprias limitações e potencialidades. É necessário conhecer o processo humano individual de experienciar e compreender o “self” e o mundo, de forma a experimentar algum nível de conhecimento de si próprio. É mediante esse conhecimento que somos, enfermeiro e pacientes, capazes de conhecer um ao outro como seres humanos, como pessoas (Chinn; Kramer, 1995). Dessa forma podemos perceber o significado do instante e potencializá-lo para nossa vida, dentro de todas as nossas limitações e capacidades.

O ser e estar saudável e o ser e estar doente, assim como o nascer e o morrer, fazem parte do viver. O homem ao nascer deflagra o morrer; o início paradoxalmente denota o seu fim. O significado da saúde e da doença, do viver e do morrer estão ligados ao nosso conceito de homem. Chinn; Kramer, (1995) dizem que qualquer experiência reflete e será refletida no todo e que os indivíduos com os quais interagimos estão inseridos numa família, em determinada cultura, com passado e futuro. Seus valores e crenças influenciam os conceitos que se tem acerca da saúde e da doença.

Neste sentido, é de fundamental importância para o cuidado de enfermagem a comunicação, que é compreendida como um conjunto de sinais verbais ou não-verbais emitidos e percebidos com a intenção de expor idéias, de torná-las comuns. Por uma questão didática, a comunicação pode ser dividida em verbal e não-verbal; porém, na realidade, ambas acontecem concomitantemente, devendo ser congruentes. A maior parte da comunicação é não-verbal, sendo que a percepção desta maneira de expressão envolve os sentidos, inclusive o ouvir (Hall, 1986; Sundeen et al., 1989; Stefanelli, 1993).

A comunicação não é somente a manifestação comportamental de um conceito abstrato do relacionamento, mas é o relacionamento. É um processo dinâmico e uma experiência única, quando existe uma troca de códigos, em que um envia e o outro recebe a mensagem, quase que simultaneamente, ocorrendo desta forma um emaranhado das trocas de mensagens. A experiência é única, pois são duas pessoas diferentes que respondem de formas diferentes a uma mesma situação, e constantemente em alteração, ou seja, cada vez que um ato comunicativo ocorre a situação não é mais a mesma (Sundeen et al., 1989). Stefanelli (1993) explicita que a comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens, sendo que essas, exercem influência nas pessoas no momento em que o processo ocorre ou em momentos subsequentes. Estas só podem ser estudadas no contexto em que ocorrem. O processo de comunicação está mais associado à forma verbal, a qual representa apenas um pequeno segmento da abrangência da comunicação humana (Sundeen et al., 1989).

É importante salientar que Wood apud Sundeen et al., (1989), aludem que a forma como a criança aprende a falar segue as seguintes fases: o aparecimento do desenvolvimento da linguagem não-verbal; a distinção entre a fala e outros sons e a produção da fala, quando seu mecanismo vocal tem maturação.

Piaget (1989) um dos mais eminentes estudiosos do desenvolvimento humano refere que a linguagem do pré-escolar é primariamente egocêntrica e não comunicativa. Cita três categorias de fala egocêntrica; a **repetição**, que consiste do prazer no ato de repetir as palavras; o **monólogo**, que é um pensamento em voz alta sem ouvinte; o **monólogo coletivo**, que ocorre quando a criança não conversa com ninguém, mas tem consciência da presença do outro, uma consciência social. O processo de desenvolvimento da fala e portanto, da comunicação verbal, mostra-nos a importância da comunicação não-verbal nas diversas fases do desenvolvimento do ser humano.

O aspecto interpessoal da comunicação não-verbal impossibilita sua análise fora do contexto na qual foi utilizada, pois a maioria dos sinais desta forma de expressão têm significado cultural e está intimamente ligada à situação na qual as pessoas estão envolvidas, portanto relacionada às experiências da pessoa e de cada momento (Sundeen et al., 1989; Stefanelli, 1993).

Vários autores, entre eles Davis (1979) e Silva (1996) afirmam que as emoções são transmitidas através dos canais não-verbais. Muitas vezes emitimos sinais emocionais inconscientemente, como também recebemos sinais emocionais sem consciência de estarmos reagindo a eles. Sendo assim, torna-se necessário que os enfermeiros resgatem conscientemente a comunicação não-verbal emitida por eles e pelos pacientes, para entender melhor a relação enfermeiro-paciente (Silva, 1996).

A mensagem não-verbal é um dos aspectos importantes no relacionamento enfermeiro-paciente, principalmente em se tratando de crianças hospitalizadas, quando há uma sobreposição de fatores que alteram a maneira de comunicação da criança, pois esta se encontra em pleno desenvolvimento da linguagem, está em um meio desconhecido e, muitas vezes adverso.

Segundo Collière (1989), a primeira fonte de conhecimento é a própria pessoa ou o grupo no qual ela está inserida. Assim, é necessário reaprender a ver e ouvir a linguagem; reaprender a comunicação não-verbal descobrindo, na multiplicidade de sinais, o que a pessoa deseja transmitir através do olhar, da expressão facial, das roupas, postura, do espaço que ocupa.

Hall (1986) enfatiza a necessidade de aprendermos a ler a comunicação não-verbal com tanta facilidade quanto a falada. Ele considera a comunicação o núcleo da cultura e da própria vida, sendo que a aprendizagem da comunicação varia com a cultura. A criança aprende, sem perceber, a eliminar determinados tipos de informações e a valorizar outros. Em culturas como a árabe, o olfato é mais desenvolvido do que em outras; também as distâncias entre as pessoas durante uma interação e seu significado variam conforme a cultura. A distância considerada ideal por latinos e por europeus para se manter um diálogo é diferente.

Segundo Stefanelli (1993), uma mensagem pode ser enviada de forma não-verbal, sem o uso da verbal, porém o contrário é impossível. O silêncio, o olhar, o cheiro são algumas formas de comunicação não-verbal que, quando manifestadas, não necessitam obrigatoriamente da expressão verbal. Mas quando uma pessoa utiliza a linguagem falada esta, inconscientemente ou não, é acompanhada de expressões não-verbais como expressão facial, modulação da voz, gestos, odores, olhar, toque e outros, que serão percebidos ou não.

Davis (1979) diz que a forma mais eficaz de se exercer o domínio é através da comunicação não-verbal; e quando a mensagem é pronunciada com estilo dominante, ela influi mais do que o conteúdo da mensagem, além de definir papéis. Os propósitos da comunicação não-verbal são múltiplos, incluindo expressões de emoções e atitudes, estabelecimento, manutenção e desenvolvimento do relacionamento social, suporte da comunicação verbal, rituais e apresentação do "self".

A comunicação sem palavras é de grande significado para os enfermeiros; muitas vezes o paciente é incapaz de expressar seus verdadeiros sentimentos e desejos em palavras, utilizando para tal o corpo, através dos gestos (Duldt et al, 1984). Em sua dissertação de mestrado, Silva (1989) apresenta, no hospital estudado, o pouco conhecimento que os enfermeiros têm em relação à comunicação não-verbal e conclui que apesar de todo o ser humano ser um comunicador em potencial, é necessário implementar ações no ensino da graduação que estimulem a comunicação não-verbal como forma de cuidar.

O conhecimento da comunicação não-verbal é estratégico para as ações de enfermagem, pois é necessário detectar qual a mensagem que estamos comunicando para os pacientes e qual é a mensagem que eles querem nos transmitir, sem o que a interação não é efetiva, pois temos de ter certeza que a compreensão das mensagens ocorre de ambos os lados. Stefanelli (1993) justifica a importância do aprofundamento do estudo da comunicação para que o enfermeiro possa prestar uma assistência holística ao paciente, embasada na visão que este possui do mundo.

O aspecto que estimulou o presente estudo foi a observação de que os enfermeiros atuam com as crianças na sua lide diária, geralmente, sem levar em conta a comunicação não-verbal das mesmas. Se 65% ou 91% do processo comunicativo, como afirmam alguns autores (Birdwhistell, 1970; Hall, 1986; Davis, 1979), se dá de maneira não-verbal, como podemos falar de um cuidado integral sem levar em conta o que as crianças nos transmitem de forma não-verbal ? Para tal é necessário sensibilizar o enfermeiro para utilizar, de forma mais elaborada, a comunicação não-verbal no cuidado com a criança hospitalizada. Considerando minha atuação na docência, na disciplina de Assistência de Enfermagem a Saúde da Criança e do Adolescente, do Curso de Graduação em Enfermagem, delinheiro como questão norteadora “como sensibilizar os alunos de graduação para a importância da comunicação não-verbal no

cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.?” Este estudo, portanto, tem como finalidade a melhoria da qualidade do cuidado à criança hospitalizada, enfocando a comunicação não-verbal como parte do processo de cuidar em enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Desenvolver no aluno de graduação em enfermagem a sensibilidade para competência interpessoal na interação com a criança hospitalizada, com ênfase na comunicação não-verbal.

2.2 ESPECÍFICOS:

- * Desenvolver no aluno a percepção da sua própria comunicação não-verbal ao prestar cuidados de enfermagem à criança hospitalizada;
- * Identificar como os alunos percebem a comunicação não-verbal da criança hospitalizada;
- * Aplicar, com alunos de graduação, na disciplina de Assistência de Enfermagem a Saúde da Criança e do Adolescente, pressupostos da comunicação não-verbal durante o cuidado à criança hospitalizada.

3 MARCO REFERENCIAL

As idéias norteadoras desse trabalho estão embasadas nas premissas, princípios e conhecimentos de três autores: Stefanelli (1993); Birdwhistell (1970) e Hall (1986). A escolha desse referencial deve-se ao fato de o trabalho desses autores construírem um tripé de sustentação para trabalhar com alunos de graduação, com enfoque na comunicação em geral e na não-verbal, dando respaldo teórico para o fazer enfermagem com uma visão humanística, com ênfase ao relacionamento interpessoal.

Stefanelli (1993), professora de Enfermagem Psiquiátrica, é uma das maiores estudiosas da comunicação em enfermagem no Brasil. As idéias de Stefanelli são influenciadas por Sullivan, Ruesch, Peplau, Frankl, Travelbee e conceitos do interacionismo simbólico. A autora considera a comunicação como competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, não importando sua área de atuação. A comunicação terapêutica cria oportunidade de aprendizagem para o paciente, podendo despertar sentimentos de confiança entre paciente-enfermeiro, o que permitirá a ambos experimentarem a sensação de segurança e satisfação. É a habilidade do profissional em utilizar seu conhecimento sobre comunicação, para tornar efetivas suas ações para ajudar a pessoa a lidar com situações de ansiedade.

A escolha dessa autora deve-se ao fato do seu trabalho ser direcionado à formação de alunos de enfermagem para aquisição da competência interpessoal através de vários instrumentos de ensino. Dessa estudiosa foram destacados para esse estudo os conceitos de: Enfermagem, Ser Humano e Comunicação, inferidos dos conteúdos de seu livro “Comunicação com o paciente teoria e ensino” (Stefanelli, 1993).

- **Enfermagem** é o processo de cuidar, para fazer com que o paciente se mova da dependência para a interdependência e independência, levando-o ao reconhecimento das suas potencialidades, possibilidades e à aceitação de suas limitações e tornando-o participante ativo no seu cuidado.
- **Comunicação** é um processo de compreender e partilhar mensagens, sendo que estas exercem influência nas pessoas no momento em que o processo ocorre ou em momentos subsequentes, só podendo ser estudadas no contexto em que ocorrem.
- **Ser humano** é visto em suas dimensões física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, estando constantemente sob o impacto do campo interacional vivenciado.

Pressupostos básicos para o estudo.

- ⇒ A comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal, dependendo da situação (Stefanelli, 1993).
- ⇒ A comunicação não pode ser estudada fora do contexto em que ocorre (Stefanelli, 1993).
- ⇒ O aluno de enfermagem tem possibilidades e potencialidades para adquirir a capacidade em usar adequadamente a comunicação para cuidar do paciente, tornando cada uma de suas ações o mais efetiva possível (Stefanelli, 1993).

Em seus estudos, o antropólogo Ray Birdwhistell, considerado pai da teoria cinésica, considera a comunicação um processo no qual todos os participantes, em constante interação, contribuem para produzir várias mensagens por meio de um ou mais canais (linguagem, movimento, odor, tato etc.), cujos elementos são culturalmente padronizados. Enfoca em sua obra as conexões entre atividade corporal e linguagem, utilizando primordialmente o canal visual. Apresenta a existência de comportamentos corporais que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas, denominadas “cine” (Birdwhistell, 1970). Deste autor destacamos algumas idéias que foram incorporados como tal aos pressupostos desse estudo e portanto, serão apresentados a seguir.

Pressupostos básicos para esse estudo.

- ⇒ Todo movimento ou expressão corporal é constituído de significado no contexto em que se apresenta (Birdwhistell, 1970).

- ⇒ O movimento corporal sistemático dos membros de uma comunidade é considerado uma função do sistema social a qual o grupo pertence (Birdwhistell, 1970).

- ⇒ Toda atividade corporal visível, tal como a atividade acústica audível, influencia sistematicamente no comportamento de outros membros de qualquer grupo (Birdwhistell, 1970).

Hall, intitulado pai da teoria proxêmica, isto é, estudo da posição corporal e das relações espaciais, pesquisa-as quanto ao uso que o homem faz do espaço como elaboração da cultura em que está inserido. Para o autor, as necessidades espaciais variam segundo as grandes diferenças individuais e culturais e as atividades desenvolvidas pelo homem. A relação do homem com seu ambiente depende de seu sistema sensorial, e mais, da maneira como este é condicionado para reagir. O senso de espaço relaciona-se intimamente com o meio ambiente, tendo como pressuposto básico o uso do espaço social e pessoal na comunicação, relacionado ao uso dos sentidos na interação. As distâncias são divididas pela forma de percepção em: distância íntima, pessoal, social e pública.

As formas de percepção são divididas em receptores à distância —olhos, ouvidos e nariz— e receptores imediatos, que são aqueles utilizados para perceber o mundo de perto —pele: código tátil e térmico. Hall, no que denomina “análise proxêmica” apresenta oito categorias, relacionadas a seguir (Hall, 1986), que são úteis para o estudo da comunicação não-verbal.

1. **Fatores postura-sexo:** incluem o sexo do participante e a posição básica (de pé, sentado, deitado).
2. **Eixo sociófugo-sociópeto:** essa dimensão refere-se ao ângulo dos ombros em relação à outra pessoa. A palavra sociófugo implica em desencorajamento da interação; sociópeto denota o inverso. O desenvolvimento dos aspectos visuais, cinestésicos, táteis e térmicos do homem podem ser inibidos ou encorajados pelo meio ambiente.

3. **Fatores cinestésicos:** incluem o posicionamento de partes do corpo, assim como partes que se tocam.

4. **Comportamentos de contato:** táteis: roçar, acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar contra, tocar localizado, roçar acidental, ou nenhum contato. O aumento de calor do corpo de outras pessoas é detectado de três maneiras:

1. os detectores térmicos da pele percebem as alterações de temperatura da pele; 2. a interação olfativa é intensificada pelo aumento da temperatura corporal; 3. o exame visual capta a alteração do corpo pelo aumento da temperatura. O tato é, de todas as sensações, aquela experimentada de modo mais pessoal, podendo ser classificado em toque ativo -“tocar” e toque passivo -“ser tocado”; o primeiro tem uma intencionalidade maior que o segundo.

5. **Contato visual:** inclui formas de contato visual que podem ser desde o direto “olho no olho” até ausência de contato. O espaço visual tem uma natureza totalmente diferente do espaço auditivo. A informação visual tende a ser menos ambígua e mais evidente que a informação auditiva. A percepção do espaço não é apenas uma questão do que pode ser ouvido, mas do que pode ser eliminado, o que deixamos

de ouvir. A criança, de acordo com o meio cultural em que vive aprende, sem perceber, a eliminar determinados tipos de informações. Os olhos são, em geral, considerados meio principal para o homem recolher informações; mas mais do que isto, os olhos captam e enviam mensagens. Um olhar pode emitir mensagens com significado de punição ou encorajar uma ação e até estabelecer domínio. O tamanho das pupilas pode indicar interesse ou desagrado.

O homem aprende enquanto vê, e aquilo que vê influencia seu aprendizado, o que contribui para sua capacidade de explorar experiências passadas. O autor enfatiza também o relacionamento do corpo com a visão e a interação entre a visão e o conhecimento corporal. A visão é uma síntese, resultado de um conjunto de ações como olhar e ver. Ninguém pensa que tem que aprender a ver; simplesmente aprendemos a ver algumas coisas e a ignorar outras, e na maioria das vezes não percebemos que algo sempre é ignorado. Poucas pessoas percebem que a visão não é passiva, mas sim ativa, representando, na verdade, uma transação entre os homens e seu meio ambiente, da qual ambos participam. Mesmo a melhor reprodução não pode fazer mais do que lembrar ao observador algo já visto por ele.

6. **Código térmico:** envolve a transmissão e a percepção do calor entre os comunicadores. O processo dos receptores térmicos é um dos mais complexos; neles estão envolvidos secreções da tireóide, sexo, idade, química individual e cultura. O calor do corpo é altamente pessoal e se relaciona, para nós, com intimidade e experiências infantis. O homem está bem estruturado para receber e enviar mensagens referentes ao seu estado emocional, por meio de mudanças de temperatura das partes do corpo. As alterações emocionais também se refletem nas variações do fornecimento de sangue para as diferentes partes do corpo, podendo ocasionar um sinal visual, como a ruborização, dependendo da cor da pele.

7. **Código olfativo:** este é subdesenvolvido, embora nos capacite a evocar lembranças muito mais profundas do que a visão e / ou o som. O odor é um dos sentidos mais antigos e um dos métodos básicos de comunicação, sendo denominado sentido químico. Este fator inclui a espécie e o grau de odor percebido na conversação. O odor pode revelar o estado emocional das pessoas, assim como pode ajudar a localizar alimentos e os pares (mãe / filho / parceiros). Outra forma em que pode ser usado é para delimitar o território e como forma defensiva. Odores do dia-a-dia, como cheiro de alimentos típicos, podem dar um senso de vida; as mudanças e transições

dos odores não só ajudam a situar alguém no espaço, mas também acrescentam encanto à vida diária.

8. **Volume de voz:** o volume é a intensidade da fala relacionam-se diretamente com o espaço interpessoal. O volume da voz indica também toda a emoção que é transmitida numa mensagem. O volume e o tom da voz pode ser utilizado para alterar a distância entre as pessoas, isto é, a uma pequena distância usamos um tom de voz mais baixo e numa distância pública ou social, alteramos o nível da voz para diminuir a distância entre pessoas.

4. -TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta é uma pesquisa prática apresentada de forma descritiva com leitura qualitativa dos dados. Para construção desta trajetória utilizei como base alguns dos pressupostos de Birdwhistell, 1970, Hall, 1986 e Stefanelli, 1993, sobre comunicação, assim como conceitos de ser humano, Enfermagem e comunicação de Stefanelli (1993), para implementá-los à minha prática docente. A coleta de dados foi realizada mediante relatos escritos dos alunos de graduação durante os estágios curriculares, observações e discussões realizadas entre alunos e docente (pesquisadora) nas unidades pediátricas; os dados foram tratados por meios da análise de conteúdo segundo Bardin (1970).

À pesquisa prática, segundo Demo (1995), interessa intervir na realidade, mantendo a ligação indestrutível entre teoria e prática. A intenção original dessa pesquisa não é a implementação genérica e dispersa de qualquer ação, mas uma ação consciente, no sentido de aliar conhecimento e mudança. Uma face importante é o desenvolvimento dos conhecimentos e a capacidade prática de enfrentar os problemas conhecidos, gerando estratégias de enfrentamento prático, tentando direcionar o desenvolvimento possível, dentro das condições objetivas e subjetivas, para sair da posição de objeto e fazer acontecer. É conhecimento inspirado e comprovado na prática, teoricamente exigente, mas comprometido com a vida concreta, que não pede apenas estudo, mas igualmente solução. Acredita-se que a prática é uma das maneiras de conhecer, nem sempre sofisticada como a formal, mas por vezes mais adequada ao dia-a-dia. Entretanto não se subordina a teoria à prática e vice versa. Um desafio na efetivação é a manutenção do equilíbrio da prática e da pesquisa, entre forma e conteúdo, teoria e prática.

Realizei esta proposta junto aos alunos na disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente, pelo fato de ser uma das docentes que ministra esta disciplina. Os sujeitos e o campo escolhidos para o estudo fazem parte do meu âmbito de atuação profissional. Houve uma renovação do fazer, partindo de um re-olhar e de uma visão mais aprofundada, mergulhando na minha prática como se usasse uma bússola reorientadora deste olhar.

A trajetória do trabalho foi delineada, de acordo com os pressupostos: em primeiro lugar a escolha do campo se deu por acreditar que a comunicação só pode ser analisada no contexto em que ocorre (Stefanelli, 1993) e, também, porque não se pode estudar um comportamento social fora do seu meio, sendo necessário ter em vista o ambiente natural (Birdwhistell, 1970). Por isto utilizei unidades que compõem rotineiramente os campos de estágio em unidades de pediatria, ambiente no qual desenvolvi com os alunos a sensibilidade para a competência interpessoal na interação com a criança hospitalizada, cenários descritos a seguir.

Considero, também, que todo aluno tem um potencial básico para se comunicar visto que a comunicação é intrínseca ao existir do homem, e que este não existe sem se comunicar, (Stefanelli, 1993). Partindo dessa premissa, o trabalho de campo com os alunos teve início sem que antes fosse ministrado conteúdo teórico prévio. Outro fato que auxiliou nesta decisão é que em outras disciplinas este assunto já havia sido contemplado, pelo menos em parte. A comunicação depende das experiências anteriores, do conhecimento, da interação com o ambiente, entre outros, para que possa ser efetiva e servir como componente de ajuda na relação com o paciente.

Para melhor compreensão apresentarei inicialmente, os cenários nos quais a pesquisa se efetivou e a seguir os sujeitos da pesquisa, procedimentos e a obtenção de dados.

4.1 CENÁRIOS

Os cenários da primeira e da terceira fase foram constituídos por duas unidades diferentes de um hospital escola, ambas campos de estágio das alunas, e a segunda fase ocorreu fora do ambiente hospitalar. A primeira fase foi desenvolvida na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR, em Curitiba, no período de estágio hospitalar; a segunda em sala de aula, no domicílio, em supermercados e em comemorações festivas; a terceira fase foi desenvolvida na Unidade de Cirurgia Pediátrica, durante o estágio da disciplina de Administração da Assistência de Enfermagem à Criança. Este hospital constitui campo de estágio para acadêmicos de Cursos das diversas áreas da saúde.

A Unidade de Emergência Pediátrica, cenário da 1ª fase está localizada no 3º andar do anexo B do Hospital de Clínicas, é dividida em 4 espaços destinados a internação, ou seja, 4 enfermarias.

As crianças que chegam nesse local nem sempre estão preparadas para tal, pois, na sua grande maioria, vêm-se privadas do convívio familiar por problemas de saúde, necessitando de cuidados especiais e de urgência. Existem 17 leitos destinados à acomodação dessas crianças; no decorrer deste trabalho o número de leitos ocupados esteve entre 11 e 17, por crianças com idade entre 0 e 17 anos, a maior parte com idade entre de 0 a 36 meses.

A grande maioria das crianças lá internadas apresentavam moléstias do aparelho respiratório, principalmente se considerarmos que na Região Sul as crianças são as principais vítimas do clima frio e instável. Algumas dessas crianças são portadoras de doenças crônicas e têm freqüentes internações.

Nesse ambiente, interage com as crianças e seus acompanhantes os membros de uma equipe composta por auxiliares de enfermagem, enfermeiros, secretária, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social, médicos, copeiras, pessoal de limpeza e de apoio diagnóstico, trabalhando em turnos da manhã, tarde e noite.

Na maioria das vezes quem acompanha a criança é a mãe, quando não, a criança permanece hospitalizada sem a presença de um parente ou pessoa do seu convívio familiar. Embora a presença de uma pessoa da família favoreça a recuperação mais rápida da criança, nem sempre isto é possível, por fatores variados. No decorrer da manhã pode-se observar algumas crianças sentadas no banco do corredor com alguns pertences na mão e um olhar fixo na escada e no elevador, demonstrando expectativa de ver chegar alguém.

Dentro da enfermaria o berço ou a cama é o território da criança, local onde permanece a maior parte do tempo, ou sempre. É possível lembrar que tem crianças no ambiente, pois freqüentemente depara-se com brinquedos sobre as camas ou com cadeiras infantis em meio às incubadoras, saídas de oxigênio e aspiradores.

Uma das características marcantes de uma das enfermarias é o nível de complexidade do estado de saúde das crianças ali internadas. Esse espaço é reservado às crianças que necessitam de observação mais intensa, onde a presença de um médico residente e uma pessoa da equipe de enfermagem é rotineira. É nessa enfermaria também que os residentes médicos se debruçam sobre os prontuários e exames em busca do melhor tratamento para cada uma das crianças.

As paredes da unidade são altas e pintadas de cor clara, os tetos com tubulações, sem ter uma identidade própria, para a quantidade de horas que a criança passa no leito, na posição horizontal, com o olhar a procurar algo que não se encontra ali. Uma impessoalidade, apenas quebrada pelos constantes cartazes com motivos infantis, colocados nas portas de armários,

sobre as camas, para tornar o ambiente mais amistoso para as crianças, que lá permanecem sem necessariamente terem feito essa escolha.

A equipe transita nos espaços com a autonomia de quem conhece, de quem ali está diariamente, quase fazendo parte do ambiente; dá a entonação ao ritmo diário. É necessário um tempo para que esse ritmo seja decifrado por quem chega, por quem compõe este ambiente circunstancialmente.

O posto de enfermagem é planejado para o desenvolvimento de algumas atividades como preparo de medicação para o paciente, guarda de material de apoio, de prescrições; sendo portanto, de domínio da equipe de enfermagem. A mobília têm uma disposição funcional, sem apresentar nada que possa sugerir conforto ou aconchego. Com armários ao redor, há uma mesa tipo escrivaninha no centro, uma geladeira onde são guardados remédios e exames e duas pias, uma para lavar as mãos e outra para lavar materiais. Esse território é separado do restante por um balcão que sugere delimitação e disponibilidade, para que membros da equipe possam ser chamados, sem que haja invasão de espaço.

Há uma sala fechada, ao final da corredor para onde vão os recipientes que foram utilizados para acondicionar as secreções drenadas, denominado expurgo; há nesse local um grande tanque para lavagem do material, com uma luminosidade discreta. (como que para esconder os odores e secreções que emanam)

Todos esses espaços têm características bem diferentes do ambiente familiar da criança e de seus pais, trazendo com isto o desconhecido, quebrando a autonomia e a independência, cuja justificativa concreta de funcionalidade é o bem cuidar das crianças.

Outros cenários

Na segunda fase, os alunos observaram a comunicação não-verbal de crianças interagindo fora ambiente hospitalar e pela televisão. Os cenários utilizados eram diferentes dos outros, pois estavam fora do ambiente hospitalar, onde o aluno era um expectador, ou mesmo participante da interação, sem o viés do atendimento hospitalar. Assim, um dos cenários foi a própria sala de aula, com vídeo e televisão, onde os integrantes do trabalho assistiram ao filme “**Árvores e flores**” de Walt Disney, como exercício de observação da comunicação não-verbal.

Os demais cenários dessa fase foram variados, conforme escolha dos alunos: supermercado, festa de aniversário ou mesmo na casa de uma das crianças e, nesse caso, com pessoas de seu relacionamento pessoal. Nesse ambiente, os alunos observaram as interações da criança com outra pessoa, utilizando o roteiro de observação (Anexo 3) e a folha de relato diário (Anexo 2), assim como era realizado nas outras fases.

A Unidade de Cirurgia Pediátrica, cenário da 3ª fase, está localizada no 13º andar deste hospital, encontrando-se mais próxima do centro cirúrgico do que da entrada do hospital. Como acolhe crianças que necessitam de cirurgia, sua localização facilita o deslocamento das crianças. O maior número das internações ocorre para cirurgias de médio e pequeno porte, previamente marcadas.

A unidade dispõe de 36 leitos, mas no período da pesquisa apenas 30 estavam liberados para ocupação, devido a uma reforma que estava sendo realizada. Os leitos são distribuídos em enfermarias, sendo que, algumas têm espaço para 6 leitos e outras para 4. A distribuição das crianças nas enfermarias segue algumas características como: sexo, tipo de

cirurgia (urológica, ortopédica), idade (crianças até um ano separadas das maiores). A idade das crianças internadas varia entre 0 a 17 anos, com incidência maior de crianças acima de 3 anos.

Nesse ambiente circulam as crianças e seus acompanhantes; a equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional, secretária, auxiliar de serviços gerais, entre outros tantos, que fazem parte do arsenal humano envolvido nos cuidados à criança internada e seus familiares. Para que a criança não perca a referência com o seu cotidiano, é permitida a permanência de um membro da família durante o período de internação, favorecendo assim o vínculo familiar.

Na sala de banho transitam crianças, acompanhantes e funcionários, num movimento ordenado e ritmado pelas normas da unidade. Essa sala contém os materiais necessários para o desenvolvimento das atividades a que se destina: banheiras, balcões, chuveiros, vasos sanitários para crianças.

O posto de enfermagem fica no meio do corredor em relação à distribuição das outras salas; sua posição visa facilitar o atendimento da enfermagem nas diversas salas, pela sua localização física em relação a divisão de espaço existente; é considerado um espaço restrito à equipe técnica, onde o paciente e seu acompanhante quase não transitam.

A movimentação das crianças internadas nesta unidade varia com o seu estado de saúde, sua condição para deambular, jejum, dor, a presença de drenos, soros. Isto tudo, juntamente com seu estado emocional frente à diversidade de eventos que está vivenciando, dá ritmo ao seu movimento, a sua presença ou ausência em determinados espaços e seu convívio social.

As crianças têm nesse ambiente as mais diversas atitudes: ora agem como se nada estivesse acontecendo, ora ficam com as pálpebras bem abertas parecendo querer captar os

possíveis perigos, para preparar a defesa contra o inimigo. As mães que já têm um pouco mais de familiaridade com este ambiente, por terem vivências anteriores de internação de seus filhos, compartilham com mães menos experientes em hospitais sobre as informações extra oficiais de como conviver / sobreviver neste ambiente.

A hospitalização apresenta uma solidariedade orgânica, isto é uma troca que não é proveniente da razão, mas que surge de valores e sentimentos do grupo. É uma relação desigual, gerada pela incompletude, que apoia-se na diferença entre o ofertado e o recebido. É a unicidade buscada dentre as diferenças. É um compartilhar de sentimentos, de medo do desconhecido, de raiva entre outros, pela impotência frente aos descaminhos do planejado, da dor pelas perdas diárias, da alegria pelos desejos realizados. Essas mães coletivizam maneiras de burlar as regras, de sobreviver às pequenas coerções do dia-a-dia. Decifram os termos técnicos e as rotinas, trocam informações sobre os profissionais que ali atuam, como se comportam, o que costumam perguntar, criando desta forma duas unidades: uma oficial e outra oficiosa.

Acabam formando pequenas tribos pela proximidade da dor vivida com o filho doente, e por estarem sós, longe de suas casas: reúnem-se nos quartos e ali a conversa flui. Muitas vezes as próprias funcionárias, que estão aí para dar conta de tanta ordem e disciplina em prol dos doentes compõem esses grupos. De certa forma, lembram os grupos de auto-ajuda, cuja adesão é voluntária e as regras flexíveis.

Nesse âmbito, mais do que em outro, perpassa a temporalidade do ser, onde o limite não pode ser quebrado e a consciência dele dá vitalidade ao grupo. Essas são formas de resistência passiva, para driblar as imposições instituídas, são os pequenos movimentos do grupo significando o ser e o estar junto.

Maffesoli (1984) propõe um olhar no dia-a-dia, neste instante repetitivo, que mina as construções que dão sustentação ao igualitarismo autoritário. Um olhar menos crítico e mais compreensivo, mais sentimentos e menos razão. Não para julgar as ações diárias, e sim compreender o outro e as formas utilizadas para garantir a individualidade diante das diferenças. É usar das regras, que muitas vezes são necessárias, bem como transgredi-las. São formas discretas, quase imperceptíveis a um observador desatento.

4.2 SUJEITOS

A viabilização desta proposta deu-se durante o desenvolvimento dos conteúdos teórico-práticos das disciplinas Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente e Administração da Assistência de Enfermagem à Criança, com 12 alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. A participação no trabalho foi voluntária, assim como a desistência durante o seu desenvolvimento, sem prejuízo algum para a avaliação do aluno na disciplina, de acordo com termo de consentimento informado e assinado pelos participantes da pesquisa (Anexo 1). O convite foi feito a todos os alunos em uma das aulas, limitando-se a participação a um grupo de 6 alunos por semestre, sendo desenvolvido durante dois semestres, essa limitação numérica por grupo, se deve as características do estágio e do campo. Os alunos fizeram parte do trabalho por adesão voluntária, após uma breve explicação sobre o tema, objetivos e trajetória metodológica. Os alunos realizaram as atividades previstas para o estágio voltados aos aspectos que permeiam o estudo, e para tal apresentaram relatos detalhados da observação da comunicação não-verbal deles com a criança.

No primeiro dia de estágio realizado no Hospital de Clínicas da UFPR, o Projeto a ser desenvolvido foi apresentado e discutido com os alunos, deixando claros os aspectos éticos sobre o consentimento livre e consciente, assim como seu direito de desistir durante qualquer parte do trabalho. O esclarecimento foi de suma importância, pois neste caso, os sujeitos estavam expostos à influência da autoridade advindas da relação professor / aluno. Após todos os esclarecimentos, foi solicitado aos alunos a assinatura do termo de consentimento

(Anexo1), esclarecendo que os benefícios seriam subjetivos e pessoais, não havendo ônus, nem benefícios de caráter financeiro, assim como foram assegurados o sigilo e anonimato, atendendo as exigências éticas regulamentada na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde,1996.

4.3. - OBTENÇÃO DE DADOS

O trabalho foi desenvolvido no ano de 1997, no período de 25 de abril a 25 de junho, com 6 alunos, e no período de 01 de outubro a 20 de novembro com mais 6 alunos do 5º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Os dados foram obtidos mediante relatos feitos pelos alunos, de forma semi-estruturada, por um roteiro de observações (Anexo 3) elaborado pela autora. Esse roteiro teve como suporte o referencial teórico de Hall (1986) a partir das análises proxêmica, subdividido em identificação cinésica, proxêmica, paralinguagem, funções corporais e estado do observador. A aplicação do roteiro se deu em dois momentos: no período de estágio das Disciplinas Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente e Administração da Assistência de Enfermagem à Criança, desenvolvidos nas unidades de Emergência Pediátrica e de Cirurgia Pediátrica.

A seguir apresento as fases observadas neste estudo para obtenção de dados.

Na primeira fase, foi solicitado que cada aluno desenvolvesse o estágio da disciplina Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente, cuidando de um criança por dia, como ocorre normalmente com todos os alunos. No final do dia os alunos

reunam-se com a professora / pesquisadora para descreverem por escrito o que perceberam da comunicação não-verbal durante a interação com a criança; foram realizadas, também, discussões sobre suas percepções a respeito da comunicação não-verbal da criança, deles próprios e de outras pessoas que se encontravam no ambiente, fomentando, dessa forma, o aprendizado sobre o tema da pesquisa, auxiliado pela professora / pesquisadora. Os relatos daquelas observações foram feitos em um processo específico, sendo as observações descritas em folha elaborada pela autora (Anexo 2). Na folha havia espaço para descrever a comunicação não-verbal da criança e do aluno / observador e um espaço para anotações do aluno / observador. Quando terminavam de fazer o relato, os alunos utilizavam um roteiro (Anexo 3) para verificar se poderiam melhorar a descrição realizada. Este foi utilizado para auxiliá-lo na descrição das observações e estruturar as informações. Foi uma forma de buscar o vivido na memória, visto que essa não é uma atividade rotineira para ele.

No primeiro dia em campo de estágio (emergência pediátrica) os alunos receberam plantão às 7 horas, foram apresentados aos funcionários e passaram por toda a unidade, recebendo orientações a respeito do funcionamento e das rotinas desta, assim como acontece normalmente em todos os grupos de estágio. Nesse dia, os alunos necessitaram de um tempo maior para desenvolver suas atividades do que nos dias subsequentes, por estarem em fase de ambientação com as rotinas da unidade, bem como pela ansiedade normal de experienciarem situações novas. Esse dia foi planejado para apresentação do projeto e não para iniciar o trabalho propriamente dito.

A partir do segundo dia em campo de estágio, a descrição começou a ser feita, pois o primeiro dia é envolto por situações desconhecidas, ambiente diferente, gerando uma certa ansiedade, o que dificulta a percepção de suas interações com a criança hospitalizada.

Os alunos se reuniam diariamente, no final do período, numa sala de aula próxima à unidade, para relatarem por escrito a observação da comunicação não-verbal deles próprios e da criança da qual cuidaram durante aquela manhã. Cada aluno cuidava somente de uma criança por dia e cada dia era uma criança diferente. Após o término da elaboração dos relatos, esses eram discutidos em grupo para que os alunos pudessem avaliar as dificuldades e / ou problemas encontrados, e fazer as alterações necessárias.

Analisando os relatos, pude perceber que em alguns momentos o roteiro de observação foi usado de forma rigorosa, embora tenha sido utilizado somente após uma descrição escrita das observações realizadas em estágio. O aluno fez uso do roteiro apenas como forma de lembrar as observações que ainda não haviam sido descritas. Nas descrições, observamos que o comportamento denominado hiperativo no roteiro aparece em diversos relatos normalmente após o uso deste instrumento. Talvez o roteiro possa ser usado, numa fase instrumental, muito mais como estímulo à aquisição da sensibilidade para observação, mas não na fase de observação em campo propriamente dita. É necessário repensar a forma mais adequada e o momento certo para trabalhar com este instrumento.

Como docente / pesquisador, elaborá-lo tinha como objetivo usá-lo, primeiramente, como estratégia metodológica no sentido de implementar termos do referencial teórico que não eram de domínio dos alunos e, depois, facilitar a descrição da observação, já que os alunos não estavam habituados a esse tipo de observação. O roteiro serviu como forma de rever mentalmente as observações sobre o tema proposto. Para diminuir a interferência do roteiro sobre o relato realizado, os alunos utilizaram-se do roteiro, após terem realizados por escrito seus relatos como forma de rememorar suas observações no campo.

Partiu-se da vivência dos alunos no ambiente hospitalar com o estágio curricular numa unidade pediátrica, assim como de sua interação com a criança hospitalizada numa

situação concreta de cuidado, num momento real de aprendizado, para fomentar seu conhecimento mediante leituras auxiliares sobre o tema, de forma a aproximar mais o aluno do conhecimento teórico sobre comunicação não-verbal. As leituras foram realizadas nas três fases do trabalho, sem uma seqüência obrigatória, objetivando sanar as necessidades teóricas que emergiram no desenvolvimento das atividades.

Na segunda fase, os alunos trabalharam com exercícios práticos e suporte teórico, com o objetivo de aprimorar seu senso de observação das formas não-verbais de interação. Para facilitar essa tarefa, as atividades foram desenvolvidas fora do contexto hospitalar, nas interações de crianças com outras pessoas, de modo a estimular a capacidade de observação dos alunos quando não estavam envolvidos no cuidado da criança, tentando deixá-los mais livres para desenvolver esse processo. Podiam, assim, aguçar o seu olhar sobre a interação. Os espaços indicados para essas atividades foram o ambiente domiciliar da criança, um parque, uma festa infantil, um supermercado ou outra situação social.

Nessa fase da trajetória, os alunos assistiram a um desenho animado de Walt Disney denominado “**Árvores e Flores**”. Inicialmente o filme foi mostrado sem som e depois com som. Em ambas as apresentações foi solicitado que fossem observadas as formas de comunicação não-verbal presentes no filme. Dessa forma os alunos fizeram observações da comunicação não-verbal em um cenário eram espectadores e não faziam parte, diferente do que ocorre no campo de estágio; assim ficavam mais descontraídos para tecer comentários que julgassem pertinentes.

A apresentação deste desenho animado teve como objetivo sensibilizar os alunos para a quantidade de comunicação não-verbal que utilizamos no nosso dia-a-dia, embora nem sempre estejamos alerta para compreendê-la, dificilmente refletimos sobre o tipo de comunicação pela qual nos expressamos. A opção por esse desenho se deu por três razões.

Primeiro, por ser um filme dirigido ao público infantil; segundo, por usar a comunicação não-verbal para transmitir as mensagens do filme; terceiro, apresentar aos alunos o quanto a comunicação não-verbal pode ser percebida pelas crianças e quanto e como o aluno seria capaz de perceber esta comunicação.

Uma outra técnica utilizada foi a observação de algum fato apresentado na televisão, em que houvesse uma ou mais crianças envolvidas. Dessa feita, o aluno foi sendo exposto ao tema gradualmente, desde sua vivência prática, até mesmo sua teorização, com intuito de melhorar a habilidade de ouvir com os sentidos: o tato, o olfato, a temperatura corporal, o gestual, com a audição e com a visão.

A criança faz uso de todos os sentidos para interagir com o mundo, assim, como o percebe por meio de todas as expressões emitidas pelo interlocutor. Considerando esse aspecto, faz-se necessário instigar o aluno a perceber a importância de suas atitudes e comportamentos no momento em que interage com a criança, pois as mensagens devem ocorrer da forma mais consciente possível, a fim de que a comunicação verbal e não-verbal sejam congruentes (Stefanelli, 1993; Sundeen, et al. 1989).

Na terceira fase, durante o estágio na Unidade de Cirurgia Pediátrica, o aluno retornou a outra unidade pediátrica para aplicar os pressupostos da comunicação não-verbal, já tendo vivenciado o cuidado à criança hospitalizada, com um aprimoramento do seu senso de observação e com aprofundamento teórico que se fez pela leitura de textos sobre o tema. O retorno ao cuidado com crianças hospitalizadas após diversas formas de aproximação para um ouvir com intencionalidade e um comunicar-se com consciência, fez com que o aluno refletisse sobre as mensagens que transmite ao interagir com o paciente. Dessa forma construímos um caminho dentro da realidade de campo de estágio em busca de uma lapidação da competência interpessoal no cuidado à criança hospitalizada.

Como suporte teórico utilizei artigos de revistas brasileiras sobre comunicação, com enfoque na forma não-verbal, selecionados previamente e distribuídos a partir do período que estavam em estágio, para leitura. Também foram solicitadas leituras de três livros: *Comunicação com o paciente teoria e ensino* (Stefanelli, 1993); *Comunicação tem remédio* (Silva, 1996), *História de uma vida inteira* (Maldonado, 1996). Essa última autora valoriza a importância do autoconhecimento, necessário para desenvolver no aluno a percepção da sua própria comunicação não-verbal.

Assim, o desenvolvimento deste trabalho, para a obtenção dos dados, deu-se em três fases apresentadas esquematicamente a seguir.

FASES	GRUPOS PERÍODOS	CENÁRIOS	AÇÕES	METAS
1ª fase	<p>1º grupo 25 de abril a 06 de maio de 1997.</p> <p>2º grupo de 01 a 15 de outubro de 1997.</p>	Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de clínicas da UFPR	<p>Descrições da comunicação não-verbal deles próprios e da criança. (Anexo2)</p> <p>Leituras sobre o tema.</p> <p>Discussões a cada final de dia, do grupo com a professora.</p>	Sensibilizar os alunos para a comunicação não-verbal existente numa unidade pediátrica.
2ª fase	<p>1º grupo 07 a 22 de maio de 1997.</p> <p>2º grupo 15 a 30 de outubro de 1997.</p>	Fora do ambiente hospitalar e televisão	<p>Observação de interações de crianças com outras pessoas, fora do ambiente hospitalar e na televisão</p> <p>Assistir a um desenho animado e relatar e discutir sobre a comunicação não-verbal do filme.</p> <p>Leituras sobre o tema</p>	Aprimorar nos alunos o senso de observação da forma não-verbal de comunicação.
3ª fase	<p>1º grupo 23 de maio a 03 de junho de 1997.</p> <p>2º grupo 01 a 20 de novembro de 1997.</p>	Unidade de Cirurgia Pediátrica do Hospital de clínicas da UFPR	<p>Descrições da comunicação não-verbal deles próprios e da criança. (relatos, Anexo2).</p> <p>Leituras sobre o tema.</p>	Cuidar da criança com todos os sentidos estimulados a ouvir o verbal e o não-verbal.

4.4.- MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o marco referencial proposto para esse estudo. Os dados da primeira e da terceira fase foram organizados e interpretados segundo o referencial teórico, pontuado em Stefanelli (1993); Birdwhistell (1970) e Hall (1986), sendo que dos dois primeiros autores foram utilizados alguns pressupostos e conceitos, e do último as categorias primárias de análise proxêmica. A segunda fase caracterizou-se como uma fase de instrumentalização teórica, com estimulação à observação em outros cenários. Foi considerada mais como uma fase de suporte do que de coleta de dados propriamente dita.

A análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o olhar atento para os dados empíricos coletados da realidade estudada (Gomes, 1994). Nesse olhar, é importante a consideração tanto do conteúdo manifesto quanto do conteúdo latente do material. Assim, a análise não se restringe ao que está explícito no material, mas procura ir mais fundo, tentando mostrar mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente “silenciados” (Ludke; André, 1986).

É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso, terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações (Ludke; André, 1986)

Existem três grandes obstáculos para uma análise do conteúdo eficiente das informações obtidas como afirma Bardin (1970, p.28). O primeiro é a “ilusão da transparência”, isto é, o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse

nitidamente ao observador, com risco de somente atingir a projeção de sua própria subjetividade. Essa “ilusão” é tanto mais perigosa, quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto”.

O segundo obstáculo é sucumbir à magia dos instrumentos metodológicos, esquecendo a razão do seu uso, isto é, a fidedignidade às significações presentes em seus dados. Já o terceiro está na dificuldade de o pesquisador articular os dados obtidos no campo, dados concretos com as teorias e conceitos abstratos. Esse fato pode produzir um distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa. Uma maior experiência e uma maior fundamentação teórica por parte do pesquisador podem auxiliá-lo a ultrapassar esses obstáculos, entre outros fatores (Minayo, 1993; Bardin, 1970)

Segundo Bardin (1970) e Minayo (1993), o método de análise de conteúdo pode alcançar três objetivos:

- a ultrapassagem das incertezas: o que eu vejo na mensagem está realmente contido? Essa “visão” pessoal pode ser partilhada por outros? Em outras palavras, minha leitura será válida e compreensível?
- o enriquecimento da leitura: ir além da leitura imediata e espontânea, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos manifestos e latentes.
- integração das descobertas que vão da aparência à essência, numa referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem.

Na prática, as funções de análise de conteúdo podem coexistir de maneira complementar:

- uma função heurística: a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. É uma atitude de busca a partir do próprio material coletado “para ver o que é que dá”.

- uma função de “administração de provas”. Parte de hipóteses provisórias, informa, confirma ou nega e levanta outras “para servir de prova”;

- uma função de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (Bardin, 1970; Minayo, 1993).

Para realizar o tratamento dos dados obtidos nesse estudo, nos dos discursos dos alunos e das discussões em grupo de estágio e fora do grupo, foi utilizada a análise de conteúdo que Bardin (1970, p. 42) conceitua como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / reprodução dessas mensagens”.

A análise de dados percorreu três fases operacionais:

- 1ª. fase: leituras sucessivas do material a ser analisado e do referencial teórico, organização dos relatos numa certa ordem, dando início aos recortes das frases significativas, pressupondo organização dos dados.

- 2ª. fase: resulta da aproximação dos pressupostos teóricos com os dados empíricos obtidos na realidade estudada. É importante saber que o dado não existe por si só, mas é construído a partir de questionamentos que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica (Gomes,1994). Esta fase classificatória foi desenvolvida a partir dos seguintes passos: leitura repetida dos dados e do marco referencial e, organização das frases significativas em núcleos temáticos segundo o marco referencial. Na primeira fase ocorre a classificação, ainda grosseira, cada assunto, sendo cuidadosamente separado e guardado. Num processo de aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, a partir da elaboração teórica e da evidência dos dados, permite refazer e refinar o movimento classificatório.

•3^a. fase: é aquela em que culminou a articulação entre os dados e o referencial teórico. Constitui a elaboração da síntese dos discursos. Faz-se uma inflexão sobre o material empírico, que é o ponto de partida e de chegada da interpretação. Esse movimento promove as relações entre concreto e abstrato, o geral e o particular, a prática e a teoria. O produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa (Gomes, 1994).

4.5 SÍNTESE DAS CATEGORIAS

Da análise dos discursos elaborados pelos alunos foram identificadas as categorias apresentadas a seguir.

1. Percebendo o significado do movimento corporal
2. O eixo e a postura corporal na relação
3. O toque como forma de aproximação e/ou defesa
4. O código visual como forma de interação
5. Percebendo o código térmico e olfativo
6. A paralinguagem como forma de limite e de aproximação
7. Buscando o sentido dos sentimentos nas comunicações
8. A percepção da experiência subjetiva do outro
9. A resposta da criança em face ao outro
10. Uma visão mais holística do cuidado
11. A inter-relação do referencial teórico à prática
12. A comunicação não-verbal como forma de cuidado

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sentir...

Para o nariz, sentir é perceber o mundo mais adiante do que a mão pode alcançar.

Ouvir é explorar mais longe ainda.

E ver, ah ver...é acariciar com os olhos o universo milhares de quilômetros ao redor.

Cada sentido fala o mundo para nós. Seu mundo E a harmonia se faz.

Cada sentido afasta um pouco mais além as fronteiras, tornando mais vasto, mais variado e mais rico o universo.

FRÉDÉRIC LEBOYER

Ao ler o primeiro relato da descrição dos alunos sobre a percepção da comunicação não-verbal deles com a criança, fiquei surpresa ao notar que eles não tiveram muita dificuldade para fazer o relato e percebi que os alunos tinham algo que considero um potencial latente para perceber a comunicação não-verbal. Este potencial pode decorrer do fato de que todo ser humano ao nascer já se comunica, inicialmente de forma não-verbal, só depois passando a usar outras formas de comunicação. Outro fator que pode ter contribuído é o conteúdo sobre comunicação ter sido aprendido em outras disciplinas, embora com uma ênfase maior na forma verbal. O grupo já havia lido sobre comunicação interpessoal; mas quando esse conteúdo é trabalhado, a vertente da comunicação verbal mantém-se sempre hegemônica e os aspectos da comunicação não-verbal limitados a um enfoque biologicista, na busca de dados que falem das alterações do estado físico do indivíduo.

Perceber o potencial que os alunos possuem e reconhecer que este, quando instigado, pode aumentar ou favorecer a sua interação com a criança, e que essa pode ser fomentada mais pela comunicação não-verbal que pela verbal, com um enfoque que, transcendendo o biologicista, vá em direção ao relacionamento interpessoal, levou-me a

considerar uma maneira de fazer enfermagem, mais do que a realização de uma série de procedimentos. Neste sentido, nossa proposta foi fomentar nos alunos a descoberta da necessidade de aprender a interagir com a criança hospitalizada, para tanto imprimindo uma ênfase maior à comunicação não-verbal. Essa constatação vem ao encontro dos pressupostos de Stefanelli (1993) usados no marco referencial de que o aluno de enfermagem tem possibilidade e potencialidade para adquirir capacidade de usar adequadamente a comunicação para cuidar do paciente, tornando cada uma de suas ações a mais efetiva possível, o que a referida autora denomina “competência interpessoal.”

Stefanelli (1993) afirma que a comunicação não-verbal é tão ou mais importante que a verbal, dependendo da situação. No cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, essa forma de comunicação deve ser aguçada, principalmente por alguns fatores, se considerarmos as diferenças apresentadas em relação às idades entre as crianças que estão internadas, o estágio do desenvolvimento psicomotor da criança, as formas como essas crianças reagem à hospitalização, muitas vezes com regressão, ou mesmo sendo relutantes em interagir com as pessoas da equipe, exigindo dessas uma competência interpessoal bem mais acentuada que em outros casos. Para Silva (1996), a forma não-verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.

Com observação aguçada, o aluno passa a ter maior percepção da comunicação não-verbal da criança hospitalizada, o que lhe proporciona um reconhecimento melhor das potencialidades e limitações da criança e das suas próprias, podendo apoiar a criança nesse reconhecimento e torná-la participante no seu cuidado. Segundo Stefanelli (1993), a enfermeira cuida para que o paciente se mova da dependência para a interdependência e

independência, isto é, precisa reconhecer as suas potencialidades e aceitar suas limitações, tornando-se participante ativo no seu cuidado.

Os alunos cuidaram para que seus pacientes se encaminhassem para independência, sem perder de vista que com a criança a independência não pode transcender ao limite psicomotor de cada uma, determinado pela idade, como aparece em alguns recortes dos relatos, mantendo a interdependência quando ela é necessária e saudável (Stefanelli, 1993).

1. PERCEBENDO O SIGNIFICADO DO MOVIMENTO CORPORAL

"ajudava-se, ajudando-me no banho, colocação de roupa, alimentação."

"não permite contato de imediato, só permite após comunicação verbal."

"indicava a saída do quarto... com os olhos indicava onde queria ir."

"criança calma e tranqüila enquanto estava no leito, não gostava de ficar no colo."

Os relatos acima apresentam algumas das formas pelas quais a criança faz suas solicitações, e maneiras de trabalhar limites com o outro. Muitas vezes são sutis, portanto, para serem percebidas e atendidas, é necessário que se tenha um senso de observação bem desenvolvido.

A percepção pode ser treinada a partir de estímulos que envolvam os diversos órgãos dos sentidos. Aguçando a capacidade e a eficiência da observação (Matheus et al., 1996). A observação é um ato humano, e certos fatores, como estado emocional, valores pessoais, envolvimento, interesse, pré-julgamentos, podem contribuir positiva ou

negativamente durante uma observação. A qualidade dos dados colhidos depende da habilidade que a pessoa tem para observar, o que exige atenção, sensibilidade, percepção e conhecimento do fenômeno (Cianciarullo, 1996).

Os sentidos podem ser usados para percebermos, enquanto seres humanos, com todas as nossas dimensões (física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual) que estamos constantemente sob o impacto do campo interacional vivenciado, segundo o conceito de ser humano de Stefanelli (1993). Todos os seres humanos têm os sentidos como base física, à qual a cultura dá estrutura e significado (Hall; 1986) e isto depende de sua bagagem de vida — seu repertório — que inclui processos interativos que ocorreram durante toda sua vida (Stefanelli, 1993).

O reconhecimento das potencialidades das crianças em perceber as condições que lhes são oferecidas para que façam por si o que podem, bem como suas limitações, não de uma forma reducionista mas para trabalhar com tudo o que elas podem fazer, sem ser restritiva nas limitações, ajudam-na a superar as dificuldades.

O estudo da comunicação deve conter a síntese de suas múltiplas determinações, isto é, a comunicação verbal e a não-verbal, seu contexto, seu momento histórico. No âmbito hospitalar, principalmente nas Unidades de Emergência, nem sempre conseguimos perceber todo o contexto onde se dá a interação, qual é a história de vida de determinadas crianças e quais as relações familiares que influenciam a comunicação com a criança hospitalizada. Estes aspectos precisam ser considerados pois segundo Birdwhistell (1970), nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta.

Alguns alunos perceberam a influência do seu estado emocional sobre o comportamento da criança, assim como na sua própria percepção. Quando os alunos estão tranquilos, eles conseguem ter uma melhor percepção do que ocorre; quando não, a sua

percepção diminui e as crianças se agitam; tal fato corrobora com a afirmação de Stefanelli (1993) de que a comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens, sendo que estas exercem influência nas pessoas, no momento em que o processo ocorre ou em momentos subsequentes e que só podem ser estudadas no contexto em que ocorrem.

Segundo Birdwhistell (1970), a atividade corporal visível, tal como a atividade acústica audível, influencia sistematicamente no comportamento de outros membros de qualquer grupo. Este autor é mais incisivo quando coloca a relação social como linha mestra para o comportamento corporal, afirmando que o movimento corporal sistemático das pessoas de uma comunidade é considerado uma função do sistema social a que o grupo pertence. Assim sendo, a sociedade só perdura se o sistema de comunicação corporal for assimilado por seus membros, em um determinado período de tempo. Em algumas sociedades o indivíduo que não assimila, será deixado morrer ou terá tratamento especial, que poderá ir do endeusamento à prisão.

A relação do homem com seu meio ambiente depende de seu sistema sensorial e da maneira como aquele vivenciou suas relações interpessoais. O homem julga a distância como conseqüência de inter-relações dos sentidos entre si e de acordo com a experiência passada (Hall, 1986). O significado das mensagens está diretamente relacionado com o contexto em que ocorre e com o grupo social a que pertence. O uso dos sentidos facilita a compreensão da comunicação não-verbal dos outros, tornando mais precisa a identificação de suas necessidades, assim como o atendimento das mesmas. Para tal, é importante compreender efetivamente a comunicação não-verbal (Silva, 1996). Perceber é traduzir um objeto em julgamento de percepção, isto é, interpretarmos aquilo de que tomamos consciência por meio dos sentidos (Day apud Silva, 1996).

Discutindo com os dados à luz das categorias primárias da análise proxêmica de Hall (1986), observou-se que os fatores que os alunos mais perceberam foram a postura, o eixo sociófugo - sociópeto, (a utilização deste pela criança), assim como a utilização do eixo sociópeto no relacionamento com a criança. O fator sexo em relação à distância mantida nas interações não foi percebido neste estudo. Em relação à postura, alguns alunos buscavam uma posição corporal para que pudessem ficar com o olhar na mesma altura do olhar da criança, tentando diminuir a relação de poder que se transmite quando se olha de cima para baixo ou mesmo em questão de posição na qual se encontram (Davis, 1979; Hall, 1986), buscando desta forma um eixo sociópeto que denota encorajamento da interação, como pode ser verificado em algumas falas a seguir.

2. O EIXO E A POSTURA CORPORAL NA RELAÇÃO

"A criança manteve-se sempre voltada para mim"

"ficava de frente e um pouco inclinada no leito."

"realizei os procedimentos de frente para o paciente."

"inclinando o corpo para frente ou abaixando ao nível da criança."

"girava o corpo e a cabeça para o lado contrário a mim."

"posição abaixada, na altura da criança."

"fiquei sentada ou agachada para ficar na altura dos olhos da criança."

O comportamento de contato foi percebido e utilizado em diversos momentos; o toque denominado instrumental, afetivo, intencional, acidental e de defesa foi percebido pelos alunos. Está presente nos relatos uma preocupação em observar a resposta da criança ao ser tocada. A sensação tátil é, de todas as sensações, aquela que é experimentada de modo mais pessoal. O toque pode ser distinguido entre ativo (tocar) e passivo (ser tocado), sendo que no primeiro ocorre uma exatidão bem maior desta sensação, que no toque passivo (Hall, 1986).

Nesse sentido, durante o desenvolvimento do cuidado os alunos se expressaram de diferentes maneiras, originando a categoria:

3. O TOQUE COMO FORMA DE APROXIMAÇÃO E/OU DEFESA

"houve contato físico intencional e afetivo com a criança."

"uso do toque acidental e proposital."

"toque intencional de defesa e afetivo." (criança)

"usei um toque como fator de aproximação."

"usa mãos, pés, o corpo todo para não ser manipulada em procedimentos."

"a criança suspirou e fechou os olhos quando eu toquei seu cenho."

"segurava a mão dele e dizia não, quando ele mexia no soro."

Ao se tocar um paciente, é importante que se observem suas reações, visto que há diferenças na aceitação do toque devido a inúmeros fatores que envolvem a sua interpretação (Davis, 1979; Silva 1996). Tanto para a enfermeira quanto para o paciente, o toque pode ter diversos significados: relaxamento, ansiedade ou apreensão. O toque instrumental é aquele que ocorre quando realizamos procedimentos técnicos para alterar padrões fisiológicos de um paciente (Bittes; Matheus, 1996). Pode ser analisado pelo tempo de duração, pelo local tocado; pela ação que é a velocidade com que nos aproximamos do outro quando vamos tocá-lo; pela intensidade da pressão que exercemos ao tocá-lo, pela frequência e pela sensação provocada, ou seja, o grau de conforto e / ou desconforto gerados pelo toque; que depende inclusive de diversos fatores individuais e culturais (Silva, 1996). O movimento de defesa ocorre quando o paciente se sente ameaçado em uma situação, no território ocupado ou até em relação ao seu próprio corpo (Carvalho apud Noda, 1995).

Pudemos constatar que o contato visual (o olhar) foi um dos eixos que nortearam o aprendizado do aluno sobre a comunicação não-verbal na interação com a criança, como pode ser constatado nos depoimentos seguintes:

4. O CÓDIGO VISUAL COMO FORMA DE INTERAÇÃO

"fixa o olhar no horizonte."

"parecia que ela não me via. . . parecia estar longe."

"mantinha contato direto com meus olhos fixando o olhar sempre."

"a criança evitava me olhar sempre."

"mantinha os olhos abaixados."

"acompanhava-me com seus olhos"

"olhando de frente"

O contato visual é o mais utilizado e percebido pelos alunos. Um olhar pode significar inúmeras mensagens tais como: interesse, desinteresse, desagrado. Um olhar pode punir, encorajar ou estabelecer domínio; outra função é regular o fluxo de conversação (Silva, 1996; Hall, 1986). Há muito mais na visão de que no ato de enxergar. Quando as pessoas enxergam uma imagem, essa desperta várias emoções. Assim, uma imagem antiga pode imediatamente levar alguém a lembrar de gestos ou coisas anteriormente guardadas, como um amor, um fato, a família (Figueiredo, 1995). O contato visual é que nos faz real e diretamente conscientes da presença do outro ser humano dotado de consciência e intenções próprias (Sartre apud Davis, 1979).

Os relatos dos alunos sobre o código térmico e o olfativo foram poucos. Assim como foram poucas as observações em relação a alterações fisiológicas (normalmente são as mais estimuladas, pela sua formação).

5. PERCEBENDO O CÓDIGO TÉRMICO E OLFATIVO

"percebi o código térmico e odor do paciente."

"extremidades frias."

Neste sentido é importante lembrar que em nossa formação profissional esses códigos são utilizados de forma bem limitada, quase sempre para fornecer indicações de alterações fisiológicas, como quando observamos se os pacientes apresentam hipertermia ou hipotermia. O código olfativo é usado para observação das eliminações e excretas, halitoses, ou odores considerados, na nossa cultura, desagradáveis. O olfato estimula, na enfermeira, sentimentos que comumente ela não expressaria verbalmente, porque em geral causam nojo e mal-estar, e estão ligados a odores nem sempre agradáveis, como: fezes, secreções, sangue, gases (Figueiredo, 1995).

Pela característica das atividades desenvolvidas no âmbito hospitalar, como procedimentos técnicos, banhos, entre outras coisas, muitas vezes ficamos no espaço íntimo do paciente. Segundo Hall (1986), na distância íntima ou na bolha íntima, os receptores mais aguçados são o olfato e a sensação de calor. Isto também acontece porque o olfato é um dos sentidos pouco desenvolvido ou percebido no processo de comunicação humana; embora seja um dos mais antigos e básicos métodos de comunicação.

Outro fator bastante observado foi o tom de voz, usado pela criança para conseguir alguma coisa e, pelos alunos, como forma de interagir com a criança, tanto afetiva como imperativa, trabalhando com os limites necessários à criança.

6. A PARALINGUAGEM COMO FORMA DE LIMITE E DE APROXIMAÇÃO

"voz mais aguda e cantada."

"usei o tom de voz alta."

"voz meiga, volume moderado".

"reage ao tom de voz"

"falava rispidamente com ele."

"tom de voz mais baixo, mais imperativo"

"no final da minha conversa com sua mãe começou a pronunciar segregados vogais (como se estivesse querendo chamar a atenção da mãe)."

No caso específico da criança, a paralinguagem é entendida como qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo. Não fazendo parte do sistema sonoro da língua usada, está relacionada ao desenvolvimento da capacidade de verbalizar da criança e as fases do seu desenvolvimento cognitivo. Os sinais, como grunhidos, suspiros, risos, entonação, velocidade e ritmo usados na expressão das palavras, demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito (Steiberg apud Silva, 1996). A paralinguagem é uma forma de enviar instrução sobre como a mensagem deve ser recebida.

Dentre os pontos que considero necessários lapidar com os alunos, estão as formas de descrever sua observação, evitando usar termos que contenham julgamento de valores. As descrições devem apresentar os dados observados, e só a partir delas, fazer as avaliações e inferências necessárias, evitando a adjetivação pura e simples. Tanto a adjetivação como o

juízo podem ser usados nos comentários do pesquisador, desde que estejam baseados em dados descritivos, pois essas análises serão feitas para subsidiar a assistência a ser prestada. O avaliar em enfermagem é um processo contínuo, realizado pela enfermeira através da observação e das respostas provenientes das interações do paciente / família / equipe, visando atender cada vez mais o paciente como um todo. A definição de critérios de avaliação ajuda a elucidar o papel do enfermeiro e leva à identificação de um corpo de conhecimentos específicos da Enfermagem (Zanei et al., 1996). Alguns relatos apresentavam apenas adjetivações, faltando a descrição do fato no qual estava baseada a inferência.

7. BUSCANDO O SENTIDO DOS SENTIMENTOS NAS COMUNICAÇÕES

"olha para as pessoas com certa desconfiança"

"muito apegada à sua mãe."

"gosta de ser acariciada"

"tem uma face serena"

"manhoso"

"olhar suplicante"

"olhar triste, manhoso e choroso"

Os relatos apresentam os sentimentos percebidos durante a interação e, nesse sentido, é necessário discernir os conceitos de empatia e simpatia. Para Goleman (1995) a

empatia é a capacidade de perceber a experiência subjetiva de outra pessoa; é uma palavra distinta de simpatia, algo que sentimos pelo que o outro está vivenciando, sem contudo, colocar-se no lugar dele. Para Silva (1996), empatia é a capacidade de tentarmos perceber o mundo e as coisas da mesma forma que o outro, sem perder a própria identidade. A diferenciação entre empatia e simpatia são fundamentais para que se compreenda o mundo do outro e se possa oferecer uma assistência individualizada, respeitando as crenças, os valores e a cultura (Stefanelli, 1993). Uma explicação rudimentar seria dizer que empatia é entender por que o paciente está ansioso, e simpatia seria ficar ansioso juntamente com o paciente. Segundo Ferreira (1995) simpatia é a atração que uma pessoa, coisa ou idéia exerce sobre alguém.

A empatia é alimentada pelo autoconhecimento; quanto mais conscientes estivermos acerca de nossas próprias emoções, mais facilmente poderemos entender o sentimento alheio. A chave para entendermos os sentimentos dos outros está em nossa capacidade de interpretar canais não-verbais: tom de voz, gestos, expressões faciais e outros sinais (Goleman, 1995). Muitas das distorções da comunicação ocorrem basicamente devido ao fato de nenhuma das duas partes estar consciente de que cada uma delas habita um mundo perceptivo distinto (Hall, 1986). Alguns sentimentos percebidos pelos alunos perpassam mais pelo sentimento de simpatia do que o de empatia propriamente dito, principalmente porque a percepção através dos sentidos traz à tona fatos passados, sentimentos vivenciados.

8. A PERCEPÇÃO DA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO OUTRO

“talvez raiva.”

“olhar era interrogativo e de medo.”

“olhou-me com medo.”

“percebi sensação de medo, alegria, fome, solidão, cuida bem de mim.”

“pais estavam extremamente ansiosos.”

“como se estivesse me culpando de algo”

Na situação de crise, vemos a ajuda como oferecimento de oportunidade à criança para que expresse seus sentimentos a respeito de experiências traumáticas, como a ansiedade, a raiva, a hostilidade. Ao fazê-lo poderá reelaborar a forma de viver essas situações, voltando ao seu nível anterior de desenvolvimento psicossocial e intelectual (Sadala; Antônio, 1995).

Nas suas observações, os alunos perceberam que algumas crianças reagiam ao uso das roupas brancas, como se fosse um código, e que este elemento interferia no relacionamento do cuidador com a criança, assim como associam o berço a um espaço delimitado, seu território. O território é, em todas as acepções da palavra, uma extensão do organismo marcado por signos visuais, vocais, olfativos (Hall, 1986). A invasão no espaço pessoal de alguém pode provocar reações como afastamento, mudanças na orientação do corpo, mudanças corporais (Silva, 1996).

9. A RESPOSTA DA CRIANÇA EM FACE AO OUTRO

“reagia com a cabeça e o olhar quando ouvia o som da grade sendo abaixada...”

"associava a grade da cama como barreira protetora; tensionava pescoço e ombro quando era abaixada e relaxava quando era erguida."

Algumas dessas falas, apesar de conter termos subjetivos, evidenciam a percepção do não-verbal.

"ficou menos agitada na presença da mãe."

"mais queixosa quando estava perto do horário da mãe ir embora."

"Quando alguém de branco se aproximava o olhar ficava fixo e começava a murmurar".

Em diversos momentos, os alunos relatam que as crianças ficaram mais tranquilas com a presença dos pais. Existem diversos trabalhos que retratam a importância da presença de uma pessoa significativa para ficar com ela durante a hospitalização, evitando os transtornos causados pela separação, e minimizando as reações de rejeição ao ambiente estranho. As crianças hospitalizadas sem a presença da mãe ou de uma pessoa substituta, apresentam alterações de comportamento referentes ao ritmo de desenvolvimento das habilidades psicomotoras e das interações sociais e afetivas (Farias, 1988). A característica marcante da reação de separação é observada na resposta de angústia das crianças quando são afastadas dos cuidados maternos, de todas as demais figuras significativas e também ambiente estranho, incluindo uma sucessão de pessoas desconhecidas (D'Andrea apud Farias, 1988).

As enfermeiras devem estar atentas às reações não-verbais do paciente, pois fornecem informações mais fidedignas que as verbais para a compreensão da mensagem emitida pelo paciente (Stefanelli, 1993), assim como foi relatado pelos alunos.

10. UMA VISÃO MAIS HOLÍSTICA DO CUIDADO

Quando um aluno diz:

“pude avaliar não só fisicamente o paciente mas até mesmo psicológica e emocionalmente”,

percebe-se que ele pode ir além das questões puramente biológicas e objetivas; pode ver o ser humano em todas as suas dimensões e, dessa forma, ter uma visão holística do cuidado à esta criança.

Os alunos relatam que percebem sua influência no modo de ser da criança; percebem-se não como alguém que realiza cuidados, mas alguém que realmente “está ali”, e cuja presença faz a diferença, pois vai além do cuidado puramente técnico; ajuda a criança a vivenciar a hospitalização de forma menos sofrida.

11. A INTER-RELAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO COM A PRÁTICA

“aproximadamente 1 metro quando conversava com a criança e menor que 0,5 metro nos procedimentos.”

Os alunos utilizaram alguns livros e artigos sobre o tema para subsidiar a entrada em campo, além do conteúdo adquirido nas disciplinas anteriores e na atual, sem nenhuma alteração específica para esse trabalho. O que observei foi que tinham um potencial de observação inicial, simplesmente com o estímulo para participar do trabalho. No decorrer da trajetória notei um desenvolvimento nos relatos, quando começaram a surgir termos do conteúdo lido, como a noção de distância que utilizaram para interagir com a criança, ou mesmo uma descrição mais detalhada da expressão facial.

Um aspecto que merece ser considerado foi que, embora tivesse sido solicitada a observação da comunicação não-verbal da criança e a sua própria, no final do estágio os alunos relataram que se surpreendiam observando os colegas, outros profissionais, professora, inclusive a interação da criança com a mãe e com outros pacientes, mostrando que o estímulo dado não ficou circunscrito a um determinado âmbito, mas passou a tomar novas dimensões à medida que os alunos conseguiam alcançar um patamar a mais na caminhada. A amplitude da visão expande para outros horizontes. Esse fato confirma a afirmação de Stefanelli (1993): de que a comunicação é um estilo de vida, ou seja, quando se desenvolve uma forma de relacionamento, ela não se torna pontual, mas começa a ser cada vez mais abrangente e integrada ao repertório da pessoa nas relações com outras pessoas. O aluno começa a perceber o outro, a si próprio e, conseqüentemente, o meio como um todo; num primeiro momento, apenas quando e onde foi solicitado, depois deixa de lado a delimitação e passa a incorporar a nova percepção ao seu cotidiano

Outro ponto a ser trabalhado é o uso “estereotipado” do sorriso. Nas discussões os alunos expressaram uma necessidade premente de estar sorrindo sempre que fossem atender à criança, como se tivessem que usar máscaras, negando desta forma todo o conteúdo que

apresenta a comunicação não-verbal como forma de emitir os sentimentos. Tentavam, talvez, não deixar transparecer seus medos e angústias à criança, embora o sorriso em si não consiga garantir uma mensagem de alegria, mesmo quando autêntico.

12. A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE CUIDADO

Os alunos, em diversos relatos, apresentar formas de interagir com a criança durante os procedimentos técnicos ou mesmo fora deles. Para que estas interações se tornassem efetivas, usaram a expressão facial, o olhar, o toque, a paralinguagem, o eixo e a postura; muitas vezes, fizeram-no por meio da comunicação verbal, de forma consciente. É importante ressaltar que muitas dessas crianças estavam na faixa etária em que ainda não se tem a capacidade de verbalização organizada; mesmo as que já falavam apresentavam certa dificuldade de verbalizar por estarem em ambiente estranho. Muitas vezes entre as dificuldades estava a validação dos significados das mensagens. Douglass (1989) relata um caso real do uso da comunicação não-verbal para a prática da enfermagem: sua experiência com uma criança estrangeira que tinha dificuldades de comunicação, sendo que o tratamento necessário estava prejudicado pela dificuldade da equipe de saúde em interagir com a criança. Para ter uma interação efetiva, ela utilizou a comunicação não-verbal: a expressão facial, fatores proxêmicos como espacialidade e territorialidade, a paralinguagem e o toque. Utilizando essa estratégia conseguiu comunicar-se efetivamente com a criança que, embora já tivesse o desenvolvimento da fala elaborado, não conseguia verbalizar, pois existia uma barreira cultural: a criança estava hospitalizada em um país que falava um idioma diferente do seu país de origem.

Quando o enfermeiro se relaciona com o cliente, esse encontro se dá por meio da voz, gestos, palavras, pausa, respiração, olhar, toque, silêncio, olfato, lágrimas. Todos esses elementos nada mais são do que manifestações do corpo, ou seja, a forma de interagir com o mundo. Nessa relação o corpo entra como meio pelo qual se pode restabelecer uma relação

vivencial, transcendendo a mera observação objetiva e impessoal do gesto do sujeito, que o torna mais um objeto de investigação e cuidado (Figueiredo, 1995).

Todas as técnicas utilizadas pelas alunas foram no sentido de buscar uma interação efetiva com o paciente e, para tal, usaram o ouvir reflexivamente mediante todos os sentidos: audição, visão, tato, olfato, gestos, não se detendo só à audição, o que ocorre comumente para compreender melhor as mensagens do paciente. Ouvir reflexivamente demonstra um esforço voluntário para compreender a mensagem do outro. Stefanelli (1993) afirma que o sucesso do relacionamento entre enfermeiro e paciente depende da habilidade de saber ouvir, e que o não-verbal durante o saber ouvir é tão importante quanto o que está sendo dito. É nesse saber ouvir, ressaltado, que se encontra a importância de usar todos os sentidos, ou melhor, de saber perceber o mundo com todos os canais sensoriais, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza (Birdwhistell, 1970).

A importância do enfoque não-verbal na interação ocorre, principalmente tendo em vista as situações vivenciadas pelas crianças durante a hospitalização como: ambiente estranho e separação dos pais, além das referentes a idade ou fase do desenvolvimento psicomotor. Este favorece a comunicação paciente / enfermeira e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos da Enfermagem, ajudando o profissional a tornar-se mais consciente do que está fazendo, e assim tornar esse encontro mais humano. Segundo Stefanelli (1993), a comunicação, o enfermeiro e o paciente formam o tripé que permite a excelência do cuidado de enfermagem.

Segundo Mayeroff (1971), cuidar é ajudar o outro a crescer. É ajudar a outra pessoa a cuidar de si mesma, mediante o reconhecimento da sua própria necessidade de cuidar; crescer inclui aprender até o limite de nossa capacidade. Para cuidar de alguém devo conhecer quem é o outro, quais são suas capacidades, limitações e necessidades, pois constituem o que

conduz o seu crescimento; preciso saber como responder as suas necessidades e, também, quais são minhas capacidades e limitações.

Mayeroff (1971) afirma não ser o bastante querer cuidar do outro e desejar seu crescimento; é preciso ser capaz de ajudá-lo a crescer. Isso corrobora o referencial utilizado para esse estudo; o aluno tem potencialidade para adquirir a competência interpessoal para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, e que aquela deve ser estimulada.

Waldow (1995) ressalta a importância de se assistir o indivíduo por meio do cuidado e que este é um processo de aprendizagem mútua, uma vez que se estabelece um compromisso entre enfermeiro e paciente, e que o resultado desse cuidado depende de como se inicia essa relação de cuidar, ou seja, o relacionamento entre pessoas num comportamento de cuidado.

Morse (1990) analisa a literatura sobre cuidado e o agrupa em 5 categorias: cuidado como característica humana; cuidado como imperativo moral; cuidado como afeto; cuidado como relacionamento interpessoal e cuidado como intervenção terapêutica. Todas essas categorias foram pontuadas nesse estudo, ressaltando-se o cuidado como relacionamento interpessoal. Seus autores acreditam que nessa interação ambos, enfermeiro / paciente, definem e expressam o cuidado, e que este abarca tanto o sentimento como o comportamento ocorrido no relacionamento (Horner apud Morse, 1990). Outra categoria relevante nesse trabalho foi o cuidado como intervenção terapêutica, no qual as ações devem ser específicas, tais como: ouvir atentivamente e ensinar o paciente; defendê-lo; tocá-lo; estar presente e ter competência técnica (Morse, 1990). Para Collière (1989), oferecer cuidado significa ouvir o paciente, ter tempo para reflexão e ação, expressar sentimentos, construir e avaliar projetos de cuidado com o paciente e a família segundo suas crenças e valores. Segundo Waldow (1998) um dos

componentes importante do cuidado humano é o estar presente de forma plena e total com o ser que necessita de cuidado.

A partir do agrupamento das categorias emergidas dos discursos, podemos destacar a comunicação não-verbal :

como interação

como conhecimento

como percepção

como visão

como resposta

como busca dos sentidos

como aproximação e defesa

em síntese, como “**cuidado**”

Dessa forma, considero a *comunicação não-verbal como forma de cuidado* a categoria síntese desse trabalho, haja vista todos os discursos analisados convergirem no intuito de ajudar o outro a crescer de forma mútua e, como afirma Stefanelli (1993), fazendo com que o paciente se mova da dependência para independência possível, reconhecendo suas potencialidades e limitações.

A figura 1 ilustra graficamente o processo de cuidar apresentado nesse trabalho; os espirais demonstram o elo entre o aluno (cuidador) e criança hospitalizada (quem é cuidada). Estes representam a inter-relação da comunicação e do cuidado, é desenvolvidos quando o aluno adquire competência interpessoal, e conseqüentemente, torna a enfermagem mais humanizada.

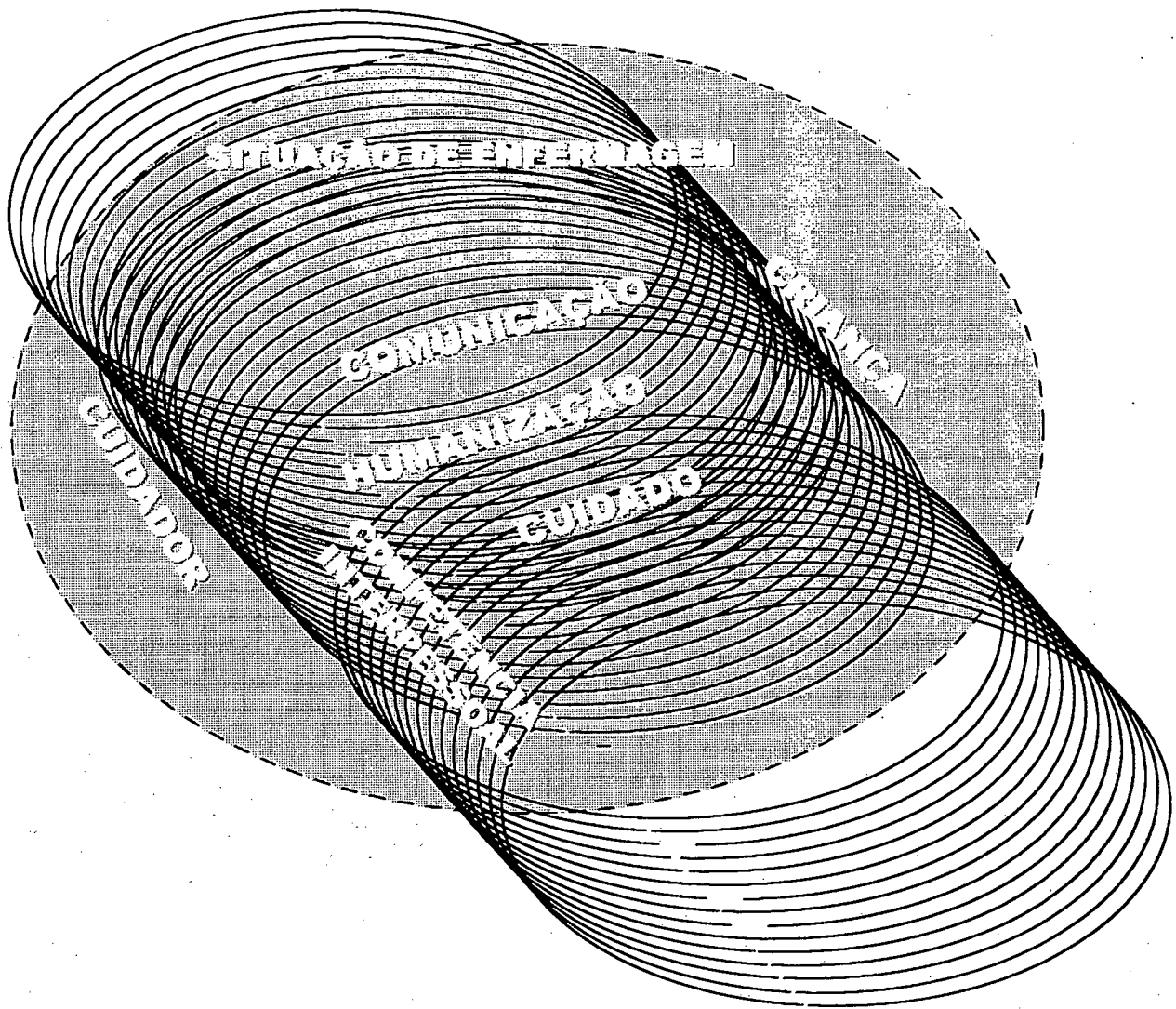


FIGURA 1 Representação gráfica do processo de cuidar da criança hospitalizada

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nutrir a criança?

Sim.

Mas não só com o leite.

É preciso pegá-la no colo.

É preciso acariciá-la, embalá-la.

É necessário conversar com sua pele,

que têm sede e fome,

como sua barriga.

FRÉDÉRICK LEBOYER

O desenvolvimento desse trabalho possibilitou reafirmar os pressupostos utilizados, principalmente de que o aluno de Enfermagem tem possibilidade e potencialidade para adquirir capacidade em usar adequadamente a comunicação, tornando suas ações mais efetivas. Considero ter conseguido despertar nos alunos de graduação a importância de seu desenvolvimento na competência interpessoal, para que possam ir além da percepção da importância da comunicação e utilizá-la como forma de cuidar.

É importante que seja ressaltada a necessidade relatada pelos alunos de ter essa sensibilização inicialmente com adultos, para que num segundo momento possam interagir com crianças (assim como ocorre normalmente nas disciplinas), haja vista que o contato das alunas com a criança hospitalizada para prestar cuidado de enfermagem normalmente está envolto em uma certa ansiedade, como relata Sadala; Antônio (1995). em trabalho sobre interação de alunos com crianças hospitalizadas. Os autores registram que estes se percebem com um alto nível de ansiedade, receosos de não saberem lidar com a criança.

Esse reaprender a nos vemos enquanto seres humanos, que interage de outras formas que não somente a verbal, deve ser expandido tanto quanto possível, principalmente

junto ao grupo que interatua com os alunos, em especial os docentes. Dessa maneira, amplia-se o campo no qual o aluno vivencia essas questões, saindo de um espaço privilegiado e estanque de uma disciplina, para desenvolvimento processual dentro de um todo contextualizado.

É necessário criar formas de sensibilizar os docentes da importância da comunicação no processo de cuidar, e que este é um elemento essencial para que possamos desenvolver uma enfermagem humanizada. Entretanto, além de embasar os docentes, também é de relevância que esse conteúdo seja contemplado nos currículos tanto de graduação, como das especializações, de forma a torná-la um elemento que permeie o fazer da enfermagem de maneira a transformar a relação enfermeiro-paciente numa relação de cuidado onde existe uma comunicação efetiva.

Um aspecto que foi estudado e necessita de aprofundamento é a percepção do aluno em relação à sua própria comunicação não-verbal, um tema pouco estudado. Se pensarmos que em uma interação estão envolvidas duas pessoas e dois mundos diferentes, tanto a percepção da criança como a do próprio aluno tornam-se importantes para que se concretize o encontro efetivo e, desse, o cuidado eficaz, considerando que o resultado esperado só ocorre quando nos tornamos presença, isto só é possível quando percebermos o outro e a nós mesmos. Isso mostra ser necessária a implementação de pesquisas nessa área.

Em relação aos instrumentos, tanto a folha de relato diário como o roteiro de observação são necessários, porém limitantes, e acabam em parte direcionando as descrições. Como acredito que os instrumentos são importantes na sensibilização dos alunos quanto à comunicação não-verbal, a folha de registro diário deve ser elaborada com um espaço apenas para descrever a comunicação não-verbal decorrente da interação do aluno com a criança, em vez de um espaço para a descrição da criança e outro espaço para a do observador.

Além disso, há necessidade de acrescentar um espaço específico para dados pessoais de identificação da criança e manter o espaço para anotar o estado emocional do observador, haja vista que uma das funções da comunicação não-verbal é a demonstração de sentimentos e o aluno precisa estar atento para sua comunicação não-verbal na expressão das emoções, muitas vezes inconscientes (Sundeen, 1989; Silva, 1996; Hall, 1986; Davis, 1979), principalmente se lembrarmos que a comunicação é um processo recíproco, pela qual o aluno não só percebe a comunicação não-verbal mas também a emite, muitas vezes não tendo consciência disso.

O meu desenvolvimento na disciplina de Prática Assistencial foi fator que auxiliou a rever o processo de ensino—aprendizagem pois, em cada depoimento desvelado nos relatos dos alunos, pude perceber o quanto podemos caminhar na trajetória da docência em busca de um sonho: um cuidado de enfermagem compartilhado com a criança hospitalizada. Outro fator citado pelos alunos foi a busca de novas formas de interação que pudessem atender à fase de desenvolvimento da criança tentando, assim, uma comunicação efetiva.

Nesse mergulho busquei me encontrar enquanto ser que interage, como comunicador por excelência e, conseqüentemente, que percebe o outro. Nessa reflexão, pude trazer à tona o meu fazer enquanto docente, utilizando para tanto o referencial teórico da comunicação interpessoal e, nesse processo, repensar a renovação do fazer, do ser humano, e do ser-presença numa situação de enfermagem.

Nessa caminhada os alunos perpassaram por uma trajetória na qual tinham como propósito cuidar com intenção de ouvir o outro, interagir, enfim de ser presença; refletiram sobre essa interação, sobre esse cuidado, teorizaram sobre o tema e retornaram à situação de enfermagem com a criança hospitalizada.

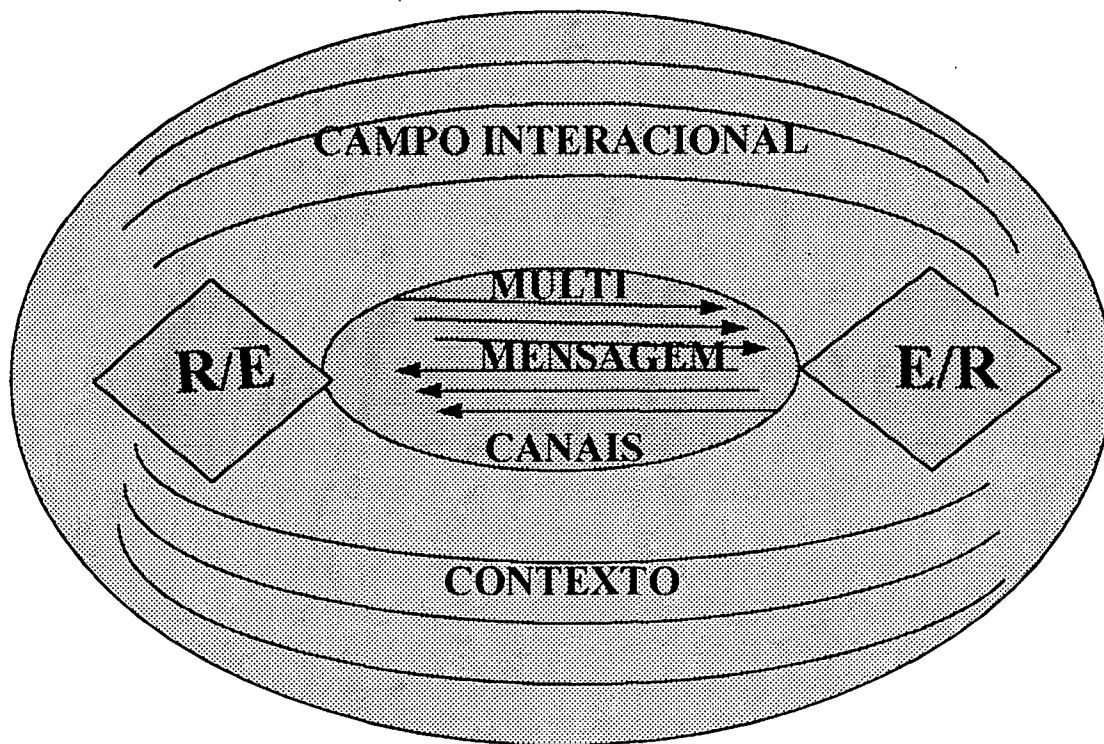


Figura 1 **Representação gráfica do processo de comunicação, como visto pela autora deste trabalho.**

Constato agora que, para que este sonho seja viável, é imprescindível um re-pensar diário de minha própria prática, o que significa perceber e demarcar a existência do que chamo de “espaços livres a serem preenchidos”. O sonho possível tem a ver com os limites destes espaços e estes limites são históricos (Freire, 1982). A educação aspira ser livre, criativa e inovadora e acaba, afinal, tendo que ser “sistema”, sendo que uma aponta para a luta entre todas as possibilidades de pensar, criar e praticar este ato simples, que é transmitir o saber entre as pessoas, e o outro aponta para posições liminares dentro de uma ordem estabelecida, onde o homem testa e retesta os limites e os valores do seu mundo (Brandão, 1982).

7. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Persona, 1970.
- BITTES JR. A; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- BIRDWHISTELL, R.L. **Kinesis and context**. Philadelphia : Press, 1970.
- BRANDÃO, C. R. et al. Refletir, discutir e propor: As dimensões intelectuais que há no educador. In: _____. **O Educador: vida e morte**. Rio de Janeiro : Graal, 1982.
- CHINN, P; KRAMER, M. J. **Theory and nursing: a systematic approach**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- CIANCIARULLO, T. I. Os instrumentos básicos no desenvolvimento do processo cuidativo. In : _____. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros, 1989.
- DAVIS, F. **Comunicação não-verbal**. São Paulo : Summus, 1979.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1995.
- DOUGLASS, T. A real case for non-verbal communication in nursing practice. **Washington Nurse**, v. 19, n. 10 , p 12 - 14, Nov./ Dec. 1989.
- DULDT, B.W; GIFFIN,K; PATTON, B. R. Nonverbal messages. In: _____. **Interpersonal communication in nursing**. Philadelphia : Davis, 1984.
- FARIAS, F. L. R. Alterações comportamentais ocasionadas pela separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. **Revista Brasileira Enfermagem** Brasília, v. 41, n.2, p. 107-112, Abr. / Jun. 1988.

- FIGUEREDO, N. M. A. O sentido dos SENTIDOS do CORPO da Enfermeira no ato de CUIDAR: O que é e o que não é subjetivo nesta ação: representações de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem UFRJ**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3-9, Maio, 1995.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995
- FREIRE, P. Educação: O sonho possível. In: BRANDÃO, C.R. et al. **O Educador: vida e morte**. Rio de Janeiro : Graal, 1982.
- GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro : Objetiva, 1995.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis : Vozes, 1994
- HALL, E. **A dimensão oculta**. Rio de Janeiro : Francisco, 1986.
- KLAUS, M. H.; KENNELL, J.H. Parto, nascimento e formação de apego In: _____ **Pais e bebê - a formação do apego**. Porto alegre : Artes Médicas, 1993.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986.
- MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro : Rocco, 1984.
- MALDONADO, M. T. **Histórias da vida inteira**. São Paulo: Saraiva, 1994.
- MATHEUS, M. C. C.; FUGITA, R. M. I.; SÁ, A. C. Observação em Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- MAYROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo** Rio de Janeiro: Record, 1995.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec - ABRASCO, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96 Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out., 1996.
- MORSE, J. M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**. V.13, n.1, p.1 - 14, 1990

NODA, K. S.; POLTRONIERI, M. J. A.; SILVA, M. J. P. Análise de fatores proxêmicos em situação de pós—operatório. In : II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, **Anais** São Paulo, julho, 1995.

OLIVEIRA, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 326 - 332, Jul. / Set., 1993.

PATERSON, J.; ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. New York : John Willey, 1988.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. 5. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1989.

SADALA, M.L.A.; ANTÔNIO, A.L.O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Revista Latino - Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto,-v.3, n.2, p. 93-106, julho, 1995.

SILVA, M.J.P. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não—verbal dos pacientes**. São Paulo, 1989. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de São Paulo.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo : Gente, 1996.

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

SUNDEEN, S. J. ; STUART, G. W. ; RANKIN, E. D. ; COHEN, S. A **Communication nurse-client interaction: implementing the nurse process**. Saint Louis: Mosby, 1989.

WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In WALDOW, V.R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998

ZANEI S. S. V. et al. Avaliação - Um instrumento básico de Enfermagem. In : CIANCIARULLO, T .I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo : Atheneu, 1996.

8 . ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____

concordo em participar do estudo realizado pela mestranda Verônica de Azevedo Mazza sobre a comunicação-não verbal da criança hospitalizada, sendo que, a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo, posso desistir, sem prejuízo no meu desenvolvimento na disciplina: "Assistência de Enfermagem à saúde da criança e do adolescente".

Sei que os benefícios em decorrência da minha participação neste trabalho serão subjetivos e pessoais, e estou consciente de que não obterei benefícios nem ônus financeiros advindos do mesmo.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta do trabalho, os passos a serem desenvolvidos e ter minhas dúvidas esclarecidas.

Concordo em participar do estudo

sim

não

Concordo em usar gravador, desde que mantido sigilo e anonimato do conteúdo das fitas que serão transcritos pela autora.

sim

não

Curitiba ____ de _____ 1997.

ANEXO 2

FOLHA DE RELATO DIÁRIO

<p>DESCRIÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DA CRIANÇA</p>	<p>ANOTAÇÕES DO OBSERVADO</p>
<p>DESCRIÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DO OBSERVADOR</p>	<p>ANOTAÇÕES DO OBSERVADO</p>

ANEXO 3

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO	
Estado da criança : brincando, andando, com soro, equipamentos.	
CINÉSICA	PROXÊMICA
Código visual - olho: contato do olho: direto, ausência de contato, fixa o olhar - face: sorriso, sobrancelha, cenho, boca movimento de cabeça, braços, mãos, pernas hiperativo, hipotivo movimentos repetitivos	Uso do espaço contato acidental, ausência de contato, toque distância entre as pessoas posição (de pé, sentado, deitado) de frente, de costas, em relação a outra pessoa Ambiente aparência física, objetos, pessoas Código olfativo: odor percebido Código térmico: calor percebido
PARALINGUAGEM	FUNÇÕES CORPORAIS
- tom de voz: ritmo, voz descontrada ou vigorosa - volume de voz: segregados vocais : hum, hem, pausas, risos, choros, gritos, bocejos, arrotos	recusa alimentação, está sempre se alimentando dorme quase todo o tempo, não consegue dormir, alterações do padrão de eliminações esperado para o seu desenvolvimento
Estado do observador	