

*CUIDADO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO  
NÃO SE RELACIONA AO PROCESSO  
DE COMUNICAÇÃO ADOTADO  
PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE*

Graciela de Brum Palmeiras<sup>1</sup>

Adriano Pasqualotti<sup>2</sup>

Marlene Teda Pelzer<sup>3</sup>

resumo

Introdução: a comunicação é um instrumento importante para o processo do cuidado de pessoa idosa institucionalizada. O uso das tecnologias assistivas pode estabelecer a comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde e a pessoa idosa. Objetivo: avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso de tecnologia assistiva para comunicação alternativa. Método: estudo misto de cunho descritivo-analítico. Participaram 178 profissionais que compõem as equipes interdisciplinares de saúde de 19 instituições de longa permanência para idosos. A comunicação não verbal

---

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: [gracielabrum@upf.br](mailto:gracielabrum@upf.br).

2 Matemático. Doutor em Informática na Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: [pasqualotti@upf.br](mailto:pasqualotti@upf.br).

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (UFRGS). E-mail: [pmarleneteda@yahoo.com.br](mailto:pmarleneteda@yahoo.com.br).

foi avaliada a partir do processo de cuidado, da percepção sobre saúde e conhecimento sobre geriatria e gerontologia. Resultados: o constructo de comunicação não verbal e cuidado contemplou os componentes de conscienciosidade, viver e envelhecer, formação e atuação da equipe interdisciplinar. O processo de comunicação não verbal efetuado por meio da tecnologia assistiva se relacionou ao grau de conhecimento de geriatria e gerontologia constituído pela equipe interdisciplinar. Conclusão: o cuidado humanizado ao idoso residente em instituição de longa permanência não se relaciona ao processo de comunicação não verbal efetuado pela equipe interdisciplinar. O profissional busca alternativas para efetuar a comunicação não verbal com o idoso institucionalizado se ocorrer a integralização de um conjunto de fatores.

palavras-chave

Instituição de longa permanência para idosos. Comunicação não verbal. Equipe de assistência ao paciente. Idoso. Geriatria.

## 1 Introdução

A definição de comunicação não verbal foi considerada a partir de três principais dimensões: a) processo de cuidado; b) percepção sobre saúde; c) conhecimento sobre geriatria e gerontologia. A comunicação é entendida como o intercâmbio compreensivo de significação; deve haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004; RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

A comunicação é uma necessidade básica e imprescindível para o processo de realização do cuidado (BANDEIRA; FARIA; ARAÚJO, 2011). É considerada fundamental em todas as ações dos profissionais de saúde, independentemente de sua área de formação básica, enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, entre outras (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007). A comunicação pode ser verbal ou não verbal e mediada; a comunicação verbal está associada às palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada; a comunicação não verbal ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto o uso das palavras (BETTINELLI; TOURINHO FILHO; CAPOANI, 2008). A comunicação não verbal qualifica a interação humana, transmite sentimentos, emoções e qualidades, permite ao indivíduo perceber e compreender o significado das palavras, e, além disso, compreender os sentimentos do interlocutor (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA,

2007). A comunicação não verbal é entendida como ações ou processos que têm significado para as pessoas, exceto a expressão verbal, é classificada: paralinguagem (modalidades da voz), proxêmica (uso do espaço pelo homem), tacética (linguagem do toque), características físicas (forma e aparência do corpo), fatores do meio ambiente (disposição dos objetos no espaço) e cinésica (linguagem do corpo) (SILVA, 2006).

Quando uma pessoa fica impedida temporariamente ou de maneira definitiva de se comunicar pela fala, ela precisa de uma forma alternativa para desempenhar essa função. Pode-se utilizar a linguagem de sinais ou gestos e leitura labial, é válido incluir papel e lápis, quadros de figuras ou de letras (JOHNSON, 2007). O desenvolvimento ineficaz da comunicação verbal entre os profissionais de saúde e os pacientes impossibilitados de falar é uma problemática bastante vivenciada no CTI. A tecnologia no ambiente do CTI é complexa e utilizada a favor da manutenção da vida, mas vista, muitas vezes, como fator de distanciamento sob o jugo mecanicismo entre paciente e equipe de cuidados. Esta problemática pode dificultar o relacionamento do paciente com a equipe de saúde, podendo gerar resultados inesperados (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007). Essa é uma situação difícil para todos os envolvidos, gerando ansiedade, irritação e frustração tanto para o paciente como para os profissionais de saúde.

É por meio da comunicação que o paciente exterioriza seus sentimentos e necessidades, interage com os profissionais de saúde facilitando a identificação de sinais e sintomas, problemas ou desconfortos físicos (GOMES *et al.*, 2016). Dentre as alterações consideradas como parte do processo de envelhecimento, destacam-se os distúrbios fonoaudiológicos (VILANOVA; ALMEIDA; GOU-LART, 2015). A voz humana é acometida com o passar dos anos. A deterioração vocal do idoso é bem típica e tem um grande impacto (MENEZES; VICENTE, 2007). Em idosos institucionalizados, a afasia é o transtorno de linguagem de maior prevalência em relação à fala, enquanto a disartria é o acometimento mais encontrado. Esses e outros prejuízos na comunicação, na linguagem expressiva e/ou compreensiva, causam isolamento social dessa população, ocasionando mudanças na vida social que, quando agravadas, provocam estresse e depressão, tornando-os mais suscetíveis às doenças (COMIOTTO; KAPPAUN; CESA, 2016).

O uso de tecnologias assistivas tem auxiliado a expansão dos serviços de saúde em áreas mais carentes, melhorado a eficiência dos profissionais da saúde e qualificado o serviço prestado (WEST, 2012; BUNTIN *et al.*, 2011). O aumento da presença das tecnologias no ambiente doméstico influencia de forma positiva as relações sociais de pessoas idosas (AZEVEDO, 2016).

Dentro do arsenal das várias tecnologias existentes, a tecnologia assistiva é identificada como sendo todos os recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e, conseqüentemente, promover vida independente e inclusão (BERSCH; TONOLLI, 2006). O conceito desenvolvido pelo *American with Disabilities Act* (ADA) para tecnologia assistiva é: “uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas funcionais encontrados pelos indivíduos com deficiências” (COOK; HUSSEY, 1995, p. 5). A tecnologia assistiva deve ser compreendida como uma ferramenta que promova a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou que permita a realização da função desejada e que se encontre impedida por circunstância de deficiência ou pelo envelhecimento (BERSCH, 2017). A tecnologia assistiva é qualquer produto, instrumento, estratégia, serviço e prática, utilizados por pessoas com deficiência e idosos, produzida para prevenir, compensar, aliviar ou neutralizar uma deficiência, incapacidade ou desvantagem; e melhorar a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos (COOK; HUSSEY, 1995; GUIMARÃES; CARVALHO; PAGLIUCA, 2015).

Os profissionais de saúde empregam vários métodos para que seja efetuada a comunicação. Em relação ao idoso institucionalizado, acredita-se que a equipe interdisciplinar de saúde deve buscar processos instrucionais para encontrar uma maneira que torne o cuidado mais humanizado. Atuando como facilitador da promoção do bem-estar biopsicossocial, espiritual e emocional do idoso impossibilitado de se comunicar verbalmente, conduzindo-o para formas mais adequadas de enfrentamento do processo de institucionalização. Os profissionais de saúde têm o compromisso de contribuir para o aprimoramento das condições de viver e ser saudável, buscando uma melhor qualidade de vida para todas as pessoas sob sua responsabilidade. A inclusão de novas tecnologias pode causar novas demandas; aumenta a intensidade do trabalho exige a interdisciplinaridade de ação entre os profissionais com especialidades de diversas e complementares áreas do conhecimento. Por outro lado, podem contribuir diretamente também com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado (CARGNIN *et al.*, 2016).

## 2 Objetivo

Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre geriatria e gerontologia e tecnologia assistiva para comunicação alternativa.

## 3 Métodos

### 3.1 Amostra e coleta de dados

Pesquisou-se uma amostra aleatória simples representativa dos profissionais de equipes interdisciplinares que trabalham em instituições de longa permanência para idosos do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. As instituições que participaram da pesquisa assinaram uma carta de anuência para a coleta dos dados. A pesquisa atende a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos aspectos éticos de sigilo, anonimato e respeito aos valores do participante (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. O projeto foi aprovado pelo comitê sob o parecer 121/2018. A mostra foi composta por 178 profissionais que atuam em 19 instituições legalmente constituídas no município investigado. Os questionários foram autorrespondidos pelos profissionais durante o período de julho a setembro de 2018. Para todos os participantes, foram-lhes garantidas a confidencialidade e o anonimato de sua participação. Todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias, ficando uma com o profissional. A pesquisa rendeu informações sobre a comunicação não verbal, o processo de cuidado humanizado, o uso do aplicativo, o bem-estar biopsicossocial, espiritual e emocional do idoso institucionalizado, além de dados sobre o perfil sociodemográfico e profissional da equipe interdisciplinar de saúde.

A amostra foi composta por 77 técnicos(as) em Enfermagem, 23 enfermeiros(as), dez médicos(as), 12 fisioterapeutas, dez assistentes sociais, nove nutricionistas, cinco educadores físicos, quatro psicólogos(as), um massoterapeuta e 27 cuidadores. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra pesquisada.

Tabela 1 – Características da amostra (% , média [desvio-padrão])

Variáveis	Categorias/Medidas	%
Sexo	Feminino	77,5
	Masculino	22,5
Idade	Em anos	38,3 [9,8]
Escolaridade	Ensino Fundamental	11,8
	Ensino Médio	43,8
	Ensino Superior	19,7
	Pós-graduação	24,7
Formação profissional	Equipe de Enfermagem	56,1
	Outros profissionais	28,7
	Cuidador	15,2
Tempo de formação	Em meses	126,6 [95,3]
Tempo de atuação na ILPI	Em meses	51,8 [51,2]

Fonte: Elaborada pelos autores.

### 3.2 Análise de dados

Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade univariada das variáveis “idade”, “tempo de formação” e “tempo de atuação na instituição de longa permanência” (SHAPIRO; WILK, 1965). As estatísticas do teste apresentaram diferenças significativas para todas as variáveis (Idade: S-W: 0,975 |  $p = 0,003$ ; Tempo de formação: S-W: 0,866 |  $p < 0,001$ ; Tempo de atuação na ILPI: S-W: 0,823 |  $p < 0,001$ ), rejeitando a hipótese nula de normalidade dos dados para a população. Os dados quantitativos foram analisados por meio de análise estatística descritiva, teste t de *Student*, teste de qui-quadrado e análise multivariada exploratória no IBM SPSS Statistics 24<sup>4</sup>, para um nível de significância de  $p < 0,05$ . Utilizou-se o coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach para

4 Maiores informações sobre o aplicativo podem ser encontradas em: <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/24.0.0>.

estimar a confiabilidade do questionário aplicado nesta pesquisa (TORRES; HORA, 2014).

O coeficiente  $\alpha$  mede a correlação entre as respostas apontadas, indicando a correlação média entre os itens definidos no questionário. O coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância de cada um dos itens propostos e da variância da soma de todos os itens avaliados por cada um dos sujeitos da amostra. O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach varia entre 0 e 1, tendo os seguintes níveis de consistência: a) superior a 0,9: muito boa; b) entre 0,8 e 0,9: boa; c) entre 0,7 e 0,8: razoável; d) entre 0,6 e 0,7: fraca; e) inferior a 0,6: inadmissível. O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach estimado nesta pesquisa foi 0,621. Para o cálculo do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach e para analisar a consistência interna dos itens avaliados, é condição necessária que as variáveis estejam todas categorizadas da mesma forma. Utilizou-se a escala de mensuração de Likert para avaliar os itens definidos no questionário proposto nesta pesquisa (LIKERT, 1932).

A seguir, apresentam-se as características adotadas para elaborar cada um dos itens do questionário, tomadas a partir da metodologia originalmente proposta por Likert (UEBERSAX, 2006): a) o questionário contém vários itens (nesta pesquisa foram propostos nove itens, agrupados posteriormente em quatro domínios no tocante à percepção sobre comunicação não verbal); b) os níveis de resposta de cada item foram organizados horizontalmente; c) os níveis de resposta foram ancorados com números consecutivos entre 1 a 5; d) os níveis de resposta foram ancorados com rótulos verbais que conotaram graduações uniformemente espaçadas (por exemplo, “muito confortável”, “moderadamente confortável”, “pouco confortável” e “nada confortável”); e) todas as etiquetas verbais são bivalentes e simétricas em relação à neutralidade do centro da escala (como por exemplo, “indiferente” e “regular”); f) a escala constituída avalia a atitude em termos de nível de concordância, compromisso ou desacordo quanto à percepção sobre as dimensão avaliada (comunicação não verbal). A variável comunicação não verbal foi estimada por meio da análise fatorial, técnica multivariada exploratória adotada para analisar os coeficientes de correlação dos domínios (fatores) definidos nesta pesquisa. A análise fatorial identifica os fatores que representam o comportamento do conjunto de variáveis originais interdependentes (REIS, 2001). A determinação dos fatores foi realizada por meio da técnica de componentes principais.

Para melhor visualização dos itens representados pelos fatores gerados, elaborou-se uma rotação por meio do método ortogonal Varimax para maximizar as cargas de cada item em um determinado fator (KAISER, 1958). Recorreu-se à estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett para verificar a adequação global da extração dos fatores (KAISER,

1970). A estatística KMO, que varia de 0 a 1, fornece a proporção de variância considerada comum entre todos os itens definidos no questionário; valores próximos de 1 indicam que os itens compartilham um percentual de variância elevado (correlações de Pearson altas); já valores próximos de 0 são decorrentes de correlações de Pearson baixas entre os itens avaliados. A estatística Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem nesta pesquisa ficou em 0,581, indicando uma adequação razoável e aceitável para o uso da técnica de análise fatorial (HAIR *et al.*, 2009).

Uma adequada extração requer que a matriz de correlações  $\rho$  apresente valores relativamente elevados e estatisticamente significativos. Para testar se a matriz de correlações  $\rho$  é estatisticamente diferente da matriz identidade  $I$ , recorreu-se ao teste de esfericidade de Bartlett. A estatística  $\chi^2$  de Bartlett = 260,300 ( $p < 0,001$ ) indica rejeição da hipótese nula de que a matriz de correlação  $\rho$  seja estatisticamente igual à matriz identidade  $I$  de mesma dimensão, ao nível de significância de 5%. Portanto, a análise fatorial por componentes principais é apropriada para analisar os domínios definidos para a comunicação não verbal. A Tabela 2 apresenta as etapas de checagem dos escores dos itens avaliados e a descrição da sintaxe computacional para o cálculo dos domínios.

Tabela 2 – Etapas de checagem e sintaxe para o cálculo dos domínios

Passos	Sintaxe para verificação de dados e cálculo das pontuações totais dos domínios para o aplicativo IBM SPSS Statistics 24
<b>Verificar se todos os itens avaliados contemplam o intervalo entre 1 a 5</b>	<p>RECODE Item1 Item2 Item3 Item4 Item5 Item6 Item7 Item8 Item9 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</p> <p>(Codifica todos os dados que estiverem fora do intervalo de 1 a 5, retornando para o sistema a informação de dado perdido "missing".)</p>
<b>Computar a pontuação de cada domínio definido</b>	<p>COMPUTE Dom1=(mean.3(Item1,Item2,Item3))*20.            COMPUTE Dom2=(mean.2(Item4,Item5))*20.            COMPUTE Dom3=(mean.2(Item6,Item7))*20.            COMPUTE Dom4=(mean.2(Item8,Item9))*20.</p> <p>(Equações que calculam os escores dos domínios. Os escores foram multiplicados por 20 para serem diretamente comparáveis à pontuação máxima de 100 pontos. As sintaxes "mean.3" e "mean.2" especificam o número de itens que foram endossados para definir a pontuação de cada um dos domínios calculados.)</p>

Fonte: Elaborada pelos autores.

## 4 Resultados

A Tabela 3 apresenta as médias e desvios-padrões dos nove itens originalmente avaliados.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas dos itens avaliados (n = 178)

Itens (Codificação de sintaxe)	Média	Desvio-padrão
Confortável quanto à comunicação não verbal (Item1)	4,69	0,54
Confiante quanto à comunicação não verbal (Item2)	4,63	0,56
Interesse na comunicação não verbal com idoso (Item3)	4,75	0,55
Consideração sobre a vida (Item4)	4,02	0,61
Qualificação de saúde (Item5)	3,85	0,69
Conhecimento sobre geriatria e gerontologia (Item6)	4,24	1,03
Embasamento sobre comunicação não verbal e cuidado (Item7)	4,50	0,71
Satisfação sobre o conhecimento de geriatria e gerontologia (Item8)	3,99	0,75
Segurança quanto ao processo do cuidado (Item9)	4,31	0,72

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com base no critério da raiz latente, foram extraídos quatro fatores. A Tabela 4 apresenta os respectivos autovalores de cada um dos fatores definidos e o percentual de variância compartilhada por todas as variáveis para a composição dos fatores (68,705%).

Tabela 4 – Fatores extraídos e variância total explicada

Componentes	Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,313	25,696	25,696	1,658	18,425	18,425
2	1,500	16,664	42,361	1,611	17,897	36,322
3	1,278	14,195	56,556	1,460	16,218	52,540
4	1,093	12,149	68,705	1,455	16,166	68,705

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 5 apresenta a matriz de componente rotativa dos itens avaliados por componente definido pelo método de extração.

Tabela 5 – Matriz de componente rotativa

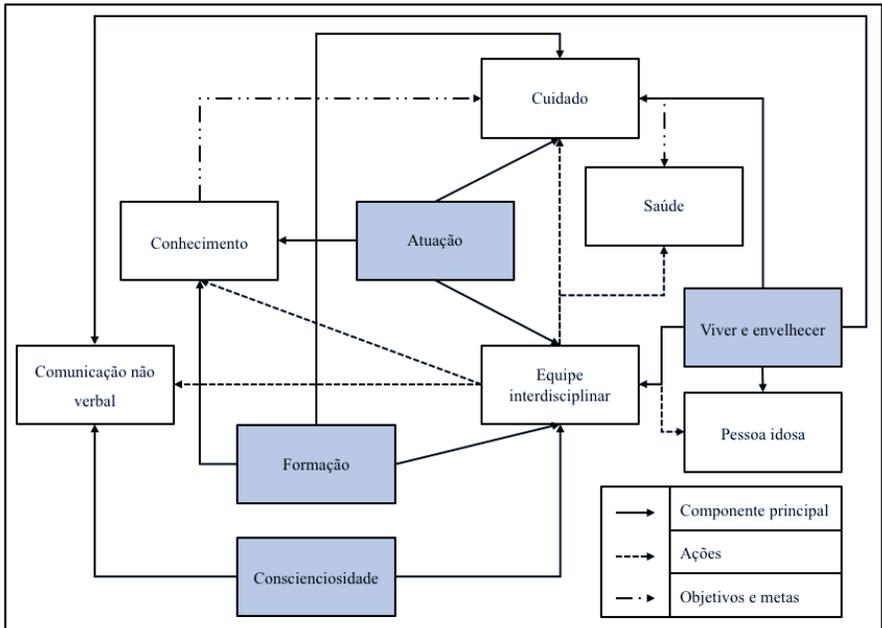
Itens	Componentes			
	1	2	3	4
Item1	0,805			
Item2	0,753			
Item3	0,593			
Item4		0,842		
Item5		0,888		
Item6			0,712	
Item7			0,851	
Item8				0,723
Item9				0,791

Método de Extração: Análise de Componente Principal; Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser; Rotação convergida em seis iterações.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A rotação Varimax redistribuiu as cargas das variáveis em cada fator, facilitando a confirmação do constructo proposto sobre a relação entre comunicação não verbal, cuidado e equipe interdisciplinar. Os componentes 1, 2, 3 e 4 foram renomeados respectivamente para “Conscienciosidade”, “Viver e envelhecer”, “Formação” e “Atuação”. A Figura 1 apresenta o mapa conceitual dos componentes gerados pelas cargas redistribuídas com as respectivas conexões de ações, objetivos e metas.

Figura 1 – Mapa conceitual dos componentes gerados

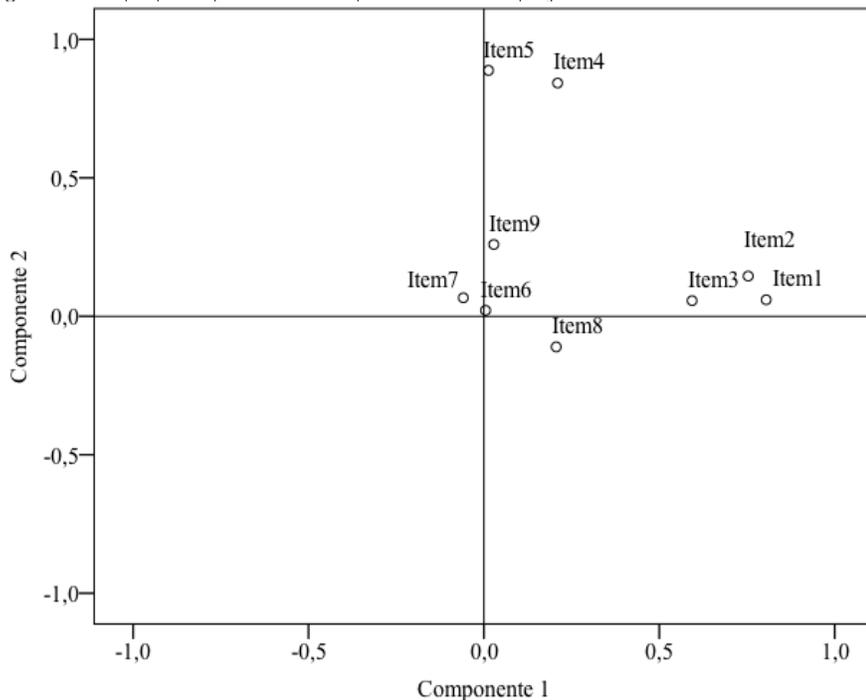


Fonte: Elaborada pelos autores.

A partir do mapa conceitual é possível verificar as conexões intrínsecas entre os quatro componentes e a equipe interdisciplinar de saúde. O uso de uma tecnologia assistiva para o processo de comunicação não verbal se relaciona de forma íntima ao conhecimento constituído da equipe sobre geriatria e gerontologia; tal relação gera um desdobramento linear em relação ao processo de cuidado. No entanto, o cuidado proposto e executado nas instituições de longa permanência pela equipe interdisciplinar se vincula à saúde do idoso,

independentemente da forma como o processo de comunicação é efetuado. A Figura 2 apresenta o mapa perceptual entre os itens avaliados.

Figura 2 – Mapa perceptual dos componentes em espaço rotacionado



Fonte: Elaborada pelos autores.

A partir do mapa perceptual é possível verificar a existência de associação entre as variáveis “Conforto” (Item 1), “Confiança” (Item 2) e “Interesse” (Item 3) no tocante à comunicação não verbal; por sua vez, ocorreu também associação entre as variáveis “Consideração sobre a vida” (Item 4) e “Qualificação de saúde” (Item 5). Houve a associação lógica entre as categorias consideradas negativas (e positivas) de cada uma das variáveis. Uma percepção negativa sobre o processo de comunicação não verbal influencia também de forma negativa a percepção do profissional sobre os aspectos de viver e envelhecer. A Tabela 6 descreve os resultados da associação entre busca de alternativas de comunicação não verbal quanto ao embasamento teórico/prático, conhecimento sobre alternativas, dificuldades para o processo de comunicação, conhecimento

geral sobre tecnologia assistiva e conhecimento específico sobre tecnologia assistiva aplicada para a realização do processo de comunicação não verbal.

Tabela 6 – Resultados da associação entre busca de alternativas de comunicação não verbal

Variáveis	Categorias	Busca de alternativas de comunicação não verbal		Total	Estatística $\chi^2$ [valor-p]
		Sim	Não		
Embasamento teórico/prático sobre comunicação não verbal	Sim	44 (55,7)	35 (44,3)	79 (100,0)	9,811 [0,002]
	Não	32 (32,3)	67 (67,7)	99 (100,0)	
Conhecimento sobre alternativas de comunicação não verbal	Sim	35 (53,0)	31 (47,0)	66 (100,0)	4,578 [0,032]
	Não	41 (36,6)	71 (63,4)	112 (100,0)	
Dificuldade para efetuar a comunicação não verbal	Sim	41 (51,3)	39 (48,8)	80 (100,0%)	4,345 [0,037]
	Não	35 (35,7)	63 (64,3)	98 (100,0)	
Conhecimento geral sobre tecnologia assistiva	Sim	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (100,0)	0,605 [0,437]
	Não	64 (41,6)	90 (58,4)	154 (100,0)	
Conhecimento de tecnologia assistiva em comunicação não verbal	Sim	22 (61,1)	14 (38,9)	36 (100,0)	6,254 [0,012]
	Não	54 (38,0)	88 (62,0)	142 (100,0)	

Teste qui-quadrado; significativo para um  $p < 0,05$ ; Valores entre parênteses representam as porcentagens por linha; nenhuma célula (0%) apresentou contagem esperada menor que 5.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A “Busca de alternativas de comunicação não verbais” não apresentou associação estatisticamente significativa apenas para a variável “Conhecimento geral sobre tecnologia assistiva” ( $p = 0,508$ ). Para as demais variáveis (para um nível de confiança de 95%), a hipótese nula foi rejeitada para um  $p < 0,05$ , o que

permite concluir que ocorreu associação entre as variáveis. O profissional tenderá buscar alternativas para efetuar a comunicação não verbal se o pressuposto epistemológico sobre esse tipo de comunicação tiver sido previamente apresentado durante a sua formação. O profissional que vivenciar situações que dificultam a realização da comunicação não verbal com o idoso tende a adotar um *status quo* e não busca alternativas para o processo de comunicação. Esses resultados são corroborados pelos valores de razão de chances (*odds ratio*: O.R.) obtidos ao analisar essas variáveis. A O.R. para a variável “Embasamento teórico/prático sobre comunicação não verbal” foi O.R. = 2,632 (IC<sub>95%</sub>: [1,427; 4,854]); por sua vez, a variável “Conhecimento sobre alternativas de comunicação não verbal” apresentou um O.R. = 1,955 (IC<sub>95%</sub>: [1,054; 3,626]); já a variável “Dificuldade para efetuar a comunicação não verbal” apontou um O.R. = 1,892 (IC<sub>95%</sub>: [1,036; 3,456]); finalmente a variável “Conhecimento de tecnologia assistiva em comunicação não verbal” indicou um O.R. = 2,561 (IC<sub>95%</sub>: [1,209; 5,426]). Esses resultados confirmam a análise descritiva-analítica apresentada anteriormente. A Tabela 7 apresenta os resultados da comparação entre as componentes gerados a partir da carga rotacional dos fatores e o conhecimento sobre geriatria e gerontologia.

Tabela 7 – Comparação entre os componentes gerados e conhecimento sobre geriatria e gerontologia (Sim: n = 79; Não: n = 99)

Fatores	Conhecimento sobre geriatria e gerontologia	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média	Estatística t (valor-p)
Conscienciosidade	Sim	95,44	6,63	0,75	2,446 (0,016)
	Não	92,53	8,85	0,89	
Viver e envelhecer	Sim	78,23	11,63	1,31	-0,494 (0,622)
	Não	79,09	11,53	1,16	
Formação	Sim	89,37	12,64	1,42	1,631 (0,105)
	Não	85,76	16,10	1,62	
Atuação	Sim	84,81	11,75	1,32	1,707 (0,090)
	Não	81,72	12,21	1,23	

Teste t de Student; Significativo para um p < 0,05.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os resultados apontam para rejeição da hipótese nula ( $p < 0,05$ ) quando comparada ao conhecimento sobre geriatria e gerontologia em relação à conscientização da equipe interdisciplinar ao conforto, confiança e interesse em desencadear o processo de comunicação não verbal por meio de uma tecnologia assistiva. A comparação do conhecimento sobre geriatria e gerontologia em relação aos demais componentes não apresentou rejeição para a hipótese nula ( $p > 0,05$ ). As médias mensuradas quanto à percepção do processo de viver e envelhecer da equipe interdisciplinar, bem como quanto ao processo de viver e envelhecer das pessoas idosas que são atendidas pela equipe, e à formação e atuação não apresentaram diferenças em relação ao grau de conhecimento sobre geriatria e gerontologia que a equipe possui.

Este estudo identificou que o cuidado à pessoa idosa residente em instituição de longa permanência não se relaciona aos mecanismos e procedimentos empregados pelos profissionais da equipe interdisciplinar para efetuar o processo de comunicação não verbal. Estudos sinalizam que a comunicação é fundamental na relação entre as pessoas. É considerado fator decisivo na realização das interações. Na área da saúde, é essencial e imprescindível no processo do cuidado para o atendimento das necessidades básicas do ser humano. Portanto, tem papel de instrumento de significância humanizadora (BANDEIRA; FARIA; ARAUJO, 2011; COMIOTTO; KAPPAUN; CESA, 2016). Em idosos institucionalizados, a afasia é o transtorno de linguagem de maior prevalência em relação à fala, enquanto a disartria é o acometimento mais encontrado. Esses ou outros prejuízos na comunicação, na linguagem expressiva e/ou compreensiva, causam isolamento social dessa população, ocasionando mudanças na vida social que, quando agravadas, provocam estresse e depressão, tornando-os mais suscetíveis às doenças (FONTANESI; SCHMIDT, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2015).

Com o aumento da longevidade, as demências vêm acometendo a população idosa. A doença de Alzheimer é mais prevalente entre as demências, e é definida pelo desaparecimento gradativo de diversas funções cognitivas, entre elas, a linguagem (JOHNSON, 2007). Quando uma pessoa fica impedida temporariamente ou de maneira definitiva de se comunicar pela fala, precisa de uma forma alternativa para desempenhar essa função (MEDEIROS *et al.*, 2015). Este estudo apontou que o profissional busca alternativas para efetuar a comunicação se ocorrer uma convergência de elementos, especialmente no tocante a sua formação. A busca por alternativas para realizar a comunicação somente será efetiva se os processos pedagógicos, metodológicos e epistemológicos que o qualificaram para desempenhar suas atribuições em relação ao cuidado de saúde também tenha lhe capacitado para vivenciar tais situações.

Ou seja, sem uma formação adequada, o profissional, ao vivenciar situações de dificuldade para realizar a comunicação com o idoso, tende a não buscar alternativas para implementar a comunicação não verbal.

Outro estudo apontou que, para realizar a comunicação, em suas variadas formas, a equipe de profissionais da saúde precisa estar disposta a estabelecer uma relação biunívoca entre o profissional e o idoso. É necessário reconhecer que o idoso é o sujeito do cuidado e não passivo a ele (GIBSON *et al.*, 2015). Os profissionais de enfermagem desempenham importante papel na adoção de tecnologia assistiva para utilização na vida diária (BROCA; FERREIRA, 2012). Além da relevância pela facilitação da comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde, também possibilita a sensibilização quanto à realização do processo de enfermagem em instituições de longa permanência, atentando-se para a busca de melhorias assistenciais aos idosos institucionalizados (WEST, 2012).

Este estudo detectou também que o cuidado ao idoso residente em instituição de longa permanência não se relaciona aos mecanismos e procedimentos empregados pelos profissionais da equipe interdisciplinar para efetuar o processo de comunicação não verbal. Pesquisas apontam que, em muitos países europeus, os desafios de cuidado a longo prazo ao idoso se relacionam tanto à complexidade inerente aos problemas de saúde quanto ao número reduzido de equipes interdisciplinares e sua inadequada preparação (KOOPMANS; DAMEN; WAGNER, 2018; BOND, 2017). Este estudo apontou que o profissional procurará opções para efetuar a comunicação se ocorrer a integralização de fatores que possibilitem que ele venha a vivenciar situações sobre esse processo. Equipes interdisciplinares com habilidades mais diversificadas apresentam efeitos mais positivos na qualidade do atendimento, mas apenas sob certas condições (KOOPMANS; DAMEN; WAGNER, 2018). Este estudo indicou que sem uma formação adequada o profissional, ao vivenciar situações de dificuldade para realizar a comunicação com a pessoa idosa, tende a não buscar alternativas para implementar esse processo.

Outros estudos apontam que não existe relação entre a equipe de enfermagem e a qualidade do cuidado realizado em instituições de longa permanência para idosos. Por exemplo, foi observado que, com relação às úlceras por pressão, quanto maior o número de funcionários na instituição, menor foi o número de úlceras diagnosticadas, independentemente da formação do profissional de enfermagem quem prestou atendimento (enfermeira, auxiliar de enfermagem) (BACKHAUS, 2014; CASTLE, 2008). Neste estudo, identificou-se uma relação significativa entre o conhecimento de geriatria e gerontologia e o processo metódico da equipe interdisciplinar de expressar o cuidado ao idoso (definido como conscienciosidade).

Estudos apontam as evidências e definem o escopo das intervenções que devem estar centradas no paciente com multimorbidade. Entre as diversas intervenções apontadas, destacam-se três categorias: a) melhorar a abordagem da equipe interdisciplinar; b) desenvolver treinamento continuado para os provedores de saúde; e c) integrar as tecnologias de informação e comunicação (POITRAS *et al.*, 2018; WILKINSON *et al.*, 2008). Pacientes em cujas casas foram instaladas por enfermeiros ou farmacêuticos, unidades de *telehomecare* (uso das tecnologias de informação e comunicação para fornecer serviços de saúde, experiências e informação à distância, diretamente às casas dos pacientes) apresentaram condições de saúde melhores. O monitoramento por *telehomecare* se mostrou uma prática viável, que pode melhorar o acesso e a qualidade do atendimento (LIDDY *et al.*, 2008). De forma inversa aos achados dessas pesquisas, este estudo descobriu que a maioria dos profissionais que integram uma equipe multidisciplinar de saúde desconhece o uso das tecnologias assistivas para efetuar a comunicação não verbal. Esta constatação tende a confirmar o motivo pelo qual não existe relação entre o processo de comunicação efetuado pelo profissional e o cuidado de saúde realizado ao idoso institucionalizado.

## 5 Conclusão

Este artigo contribui para uma compreensão do processo de comunicação não verbal efetuado pela equipe interdisciplinar de saúde em instituições de longa permanência para idosos. Este é um tópico importante para estudos de envelhecimento e tecnologias, devido ao papel do uso das tecnologias assistivas e à importância do conhecimento e atuação do profissional no processo do cuidado humanizado. Embora a pesquisa sobre seu relacionamento tenha sido escassa, o estudo de métodos quantitativos representa um passo para abordar essa lacuna, somando-se à riqueza da literatura sobre instituições de longa permanência para idosos e à escassa pesquisa que analisa a relação entre cuidado, comunicação não verbal e uso de tecnologias.

O cuidado humanizado ao idoso residente em instituição de longa permanência não se relaciona ao processo de comunicação não verbal efetuado pela equipe interdisciplinar. A percepção do profissional quanto ao processo de viver e envelhecer, bem como quanto aos aspectos de sua formação e atuação em relação ao cuidado humanizado que executa são independentes quanto ao grau de conhecimento que possui sobre geriatria e gerontologia. A busca de alternativas para efetuar a comunicação não verbal com o idoso se potencializa quando um conjunto de fatores se integra. Em primeiro lugar, o profissional

deve ter embasamento teórico ou prático na sua formação sobre comunicação; em segundo lugar, o conhecimento sobre o uso de alguma alternativa para a comunicação deverá estar cristalizado; por fim, mesmo estando em uma era de uso massificado de tecnologias digitais, a busca de alternativas ocorrerá se o profissional possuir conhecimento específico sobre o uso tecnologia assistiva para o processo de comunicação não verbal.

Embora os achados apresentados neste artigo sinalizem para um avanço da compreensão sobre a comunicação não verbal e o cuidado do idoso residente em instituição de longa permanência, não é sem limitações. Em primeiro lugar, os achados são limitados por um desenho transversal; em segundo lugar, enquanto Passo Fundo compartilha padrões de cuidado humanizado com outros municípios do país, os resultados são limitados pelas possíveis idiossincrasias socioculturais do contexto gaúcho quanto à percepção sobre o processo de envelhecimento; em terceiro lugar, não há indicadores sobre o cuidado percebido à saúde do idoso institucionalizado quanto ao uso das tecnologias digitais, o que pode afetar a análise do uso das tecnologias assistivas. Finalmente, há limitações no tocante ao questionário elaborado e indicadores selecionados para explorar em profundidade o perfil dos participantes do estudo; por exemplo, embora a escala adotada para analisar a comunicação não verbal pudesse produzir algum resultado significativo, ela foi aplicada para medir variáveis categorizadas em cinco níveis. Diferentes percepções sobre o cuidado humanizado potencializado por meio da comunicação não verbal podem gerar outros resultados.

Apesar dessas limitações, a abordagem adotada e os resultados têm implicações para futuras pesquisas sobre o processo do cuidado em instituição de longa permanência. Por fim, espera-se que as descobertas apresentadas neste artigo possam estimular a comunidade científica a se interessar em propor novas pesquisas na área da gerontecnologia. As pesquisas futuras devem examinar o uso das tecnologias assistivas para o processo de comunicação não verbal em uma perspectiva longitudinal. Além disso, a exploração do uso dessas tecnologias deve contemplar não somente a percepção sobre o cuidado que ocorre a partir da comunicação entre o idoso e o profissional da equipe interdisciplinar de saúde, mas também entre os seus familiares. Isso ampliaria a compreensão sobre o viver e envelhecer em uma instituição de longa permanência.

## CARING FOR ELDERLY PEOPLE IS NOT RELATED WITH THE PROCESS OF COMMUNICATION BY HEALTHCARE PROFESSIONALS

### abstract

Introduction: communication is an important instrument for the institutionalized elderly care process. The use of assistive technologies can establish communication between the interdisciplinary health team and the elderly. Objective: to evaluate the knowledge of health professionals about the use of assistive technology for alternative communication. Method: mixed study of descriptive-analytical nature. 178 professionals from the interdisciplinary health teams of 19 long-term care institutions for the elderly participated. Non-verbal communication was assessed from the care process, health perception and knowledge about geriatrics and gerontology. Results: the construct of non-verbal communication and care contemplated the components of conscientiousness, living and aging, formation and performance of the interdisciplinary team. The non-verbal communication process performed through assistive technology was related to the degree of knowledge of geriatrics and gerontology constituted by the interdisciplinary team. Conclusion: humanized care for the elderly resident in a long-term care institution is not related to the non-verbal communication process performed by the interdisciplinary team. The professional searches for alternatives to make non-verbal communication with the institutionalized elderly if a set of factors occurs.

### keywords

Homes for the aged. Non-verbal communication. Patient care team. Aged. Geriatrics.

### referências

ARAÚJO, Aline Menezes Guedes Dias de; LIMA, Daviany Oliveira; NASCIMENTO, Islan da Penha; ALMEIDA, Anna Alice Figueirêdo; ROSA, Marine Raquel Diniz da. Linguagem em idosos com doença de alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 1657-1663, set./out. 2015.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da; PUGGINA, Ana Cláudia. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-425, set. 2007.

AZEVEDO, Celiana. Muito velho para a tecnologia? Como as novas tecnologias de informação e comunicação afetam as relações sociais de pessoas mais velhas em Portugal. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 27-46, 2016.

BACKHAUS, Ramona; VERBEEK, Hilde; ROSSUM, Erik van; CAPEZUTI, Elizabeth; HAMERS, Jan. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, North Carolina, v. 15, n. 6, p. 383-393, 2014.

BANDEIRA, Fabrício Marinho; FARIA, Flávia Perassa de; ARAÚJO, Everaldo Batista de. Avaliação da qualidade intra-hospitalar de pacientes impossibilitados de falar que usam comunicação alternativa e ampliada. *Revista Einstein*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 477-482, 2011.

BERSCH, Rita. *Introdução à tecnologia assistiva*. Porto Alegre: Assistiva – Tecnologia e Educação, 2017. Disponível em: [https://www.assistiva.com.br/Introducao\\_Tecnologia\\_Assistiva.pdf](https://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf). Acesso em: 13 jan. 2019.

BERSCH, Rita; TONOLLI, José Carlos. Introdução ao conceito de Tecnologia Assistiva e modelos de abordagem da deficiência. *Bengala Legal*, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.bengalalegal.com/tecnologia-assistiva>. Acesso em: 3 fev. 2018.

BETTINELLI, Luiz Antonio; TOURINHO FILHO, Hugo; CAPOANI, Priscila. Experiências de idosos após laringectomia total. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 214-220, jun. 2008.

BOND, Christine. Changing skill mix in the primary care workforce: a comparison across nine European countries and the patient experience. *European Journal of Public Health*, Praga, v. 27, p. 289, nov. 2017. Supl. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2012.

BUNTIN, Melinda Beeuwkes; BURKE, Matthew; HOAGLIN, Michael; BLUMENTHAL, David. The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs*, United States, v. 30, n. 3, p. 464-471, mar. 2011.

CARGNIN, Marcia Casaril dos Santos; OTTOBELLI, Caroline; BARLEM, Edison Luiz Devos; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Tecnologia no cuidado da enfermagem e a carga de trabalho em UTI. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 10, n. 2, p. 903-907, fev. 2016.

CASTLE, Nicholas. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: a literature review. *Journal of Applied Gerontology*, United States, v. 27, n. 4, p. 375-405, 2008.

COMIOTTO, Graziela Schenatto; KAPPAUN, Simone; CESA, Carla Ciceri. Conhecimento dos profissionais da área da saúde acerca da comunicação suplementar e alternativa em instituições de longa permanência para idosos. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1161-1168, set./out. 2016.

COOK, Albert; HUSSEY, Susan. *Assistive technologies: principles and practices*. United States: Mosby-Year Book, 1995.

FONTANESI, Sabrina Roberta Oliveira; SCHMIDT, Andréia. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 252-262, 2016.

GIBSON, Grant; DICKINSON, Claire; BRITAIN, Katie; ROBINSON, Louise. The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, United Kingdom, v. 89, n. 15, p. 91-93, 2015.

GOMES, Regina Helena Senff; AOKI, Milena Carla de Siqueira; SANTOS, Rosane Sampaio; MOTTER, Arlete Ana. A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1251-1259, set./out. 2016.

GUIMARÃES, Fernanda Jorge; CARVALHO, Antônio Luís Rodrigues Faria; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 302-311, abr./jun. 2015.

HAIR, Joseph; BLACK, William; BABIN, Barry; ANDERSON, Rolph; TATHAM, Ronald. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

JOHNSON, Karen. Anatomia e fisiologia do sistema respiratório. In: MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie. *Cuidados críticos de Enfermagem: uma abordagem holística*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 485-575.

KAISER, Henry. A second generation little jiffy. *Psychometrika*, New York, v. 35, n. 4, p. 401-415, 1970.

KAISER, Henry. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, New York, v. 23, n. 3, p. 187-200, 1958.

KOOPMANS, Linda; DAMEN, Nikki; WAGNER, Cordula. Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study. *BMC Health Services Research*, United Kingdom, v. 18, n. 988, p. 1-12, 2018.

LIDDY, Clare; DUSSEAU, Joanne; DAHROUGE, Simone; HOGG, William; LEMELIN, Jacques; HUMBERT, Jennie. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: pilot study. *Canadian Family Physician*, Canada, v. 54, n. 1, p. 58-65, 2008.

LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, United States, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite; OLIVEIRA, Jullyana Marion Medeiros; LIMA, Raquel Janyne de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 56-61, 2015.

MENEZES, Leticia Neiva de; VICENTE, Laélia Cristina Caseiro. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2007.

ORDAHI, Lisnéia Fabiane Bock; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 965-972, out. 2007.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaina Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 6, p. 292-295, 2004.

POITRAS, Marie-Eve; MALTAIS, Marie-Eve; BESTARD-DENOMMÉ, Louisa; STEWART, Moira; FORTIN, Martin. What are the effective elements in patient-centered and multi-morbidity care? A scoping review. *BMC Health Services Research*, United Kingdom, v. 18, n. 446, p. 1-9, jun. 2018.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. A comunicação não verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012.

REIS, Elisabeth. *Estatística multivariada aplicada*. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2001.

SHAPIRO, Samuel Sanford; WILK, Martin. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, New York, v. 52, n. 34, p. 591-611, dez. 1965.

SILVA, Maria Júlia Paes da. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

TORRES, Gina; HORA, Henrique Rego Monteiro da. *Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados*. Curitiba: Appris, 2014.

UEBERSAX, John. Likert scales: dispelling the confusion. *Statistical methods for rater agreement website*, 2006. Disponível em: <http://john-uebersax.com/stat/likert.htm>. Acesso em: 22 jan. 2019.

VILANOVA, Juliana Richinitti; ALMEIDA, Carlos Podalirio Borges de; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados e fatores associados em idosos. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 720-726, maio/jun. 2015.

WEST, Darrell. How mobile devices are transforming healthcare. *Technology Innovation*, Washington, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2012.

WILKINSON, Susie; LINSELL, Louise; PERRY, Rachel; BLANCHARD, Karen. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, United Kingdom, v. 22, n. 4, p. 365-375, 2008.

Recebido: 20/04/2020

Aceito: 30/05/2020