

João Batista de Oliveira Filho

a linguagem corporal no ambiente de saúde



João Batista de Oliveira Filho

a linguagem corporal no ambiente de saúde

2019 | São Paulo |



A linguagem corporal no ambiente da saúde

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados

Copyright do texto © 2019 o autor

Copyright da edição © 2019 Pimenta Cultural

Esta obra é licenciada por uma *Licença Creative Commons: by-nc-nd*. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural pelo autor para esta obra. Qualquer parte ou a totalidade do conteúdo desta publicação pode ser reproduzida ou compartilhada. O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade do autor, não representando a posição oficial da Pimenta Cultural.

Comissão Editorial Científica

Alaim Souza Neto, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Alexandre Antonio Timbane, Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil
Alexandre Silva Santos Filho, Universidade Federal do Pará, Brasil
Aline Corso, Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves, Brasil
André Gobbo, Universidade Federal de Santa Catarina e Faculdade Avantis, Brasil
Andressa Wiebusch, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil
Andreza Regina Lopes da Silva, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Angela Maria Farah, Centro Universitário de União da Vitória, Brasil
Anísio Batista Pereira, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Arthur Vianna Ferreira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
Beatriz Braga Bezerra, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil
Bernadette Beber, Faculdade Avantis, Brasil
Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos, Universidade do Vale do Itajaí, Brasil
Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Cleonice de Fátima Martins, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
Daniele Cristine Rodrigues, Universidade de São Paulo, Brasil
Dayse Sampaio Lopes Borges, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil
Delton Aparecido Felipe, Universidade Estadual do Paraná, Brasil
Dorama de Miranda Carvalho, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil
Elena Maria Mallmann, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
Elisiene Borges leal, Universidade Federal do Piauí, Brasil
Elizabeth de Paula Pacheco, Instituto Federal de Goiás, Brasil
Emanuel Cesar Pires Assis, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil
Francisca de Assiz Carvalho, Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil
Gracy Cristina Astolpho Duarte, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil
Handerson Leylton Costa Damasceno, Universidade Federal da Bahia, Brasil
Heloisa Candello, IBM Research Brazil, IBM BRASIL, Brasil
Inara Antunes Vieira Willerding, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Jacqueline de Castro Rimá, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Jeane Carla Oliveira de Melo, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, Brasil

A linguagem corporal no ambiente da saúde



Jeronimo Becker Flores, Pontifício Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil
Joelson Alves Onofre, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
Joselia Maria Neves, Portugal, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal
Júlia Carolina da Costa Santos, Universidade Estadual do Maro Grosso do Sul, Brasil
Juliana da Silva Paiva, Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba, Brasil
Kamil Giglio, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Laionel Vieira da Silva, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Lidia Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal
Ligia Stella Baptista Correia, Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil
Luan Gomes dos Santos de Oliveira, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
Lucas Rodrigues Lopes, Faculdade de Tecnologia de Mogi Mirim, Brasil
Luciene Correia Santos de Oliveira Luz, Universidade Federal de Goiás; Instituto Federal de Goiás., Brasil
Lucimara Rett, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Marcio Bernardino Sirino, Universidade Castelo Branco, Brasil
Marcio Duarte, Faculdades FACCAT, Brasil
Marcos dos Reis Batista, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil
Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
Maribel Santos Miranda-Pinto, Instituto de Educação da Universidade do Minho, Portugal
Marília Matos Gonçalves, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Marina A. E. Negri, Universidade de São Paulo, Brasil
Marta Cristina Goulart Braga, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Michele Marcelo Silva Bortolai, Universidade de São Paulo, Brasil
Miderson Maia, Universidade de São Paulo, Brasil
Patrícia Biegging, Universidade de São Paulo, Brasil
Patrícia Flavia Mota, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
Patrícia Mara de Carvalho Costa Leite, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Patrícia Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal
Ramofly Ramofly Bicalho, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Rarielle Rodrigues Lima, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
Raul Inácio Busarello, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Ricardo Luiz de Bittencourt, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil
Rita Oliveira, Universidade de Aveiro, Portugal
Rosane de Fatima Antunes Obregon, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
Samuel Pompeo, Universidade Estadual Paulista, Brasil
Tadeu João Ribeiro Baptista, Universidade Federal de Goiás, Brasil
Tarcísio Vanzin, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Thais Karina Souza do Nascimento, Universidade Federal Do Pará, Brasil
Thiago Barbosa Soares, Instituto Federal Fluminense, Brasil
Valdemar Valente Júnior, Universidade Castelo Branco, Brasil
Vania Ribas Ulbricht, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Wellton da Silva de Fátima, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Wilder Kleber Fernandes de Santana, Universidade Federal da Paraíba, Brasil

A linguagem corporal no ambiente da saúde

Direção Editorial Patricia Biegung
Raul Inácio Busarello

Diretor de sistemas Marcelo Eyng

Diretor de criação Raul Inácio Busarello

Editoração eletrônica Lígia Andrade Machado

Imagens da capa Designed by Vilmosvarga / Freepik

Editora executiva Patricia Biegung

Revisão Autor

Autor João Batista de Oliveira Filho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O482a Oliveira Filho, João Batista de -
A linguagem corporal no ambiente da saúde. João
Batista de Oliveira Filho. São Paulo: Pimenta Cultural,
2019. 195p..

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-7221-073-7

1. Linguagem. 2. Saúde. 3. Ambiente hospitalar.
4. Comunicação não-verbal. 5. Corpo. I. Oliveira Filho, João
Batista de. II. Título.

CDU: 658.3
CDD: 658

DOI: 10.31560/pimentacultural/2019.737

PIMENTA CULTURAL
São Paulo - SP
Telefone: +55 (11) 96766-2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com



2019



“Estou convencido de que uma das características mais distintivas das emoções é que os eventos que as ativam são influenciados não só por nossa experiência individual como também por nosso passado ancestral. ”

Paul Ekman

AGRADECIMENTOS

A Dra. Patrícia Constantino, orientadora desta tese, que aceitou abraçar a pesquisa já iniciada.

A Dra. Jani Cleria Bezerra, que contribuiu com o início da orientação deste estudo.

A minha esposa, Beatriz Acampora, que esteve a meu lado em todos os momentos, nos locais de pesquisa, nas muitas horas de compilação de dados e escrita.

A meus filhos, Victor Flávio e Maria Clara, que sempre me incentivaram a continuar estudando e produzindo.

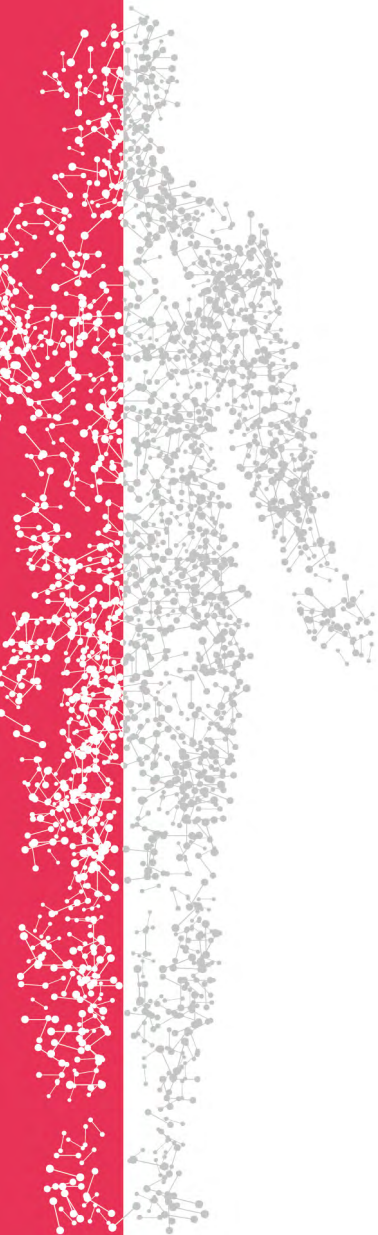
A minha mãe que sempre me incentivou a estudar e compreendeu minha ausência em função dos estudos para a elaboração deste estudo.

Aos meus colegas de turma 2014.1 Saúde Pública, que, nas trocas de experiências, muito me acrescentaram.

Aos professores das disciplinas do Doutorado em Saúde Pública que agregaram valor e ampliaram o conhecimento.

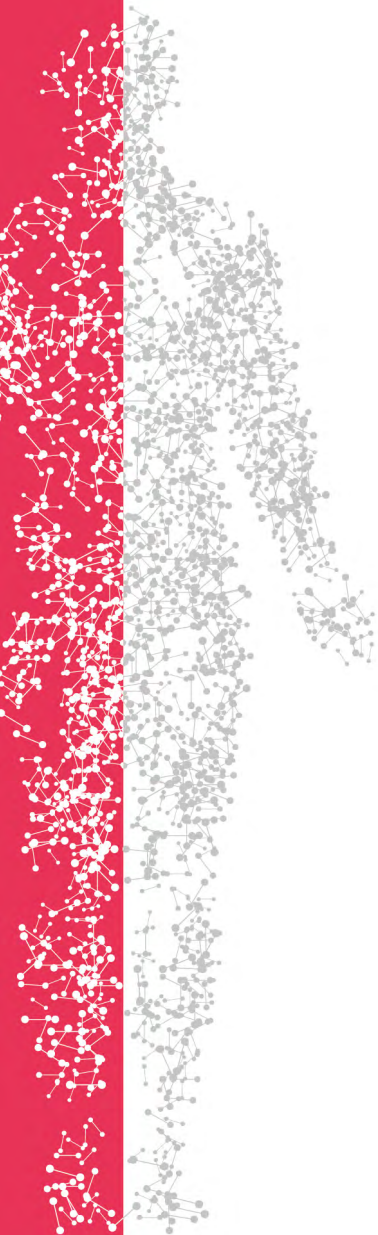
Aos membros da banca examinadora pela atenção dispensada ao trabalho.

A todos que de alguma forma fizeram parte desta jornada de pesquisa, contribuindo para que ela fosse efetivada.



RESUMO

O ambiente hospitalar oferta um contexto único de observação em que o usuário se apresenta quase sempre em uma forma fragilizada na qual emoções como medo, tristeza ou raiva podem surgir. A ansiedade e o medo de um estado prolongado na doença podem fazer surgir no usuário do sistema de saúde comportamentos, gestos, posturas e expressões faciais que podem ser interpretados como sinais de conforto, desconforto ou dor. Por meio dessa pesquisa, pretendeu-se investigar a utilização do recurso da análise comportamental na observação da linguagem corporal dos pacientes deitados em seu leito, a fim ampliar as possibilidades de extrair as melhores informações possíveis, de sujeito/paciente, potencializar o processo terapêutico e proporcionar ao profissional de saúde mais uma ferramenta no seu instrumental de acompanhamento clínico. O problema norteador da pesquisa consiste em: por meio do conhecimento de análise comportamental pode ser possível agregar valores diferenciais ao atendimento na saúde? Este estudo se justifica uma vez ser possível emergir uma atenção especial além do que é dito verbalmente com isto, carregar profissionais de saúde com mais informações sobre seus pacientes. O objetivo deste estudo consiste em analisar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face e a influência desse procedimento no cotidiano. A hipótese deste estudo é que o conhecimento de análise comportamental agrega valor ao instrumental do profissional de saúde para um melhor atendimento ao paciente acamado, por tornar mais fácil o entendimento de suas demandas subjetivas não expressas em sua totalidade pela linguagem verbal. Essa pesquisa consiste em um estudo de finalidade aplicada, que se caracteriza por ser do tipo transversal, de caráter quantitativo, com perfil exploratório, realizado em pesquisa de campo na qual se levantaram dados por meio de um questionário de 21 perguntas que abordaram perfil e nível de conhecimento a aplicabilidade da linguagem não verbal em seu ambiente de trabalho. Como resultado, constatou-se que todos os 40 participantes foram capazes de identificar corretamente a maior parte das expressões emocionais e que, de forma natural, já possuem algum conhecimento sobre a relevância da linguagem



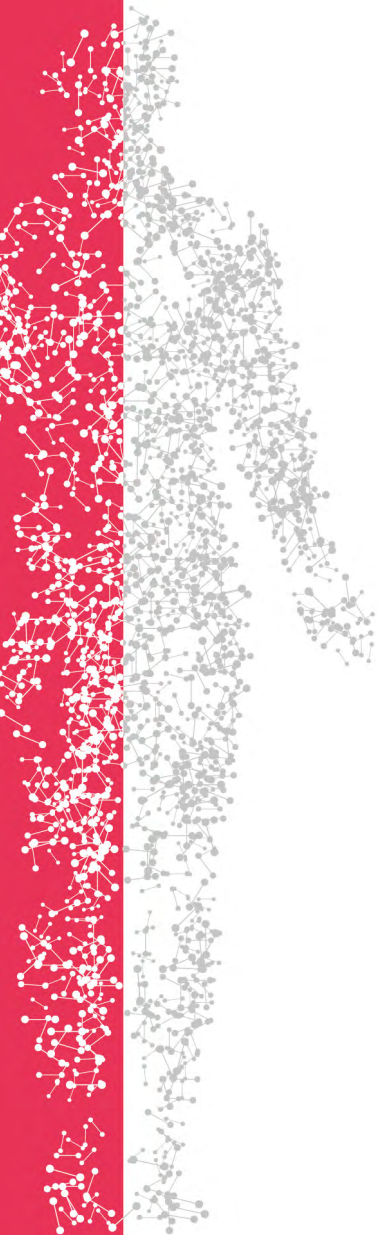
não verbal emitida pelos pacientes. Não houve grandes erros de percepção das emoções por parte dos profissionais. Por isso, não foi possível perceber uma real diferenciação quando comparado com o período de tempo de atividade profissionais dos participantes desta pesquisa. Conclui-se ser possível agregar valores ao ambiente hospitalar se mais informações sobre a comunicação não verbal forem adquiridas pelos profissionais de saúde. Um maior investimento deve ser feito na criação de um protocolo de atendimento com foco na comunicação não verbal.

Palavras-chaves: 1. Ambiente hospitalar. 2. Comunicação não-verbal. 3. Linguagem corporal.



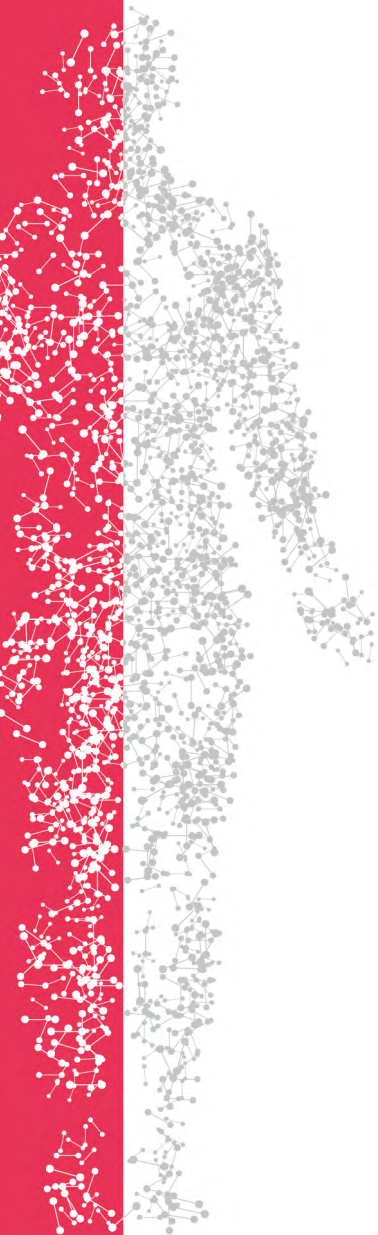
RESUMEN

El ambiente hospitalario oferta un contexto único de observación en que el usuario se presenta casi siempre en una forma fragilizada en la cual emociones como miedo, tristeza o rabia pueden surgir. La ansiedad y el miedo de un estado prolongado en la enfermedad pueden hacer surgir en el usuario del sistema de salud comportamientos, gestos, posturas y expresiones faciales que pueden ser interpretados como señales de bienestar, malestar o dolor. Por medio de esa investigación, se pretendió investigar la utilización del recurso del análisis comportamental en la observación del lenguaje corporal de los pacientes acostados en su lecho, a fin ampliar las posibilidades de extraer las mejores informaciones posibles, de sujeto/paciente, potencializar el proceso terapéutico y proporcionar al profesional de salud más una herramienta en su instrumental de acompañamiento clínico. El problema principal de la investigación consiste en: ¿Por medio del conocimiento de análisis comportamental puede ser posible agregar valores diferenciales a la atención en la salud? Este estudio se justifica una vez que es posible obtener una información especial además de lo que es dicho verbalmente con esto, cargar profesionales de salud con más informaciones sobre sus pacientes. El objetivo de este estudio consiste en analizar el conocimiento de profesionales de salud sobre la interpretación del lenguaje corporal y expresión de las emociones por la faz y la influencia de ese procedimiento en el cotidiano. La hipótesis de este estudio es que el conocimiento de análisis comportamental agrega valor al instrumental del profesional de salud para una mejor atención al paciente en cama, por hacer más fácil la comprensión de sus demandas subjetivas no expresadas en su totalidad por el lenguaje verbal. Esa investigación consiste en un estudio de finalidad aplicada, que se caracteriza por ser del tipo transversal, de carácter cuantitativo, con perfil exploratorio, realizado en investigación de campo en la cual se levantaron datos por medio de un cuestionario de 21 preguntas que abordaron perfil y nivel de conocimiento del lenguaje no verbal en su ambiente de trabajo. Como resultado, se constató que todos los 40 participantes fueron capaces de identificar correctamente la mayor parte de las expresiones emocionales y que, de forma natural, ya poseen algún conocimiento sobre



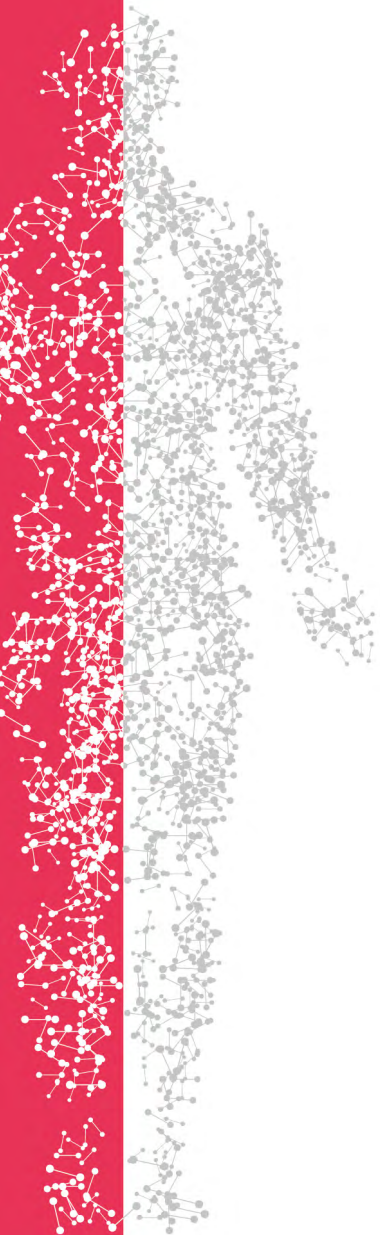
la relevancia del lenguaje no verbal emitida por los pacientes. No hubo grandes errores de percepción de las emociones por parte de los profesionales. Por eso, no fue posible percibir una real diferenciación cuando comparado con el periodo de tiempo de actividad profesionales de los participantes de esta investigación. Se concluye que es posible agregar valores al ambiente hospitalario si más informaciones sobre la comunicación no verbal son adquiridas por los profesionales de salud. Una mayor inversión debe ser hecha en la creación de un protocolo de atención con foco en la comunicación no verbal.

Palabras llaves: 1. Ambiente hospitalario. 2. Comunicación no-verbal. 3. Lenguaje corporal.



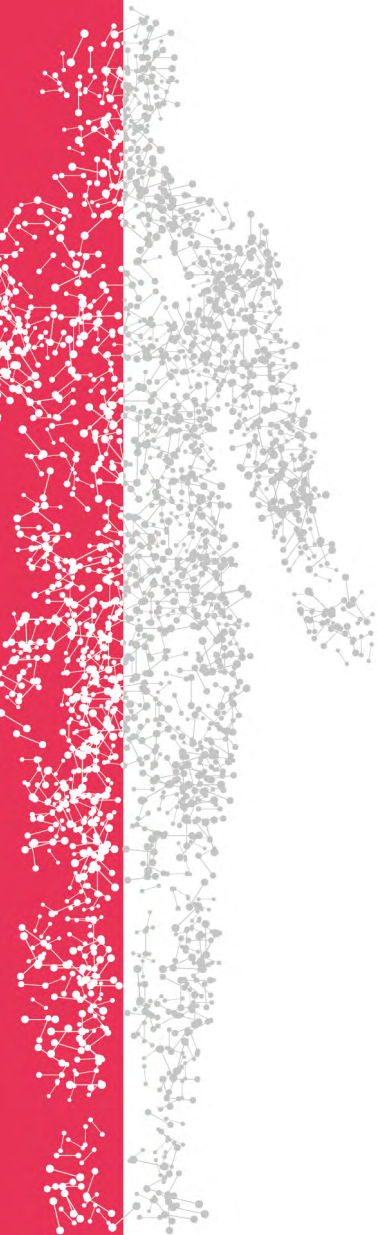
ABSTRACT

The hospital environment offers a unique observation context in which the user is almost always presented in a fragile manner and in which emotions such as fear, sadness, or anger can arise. Anxiety and fear of a prolonged state of illness can lead the user of the health system to behaviors, gestures, postures, and facial expressions that can be interpreted as signs of comfort, discomfort, or pain. This research aims at investigating the use of behavioral analysis in observing body language to broaden the possibilities of extracting the most accurate information possible from subject/patient, strengthening the therapeutic process, and giving another tool for the health professional's clinical follow up. This research asks an important question: is it possible to bring different values to health care through knowledge of behavioral analysis? This study is justified by the possibility that differentiated care can arise from knowing more than what is verbally conveyed, giving health professionals more information on their patients. This study's main objective is analyzing health professionals' knowledge of body language and facial expression of emotions as well as the influence of this procedure in their daily routine. This is guided by the theory that behavioral analysis adds value to a health professional's care of bed-ridden patients, as it makes it easier for them to understand subjective demands that are not entirely expressed through verbal communication. This research consists of a transversal applied study of quantitative nature, with an exploratory profile. Data was collected in the field through a questionnaire with 21 questions focused on the professional's profile and knowledge of non-verbal communication and its applications in their work environment. Results showed that all 40 participants were capable of correctly identifying most emotional expressions and that they already had a natural understanding of the importance of their patient's non-verbal communication. There were no major errors in identifying emotions by any of the professionals, so it was not possible to see a real difference between them based on how long they had been acting in this field. In conclusion, it is possible to better the hospital environment by training the professionals to acquire more information from non-verbal communication from

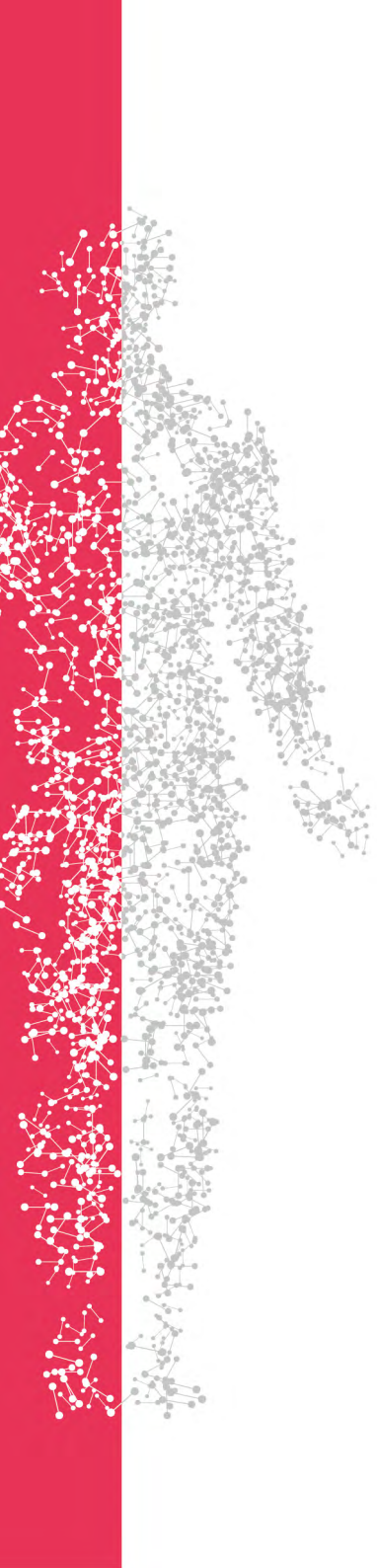


their patients. Greater investment is necessary to create a treatment protocol focused on non-verbal communication.

Keywords: 1. Body Language. 2. Hospital environment. 3. Non-verbal communication.



LISTA DE SIGLAS

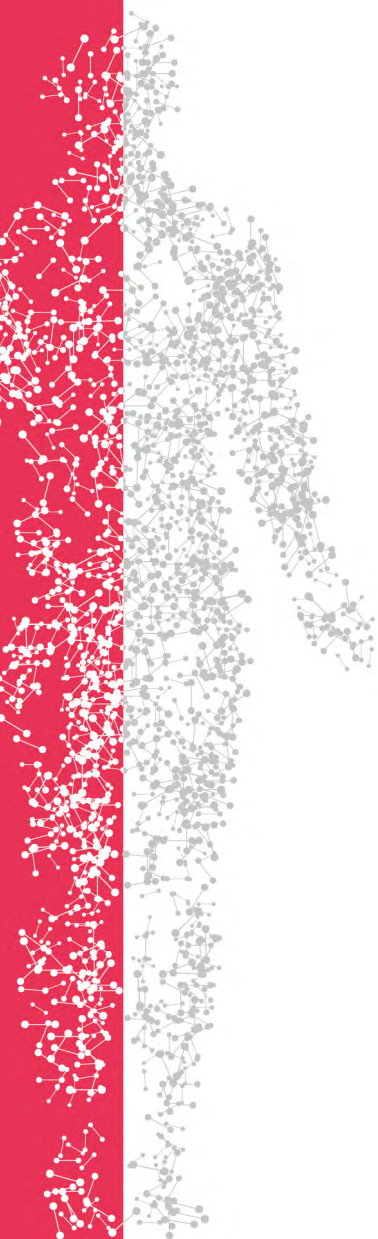


AC	Análise Comportamental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
EF –	Expressões Faciais
LC –	Linguagem Corporal
PCSS	Paciente Conformado com Sua Situação
PEA	Paciente em Estado de Alerta
PED	Paciente Em Desconforto
PEDP	Paciente em Estado de Dor Profunda
PIPE	Paciente Irritado com seu Próprio Estado
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNL	Programação Neuro Linguística
PPR	Paciente em Plena Recuperação
PTD	Paciente com Tristeza e Desamparo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 O problema.....	18
1.1.1 Situação problema.....	22
1.2 Justificativa.....	23
1.3 Objetivos.....	24
1.3.1 Geral.....	24
1.3.2 Específicos.....	24
1.4 Hipótese.....	24
1.5 Variáveis.....	25
1.6 Questões de pesquisa.....	25
1.7 Delimitação e alcance.....	25
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1 A importância da comunicação em saúde.....	30
2.1.1 A comunicação como fator de humanização em saúde.....	35
2.2 Expressões faciais e as emoções básicas.....	38
2.2.1 A estrutura das emoções na face humana.....	44
2.2.2 Sobre as seis emoções básicas.....	54
2.2.3 Linguagem corporal.....	61
2.3 No ambiente da saúde.....	70
2.4 A linguagem corporal como elemento complementar na comunicação hospitalar em diferentes culturas.....	82
2.5 Com foco no profissional de saúde no ambiente de trabalho.....	88
2.6 Uma comunicação de efeito prático.....	103
2.7 A estruturação da cinésica.....	110
2.7.1 A força de expressão do olhar.....	116
2.8 O corpo como meio de comunicação com o outro.....	118
3. METODOLOGIA.....	127
3.1 Tipo de estudo.....	127
3.2 Aspectos éticos.....	128

3.3 Delimitação do estudo.....	129
3.4 Autorização do estudo.....	130
3.5 Local do estudo	130
3.6 População e amostra.....	130
3.7 Critérios de inclusão	131
3.8 Critérios de exclusão	131
3.9 Riscos e benefícios esperados	131
3.10 Procedimentos para a coleta de dados	132
3.11 Instrumentos	134
3.12 Coleta de dados	135
4. RESULTADOS	136
4.1 Resultados postura de paciente no leito.....	146
4.2 Resultados perguntas de sondagem de interesse no tema linguagem não verbal.....	157
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	163
6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	168
6.1 Conclusão.....	168
6.2 Recomendações.....	170
Referências	174
Apêndices	180
Anexos.....	188
Sobre o autor	195



1. INTRODUÇÃO

Este livro é a publicação da tese de Doutorado em Saúde Pública do autor, que tem como título original: ANÁLISE COMPORTAMENTAL: COMO A LINGUAGEM CORPORAL PODE CONTRIBUIR NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES NO HOSPITAL.

O corpo e a face dos seres humanos estão sempre delatando o que se passa no universo subjetivo de cada um. Basta um pouco de atenção para poder perceber o extravasamento de ansiedade pelo contínuo movimento dos dedos sobre a mesa de uma pessoa na sala de espera e também a sensação de medo em uma pessoa andando apressadamente por uma rua escura tarde da noite. Claro que essas demonstrações de linguagem não verbal só podem ser bem decifradas por estarem dentro de um cenário em que se crie contexto.

O ambiente hospitalar oferta um contexto único de observação em que o usuário se apresenta quase sempre em uma forma fragilizada em que emoções como medo, tristeza ou raiva podem surgir em seus mais diversos perfis. A expectativa ou não expectativa de um resultado positivo, a ansiedade criada pela moléstia que o aflige e o medo de um estado prolongado na doença podem fazer surgir comportamentos, gestos, posturas e expressões faciais pertencentes a um vocabulário rico encontrável em uma unidade de saúde.

De forma natural, as pessoas já utilizam o entendimento da linguagem corporal e das expressões faciais. Mesmo sem nenhum conhecimento técnico a respeito dessas possibilidades, quase todos os seres humanos sabem que um rosto sorridente significa exatamente o contrário de um rosto entristecido. Basta o olhar se deparar na face do outro com o formato dos lábios curvados com as pontas voltadas para cima ou para baixo para se ter uma ideia do que ocorre no universo subjetivo da pessoa.

Esse perfil de conhecimento natural e espontâneo, fruto de uma memória filogenética, como mostram Darwin (2009) e Ekman (2007) e outros autores, está inserido na própria estrutura humana como espécie e como meio facilitador do processo comunicacional. Antes da aquisição da linguagem verbal, as expressões e os gestos, unidos aos grunhidos e gritos, eram a única forma de comunicar as intenções e estados emocionais.

Não se trata de um processo de comunicação exclusivo dos primatas. Darwin (2009) apresenta as expressões das emoções em várias espécies além dos símios. Cães e gatos possuem um vasto repertório de signos posturais para interagirem uns com os outros e com seus respectivos donos. Muitos dos que possuem animais de estimação, essas espécies em particular, conseguem identificar várias necessidades de seus animais pela forma como eles apresentam seus movimentos, quase sempre como verdadeiros rituais que antecedem passeios, alimentação, necessidades fisiológicas, necessidade de carinho entre outros.

Este estudo tem por objetivo mostrar como os sinais não verbais podem ser úteis no cotidiano de um hospital. A atenção principal é voltada para o paciente interno, por vários dias, em uma postura deitada no leito hospitalar. Foram escolhidas instituições onde o período de internação fosse mais prolongado, um lugar onde o convívio diário fosse compartilhado por mais tempo e os pacientes permanecessem em seus leitos por longos períodos.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar surge no Brasil com o objetivo de colocar o paciente em primeiro plano e tratá-lo como ser humano, com direitos a serem respeitados. A comunicação é o objeto de maior valor na interação entre os elementos envolvidos: o profissional e o paciente. Deve-se dar valor ao processo comunicacional para que não restem dúvidas de que o entendimento do que é dito pela linguagem verbal não deve

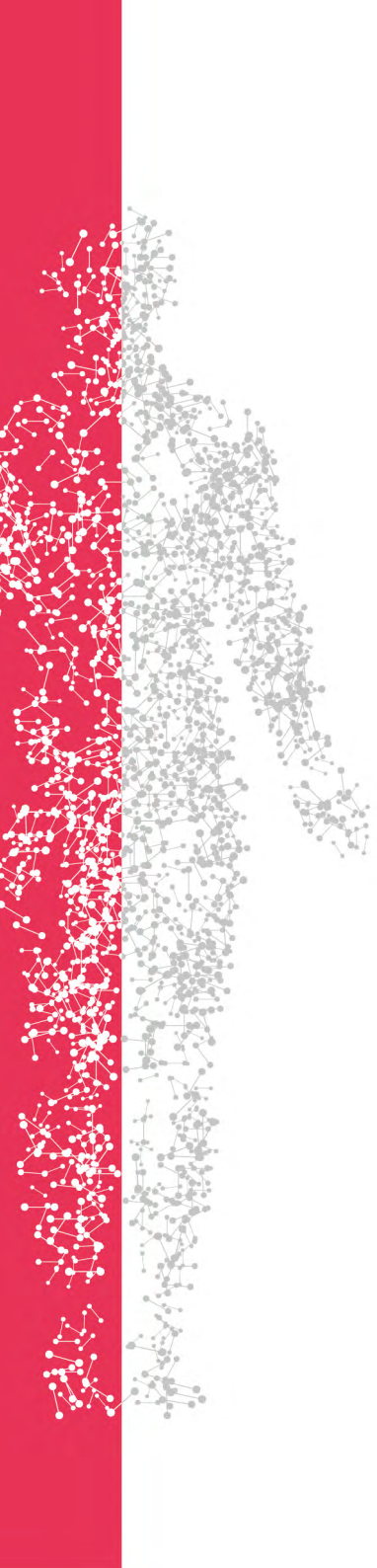
ser prejudicado quando ocorrem incongruências entre as palavras e que está sendo exposto pelos gestos ou posturas. Dúvidas podem gerar erros e os erros se transformarem em prejuízo terapêutico.

1.1 O problema

A linguagem não verbal atravessa todo o processo da evolução do ser humano como um apoio à comunicação com o grupo. Até hoje os primatas selvagens, macacos, se valem de gestos para informar intenções ao grupo. O zoólogo e autor Desmond M. (2006), em seu livro *O Macaco Nu*, apresenta vários tipos de exibição da linguagem corporal dos símios com diversas intenções.

O autor cita, por exemplo, como os chimpanzés sinalizam, pela expressão corporal, que não são agressivos aos outros membros de sua própria espécie. Eles oferecem a mão como sinal de submissão; quase o mesmo movimento feito pelos humanos quando movimentam as mãos para se cumprimentarem. No caso dos chimpanzés, apenas um deles apresenta a mão e se propõe como submisso e não agressivo, tornando-a assim extremamente vulnerável às possíveis dentadas que podem ser desferidas pelo outro animal. Esse gesto tende a acalmar o outro animal de que está diante. Trata-se da utilização da linguagem corporal como meio de evitar atos violentos entre os indivíduos do grupo.

O processo evolucionário manteve as emoções nos homens como forma de preservação da espécie. Elas são úteis para mobilizar recursos para fuga ou ataque, para sinalizar aos outros membros da espécie a necessidade de ajuda para acentuar as percepções diante de algum quadro em que são necessárias mais informações do ambiente, para tomar a decisão mais correta. O ser humano,



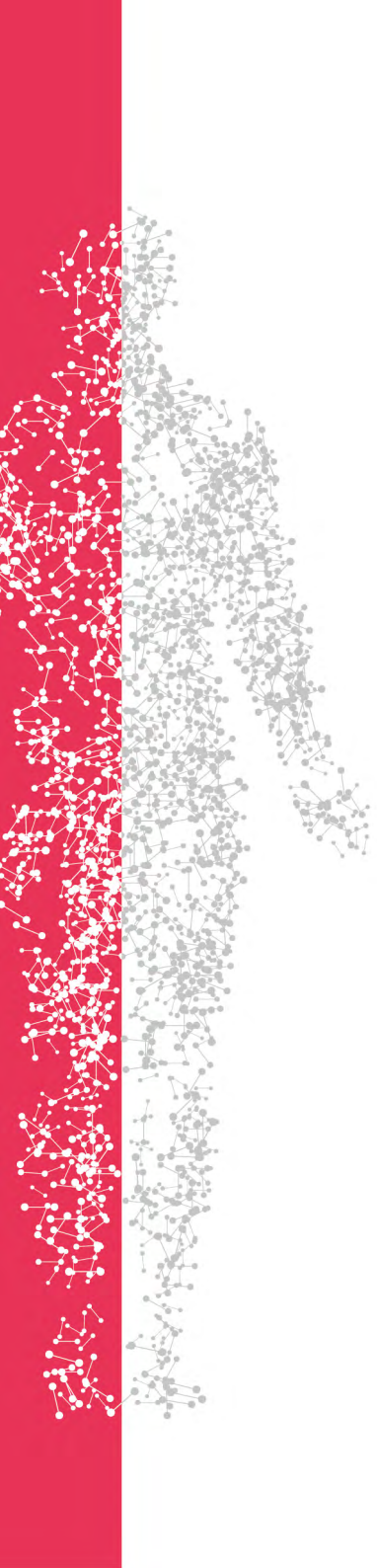
desde o tempo das cavernas, dialoga com seu semelhante muito mais pela linguagem corporal e expressões emocionais do que pela palavra propriamente dita (EKMAN, 2007).

As emoções transbordam em gestos, linguagem corporal, nas expressões faciais e ainda, com o passar dos anos, deixam marcas de sua presença nas rugas de expressão. Assim, em um ambiente hospitalar, os sinais emitidos pelo corpo do interno podem servir como índices de informações para auxiliar o profissional de saúde na escolha de sua abordagem comunicacional. As chamadas rugas de expressão podem indicar as emoções mais vividas pela pessoa durante os anos, pois as contínuas manifestações das expressões também acabam por deixar marcas na face (OLIVEIRA, 2012).

A inserção da análise comportamental como método de avaliação do perfil emocional das pessoas, logo no primeiro momento no atendimento de saúde, visando a ampliação dos recursos para melhor diagnóstico do sujeito/paciente, pode servir como recurso de apoio ao profissional de saúde que depende da otimização de seu tempo. A alta demanda enfrentada diariamente no sistema de saúde pública necessita cada vez mais de mecanismos que possam acelerar o processo de triagem, por exemplo.

Nos dias atuais, pode-se encontrar vários títulos publicados que direcionam a utilização da comunicação não verbal para o ambiente corporativo. Líderes, gestores e políticos são apresentados aos modelos mais corretos de movimentar o corpo quando falam para um grupo de pessoas. Vendedores podem tirar proveito desse conhecimento com a intenção de facilitar suas vendas diariamente. No entanto, o lugar onde o humano mais necessita de cuidados ainda carece de publicações que possam facilitar o trânsito de informações entre pacientes e seus cuidadores.

Nas instituições de saúde, assim como na vida, é relevante que as relações humanas sejam saudáveis, permeadas por trocas



que permitam uma boa expressão emocional nas quais caibam movimentos de aproximação e de acolhimento. Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PHN) estimula uma relação mais pessoal com o ser humano, que é sociável por natureza e pode apresentar uma série de problemas de ordem emocional e comportamental quando não consegue se comunicar bem. Identificar pelas expressões faciais e linguagem corporal as emoções mais presentes no sujeito e corretamente alocá-lo no melhor perfil de tratamento possível pode ser mais um elemento importante para o retorno da saúde plena.

Em todo o tempo, as pessoas estão interagindo umas com as outras, mas o profissional de saúde deve ter uma atenção toda especial, pois sua relação com o paciente, mão inversa da leitura do sujeito à sua frente, pode implicar um retorno nas informações.

O desenvolvimento da compreensão do outro, identificando seu perfil emocional e podendo relacionar isso às funções de uma unidade hospitalar, pode vir a ser um dos fatores mais importantes para um bom relacionamento interpessoal, pois quando se compreende que as pessoas são diferentes de nós, que não precisamos ter sempre razão, que as pessoas têm problemas tanto quanto nós, que importância é uma questão valorativa, que quando conhecemos nossas limitações e dificuldades, podemos inferir que os outros também têm limitações e dificuldades, então, avaliar em vez de julgar fica muito mais fácil.

Atualmente o atendimento nos ambientes da saúde necessita colher o máximo de informações possível para a melhor avaliação dos usuários. Nesse universo, novas ferramentas podem ser criadas a partir desta pesquisa com enfoque na análise comportamental voltada diretamente para ajudar ao profissional de saúde que participa desse contato com o sujeito/paciente. Para esses profissionais, pode ser a incorporação de mais um instrumento aos já existentes

em sua análise clínica, que pode ser usada na observação do usuário durante todos os momentos de interação. Durante esse processo, o profissional, após breve apresentação aos conceitos da análise comportamental, pode ter uma observação mais apurada de detalhes expostos, mas não ditos.

Estar atento a esses fatores e, principalmente, ao estado emocional, pode dotar o profissional de saúde de recursos mais refinados que irão possibilitar um apanhado apurado de informações sobre o sujeito/paciente.

Por intermédio desta pesquisa, pretende-se investigar a utilização do recurso da análise comportamental na observação da linguagem corporal dos pacientes deitados em seu leito para ampliar as possibilidades de extrair as melhores informações possíveis de sujeito/paciente e potencializar o processo terapêutico, dando ao profissional de saúde mais uma ferramenta no seu instrumental de acompanhamento clínico.

Sem a pretensão de ser finalista, este estudo exploratório busca encontrar elementos que possam incentivar novas pesquisas nessa área específica do conhecimento humano. Todo e qualquer elemento que, somando aos já existentes, possa agregar valores ao momento terapêutico deve ser valorizado. O humano, como ser acometido de uma enfermidade, muitas vezes se perde no entendimento ou compreensão do que está sendo colocado pela comunicação verbal.

Nesse ponto, a linguagem corporal e as expressões faciais deixam de ser apenas úteis e passam a ser fundamentais para a manutenção de um processo comunicacional entre as partes no ambiente hospitalar. Mesmo que pequeno, o entendimento dos signos não verbais pode levar o cuidador a tomar decisões assertivas que minimizem o estado de dor e sofrimento em que seu paciente se encontra.

Trata-se de municiar os cuidadores de mais uma ferramenta para o arsenal de conhecimentos adquiridos no lidar cotidiano. Outra possibilidade é a inserção dessas informações ainda no momento de formação do profissional de saúde para que ele chegue às suas funções com mais preparo, no que diz respeito ao entendimento dos sinais que podem ser emitidos tanto pela face quanto pelo corpo do paciente no hospital.

1.1.1 Situação problema

O tema foca como as emoções humanas influenciam diretamente o modo de as pessoas se relacionarem e exibirem determinadas posturas quando acamadas por algum tempo no leito de um hospital. Uma atenção maior na linguagem corporal e nas expressões faciais pode contribuir para facilitar o entendimento do perfil emocional de uma pessoa e da forma como ela pode se comunicar além da linguagem verbal. Sinais podem estar sendo enviados sem a consciência do sujeito/paciente e, se bem interpretados, podem ser bastante úteis no atendimento clínico, dando velocidade na percepção do possível estado emocional ou clínico.

O problema que norteia esta pesquisa consiste em verificar se existe a possibilidade de a análise dos gestos, expressões faciais, posições de pacientes deitados serem úteis aos profissionais de saúde. Se isso for uma real possibilidade, bastará direcionar uma atenção especial aos gestos, postura ao dormir e expressões faciais. Assim, este estudo questiona: por meio do conhecimento de análise comportamental pode ser possível agregar valores diferenciais ao atendimento na saúde?

1.2 Justificativa

Nos dias atuais, não há uma preocupação reinante, durante o processo da formação acadêmica, em preparar o profissional de saúde para observar a linguagem não verbal. Alguns pacientes podem estar deixando de receber, em determinados momentos, uma atenção ou tratamento adequado por estar diante de pessoas não preparadas em algum tipo de linguagem não verbal expresso por meio de sinais que tem a possibilidade de expor o que realmente passa na estrutura interna subjetiva do sujeito/paciente.

Todo e qualquer instrumento que, somando ao operacional cotidiano nas instituições de saúde, possa aumentar a assertividade e melhore a produtividade e a qualidade no atendimento justifica-se por si só. Por isso, poder ofertar ao profissional de saúde melhoria da percepção em sua abordagem deve encontrar excelente receptividade nas instituições, pois um mecanismo como esse pode acelerar o processo de entendimento do sujeito/paciente mesmo quando ele não conseguir se expressar na forma verbal ou o fizer de forma incompleta.

Aproveitar toda a gama de informações disponibilizada pelo paciente e saber traduzir isso para reverter na melhor forma de tratamento em qualquer área da saúde, deve auxiliar nas tomadas de decisão nos processos terapêuticos. Dessa forma, este estudo se justifica na medida em que pode fazer emergir uma atenção especial além do que é dito verbalmente e, com isso, municiar profissionais de saúde com mais informações sobre seus pacientes.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Analisar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal e a expressão das emoções pela face, e a influência desse procedimento no cotidiano.

1.3.2 Específicos

- Identificar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal do paciente acamado e a expressão das emoções pela face.
- Avaliar a influência que o procedimento da interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face pode criar no cotidiano do ambiente de saúde.
- Analisar se o tempo de serviço ou faixa etária do profissional causa alteração na percepção da linguagem não verbal.

1.4 Hipótese

O conhecimento de análise comportamental agrega valor ao instrumental do profissional de saúde para um melhor atendimento ao paciente acamado por tornar mais fácil o entendimento de suas demandas subjetivas não expressas em sua totalidade pela linguagem verbal.

1.5 Variáveis

Variável dependente:

- Conhecimento da linguagem não verbal.

Variável independente:

- Profissionais de saúde

1.6 Questões de pesquisa

- A linguagem corporal e as expressões faciais já são percebidas como ferramentas de apoio no processo comunicacional dentro de uma relação terapêutica no ambiente de saúde?
- Qual o nível atual dessa percepção da comunicação não verbal pelos profissionais que atuam diariamente no convívio com pacientes que permanecem muito tempo no leito e com pouca exibição de linguagem verbalizada?
- Existe diferença na capacidade de percepção dos sinais não verbais pelo tempo de atuação profissional ou pela faixa etária do profissional?
- Os profissionais possuem interesse em conhecer mais sobre esse recurso para utilizá-lo no dia a dia a favor de seus pacientes?

1.7 Delimitação e alcance

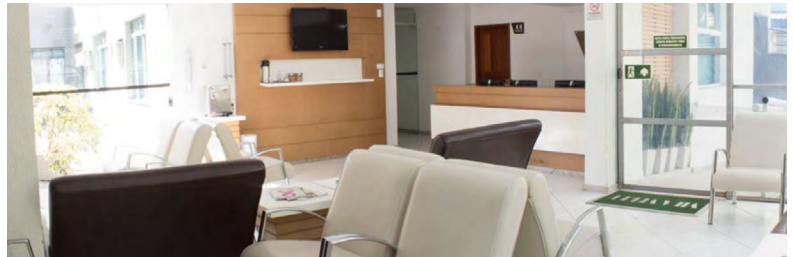
O local escolhido para a aplicação do questionário foi a Clínica Psiquiátrica Vila Verde, fundada em 1990, na cidade de Juiz de Fora,

no estado de Minas Gerais, Brasil. A clínica conta hoje com aproximadamente 100 leitos de internação integral, 300 pacientes em internação pelo sistema do hospital-dia, com 80 funcionários diretos, além de cooperados e estagiários, divididos em quatro unidades.

Todas as unidades possuem excelente estrutura física e ofertam à comunidade a possibilidade de internação em hospital integral e também o modelo de hospitaldia, com o qual o paciente passa o dia sob cuidados dos profissionais de saúde e, às 17h, retorna ao seu lar. Para a aplicação dos questionários, duas unidades da Clínica Vila Verde foram escolhidas:

- Unidade Borboleta, localizada na Rua Jacob Lawal, 442, Juiz de Fora - MG, com cerca de 52 funcionários, entre diretos e indiretos, e 44 leitos. Os profissionais se revezam cuidando diariamente dos mais de 40 pacientes internados e 50 que utilizam os serviços com o perfil de hospital dia.

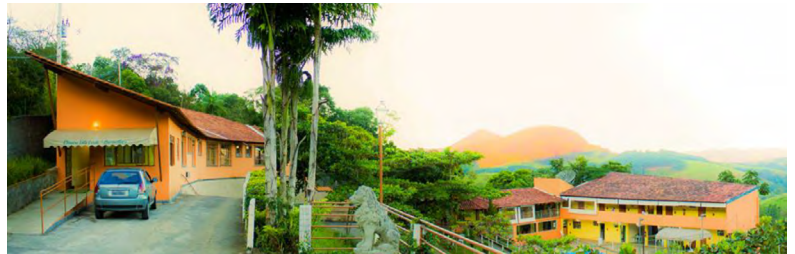
Figura 1 – Recepção da Unidade Borboleta



Fonte: Disponível em: <<http://www.vilaverdejf.com.br/unidade-borboleta>>.
Acesso em: 20 jan. 2016.

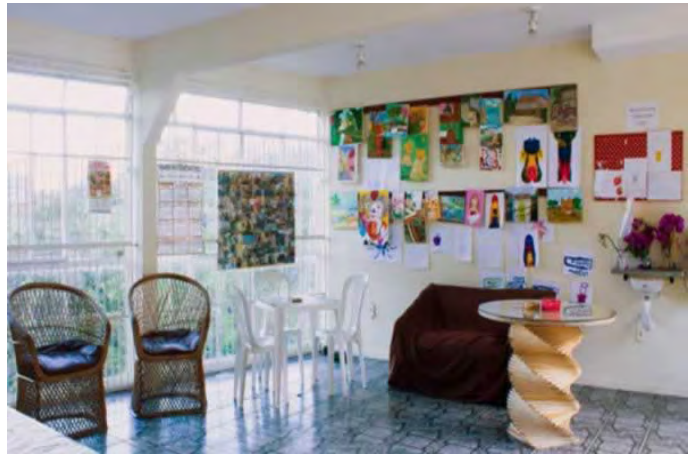
- Unidade Bromélias, localizada na Rua Cecília dos Santos, 345, Juiz de Fora - MG, com cerca de 64 funcionários entre diretos e indiretos, e 33 leitos. Os profissionais se revezam, cuidando diariamente dos mais de 30 pacientes internados e 180 que utilizam os serviços com o perfil de hospital dia.

Figura 2 – Unidade Bromélias



Todas as unidades contam com área de lazer e esportes e oficinas terapêuticas onde os internos são incentivados à produção artística em um projeto terapêutico dinâmico e intensivo, com atividades individuais e em grupo. O projeto foi elaborado em equipe e é direcionado para cada paciente, de acordo com a necessidade de cada um, com o objetivo de promover maior estabilização dos quadros clínicos e autonomia dos usuários.

Figura 3 – Interior da Unidade Bromélias

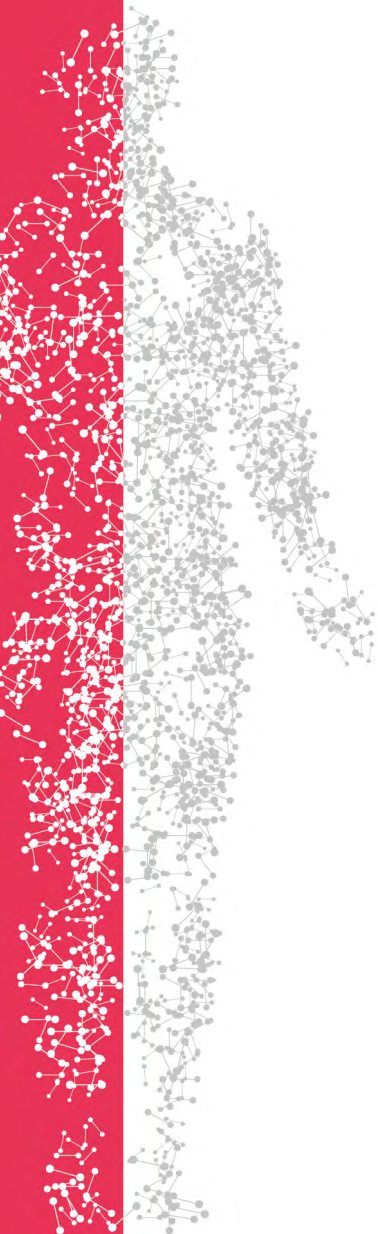


Fonte: Disponível em: <<http://www.vilaverdejf.com.br/unidade-bromelias>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

O universo de profissionais pesquisado foi composto de 40 indivíduos assim divididos nas seguintes categorias profissionais: médico (1); enfermeiros (4); técnicos de enfermagem (18); psicólogos (10), nutricionistas (4), fisioterapeutas (2) e assistente social (1). A aplicação dos questionários ocorreu entre 22 e 26 de agosto de 2015, sob o Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45414215.0.0000.5258.

O perfil dos usuários atendidos por esses profissionais é de dependência química em recuperação e sofrimento por algum transtorno mental. Esse perfil faz o paciente permanecer muito tempo deitado nos leitos – cerca de 12 a 14 horas por dia. Os pacientes com o quadro mais depressivo chegam a ficar o dia inteiro em seus aposentos deitados.

O principal motivo da escolha desse local foi a excelente receptividade dos diretores da clínica ao propósito da pesquisa e a disponibilização de suas instalações para que fosse possível a realização da coleta de questionários – além de ter o perfil requerido de pacientes que permanecem no leito por vários períodos.



2. REVISÃO DA LITERATURA

Para a revisão da literatura foi realizada uma revisão não sistemática, com a utilização de artigos, na base dos periódicos: Web Of Science, Scopus, Scielo, BVS e Plubimed (Figura 01), resultando em um número final de 181 documentos distribuídos em artigos científicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros eletrônicos, publicados no período de 2000 a 2015.

Quadro 1 – Documentos encontrados em cada base

RESULTADOS POR BASE:	
1- BVS	108
2- Scielo	23
3- Pubmed	5
4- Web os Science	23
5- Scopus	22

Destes, por motivos diversos, vários documentos foram excluídos do estudo por não terem como foco principal o ambiente de saúde. Alguns estavam voltados para temas distantes como oftalmologia, odontologia, comportamento animal, tecnologia de computação, ergonomia e outros focavam apenas o contexto da comunicação verbal, sem tocar no tema na comunicação não verbal.

Os que tinham real aderência com a proposta da pesquisa foram utilizados para a nossa base de sustentação do pensamento sobre a relevância do estudo da linguagem não verbal como meio de acesso a informações dos usuários do sistema de saúde.

2.1 A importância da comunicação em saúde

A área da saúde, por lidar diretamente com a essência de vida das pessoas, requer atenção especial ao que se entende por comunicação em esfera ampla, pois muitas vezes as emoções, tanto de quem necessita de cuidados quanto do próprio cuidador, profissional de saúde, estão à flor da pele.

As pessoas tendem a ficar mais preocupadas e nervosas quando ficam doentes. O fenômeno da fragilização diante do problema que está sendo enfrentado pelo paciente dispara nele alterações emocionais que podem ser fortes e transformar suas percepções dos elementos da comunicação. Assim, pode ser possível um prejuízo na interpretação dos processos comunicacionais pelo fato de o filtro dos sentidos está envolto nas fortes emoções de um dado momento.

Os profissionais de saúde também podem ter prejuízos nos resultados comunicacionais caso não possam dar a devida atenção ao que há por trás de uma expressão emocional. Ser capaz de decodificar os sinais não verbais pode dar ao profissional de saúde elementos para uma mudança na linha de abordagem em benefício do paciente.

Não vivemos em uma cultura que valorize uma comunicação precisa em seus mínimos detalhes. Para o autor Robbins (2007), um dos maiores fracassos culturais é justamente permitir que a estrutura da linguagem dê margens a distorções no conteúdo da informação.

Para esse autor, muitas palavras usadas no nosso cabedal linguístico têm pouco ou nenhum significado específico. Isso pode criar ruídos na comunicação, prejudicando o entendimento da mensagem e podendo levar, como ele explica, a erros de decisões, prejuízos e falhas nas possíveis intervenções.

A falta de descrições corretas, a falta de um processo de clarificação pós-mensagem, uma certificação do que foi expresso

pela fala e entendido adequadamente pelo receptor podem criar situações de suposições que podem transformar a ação futura em um completo desastre.

Para Chomsky (1975), em seu livro *Aspectos da Teoria da Sintaxe*, o entendimento do que está sendo dito pode ser distorcido de várias maneiras. Ele apresenta pelos menos três formas que atuam como modelagem universal, verdadeiros filtros que operam diretamente no entendimento da comunicação, da representação primária da experiência e na própria representação linguística. Esses filtros operam de três formas: generalização, distorção e omissão.

Na generalização, as pessoas, alvo de uma comunicação, tomam a experiência de referência e generalizam para todas as outras. Esta falha pode levar o ser humano a criar regras para si mesmo e para os outros que o circundam. Esse processo pode, muitas vezes, criar crenças de que todas as experiências posteriores podem ser boas ou ruins, tendo como base apenas uma com desempenho bom ou ruim. A generalização ocorre sempre que uma experiência se torna uma base para todas as outras posteriores, impossibilitando a pessoa de encontrar, por si só, exceções para novas descobertas para si e para o outro.

A distorção, segundo o autor, é a capacidade de fazer pressuposições sobre algum processo ou alguém acreditando conhecer a experiência interna do outro como se fosse um processo de adivinhação. Trata-se de um mecanismo que julga as possibilidades de causa e efeito, tendo como única base a própria experiência, que pode ser diferente do interlocutor. Assim, o emissor emite um conteúdo que é distorcido no entendimento do receptor, graças aos seus processos internos de preconceitos, discriminações, medos, paixões e tantas outras possibilidades.

Chomsky (1975) fala ainda da omissão, processo que subtrai elementos na fala do emissor, que, em sua verbalização, pode

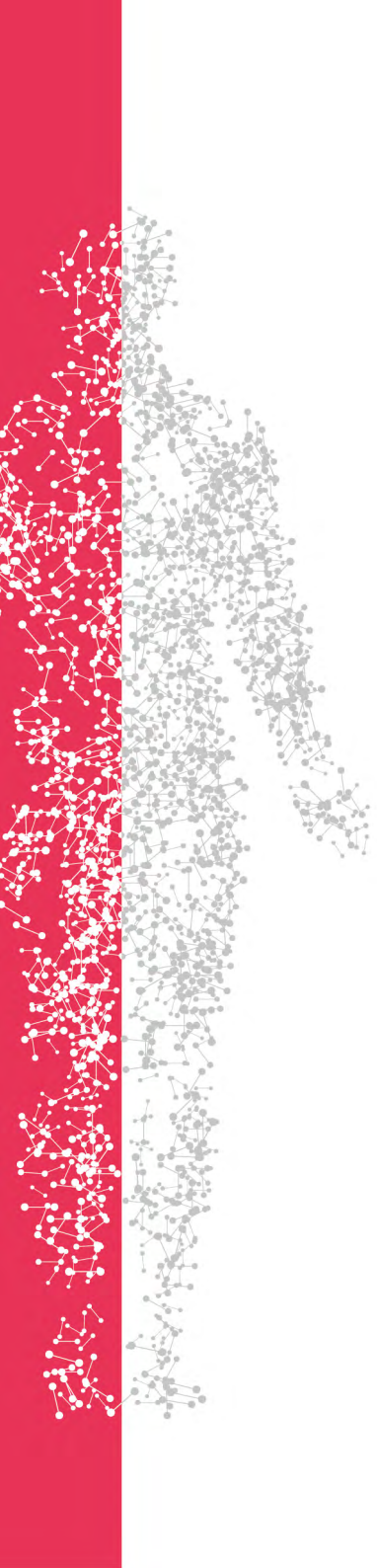
muitas vezes e de forma inconsciente, deixar certos aspectos de lado e diminuir a mensagem, podendo inclusive alterar de forma total e prejudicar o seu entendimento pelo receptor.

Assim, a comunicação verbal sofre de várias formas e em qualquer situação em que possa existir uma mensagem sendo gerada para o entendimento de outro. Na saúde não poderia ser diferente. Erros ocorrem por falhas no diálogo. Por isso, urge a necessidade de mais investimentos na melhoria desses processos.

A dimensão subjetiva da saúde pode ter muitos prejuízos em função da pouca valorização que é dada ao processo da comunicação como um todo, verbal e não verbal, e seus fluxos. Lefevre (2007) ressalta que a população usuária do sistema de saúde e os profissionais que atuam na estrutura de atendimento de saúde falam e atuam sobre a saúde e a doença de lugares muito distintos. A população tem como base seu espaço geográfico e social enquanto os trabalhadores da saúde discutem e atuam na saúde a partir dos serviços das organizações de saúde, das universidades nas quais se formaram e até mesmo do órgão do estado ligado à saúde (secretaria de saúde, por exemplo).

Assim, é fácil prever os possíveis conflitos entre pacientes e profissionais de saúde – estes, com uma visão a partir de um espaço técnico-científico, e aqueles, a partir de uma fala proveniente da vivência, da cotidianidade. As diferenças são ainda acentuadas quando o estado psicológico do indivíduo afetado pela doença está alterado. Muitas vezes essa alteração do estado emocional nem está totalmente relacionada ao mal que o aflige, mas sim à dificuldade de fazer compreender plenamente devido à incapacidade de se expressar de forma conveniente.

As relações de comunicação são, portanto, assimétricas, que beiram uma dicotomia entre poder e obediência, prescrição e cumprimento da prescrição, saber e não saber. Mas, a partir das



mudanças da globalização e da disponibilização de informações, a partir de novas tecnologias, o paciente é visto atualmente como um consumidor dos serviços de saúde, ciente de seus direitos e com mais possibilidade de conhecimento de informações acerca das doenças e tratamentos disponíveis.

O paciente torna-se, então, atuante e participante do processo de saúde e doença, e sua autonomia como sujeito humano passa a ser valorizada. Nesse movimento, a cooperação torna-se essencial e a aproximação entre profissional de saúde e paciente torna-se imprescindível. Lefevre afirma:

[...] configura-se a necessidade de uma diagnose, ou seja, de um conhecimento a dois, que possa dar lugar a uma pedagogia dialogal de inspiração freiriana, que coloque frente a frente, em oposição dialética, a lógica sanitária e a lógica da população, para que uma possa aprender da outra e para que dessa aprendizagem recíproca cresça e se desenvolva o estado (subjetivo) de saúde da população brasileira (LEFEVRE, 2007, p. 57).

O que o autor destaca é essencialidade da comunicação como uma relação dialógica, na qual o poder de ambas as partes é respeitado e valorizado com a finalidade de alcançar um resultado que beneficie diretamente os envolvidos, sem que nenhum saber seja negligenciado ou diminuído. Para que isso possa ser eficaz é necessária uma atualização constante do instrumental comunicacional que pode ser alcançado com treinamentos que apresentem novas formas facilitadoras dessa integração.

A comunicação como via de informação de campanhas e de estratégias para aderência a determinadas condutas que objetivem certos resultados não se efetiva como comunicação, pois ainda reside na relação de poder que não envolve diretamente a população, uma vez que essa apenas escolhe aderir ou não uma causa.

A saída mais salutar é envolver a população em prol do empoderamento da cidadania, que deve ser conquistada para implicar

os processos de saúde e doença. A relação entre o profissional de saúde e o paciente deve ser de confiança e entendimento para que haja espaço para o diálogo que permita mudanças comportamentais e vise a diminuição do sofrimento e a compreensão da dimensão subjetiva dos processos de saúde e doença.

O modelo de gestão de uma unidade de saúde tem impacto direto na efetividade da comunicação e nos moldes que estabelecem as relações interpessoais, tanto entre profissionais que atuam em uma equipe quanto entre profissionais de saúde e pacientes.

A má comunicação gera despesas extras para as unidades de saúde e pode prejudicar os pacientes das mais diferentes formas. Spiller et al. (2010) colocam que a simples liberação de uma senha pode manter um paciente internado por dias e atrasar a realização de um procedimento. Nessa mesma linha, pode-se apreender que um paciente internado em um hospital possa ter algum tipo de prejuízo quando os profissionais não se comunicam nas trocas de plantões e deixam falhas no prontuário em relação às ações efetuadas.

O grande diferencial competitivo das organizações, em uma unidade de saúde, que é uma complexa e ampla organização, é o foco voltado para as pessoas, nas competências técnicas e comportamentais dos trabalhadores da saúde e o olhar voltado para o paciente, para a qualidade dos serviços prestados a ele, o que envolve compreender suas necessidades, oferecer atendimento humanizado, que o faça se sentir bem tratado, estabelecer um vínculo de confiança que permita a ele sentir-se parte implicada em seu tratamento e seja corresponsável pela sua recuperação.

A imagem que o paciente tem da instituição de saúde que o atendeu ocorre a partir da relação com as pessoas que foram responsáveis pela assistência em saúde. Ela é feita por profissionais que disponibilizam seu conhecimento técnico-prático em prol dos

melhores resultados para o paciente. Quando as relações são boas, os resultados tendem a ser melhores, pois os pacientes se sentem mais acolhidos.

O profissional representa mais que ele mesmo. Em sua fala, está contida a imagem da instituição e de sua própria formação. Isso gera responsabilidade extraordinária tanto no preparo daquele que irá expor ao ambiente o perfil de treinamento que teve quanto na manutenção de um profissional na instituição que vai criar elos de afeto ao bem cuidar dos clientes/paciente dessa nova geração voltada para uma consciência humanizada no atendimento de saúde.

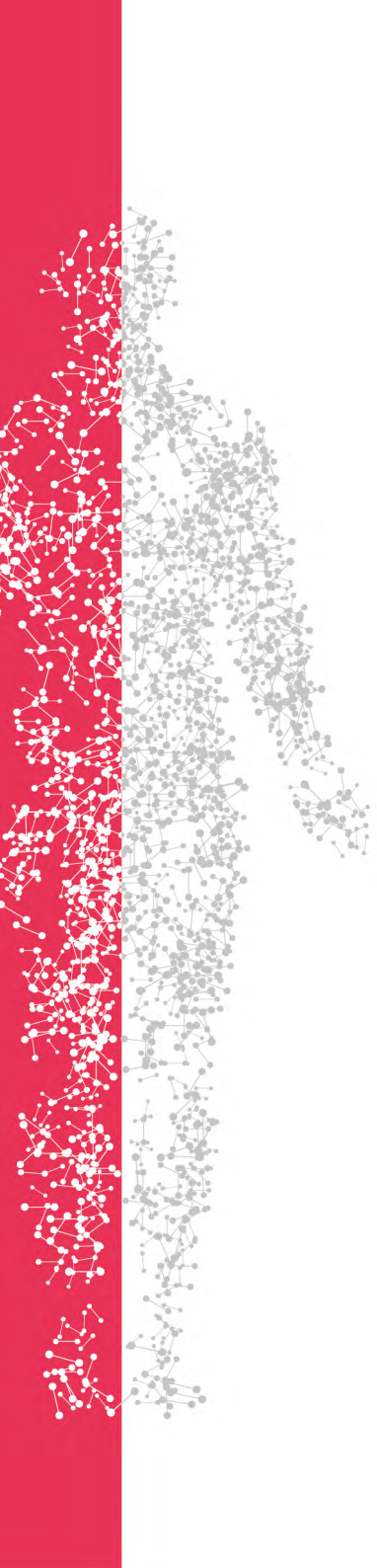
Cabe às instituições de saúde a preocupação de manter diálogos constantes e métodos de aferição de desempenho com escuta ativa aos usuários. Aferir a forma como é percebido pelo usuário o serviço prestado pode dar indicativos úteis ao gestor e orientar intervenções antes que os problemas se tornem irreversíveis.

Diferente de qualquer outro tipo de serviço prestado à população, o atendimento de saúde deve prospectar, de modo contínuo, uma melhor forma de interagir com os usuários. O resultado, saúde, é o esperado e pouco reconhecido, pois é considerado como obrigação, resultado de um bom serviço. Ao contrário da falha fatal, que pode representar o fim permanente de uma relação.

2.1.1 A comunicação como fator de humanização em saúde

A imagem de uma instituição está diretamente ligada ao tipo de atendimento que ela presta aos usuários. Seja no serviço público, seja no privado, primar por excelência nas relações entre equipes de profissionais e entre esses profissionais e a população trará bons resultados no que se entende por saúde plena.

Em 2000 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), como apresenta Boeger (2009)



em seu livro *Hotelaria Hospitalar gestão em hospitalidade e humanização*, que prevê dez “direitos” do paciente:

1. Todo e qualquer paciente tem o direito a atendimento humano e respeitoso por parte de todos os profissionais que atuam na instituição de saúde, que deve ser em um local digno e adequado.

2. O paciente deve ser tratado nominalmente pelo nome e sobrenome. Esse direito deve prevalecer sobre qualquer outro tipo de denominação. De nenhuma forma, o paciente deve ser identificado pelo nome de sua doença ou agravo à saúde. Tão pouco deve ser tratado de forma genérica ou qualquer outro tipo impróprio que seja desrespeitoso ou preconceituoso.

3. O usuário do sistema tem o direito de receber do funcionário do quadro da instituição, que estiver presente no local, ajuda imediata para melhoria de sua situação de conforto e bem-estar sempre que for solicitado.

4. Os funcionários da instituição devem manter sempre, para fácil identificação por parte do usuário, um crachá com nome completo função e cargo.

5. Todo usuário do sistema de saúde tem direito a consultas marcadas antecipadamente, de forma que não fique por mais de 30 minutos em espera.

6. O paciente deve ser informado, em detalhes e de forma clara, sobre todos os exames a que é submetido e sobre o motivo da coleta de material para exame laboratorial.

7. O usuário do sistema tem direito a explicações claras e simples, adaptadas para serem compreensíveis a seu nível cultural sobre todas as ações diagnósticas e terapêuticas e tudo que possa vir a ocorrer em relação a esses procedimentos. Também deve ser informado o tempo de tratamento, o local em que está a patologia

localizada no corpo, a possibilidade de ser necessário usar anestesia, quais os tipos de instrumentos que serão utilizados e o quais regiões do corpo podem ser afetadas por esses procedimentos.

8. O paciente tem o direito de acesso ao seu prontuário médico quando quiser, e esse deve estar grafado de forma legível para fácil leitura.

9. O usuário tem o direito a não ser discriminado por ser portador de alguma patologia nos serviços de saúde. Especialmente em caso de ser portador de AIDS ou qualquer doença infectocontagiosa.

10. Todo paciente tem o direito à morte digna e serena. Ele pode optar, desde que esteja consciente, pelo local ou acompanhamento e, ainda, se deseja ou não algum tipo de tratamento que cause dor ou de perfil extraordinário para o prolongamento de sua existência. Caso não esteja consciente, sua família ou responsável assumirá a responsabilidade pelas escolhas.

Em todos os itens pode ser percebido como o processo da comunicação claro e pleno é o ponto principal. Sem um entendimento perfeito das partes envolvidas no atendimento de saúde, o Programa Nacional de Humanização não irá alcançar o objetivo planejado: tornar o paciente um ser participante e respeitado dentro da unidade de saúde; incluí-lo como ser humano com possibilidades de escolhas desde que plenamente informado de tudo que o cerca desde os riscos até os benefícios das ações terapêuticas.

A compreensão das informações se torna, portanto, o ponto essencial. Para que isso possa ocorrer, é importante que os profissionais de saúde tenham compreensão do estado do paciente por meio dos subsídios fornecidos por eles, por comunicação verbalizada ou não.

As emoções, portanto, possibilitam uma avaliação dos estímulos que surgem no ambiente de maneira rápida e inconsciente. Preparam o organismo, igualmente de forma rápida e inconsciente, para uma ação necessária à resolução do que ocorre no externo. Acelerar o batimento cardíaco e aumentar a produção de adrenalina facilita no caso de ser necessária uma fuga imediata.

Elas também fornecem aos outros que estão compartilhando o mesmo momento pistas das intenções comportamentais que estão por surgir. Isso é possível graças à manifestação das expressões faciais que anunciam o tipo de atuação que podem esperar na sequência. Um sorriso, quando exposto, coloca no grupo uma suposição de postura amigável e serena; já um rosto enfurecido anuncia uma provável breve agressividade.

Esse conjunto de manifestações que quase sempre ocorre sem o conhecimento do sujeito que as vivencia tem como propósito auxiliar na administração das relações sociais.

As experiências vividas, aprendizado ao longo do tempo com eventos em que as emoções tiveram ou não papel funcional, acabam valorizando umas mais do que outras, automatizando o surgimento de repostas comportamentais. Toda espécie humana se aproveita desse conhecimento graças à memória filogenética, como afirma Darwin (2009).

2.2 Expressões faciais e as emoções básicas

Desde os primórdios da civilização, a comunicação não verbal possui um papel de importância nas relações humanas. Gestos simples, como um aceno com a mão, significando uma despedida ou um sorriso representado pela alegria de estar com alguém, são comuns e quase nunca solicitam maior interpretação

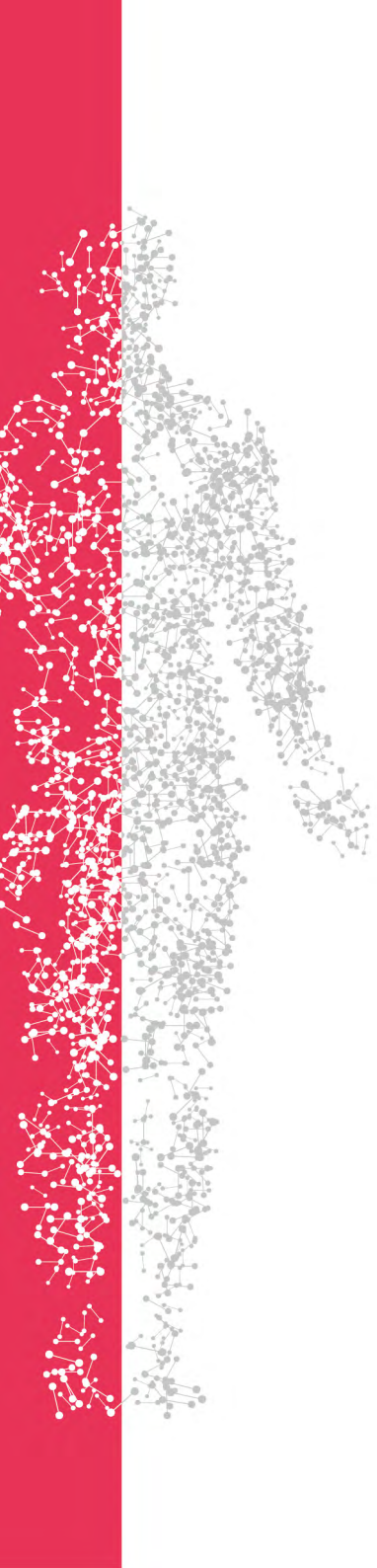
de nossa mente consciente. No entanto, vários estudos apresentam resultados que demonstram a necessidade da criação de mecanismos de tradução dos gestos, posturas e expressões para uma linguagem mais clara no sentido prático da utilização no ambiente de atendimento da saúde pública.

Os estudos sobre as expressões das emoções pelos gestos e movimentos faciais em nossa era teve início quando em 1872. Charles Darwin publicou seu livro *A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais* uma série de estudos sobre esse vasto universo das emoções humanas e como elas se manifestam no corpo em comparação com animais que, segundo ele, também expressam suas emoções.

Para Darwin (2009), as expressões das emoções nos animais servem como meio para comunicar suas intenções a outros da mesma espécie ou de espécies diferentes, além de refletir um estado de afeto interno. Esse código, que pode ser expresso por várias espécies diferentes de animais, está intimamente ligado às reações de luta e fuga e visa a preservação da própria espécie.

De origem filogenética, essas expressões resultam das diferentes emoções que igualmente visam, no primeiro momento, a manutenção da vida, destaca Darwin (2009). Como podem ser encontradas com impressionante uniformidade em todo o mundo e entre os seres humanos, elas devem ter tido um papel de suma importância para a sobrevivência durante o processo de evolução da espécie humana.

Os estudos de Darwin não tiveram grande aceitação na época em que foram publicados, pois a maioria dos antropólogos acreditava que todas as expressões faciais eram culturais e seus significados dependiam das interpretações de cada cultura em que eram manifestos.



O psicólogo português Freita-Magalhães, nos dias atuais, destaca a existência de padrões de mudança da expressão facial e da fisiologia descritas por Ekman, afirmando que as emoções apresentam as seguintes características:

1. Existência de sinal distintivo pancultural;
2. Existência de expressões faciais distintas universais determinadas filogeneticamente;
3. Existência de diversos sinais na expressão emocional;
4. A duração da emoção é limitada;
5. Determinado instante da expressão emocional reflete os pormenores de determinada ação emocional;
6. As expressões emocionais podem ser divididas em graus de intensidade, os quais refletem variações do vigor da ação subjetiva;
7. As expressões emocionais podem ser totalmente inibidas;
8. As expressões faciais podem ser convincentemente simuladas;
9. Cada emoção apresenta fatores comuns pan-humanos como desencadeantes;
10. Cada emoção apresenta padrão pan-humano de alteração do SNA e do SNC. (EKMAN apud FREITAS-MAGALHÃES, 2011a, p. 107).

A existência de um sinal pancultural da mesma forma em todas as diversas culturas seria uma das características das emoções. As reações a determinados enfrentamentos fazem surgir respostas endócrinas, alterações nas produções químicas internas, relata Ekman (2011), e acabam por fazer surgir na face expressões universais que são determinadas filogeneticamente.

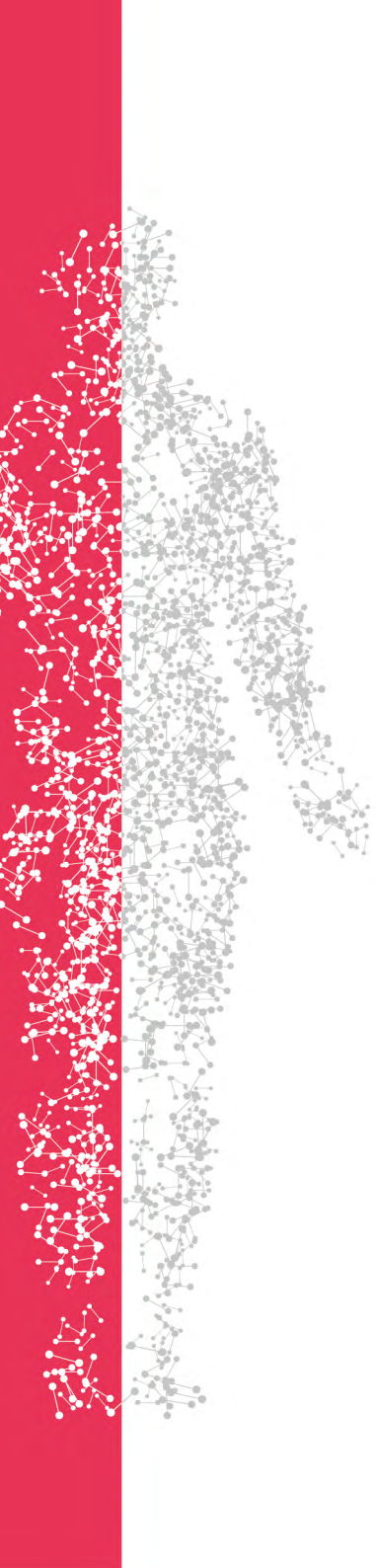
Essas expressões contêm diversos sinais próprios que as tornam diferenciáveis umas das outras e são de curta duração. Uma real expressão, afirma Ekman (2011), não dura muito mais que alguns poucos segundos, e as expressões faciais podem durar menos ainda quando expressas, mas são capazes de refletir os detalhes de determinada estrutura emocional.

Essas mesmas expressões faciais podem ser percebidas em diferentes graus de intensidade, pois estão diretamente relacionadas às próprias variações da emoção e à força com que surgem de forma subjetiva no sujeito. Um mesmo estímulo pode fazer surgir diferentes nuances emocionais em diferentes pessoas. Essas, por sua vez, demonstraram expressões faciais de acordo com o vigor de sua própria manifestação emocional.

Também é possível inibir completamente as expressões das emoções e simular de forma convincente uma expressão emocional mesmo quando não existe nenhuma emoção ocorrendo na estrutura psicológica do sujeito. Algumas pessoas, mesmo sem treinamento adequado, são capazes de manipular a máscara facial, de modo a apresentar emoções que não estão ocorrendo em seu interior.

Ekman (2011) afirma ainda que cada uma das emoções existentes possui fatores comuns a todos os humanos para o seu surgimento. O risco de morte iminente, por exemplo, faria surgir a emoção do medo em qualquer ser humano que tivesse a percepção consciente disso. Da mesma forma, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e o Sistema Nervoso Central (SNC) teriam respostas endócrinas similares em toda espécie humana de acordo com cada emoção.

No caso específico do medo, o corpo seria preparado para a fuga com aumento de adrenalina e direcionamento do sangue para as pernas no intuito de fugir para longe do perigo na tentativa de sobreviver ao perigo, finaliza Ekman (2011).



Alguns autores, como Newen e Zinck (2013), propõem que a forma como as emoções surgem deve ser expressa pelos seres humanos, com vários componentes que incluem, pelo menos, as seguintes características: alterações das funções fisiológicas percebíveis como a aceleração do batimento cardíaco, aumento da sudorese ou inquietação motora; aparecimento de execução de comportamentos bem específicos como, por exemplo, exibição de uma estrutura de máscara facial própria capaz de identificar a emoção em curso; percepção de estar vivenciando um estado subjetivo diferenciado, um estado emocional distinto; existência de pensamentos que estão associados a essa experiência subjetiva que está sendo vivenciada nesse determinado momento; e que existe um objeto, algo que possa estar relacionado à vivência subjetiva, ou seja, um motivo para a pessoa estar experimentando o surgimento de uma emoção.

Para esses autores, ainda existem muitas controvérsias a respeito da quantidade de emoções básicas. Eles apresentam uma formulação na qual apenas quatro emoções seriam realmente importantes e podem ser destacadas como básicas: medo, felicidade, raiva e tristeza.

Seriam essas as emoções necessárias para que o ser humano pudesse ter reações aos desafios que enfrentam, desde o desenvolvimento de nossa espécie, para a manutenção da vida. Dessa forma, essas emoções seriam as responsáveis por ativar respostas comportamentais, independentemente de um processo mental de análise situacional.

O rápido agir, mesmo sem um pensamento analítico mais profundo, desencadeado pelo medo, por exemplo, seria fundamental para a sobrevivência da espécie. Assim, Newen e Zinck (2013) destacam o processo da pré-emoção, as emoções básicas, as cognitivas primárias e as cognitivas secundárias.

Quadro 2 – Os Quatro níveis das emoções

QUATRO NÍVEIS			
PRÉ-EMOÇÕES	EMOÇÕES BÁSICAS	EMOÇÕES COGNITIVAS PRIMÁRIAS (exemplos)	EMOÇÕES COGNITIVAS SECUNDÁRIAS (exemplos)
BEM-ESTAR	Felicidade	Contestamento	Amor Alegria
		Satisfação	
DESCONFORTO	Medo	Ameaça	Vergonha Ciúme Inveja
		Ansiedade	
	Raiva	Irritação	Fúria Desprezo
		Frustração	
	Tristeza	Decepção	Luto
		Prostração	

Fonte: Newen; Zinck, 2013, p. 17.

Do estado de bem-estar ou desconforto podem surgir as emoções básicas que irão desencadear processos comportamentais com base nas produções químicas internas e alterações fisiológicas. Somente a partir desse momento, destacam os autores, os pensamentos passam a ter importância.

A Emoção Cognitiva Primária surge quando o sujeito que a vivencia tem na consciência a certeza do que está ocorrendo e, quase sempre, o motivo para tal sensação. O medo, uma emoção básica, pode surgir de uma situação em que a ameaça não é real, apenas uma percepção muitas vezes sem uma análise que pode evidenciar o que seria de fato assustador. A emoção cognitiva primária inclui uma convicção que existe algo realmente perigoso que pode causar algum tipo de dano ou prejuízo ao sujeito.

Já na Emoção Cognitiva Secundária, definem os autores, existe uma teoria que envolve uma relação social. Assim, podem

existir valores diferentes, dependendo da base cultural na qual ocorrem os eventos que motivaram o surgimento da Emoção Básica e da emoção Cognitiva Primária. Vergonha, ciúme e inveja possuem carga de valores diferentes, de acordo com as normas sociais em que estão ocorrendo. Isso tanto diz respeito ao julgamento dos comportamentos quanto aos fatores que provocam o surgimento dessas emoções.

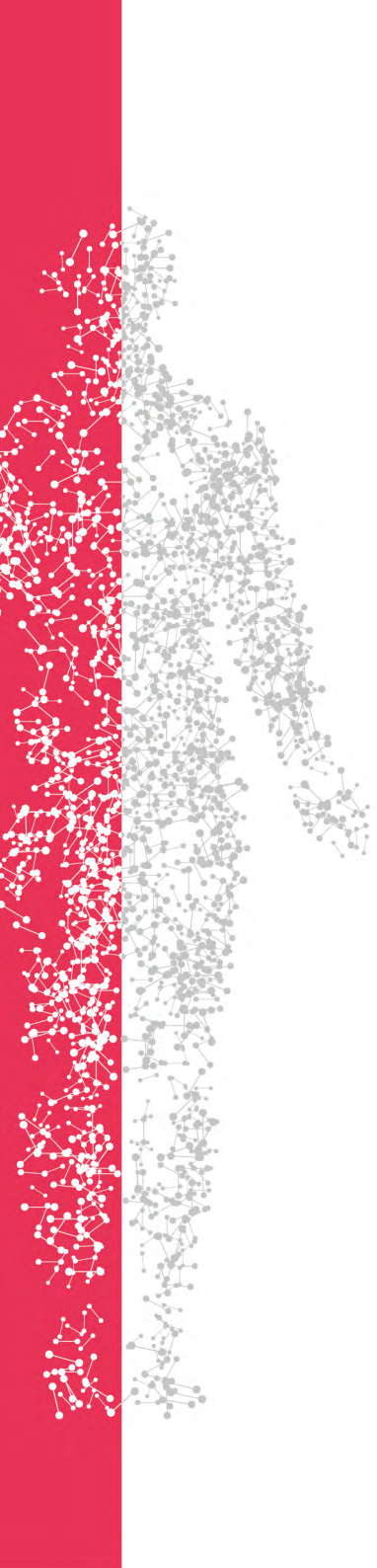
Um exemplo dessas diferenças, assinalam os autores, é que no Ocidente são mais valorizados os profissionais que focam na independência com resultados pessoais. Já no mundo oriental os mais valorizados são os que possuem a capacidade de conviver em grupo de forma harmoniosa de forma humilde. Esse perfil é considerado como uma nobre qualidade do ser humano.

Com esse modelo, as emoções podem surgir do estado de bem-estar ou de desconforto, manifestando-se, primariamente, na forma de quatro emoções básicas de forma universal. No entanto, a evolução do estado emocional para Cognitivo Primário ou Secundário terá variações de acordo com o entendimento pessoal de cada indivíduo e de como a sociedade, ambiente cultural em que ele está inserido o observa em suas reações.

Assim, somente as básicas possuem o aspecto amplo e podem ser observadas no mundo inteiro com o mesmo formato no que tange ao aparecimento de mudanças no perfil fisiológico do sujeito que as vivencia.

2.2.1 A estrutura das emoções na face humana

Na década de 60, o psicólogo norte americano Paul Ekman (2011) coordenou uma pesquisa nas ilhas do Pacífico Sul, Papua-Nova Guiné, e apresentou como resultado a possibilidade de uma



universalidade nas expressões emocionais. Assim, ele nomeia as expressões diferenciando seis emoções básicas.

Figura 4 – Emoções básicas sendo expressadas
Raiva Medo Nojo



Fonte: Disponível em: <<http://meme.zenfs.com/u/861932730c5ca3898e6ffdecd2efd26c0bb6996a.jpeg>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

Em seu estudo, foram apresentadas fotos que apresentavam as seis emoções básicas. De forma alternada, foi solicitado que o indivíduo relatasse, por meio de uma história inventada ou vivenciada por si mesmo, o que poderia ter motivado tal expressão na pessoa da foto. Assim, várias histórias foram ouvidas e, muito se assemelhavam aos motivos que provocavam tais emoções em pessoas de culturas diferentes – o povo pesquisado, conhecido como fore, vivia em uma ilha isolada, sem muito contato com a civilização. Mesmo assim, quando solicitados e ao relatarem histórias que explicassem o que poderia ter ocorrido para tais expressões serem expressas nas fotos, os relatos eram bem similares ao que poderia motivar tais emoções nas pessoas que viviam em grandes cidades.

Figura 5 – As seis emoções básicas representadas por desenhos.



Fonte: McCloud. 2008, p. 83.

Foram utilizadas fotos de pessoas de vários países diferentes e o resultado bem significativo para fortalecer a ideia das expressões universais:

A maioria das histórias combinava com a emoção descrita em cada foto-grafia. Por exemplo, ao observar um retrato descrevendo o que as pessoas em culturas letradas julgariam tristeza, os fore afirmavam com frequência que o filho da pessoa tinha morrido. (EKMAN, 2011, p. 25)

Para Freitas-Magalhães, professor da Universidade Fernando Pessoa, na Cidade do Porto, Portugal, em seu livro *A psicologia do sorriso humano*, não é suficiente que uma pessoa mova seus músculos da face para provocar o surgimento de uma emoção genuína em seu

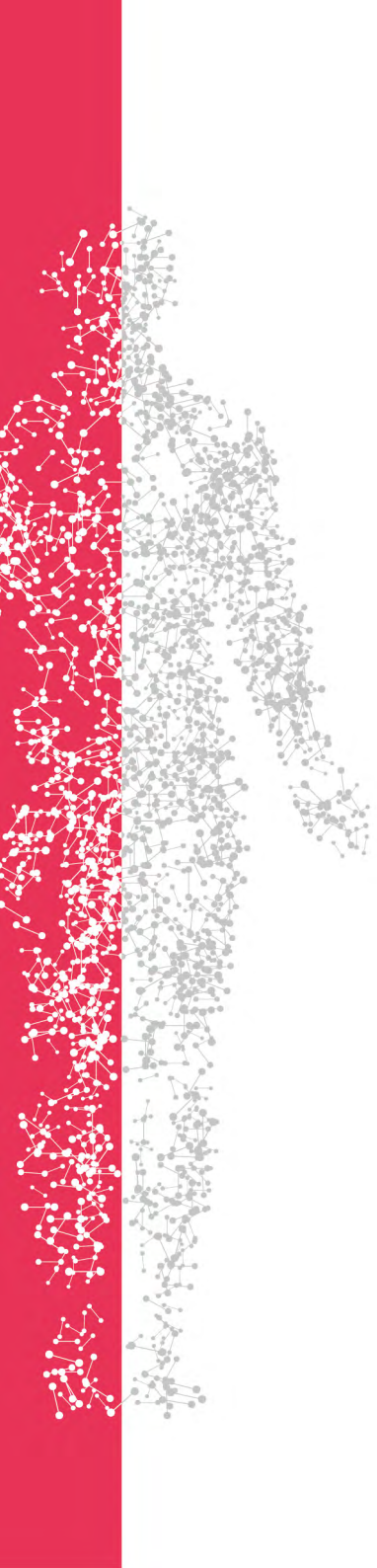
ser (FREITAS-MAGALHÃES, 2009). Como exemplo, ele cita o ator comediante, que representa as emoções, mas não as sente.

Dessa forma, as emoções não podem ser falseadas, já que são fenômenos endógenos, embora as expressões faciais possam ser exibidas criando uma provável ilusão ao observador sobre seu estado emocional. Bons atores profissionais são capazes de transmitir uma emoção de tal forma que criam o fenômeno da empatia coletiva, sendo capazes de levar uma audiência a lágrimas ou a risos histéricos se assim desejarem.

No entanto, as expressões naturais e espontâneas oriundas de um reflexo emocional interno possuem em sua essência uma historicidade filogenética. Não há necessidade de treinamentos e oficinas teatrais para aprender como deve ser exibida a tristeza ou o medo. A própria natureza do ser humano, como apresentam os pesquisadores listados neste capítulo, se incumbem de utilizar um complexo código de tensões e relaxamentos em determinados músculos para que ocorra uma exteriorização dos afetos internos.

A utilidade desse código é tão remota quanto à estruturação da espécie humana, como relata o pesquisador do século XIX, Charles Darwin (2009). Não se trata de uma forma exclusiva de expor as emoções; várias espécies de animais também conseguem. Alguns animais com expressões bem similares às humanas expressam estados de afeto, utilizando um complexo código não verbal que inclui as expressões faciais.

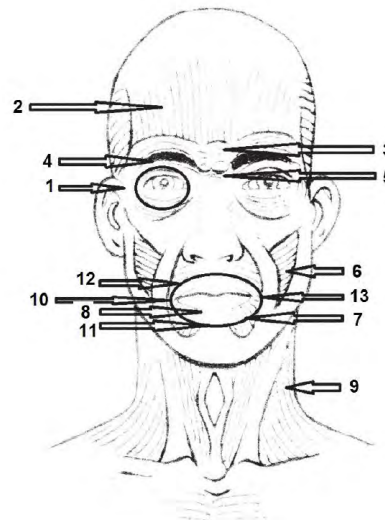
A universalidade das expressões emocionais foi tema de muitas outras pesquisas na década de 60. Pelo menos as seis emoções descritas como básicas são comprovadamente manifestas com a mesma movimentação dos músculos da face em todo o mundo, de acordo com as pesquisas realizadas por Ekman (2011) e por Darwin (2009).



A face é uma parte de corpo humano com uma particularidade que a torna especialmente diferente: os músculos ligam a pele diretamente aos ossos (OLIVEIRA, 2012). Somente nessa área esse fenômeno ocorre, o que transforma a movimentação dos músculos em múltiplas expressões faciais. A evolução deve ter tido esse cuidado para manter a complexidade de códigos que podem ser formados com o repuxar ou comprimir da estrutura da máscara facial. Assim, apenas nessa parte do corpo existe grande mobilidade na superfície da pele, ajudando na delineação dos mais diversos signos que expõem, ao externo, o que acontece no íntimo de cada um de nós.

Embora sejam poucos músculos, suas movimentações apresentam todas as nuances emocionais do ser humano.

Figura 6 – Os músculos responsáveis pelas expressões faciais.



Fonte: Oliveira, 2012.

De acordo com a numeração destacada na Figura 6, nominam-se os seguintes músculos da face, envolvidos na formação das principais expressões emocionais:

1. Orbicular do Olho, também conhecido como *Orbiculares Oculi*. Na observação desse músculo, durante a expressão do sorriso é possível saber quando é verdadeiro ou falso. Quando o sorriso é carregado de uma emoção natural, esse músculo é ativado de forma harmônica com a movimentação labial. Quando se trata de um sorriso forçado, falso, somente existe a ativação dos zigomáticos, músculos que puxam os lábios para o alto da face.

2. Ventre Frontal. Também chamado de *Frontalis* ou *Ergue Cenho*, esse músculo é ativado sempre que estão presentes as emoções como medo, tristeza ou espanto (surpresa). Como esse músculo é o responsável pelo movimento da testa, seus movimentos são bem aparentes e, facilmente, pode-se perceber um levantar de sobrancelhas em um momento de surpresa (espanto) ou o enrijecimento quando a emoção se transforma em puro medo.

3. Corrugador do Supercílio. Localizado entre as sobrancelhas este músculo só não é ativado quando são manifestas as emoções de espanto (surpresa) e alegria. Em todas as outras ele é contraído com mais ou menos tensão, dependendo da força com que a emoção é vivenciada. Darwin (2009) diz em sua publicação que esse músculo também é conhecido como músculo da personalidade, pois, por meio de sua movimentação, é possível perceber sentimentos negativos, vivenciados por outra pessoa. É usado nas expressões emocionais de tristeza, medo e raiva. No entanto, é o músculo que mais pode apresentar ao externo o estado subjetivo do sofrimento, da dor física e psíquica, curiosidade e confusão de pensamento como apresenta Ferreira (2011). Também é utilizado em expressões que exibem estados de concentração e determinação. Trata-se, portanto, de um ponto na face que merece uma atenção especial no ambiente clínico.

4. *Levator Palpebrae*. É o músculo responsável pela movimentação de piscar os olhos. A velocidade com que os olhos piscam podem revelar também estados subjetivos. Piscadas mais rápidas podem indicar estado de ansiedade, nervosismos ou estresse. Já os movimentos mais lentos, com piscadas dos olhos mais demoradas, podem indicar estado de calma, cansaço, sonolência ou ainda de tristeza.

5. *Prócero*. Situado no alto do nariz, esse músculo repuxa as narinas para o alto quando expressa nojo e/ou raiva. A palavra “nojo” no idioma português não compreende de fato o real significado dessa expressão emocional. A nomenclatura “aversão” talvez seja mais adequada. Ocorre que esse músculo, também conhecido como piramidal do nariz, pode movimentar a pele da face entre o nariz e os olhos, criando rugas horizontais. Quando se movimenta na expressão da aversão (nojo), quase sempre é acompanhado de um movimento para trás da cabeça. Quando a expressão é de raiva, o movimento que pode ocorrer com a cabeça e muitas vezes todo o corpo, para frente, na direção do objeto que motivou o estado da cólera. Assim, esse músculo pode auxiliar tanto na percepção de um estado de negação como na tentativa de afastamento de uma situação, quanto de produção de recursos, na raiva, para uma ação de fuga ou ataque.

6. *Zigomático maior e menor*. Seu movimento puxa os lábios para os lados e para o alto na formação clássica do sorriso. O sorriso verdadeiro, quando existe uma emoção sincera em curso, só é exposto pela face quando os zigomáticos são acionados simultaneamente aos *orbiculares oculis*. O conhecido sorriso amarelo, ou sorriso falso, quando não há um real afeto ocorrendo, é exibido apenas pelos zigomáticos. Isso ocorre porque os zigomáticos podem ser acionados de forma consciente e os *orbiculares oculis* apenas de forma automática (Ekman 2011).

7. *Levator do Labii Superioris*. Também conhecido como Músculo do Esgar, esse músculo repuxa para o baixo o lábio superior. Envolvido na formação da tristeza, é utilizado pela estrutura motora da fala verbalizada. Em conjunto com o músculo *mentalis*, cria o desenho da boca retorcida para baixo comum em crianças quando choram. Na idade adulta, esse movimento se torna mais discreto e, somente na exibição de uma forte emoção de tristeza, a conjugação dos dois músculos apresenta um desenho bem definido.

8. Risórios (informações idênticas às do Platisma).

9. Platisma. Ativados simultaneamente, eles esticam a boca e o pescoço. Os músculos risórios e platisma sempre atuam em conjunto na formação das expressões emocionais da raiva, tristeza e medo. Assim, esses músculos são peças fundamentais na exibição das emoções consideradas negativas. Na verdade, todas as emoções têm suas funções ligadas à sobrevivência da espécie.

10. Triangulares. Sua movimentação é responsável por rebaixar a boca. Quando está em ação, esse músculo ajuda a abrir a boca. O formato auxilia na formatação da face para a exibição das expressões emocionais: raiva, espanto e medo. Darwin (2009) questionava que o abrir da boca rapidamente quando essas emoções surgiam era uma forma de permitir maior entrada de ar para melhorar a captação de sons do ambiente, o que ajudaria a uma tomada de decisão de fuga ou ataque.

11. *Mentalis*. Também chamado de Músculo do Amuo, esse músculo é responsável pela contração no queixo e pode ser ativado nas expressões emocionais da tristeza e do nojo. Esse músculo é o que eleva o queixo contra a boca e projeta para a frente a parte central do lábio inferior, franze a pele do queixo construindo um pequeno beijo labial momentâneo que exprime descontentamento com algo que ocorre no ambiente (Ferreira, 2011). Na expressão

popular, existe o termo “amuado” que significa pessoa de difícil trato nas relações sociais: um chato.

12. Depressor Labii. Também chamado de Músculo da Fala, esse músculo sempre está ativo enquanto a pessoa fala. Está envolvido na movimentação dos lábios na parte inferior, mas também pode estar envolvido na formação de emoções como surpresa e nojo. Sua maior expressão, no entanto, está ligada à articulação da linguagem verbal.

13. Orbicular da boca. Músculo circular em volta da boca, que retorce, comprime e também ajuda na formação do sorriso e em outras emoções. Tal qual o depressor labii, sua maior atividade está ligada à movimentação dos lábios para a articulação da fala dos seres humanos.

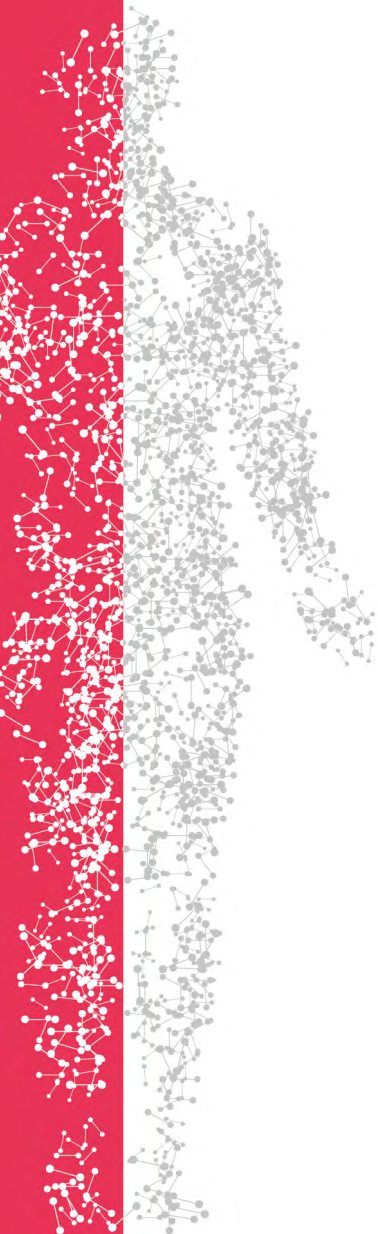
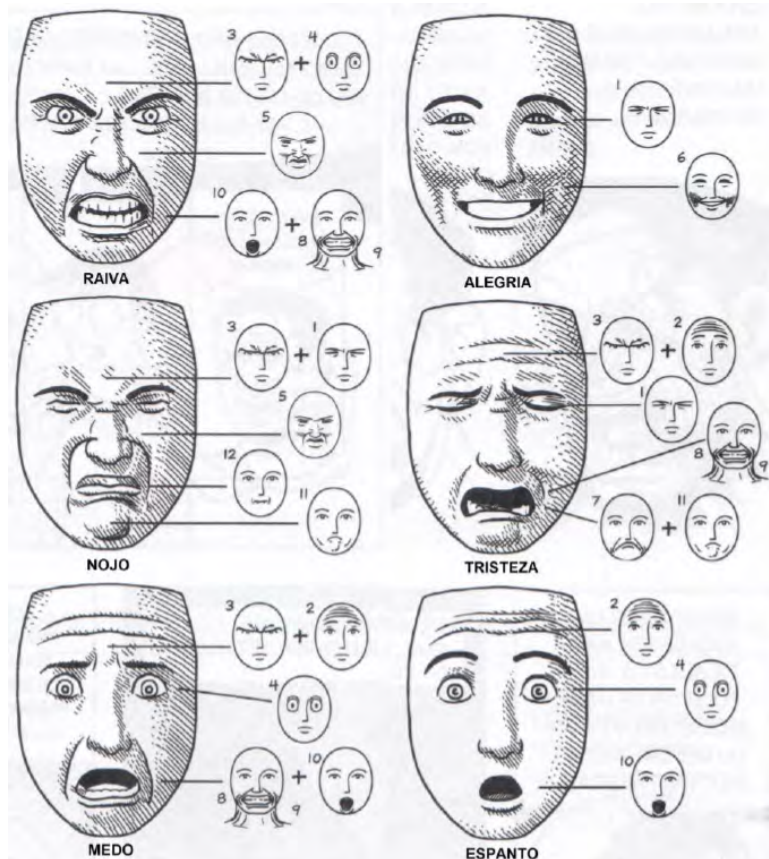


Figura 7 – O número de músculos envolvidos na expressão das emoções



Fonte: McCloud, 2008, p. 93.

As emoções básicas apresentadas na Figura 7 têm ao lado a numeração correspondente dos músculos da Figura 6, detalhados no texto explicativo anterior. Da combinação existente da contração ou relaxamento desses músculos faciais surgem as expressões das emoções nos rostos dos indivíduos com suas diferentes combinações e nuances.

(...) observando 33 cegos congênitos, de 12 a 20 anos, percebeu que apesar de terem expressões faciais de emoções semelhantes às das pessoas que veem, eram incapazes de descrevê-las quando questionados, dando a expressão de emoção um caráter mais corporal (bater palmas quando se está feliz, por exemplo). Este experimento demonstrou que muitas vezes as expressões faciais não passam pelo nível consciente do indivíduo, mas podem ser percebidas pelos que as observam. (SILVA; SILVA, 1995, p. 184)

Assim, como é colocado no trabalho de Silva e Silva (1995), expressões faciais podem estar ocorrendo sem a consciência do sujeito emissor. Dessa forma, é possível que o sujeito exiba uma determinada emoção, por meio de uma resposta interna absolutamente inconsciente, sem ter noção de quais músculos são ativados durante o processo.

2.2.2 Sobre as seis emoções básicas

A alegria é, provavelmente, a primeira emoção reconhecida pelo homem. Segundo Ekman (2007), Oliveira (2012) e Freitas-Magalhães (2011a), logo ao nascer o pequeno ser humano reconhece e retribui o sorriso que recebe de sua mãe. Começa, nesse instante, a formação de um elo de afeto entre mãe e filho que é extremamente necessário para a sobrevivência do bebê.

A expressão emocional do sorriso é a mais fácil de ser reconhecida entre todas as expressões e ocorre mais vezes entre as mulheres. Também é certo que as mulheres sorriem mais que os homens. Isso foi demonstrado em estudos realizados pelo psicólogo português Freitas-Magalhães (2011a).

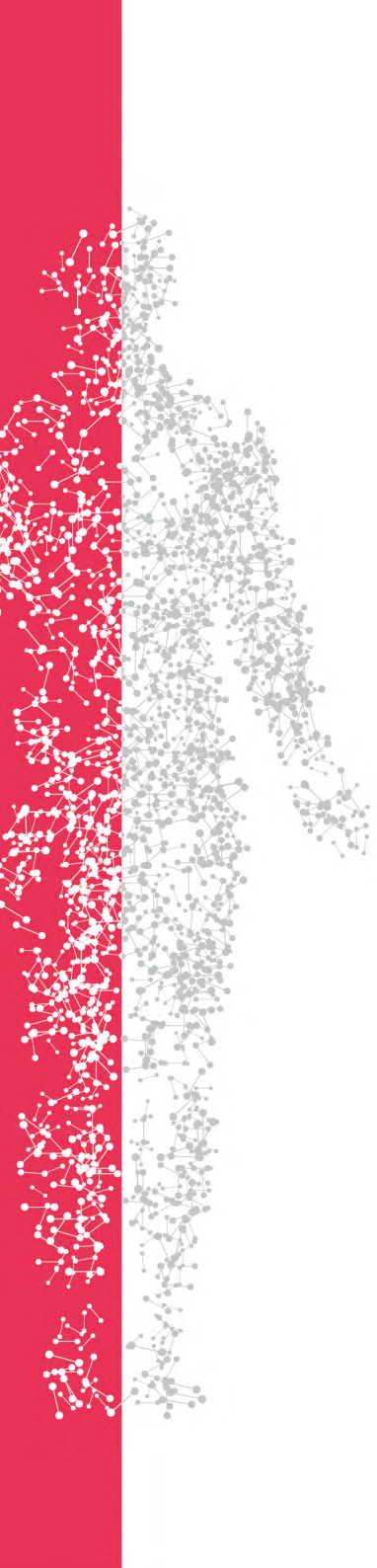
O sorriso desde cedo é cultivado como uma forma de criar afeição com outras pessoas e uma fonte certa de recompensas. Deixa de ser involuntário após alguns poucos anos de vida e passa a fazer parte de um repertório de expressões faciais, que pode ser identificado em todo o mundo da mesma forma.

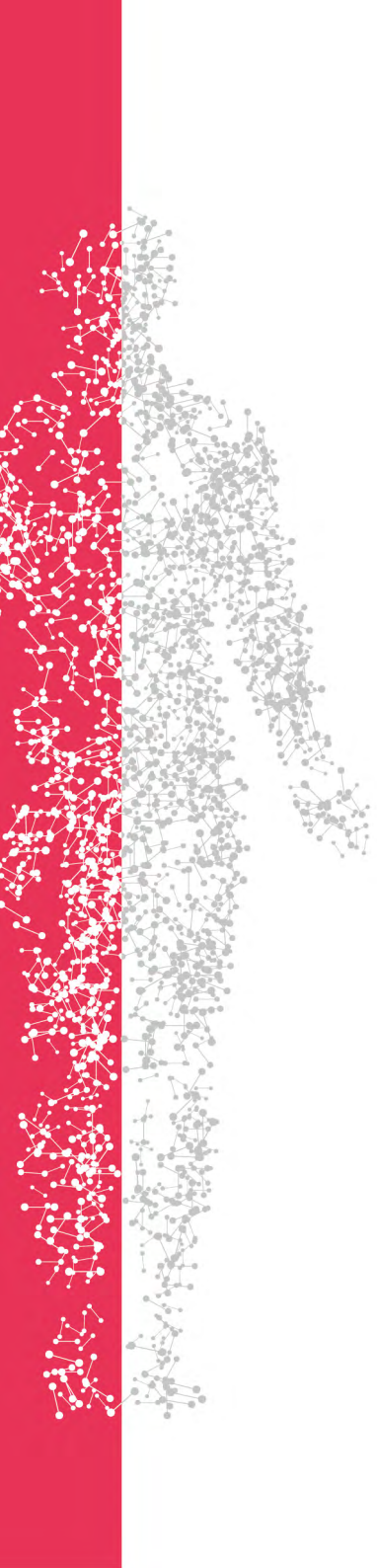
O autor Freitas-Magalhães ainda revela que o sorriso é de origem filogenética, pois pode ser detectado ainda no útero materno pelos modernos meios de imagens intrauterinas e que o seu caráter genético pode ser ainda confirmado na exibição dessa expressão em recém-nascidos cegos, mudos ou surdos.

Já o nojo é uma tentativa de impedir os sentidos de receber os estímulos externos. Ekman (2007) e Oliveira (2012) descrevem essa manifestação emocional como uma aversão ou negação ao que está sendo identificado no ambiente. Assim, o nojo muitas vezes movimentava a cabeça e corpo levemente para trás como se a intenção fosse sair do lugar onde está fisicamente. Essa expressão emocional também pode ser entendida como uma negação ao que está sendo dito pela outra pessoa.

O nojo, provavelmente, é a segunda expressão emocional identificada pelo recém-nascido, pois é expressa na face da mãe que cuida do filho sujo em suas fraldas. O espanto, também chamado de surpresa, é uma emoção que antecede uma reação física. Trata-se de um momento de coleta de informações do ambiente para uma tomada de decisão. A mente ainda não possui dados suficientes do que está ocorrendo para saber se é uma boa surpresa (um evento positivo) ou algo ruim que está surgindo e a melhor decisão está entre as duas clássicas e rápidas reações: atacar ou fugir.

O medo que tenciona os músculos da face pode surgir logo após a surpresa, quando se tem certeza de que o evento que se segue oferta riscos ao organismo. Geralmente o medo é consequência da falta de informação sobre determinado perfil de informação captada no ambiente. A incerteza e o desconhecimento são fortes geradores do medo. Outra forma conhecida dessa emoção se chama ansiedade, que ocorre quando o medo está instalado e é aceito como parte de uma estrutura cotidiana, um estado brando de medo constante.





A raiva é a emoção mobilizadora. Ekman (2007) relata que ao segurar o braço de um pequeno bebê, imobilizando seus movimentos, ele irá expressar o mesmo código facial que surge na expressão emocional da raiva em um homem adulto. Dessa forma, pode-se pensar que a raiva surge no organismo como uma forma de reunir recursos por meio de produções endócrinas e alteração da fisiologia, para que o ser humano possa ter energia e mudar algo impeditivo que ocorre no ambiente. Esses recursos extras que são apresentados pela raiva. Quando bem direcionados, podem ser úteis na produção de alterações da realidade.

A última das seis emoções básicas aferidas pelos experimentos do psicólogo americano Paul Ekman (2007) é a tristeza. Trata-se da emoção que se utiliza do maior número de músculos para ser expressa na face, ao contrário do sorriso, que expressa alegria que se utiliza do menor número de músculos.

A tristeza funciona como um sinalizador de que algo está errado e o ser que a exhibe necessita de auxílio por algum motivo. Ela imprime um forte desânimo na pessoa, tornando seus movimentos lentificados. Sua fala mais custosa e pesada pode ser, por isso, confundida com o cansaço. A visão de uma pessoa com seus recursos físicos esgotados muito se parece à expressão emocional da tristeza.

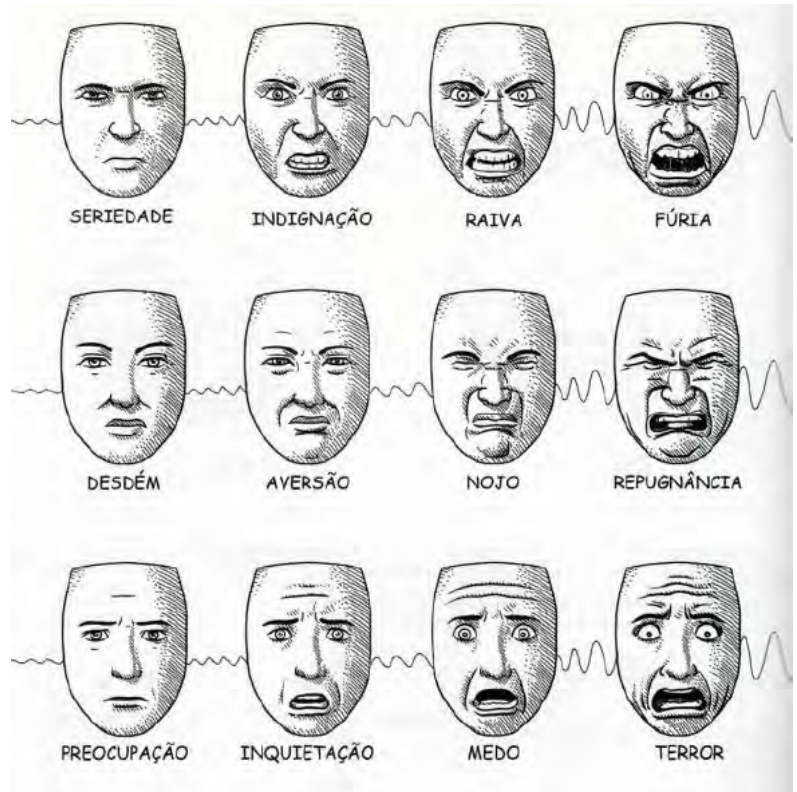
No ambiente de saúde é uma expressão comum, pois aqueles que buscam auxílio numa instituição de saúde estão à procura de auxílio para solucionar o mal que naquele momento nelas se manifestam. O derrame de lágrimas pela face não é algo incomum quando ocorre a manifestação da tristeza em seu aspecto mais contundente.

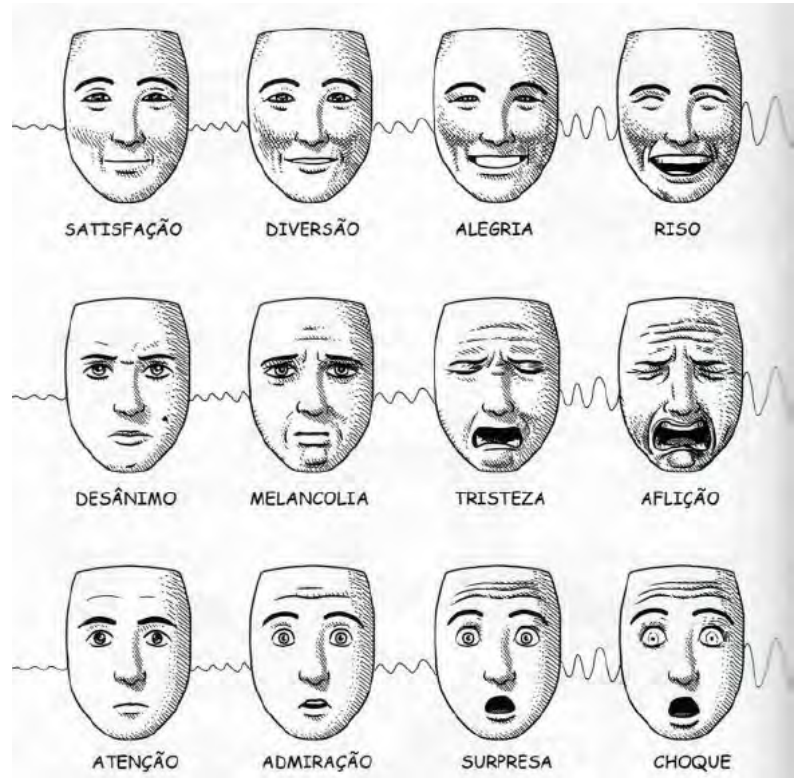
As emoções, mostra o desenhista McCloud (2008) em seu livro *Desenhando Quadrinhos*, possuem diferentes nuances de acordo com a intensidade que ocorrem. Os eventos, que funcionam

como estímulos, podem ocasionar diferentes respostas mesmo dentro em um mesmo perfil emocional de acordo com a interpretação de cada um.

Essas variações, apresentadas de forma gráfica pelo McCloud em seu livro, tendo como base os estudos feitos pelo psicólogo americano Paul Ekman (2007), demonstram como uma mesma emoção pode apresentar códigos faciais diferentes e ser nomeada de formar diferentes.

Figura 8 – Intensidade das emoções básicas:





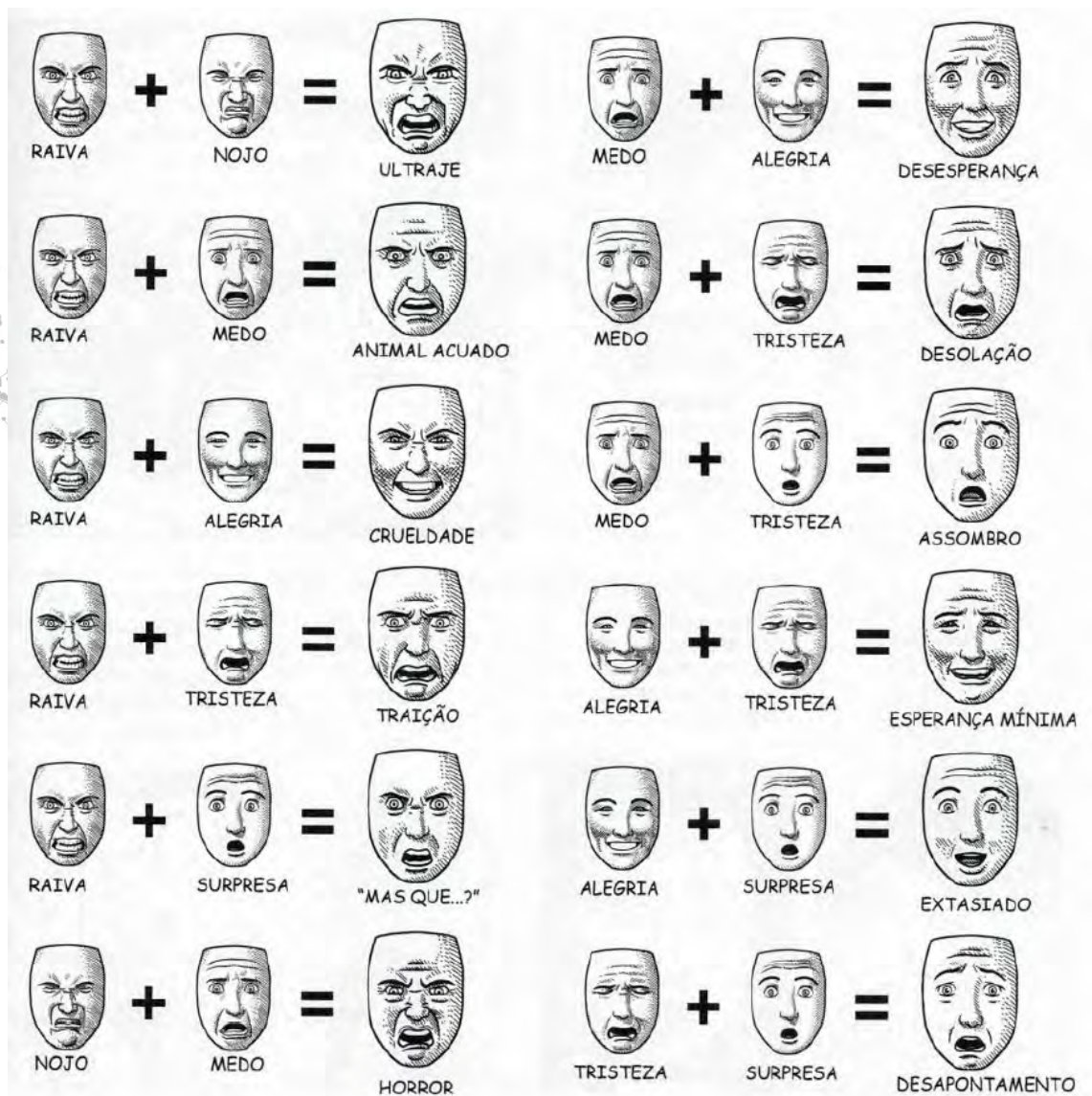
Fonte: McCloud, 2008, p. 84.

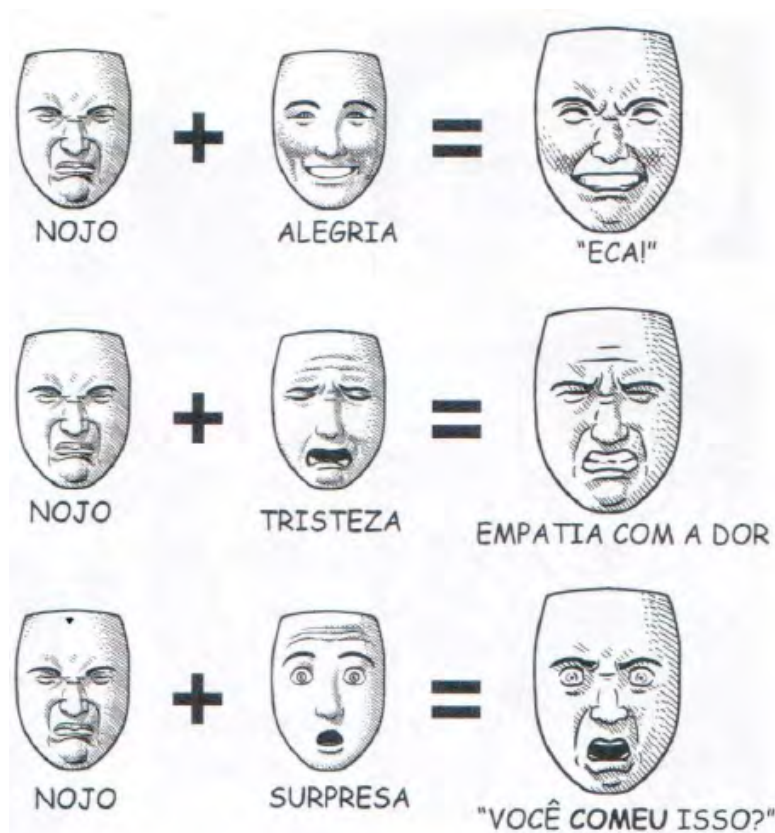
Na intenção de prover desenhistas de parâmetros de expressões para que eles possam fazer seus desenhos da melhor forma possível, McCloud (2008) também teve o cuidado de apresentar como duas emoções básicas podem se combinar e formar uma terceira emoção.

Deve ser notado que o desenhista usou apenas as expressões emocionais básicas em sua forma mais característica, não utilizando as nuances que cada uma delas pode apresentar. No entanto, isso ocorre no dia a dia. As emoções são expressas em diferentes nuances

e se misturam, dando origem a um imenso naipe de distintas expressões faciais que, segundo Paul Ekman (2007), pode chegar a mais de 10.000 códigos faciais e nomações diversas, dentro de cada diferente cultura, para cada uma dessas expressões.

Figura 9 – Emoções básicas em suas diferentes combinações





Fonte: McCloud, 2008, p. 85.

A face tem sido a estrutura do corpo com a maior carga de responsabilidade de exposição dos estados psicológicos. Freitas-Magalhaes (2011) destaca que, quando ocorrem situações em que ocorre uma amplificação de desgaste psicológico, como em períodos de guerra, terrorismo, violência, sobrevém uma forte carga na produção e exibições das expressões faciais, tornando clara a existência de uma necessidade de comunicar o risco ou perigo a todos os integrantes da comunidade social.

De igual forma, nos períodos de crise, os sorrisos diminuem e, inseridos em um ambiente de tristeza, as pessoas também se lentificam em seus movimentos, podendo se tornar mais ociosas e com menor exibição de movimentos amplos e rápidos.

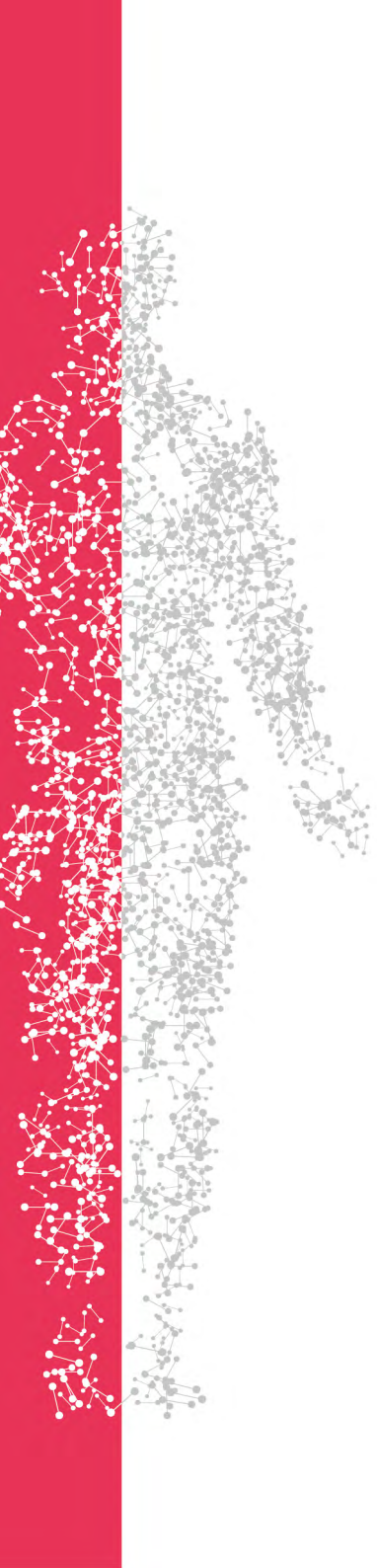
Um elemento comum no setor de cuidados da saúde é a dor. Freitas-Magalhães (2011b) afirma que a dor pode ser vista. É possível ao profissional perceber a dor que acomete o outro pelas suas expressões faciais, embora não exista ainda um padrão universal completamente aceito pela comunidade e compartilhado entre os profissionais que atuam nessa área. Para ele, a dor nada mais é que a manifestação de um grande desconforto imediato que a pessoa sente e não consegue controlar, criando uma situação de revolta. Dessa forma, no código facial, ela pode aparecer como uma mistura de raiva e tristeza.

Compreender como se forma na face a exibição da dor pode ser extremamente útil para os agentes do sistema de saúde, pois a manifestação da exibição da expressão emocional da dor na face humana é, antes de mais nada, um pedido de ajuda ao outro.

Caso o profissional de saúde esteja treinado para perceber as mínimas sinalizações do surgimento da dor por meio das movimentações dos músculos da face, poderá tomar iniciativas mais rápidas no sentido de apaziguar o sofrimento de quem busca o sistema de saúde.

2.2.3 Linguagem corporal

Já a linguagem corporal, propriamente dita, pode ter diferenças em gestos conscientes, como apresenta o biólogo inglês Morris Desmond (1994) em seu livro *Bodytalk: a world guide to gestures*. No entanto, os movimentos e posturas mais naturais e



inconscientes podem apresentar informações sobre o estado de ânimo e emoções reinantes no sujeito.

Para Robbins (2007), nem todos os humanos se relacionam com o mundo de igual forma; alguns podem ter canais sensoriais privilegiados em detrimentos de outros. Para esse autor, os seres humanos podem ser divididos em auditivos, sinestésicos e visuais. Para ele, a possibilidade de ler o outro começa com uma identificação de qual perfil de canal sensorial é predominante na pessoa. Caso ela seja uma pessoa altamente visual, o seu mundo será regido pelas cores, arrumação, beleza, organização e uma constante preocupação com sua aparência perante os outros.

Assim, continua o autor, esse indivíduo visual terá características próprias de comportamento, que influenciarão diretamente na forma como ele se comunica com outras pessoas. Sua fala muitas vezes pode ser pobre de detalhes específicos e ele poderá usar recursos gestuais para complementar o que está faltando no conteúdo verbal.

Outro perfil destacado por Robbins (2007) é o sinestésico. Pessoas sinestésicas privilegiam o tato, olfato e paladar na sua relação com o mundo. São mais sensíveis ao calor, frio e sempre preferem conforto à estética. Como pacientes no ambiente hospitalar, são sempre as mais sensíveis à dor e podem se incomodar com detalhes como acomodação, cama, lençóis, já que seu ponto de apoio referencial com o externo é o próprio corpo.

Os cinestésicos preferem o toque e são pessoas que não dispensam um aperto de mãos ou um abraço afetuoso. Sempre que se dirigem a outra pessoa usam o toque como confirmação do que está sendo dito. Elas geralmente ficam tocando, com as mãos, as pessoas com quem se relacionam durante a fala.

O último perfil, dos três apresentados pelo autor Robbins (2007), é o auditivo. Segundo os sujeitos, para o auditivo, a relação com o mundo exterior é extremamente valorizada pelos processos mentais relacionados à audição.

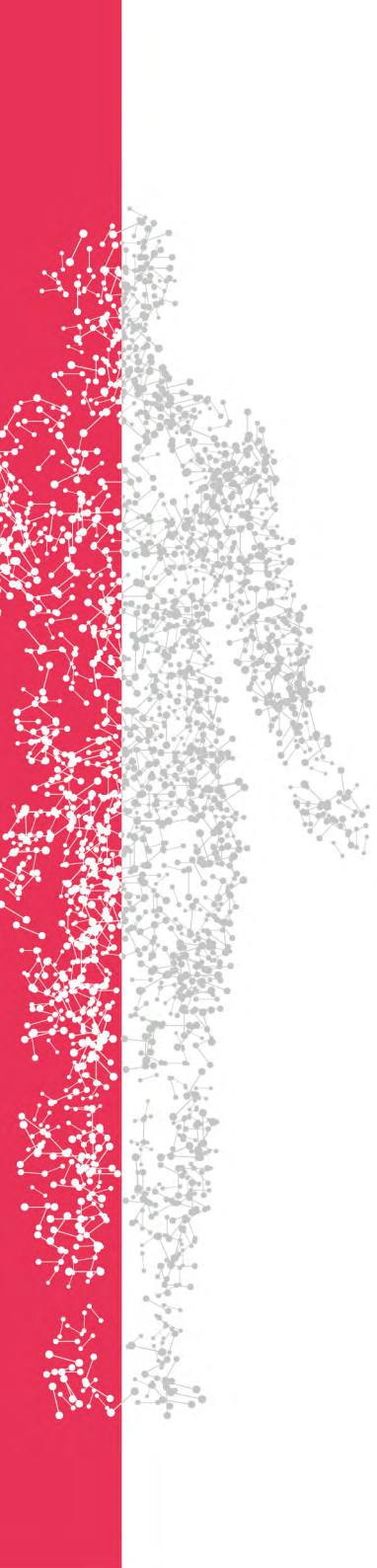
O *self talk* – conversa interna mental – dessas pessoas é muito forte. Quando pensam, podem subvocalizar as palavras e mover, levemente a boca, mimetizando o pensamento por meio dos movimentos labiais. São sujeitos que podem falar sozinhos em voz alta, tornando os pensamentos materializados pela verbalização.

No que tange à leitura corporal, um item de destaque é que os auditivos, quando estão conversando com outra pessoa, podem tender a virar a face de lado, o que pode parecer desinteresse pelo assunto aos que não o identificam como auditivos. Na verdade, esse movimento de girar o pescoço, colocando a face voltada para outra direção, e não diretamente olhando para o seu interlocutor, sucede porque o auditivo está ofertando o que tem de melhor ao outro: o ouvido.

Dessa forma, um movimento corporal de real interesse no processo comunicacional pode ser entendido de forma equivocada. Para o auditivo, ouvir o que está sendo dito é muito importante e, para não ter nenhum prejuízo na sua audição, ele coloca o ouvido na direção direta da fala do emissor.

Esses três perfis de canais sensoriais preferenciais são amplamente aceitos por muitos autores ligados à linguagem corporal e à Programação Neuro Linguística (PNL). Embora não tenha forte relação com o ambiente das emoções propriamente ditas, o conhecimento dessas estruturas pode auxiliar na compreensão do outro e na forma de comunicar com os seus pares.

Já em um estudo feito sobre a linguagem corporal, focando a questão do surgimento de estruturas emocionais de orgulho e



vergonha, feitos com atletas cegos e com visão que participaram das competições de judô nos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2004, demonstrou que a linguagem corporal de ambos os grupos (com e sem visão) apresentava o mesmo padrão no final das competições.

O estudo, publicado na revista científica *Proceedings of the National Academy of Sciences*, em 2008, concluiu que, sendo cegos de nascença, os competidores não poderiam ter aprendido os aspectos não verbais relacionados ao orgulho de ter ganhado uma competição ou a vergonha da derrota. Dessa forma, pensa-se que essas manifestações não verbais sejam inatas respostas biológicas que foram incorporadas à estrutura do ser humano ao longo da evolução.

O artigo *The spontaneous expression of pride and shame: Evidence for biologically innate nonverbal displays* usou como método fotografias dos atletas, tiradas durante e imediatamente após (pelo menos 15 segundos) cada competição de judô (TRACY; MATSUMOTO, 2008). A população base da pesquisa era composta de 26 atletas com visão normal e 10 cegos oriundos de 19 países diferentes.

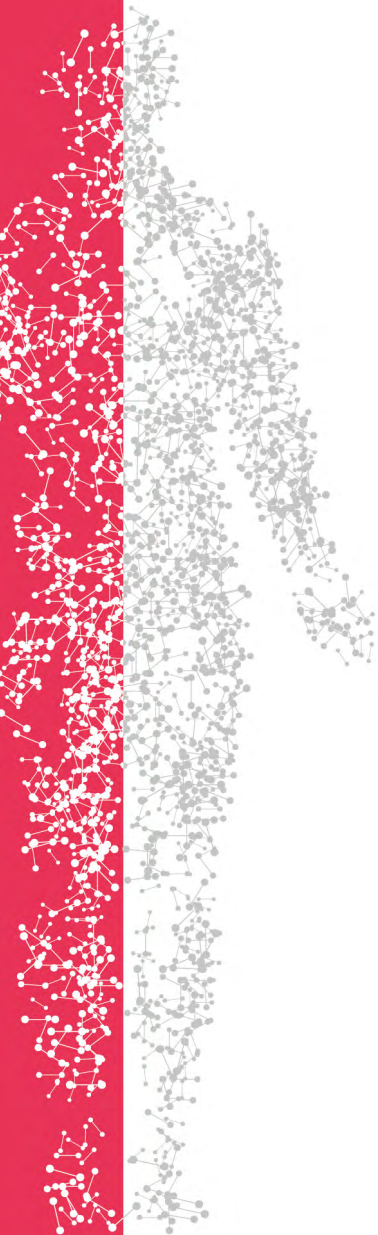
Na vitória, os atletas, independentemente de serem cegos, mostravam sinais corporais de elevação de braços, sorriso, e movimentação mais acelerada, o que os pesquisadores denominaram como orgulho pela conquista. Já na derrota, os sinais eram manifestados em menor velocidade com cabeça e braços para baixo e expressão de tristeza ou vergonha, como os autores denominaram na face.

Um estudo relevante aponta que o estado de humor afeta o modo de andar de uma pessoa. Michalak et al. (2009), no artigo *Embodiment of Sadness and Depression—Gait Patterns Associated With Dysphoric Mood*, apresenta a diferença no modo de andar de pessoas depressivas, em comparação aos que não apresentam tal estado de humor: o movimento dos braços, a oscilação do corpo, os movimentos verticais, postura e velocidade.

A diferença é perceptível, pois os depressivos apresentam menor movimento na oscilação dos braços, maior amplitude na oscilação do corpo, menor amplitude nos movimentos verticais, postura mais inclinada e menor velocidade ao andar. Em um segundo estudo, ainda dentro deste artigo, os pesquisadores induziram estado de tristeza e felicidade e não encontraram alterações significativas na marcha dos voluntários. A alteração do humor foi induzida por meio da audição de peças de músicas tristes e alegres; depois, ao sujeito foi solicitado que caminhasse por um tapete vermelho para a análise da marcha.

Esse estudo revela que pode ser possível, com uma técnica mais apurada, um diagnóstico do estado emocional ou sintomático de uma pessoa na observação do seu modo de caminhar, já que tristeza (estado de humor) e depressão (doença) apresentaram no estudo perfis diferentes na análise dos elementos que compõem a marcha do andar.

O conhecimento mais aprofundado da linguagem corporal pode ainda ajudar a melhorar o relacionamento entre os elementos de uma equipe multi e interdisciplinar. Segundo Goman (2008 apud HILLS, 2011), vários tipos de comportamentos e sinais da linguagem corporal podem construir um sentimento de inclusão e fortalecer os laços entre os membros e os líderes de uma equipe. Goman (2008) adverte que a linguagem corporal, para ser usada como elemento de formação de equipes, inclui uma remoção de barreiras físicas e eletrônicas entre os elementos, para que possam manter um contato visual positivo, fazendo uso de gestos com as mãos abertas ao falar, acenos de cabeça para incentivar alguém que esteja falando a continuar falando, e sincronizar a própria linguagem corporal com os outros. Sugere Goman que a pessoa, de forma sutil, deve replicar em sua própria postura o que o outro está demonstrando com as posições dos braços e expressões faciais. Essa é uma boa maneira de fortalecer o relacionamento entre os membros de uma equipe.



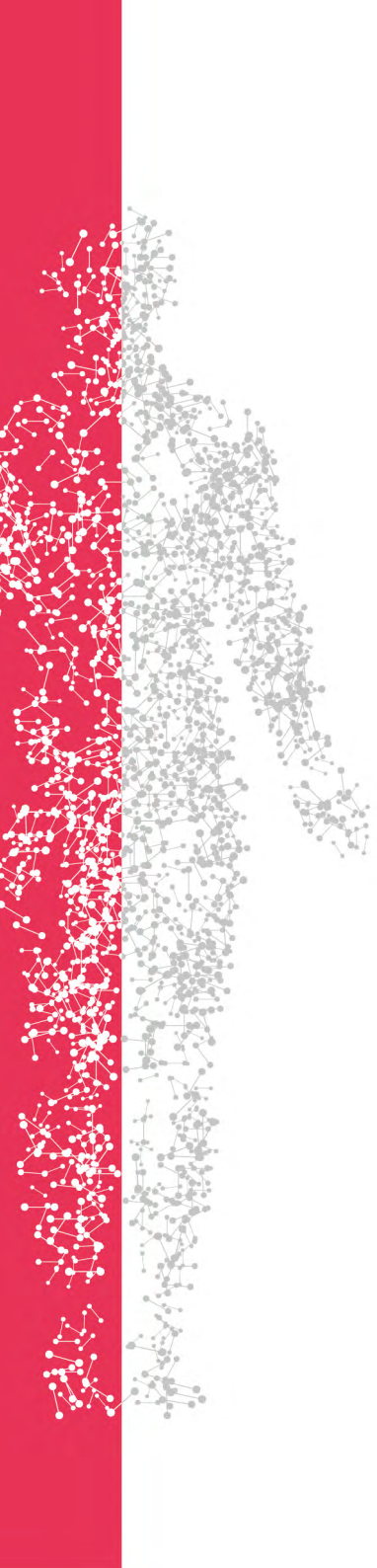
Furnham (2001), em *A Linguagem corporal no trabalho*, apresenta um repertório gestual básico comum em muitas culturas ocidentais com seus respectivos significados que demonstra como determinados gestos possuem um código pré-estabelecido dentro de alguns grupos sociais. De fato, a maior parte das pessoas já tem um grande conhecimento desses gestos conscientes que podem inclusive, ter um significado diferente em outras culturas. Assim, já existe um código que funciona como um cabedal inicial para uma comunicação por meio de sinais não verbais emitidos por uma pessoa.

Esse perfil de código comunicacional só tem real valor quando os dois indivíduos que participam da comunicação atribuem significado. Dessa forma, cada ambiente cultural pode ter um grande número de signos próprios, já que estão imersos nos indivíduos que deles fazem uso de forma natural e espontânea. Os gestos surgem como complementação ao que está sendo dito ou funcionam sozinhos sem que nenhuma palavra seja emitida.

Isso reforça o pensamento de que é possível tanto a elaboração de um gestual de apoio à comunicação hospitalar, principalmente quando os pacientes por um motivo ou outro, não podem usar a linguagem verbal, quanto pela percepção de uma expressão externa de algo que está ocorrendo internamente e acaba se manifestando pelas posturas, gestos e expressões faciais de uma forma inconsciente.

Os gestos conscientes, que podem variar de uma cultura para outra, também informam bastante sobre a própria cultura e a ausência de um vocabulário extenso. Quando não há palavras que completem o significado de algo, os integrantes dessa comunidade são levados a usar as mãos para completar o que querem dizer.

Assim, acentua Darwin (2009), povos com um universo de linguagem diminuto são levados a gesticular mais que outros que possuem amplo vocabulário. Um exemplo da dificuldade de expor o pensamento sem recursos linguísticos é tentar explicar a outra



pessoa, no idioma português, o que é uma escada caracol sem usar o apoio das mãos para desenhar no ar o formato dessa estrutura.

Não existem palavras nesse idioma que, de forma completa, consiga levar ao outro o entendimento de uma forma visual tão característica. Povos que sofrem grandes processos migratórios também estão propensos a desenvolver muitos gestos que seriam úteis aos imigrantes que ainda não tiveram o domínio completo do idioma do país de chegada.

Desmond (1994), em seu livro *Bodytalk a world guide to gestures*, apresenta quase mil gestos que têm o propósito de complementar a linguagem falada em vários países do mundo. Alguns países, como a Itália, possuem um imenso arsenal de posturas que só tem significado para a população local. A origem desses gestos, que são direcionados a uma comunidade específica, como a cidade de Nápoles na Itália, por exemplo, se perde no tempo onde a miscigenação de diferentes culturas com idiomas distintos provavelmente levou os indivíduos a criar formas alternativas de comunicação. Muitos são os gestos conscientes que podem ser entendidos em uma cidade e ou em um país e podem ter outro ou nenhum significado em outra local.

A Figura 8, encontrada nas páginas 22 e 23 do livro de Givens (2010), *A Linguagem corporal no trabalho*, não apresenta gestos elaborados com o intuito de manter uma comunicação mais complexa. São apenas gestos cotidianos que podem ocorrer de forma inconsciente ou serem escolhidos pelo sujeito emissor como meio de levar alguma informação ao interlocutor que pode estar distante ou perto. Destaca-se que, como signo linguístico, os gestos podem também guardar mais de um significado diante do contexto onde ocorrem.

Figura 10 – Gestos e significados

Gesto	Significado
Assentir com a cabeça	Concordância
Fechar o punho	Raiva
Esfregar as palmas das mãos	Antecipação
Bater palmas	Aprovação
Levantar a mão	Esperança de obter atenção
Bocejar	Tédio
Esfregar as mãos	Frio
Acenar	Alguém que está chegando
Estender a mão	Convite para dançar/se juntar
Apontar	Indicação de uma direção
Mostrar o polegar para baixo	Desaprovação
Dar de ombros	Demonstração de indiferença
Dar um tapinha nas costas	Demonstração de estímulo ou comiseração
Fingir dar um tiro em si mesmo	Quando se comete alguma gafe
Desenhar no ar, com as mãos, um corpo de mulher	Mulher atraente
Esfregar o estômago	Fome
Acenar com a mão	Despedida
Apertar as mãos	Cumprimento

Fonte: *Furnham, 2001, p. 22-23.*

O pesquisador britânico Chris Idzikowski (2003) , Ph.D., diretor do Serviço de Verificação do Sono e de Aconselhamento para o Sono e professor visitante da Universidade de Surrey (Grã-Bretanha), conseguiu identificar as seis posições mais comuns em que as pessoas dormem e atribuiu significado e elas. Em um estudo patrocinado por uma rede de hotéis com 1.000 pessoas, Idzikowski descobriu que cada uma dessas posições estava ligada a um tipo de personalidade em particular.

“Estamos todos conscientes de nossa linguagem corporal quando estamos acordados, mas essa é a primeira vez que conseguimos ver algo que nosso subconsciente nos diz sobre nós mesmos” (IDZIKOWSKI, 2003), afirmou o pesquisador.

Idzikowski conseguiu esse resultado ao comparar os traços de personalidade das pessoas e sua forma preferida de dormir. Segundo ele, uma vez que uma pessoa adota uma posição de dormir, dificilmente muda com o tempo: “O que é interessante observar é que o perfil que a postura indica é às vezes bem diferente do que poderíamos esperar” (IDZIKOWSKI, 2003).

O resultado deste estudo afirma que, dormir em postura fetal é a posição favorita de 51% das mulheres, indicando uma personalidade tímida e sensível. Já as pessoas que adotam a “posição do soldado”, deitadas de costas e com os braços ao lado do corpo, tendem a ser quietas e reservadas.

Dormir de lado com as pernas esticadas e os braços para baixo, relaxados, indica uma personalidade simpática. Mas, se os braços estiverem esticados, é possível se tratar de uma pessoa deve desconfiada e inquieta.

Dormir com a barriga para baixo é a posição mais rara. Só 6,5% das pessoas a preferem. Essas pessoas são mais impulsivas e sociáveis.

Já os que são considerados bons ouvintes adotam a posição “estrela-do-mar”: de costas com braços e pernas esticados e distantes do corpo.

Onze por cento dos participantes da pesquisa afirmaram que não costumam dormir em qualquer de uma das seis posições mais comuns, ou dormir adotam uma variedade de posições diferentes a cada noite.

2.3 No ambiente da saúde

O ambiente, seja ele qual for, propõe que os elementos que nele figuram tenham um perfil de emoção reinante. Zapf (2013) diz em seu texto, *Sob Controle*, que, em uma festa, espera-se que as pessoas transmitam bom humor; em um evento esportivo, que estejam entusiasmadas; em um funeral, é necessário que todas possam perceber um ar de tristeza; e, em uma visita a um doente em um hospital, torna-se mais adequado apresentar sinais de empatia e certa contenção.

Já existe na mente do paciente uma expectativa do que ele irá encontrar em um hospital ou local onde pode encontrar os serviços de saúde. O paciente, debilitado pelo sintoma que o acometeu traz em si uma restrição nas suas possibilidades de ofertar claras informações por estar dentro de um processo emocional que inibe seu entusiasmo, trazendo, muitas vezes, tristeza e angústia.

Cabe aos profissionais que lidam diariamente com o contato direto com o paciente, que adentra na instituição, uma capacidade extraordinária de entender além das palavras e adicionar cada sinalização não verbal entendida como parte de um cabedal linguístico, um dicionário de verbetes jamais oralizados.

O atendimento no sistema de saúde deve ter o maior número de informações possível sobre o estado do usuário para que as ações possam ser bem direcionadas. A observação da linguagem corporal com a correta interpretação deve servir como um elemento a mais no entendimento do perfil do estado de saúde, por meio de suas expressões, gestos e posturas, além da linguagem verbal.

Givens (2010), em *A linguagem corporal no trabalho*, destaca o conceito de confiança como acreditar firmemente na integridade, capacidade ou caráter de outra pessoa, um animal ou objeto (GIVENS,

2010, p. 222). Segundo o autor, a palavra em inglês “*trust*” (confiança) deriva de um antigo radical indo-europeu de mais de 7.000 anos: “*deru*”, que está relacionado a ser firme, sólido e constante.

Criar e manter uma relação de confiança com o paciente é extremamente relevante no meio hospitalar. O usuário necessita ter esse elo com o profissional de saúde, pois é da fala e das ações do profissional que devem surgir as soluções para os problemas que afligem o paciente.

Uma falha no processo comunicativo pode diminuir ou quebrar totalmente o elo de confiança entre o paciente e o seu cuidador. Assim, os conhecimentos da linguagem não verbal podem ser incorporados como elemento de apoio para aprimorar o processo comunicacional e evitar ruídos no entendimento que possa prejudicar a estrutura de confiança.

O artigo *A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico*, publicado em 2006 na Revista da Escola de Enfermagem da USP, apresenta o resultado de uma pesquisa com oito profissionais enfermeiros, realizada por meio de entrevistas, sobre o aspecto iatrogênico resultante nos pacientes de uma comunicação não verbal.

Latrogenia, como o próprio estudo define, é uma palavra de origem grega que define um resultado indesejável que ocorre após uma ação prejudicial e não intencional feita pelos profissionais de saúde, relacionada à observação, monitorização ou intervenção terapêutica, caracterizando uma falha profissional por negligência.

Nesse estudo, o foco foi a possibilidade de esse efeito negativo também ocorrer com os usuários quando, diante de uma comunicação não verbal, é manifestada pelo profissional de saúde. A forma utilizada foi a entrevista na qual os profissionais deveriam responder ao seguinte questionamento: “Você se lembra de alguma situação em que o não-verbal tenha sido iatrogênico para o paciente? Faleme sobre ela.”

As respostas foram gravadas e posteriormente analisadas, deixando claro que, mesmo em situações em que a comunicação verbal era positiva e adequada ao paciente, os sinais não verbais determinaram o caráter terapêutico ou iatrogênico do tratamento.

Pesquisas mostram que os sinais não-verbais têm efeito cinco vezes maior que as palavras pronunciadas e quando não há coerência entre o que é falado e o que é percebido, as pessoas dão maior importância à mensagem não-verbal e desconsideram o que foi transmitido oralmente. (SILVA, 2001; PEASE, 2005 apud MARTINS; PUGGINA, 2006, p. 423).

Os relatos dos profissionais de saúde, alvos dessa pesquisa, apresentam situações em que o efeito iatrogênico é percebido mesmo quando a ação terapêutica é efetuada da forma correta. O relato de um dos enfermeiros fala sobre uma situação em que um auxiliar de enfermagem, ao realizar higiene íntima em uma paciente acamada que havia evacuado, expressava descontentamento e nojo. Isso causou tal constrangimento na paciente que passou a não solicitar mais ajuda para a sua higiene íntima. Isso causou o surgimento de várias lesões, além do prejuízo psicológico, com a diminuição da autoestima da paciente.

Werlang (2008), em seu estudo *Comunicação não verbal do paciente submetido à cirurgia cardíaca: do acordar da anestesia à extubação*, publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem, mostra outra possibilidade que trouxe bons resultados. O artigo fala da possibilidade de se instrumentalizar o paciente no préoperatório com um cabedal de signos não verbais. Ocorre que, após a cirurgia, esse paciente irá ficar por algum tempo intubado e não terá como utilizar a fala.

O artigo versa que os pacientes submetidos a tal procedimento de instrução sobre como usar a linguagem não verbal para comunicar seu estado tiveram um resultado mais tranquilo no pós-operatório. Assim, o estudo coloca em suas conclusões que

a orientação pré-operatória contribuiu para um despertar mais tranquilo dos pacientes, pois eles sabiam que poderiam ter uma comunicação com os profissionais de saúde mesmo não podendo usar a linguagem verbal.

De igual forma, demonstrando a relevância da utilização da linguagem não verbal, o trabalho apresentado por Mattia et al. (2009) na Revista Mineira de Enfermagem, intitulado *Comunicação não verbal em adultos com tubo orotraqueal*, segue quase a mesma tendência do trabalho anterior, por buscar os motivos que levam os pacientes que não podem se comunicar verbalmente a utilizar o recurso da linguagem não verbal.

Nesse estudo, a população de amostra foi constituída por 30 pacientes, todos adultos conscientes e intubados, o que impedia a comunicação pela linguagem verbal. O momento escolhido para a observação foi o pós-operatório de cirurgia cardíaca na Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca de um hospital da rede filantrópica e privada da cidade de Santos - SP.

O processo da intubação endotraqueal é a passagem de um tubo endotraqueal pela boca ou nariz do paciente para dentro da traqueia, para manter o controle das vias aéreas. Esse método pode muitas vezes ser utilizado por mais de três semanas. Nesses casos, para não causar dano às cordas vocais pelo tempo de paralisia, os profissionais de saúde podem optar por uma traqueostomia para diminuir a irritação e o trauma ao revestimento traqueal. Durante todo o período de intubação, é impossível qualquer verbalização, restando somente a comunicação não verbal como meio de manter uma relação comunicacional entre paciente e equipe multidisciplinar.

O estudo conclui que a maior motivação é a sensação de dor. Os pacientes que queriam informar à equipe que sentiam algum tipo de dor representaram 40% da amostra. O trabalho também

aponta para a grande dificuldade existente, pois os pacientes se esforçavam com toques e gestos para assinalar onde sentiam as dores no corpo. E finalizam:

Essas dificuldades poderiam ser minimizadas com a realização de educação em serviço com profissionais da saúde e o paciente, em período pré-operatório, para orientação e simulação de comunicação não verbal e aplicação no pós-operatório. (MATTIA et al., 2009, p. 97)

Um trabalho anterior, intitulado *Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor*, elaborado pelas pesquisadoras Machado e Brêtas (2006), teve como objetivo identificar, por meio da percepção dos enfermeiros, quais são os mecanismos encontrados pelos pacientes idosos para expressar a dor quando estão impossibilitados de utilizar a comunicação verbal. A pesquisa foi publicada pela Revista Brasileira de Enfermagem e teve como população todos os seis enfermeiros que atuavam em uma unidade de clínica médica de um hospital filantrópico do estado de São Paulo.

A pesquisa concluiu que, mesmo que os profissionais de saúde (enfermeiros) tenham descrito em suas narrativas a identificação de sinais como expressões faciais, gestos, gemidos, alterações de comportamento como hiperatividade, inquietude ou hipoatividade, agressividade e alterações de humor, não foram capazes de realizar intervenções terapêuticas, com base na interpretação desses sinais, no processo de dor dos pacientes. Dessa forma, o estudo afirma que, se fosse possível uma rápida interpretação desses sinais, isso poderia ser muito útil e trazer benefícios aos pacientes, já que esse processo está relacionado à melhoria da qualidade da assistência.

Publicado pela Asociación Española de Enfermería en Urología, no estudo *El lenguaje de los cuidados* conduzido pelos pesquisadores, Varela, Sanjurjo e Blanco (2009) preocuparam-se em questionar 51 pacientes sobre a aceitação de uma comunicação não verbal expressa pelos profissionais de saúde. As habilidades de

comunicação questionadas foram: o sorriso, o contato tátil, o olhar e a capacidade de ouvir o paciente.

Um simples sorriso, por exemplo, expressado pelo profissional de saúde, causa um excelente efeito no interno. Todos os pacientes pesquisados no Hospital Universitário A Coruña, Espanha, onde o estudo ocorreu, relataram que o sorriso passa a percepção de um bom acolhimento, que a relação paciente/profissional de saúde será positiva, e ele sente uma boa atmosfera na sala de cirurgia, surgindo sensações como tranquilidade, confiança, segurança e proteção.

Os pesquisadores espanhóis colocaram que a comunicação não verbal é, em si, uma fonte de cuidados e o profissional de saúde deve estar preparado para criar uma boa interação com o paciente. Essas habilidades, conclui o estudo, devem ser desenvolvidas no profissional de saúde como mecanismo essencial para prover bem-estar nos usuários já que são tão bem recebidas por eles. O fato de gerar tranquilidade e confiança em si já pode ser considerado terapêutico.

No recente estudo das pesquisadoras Souza e Arcuri (2014), intitulado *Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico*, publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, em São Paulo, foram pesquisadas as diferentes técnicas usadas pela equipe de enfermagem, para manter a comunicação durante o cuidado de pacientes afásicos, após acidente vascular encefálico.

A pesquisa conseguiu identificar que os gestos foram os recursos mais usados para a comunicação com esses pacientes. As estratégias mais referidas foram os gestos (100%), a comunicação verbal (33,3%), a comunicação escrita (29,6 %) e os toques (18,5%). No entanto, a pesquisa também revelou que os profissionais têm desconhecimento da comunicação não verbal.

O universo pesquisado foi composto por 27 sujeitos (6 enfermeiros, 11 técnicos e 10 auxiliares de enfermagem) que representaram 69% dos integrantes das equipes de enfermagem das unidades em que o estudo foi realizado. Os dados foram colhidos em unidades de internação destinadas ao atendimento de pacientes neurológicos, em um hospital geral no município de São Paulo.

As estratégias referidas pelos participantes em relação ao tempo de experiência profissional tampouco apresentam diferenças significativas entre os mais e os menos experientes. Nos dois grupos, os gestos atingiram as maiores frequências, tendo sido referidos por todos os entrevistados. Chama atenção que o uso de papel e caneta e falar pausadamente foram referidos apenas pelos sujeitos com menos experiência, atingindo um terço deles. (SOUZA; ARCURI, 2009, p. 294).

O estudo concluiu que as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem do hospital com os pacientes afásicos são aplicadas de maneira informal, sem conhecimento apropriado dos profissionais e sem esforços para ser atingida uma comunicação mais terapêutica. A importância da utilização da linguagem não verbal mais uma vez é comprovada em um ambiente hospitalar.

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos avaliou os resultados da utilização das habilidades na linguagem verbal e não verbal em entrevistas com pacientes geriátricos. A pesquisa afirmou que tanto a comunicação verbal e a não verbal são competências fundamentais para o desenvolvimento do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde. O objetivo do estudo foi avaliar o papel que essas habilidades de comunicação não verbais e verbais possuem e relatar avaliações de pacientes.

O estudo intitulado *Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE*, elaborado por Collins et al. (2011), revela que a manutenção de uma expressão facial adequada, usando gestos afirmativos e limitando tanto

movimentos não intencionais quanto os gestos excessivos com as mãos, obteve um efeito positivo sobre a percepção de qualidade entrevista pelos pacientes.

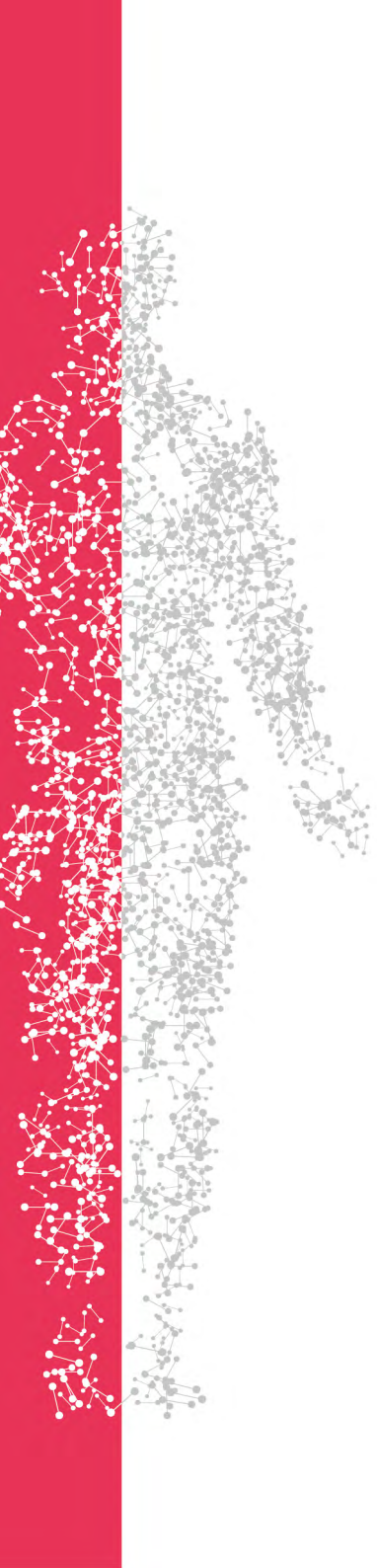
Conclui o trabalho que as habilidades de comunicação não verbal desempenham um papel importante na percepção da qualidade da entrevista de modo geral, bem como acentua a percepção de uma comunicação mais competente. A conclusão é que deve existir uma incorporação de ambos os perfis de comunicação verbal e não verbal, melhorando assim as habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde. Propõe-se que isso se torne um componente nas grades curriculares na formação de novos profissionais.

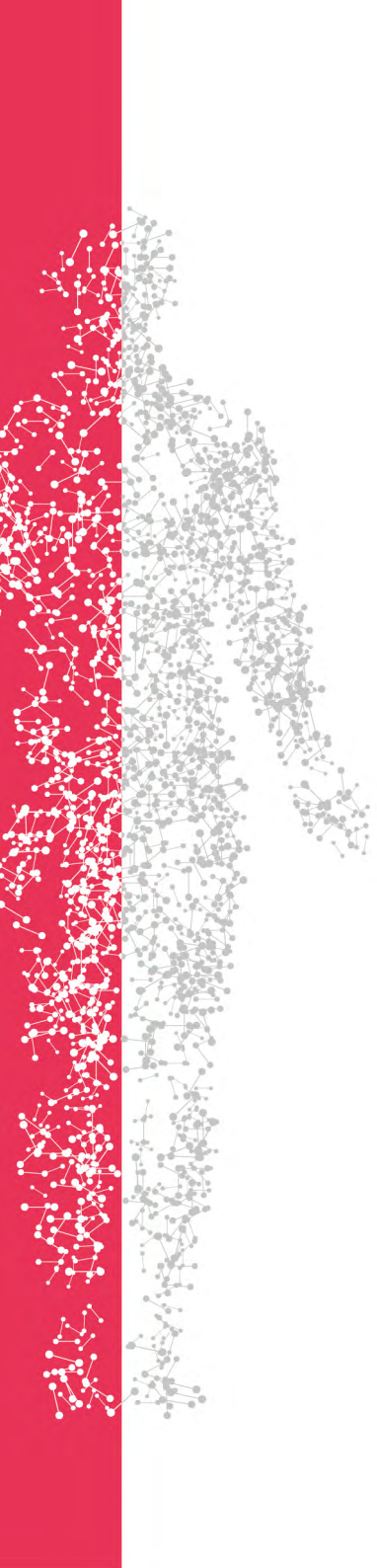
Na pesquisa *Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem*, publicada na Revista Brasileira de Enfermagem, Resende et al. (2015) tiveram objetivos bem direcionados ao universo da linguagem não verbal. Esses objetivos foram:

- a) descrever as expressões corporais no cuidado de enfermagem;
- b) tipificar essas expressões no processo de comunicação; e
- c) avaliar preliminarmente a natureza categorial das expressões corporais no cuidado de enfermagem para Comunicação da Enfermagem.

Esse estudo, feito em dois hospitais, percebeu a importância da comunicação não verbal e também que os profissionais de saúde se valiam de uma decodificação instintiva e natural de suas expressões corporais como qualquer ser humano se comporta. Dessa forma, eles conseguiram ter acesso às necessidades dos pacientes e planejaram intervenções terapêuticas específicas para cada situação existente.

Na pesquisa publicada na Acta Paulista de Enfermagem, com o título *Identificação das fases do processo de morrer pelos*





profissionais de Enfermagem, os pesquisadores Susaki, Silva e Possari (2006) procuraram verificar se o profissional enfermeiro consegue identificar as cinco fases existentes do processo de morrer, descritas por Kübler-Ross (2008) nos pacientes que estavam sob seus cuidados e se encontravam em situações fora de possibilidades terapêuticas. O objetivo da pesquisa foi verificar se o enfermeiro consegue identificar nos pacientes sob seus cuidados as cinco fases do processo de morrer descritas por Kübler-Ross e se ele utiliza a comunicação não verbal para a identificação dessas fases.

No resultado, pode-se constatar que mais da metade dos profissionais ouvidos pela pesquisa (54% dos enfermeiros) puderam demonstrar quais foram os sinais não verbais que denunciavam a fase do processo de morrer que identificaram nos pacientes sob seu cuidado.

A pesquisa ocorreu na Unidade de Hematologia de um hospital geral público e vinculado ao ensino do município de São Paulo. Nessa instituição, o índice de pacientes que não possuem mais possibilidades terapêuticas é muito alto, cerca de 40% do total dos internos. A população entrevistada, alvo da pesquisa, foi de 13 enfermeiros, de um total de 14 que trabalham nessa unidade. Nesse universo pesquisado, 23% relataram o uso da comunicação não verbal. Segundo os entrevistados, é possível notar, com mais facilidade, a fase da depressão, por meio das posturas e gestos. Disse um dos pesquisados: “Ficam no canto, tem uns que não querem nem falar! Eles não querem nada! Eles ficam num cantinho, se cobrem com um lençol, então você vai conversar e não querem. Eles preferem ficar com eles, dentro deles mesmo. (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006, p.148).

No artigo publicado na *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Relação do paciente surdo com o médico*, os pesquisadores Chaveiro,

Porto e Barbosa (2009) investigaram as barreiras comunicativas existentes quando os pacientes surdos e os médicos se encontram. As falhas possíveis de ocorrer no processo comunicativo podem comprometer o vínculo a ser estabelecido e a assistência prestada, interferindo no diagnóstico e no tratamento futuro.

É inegável a necessidade de uma melhor comunicação dos médicos com os pacientes surdos, no entanto a comunicação com as pessoas surdas continua negligenciada nos sistemas de saúde. Por isso, a linguagem não-verbal é um recurso de comunicação que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde. Mesmo que não se conheça a Língua de Sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprasegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais. (CHAVEIRO; POTO; BARBOSA, 2009, p. 148).

O trabalho reforça a tese de que os profissionais de saúde devem ter um mínimo de preparo para a decodificação da linguagem não verbal. Esse conhecimento poderia suprir, em parte, o desconhecimento da Língua de Sinais (LIBRAS) e, com isso, facilitar a relação entre médico e paciente surdo. Segundo os autores, deve existir uma competência para estabelecer e manter uma comunicação eficiente, que possa respeitar as diferenças culturais, incluindo os aspectos da comunicação não verbal e habilidades de perceber e decodificar o conteúdo comunicacional transmitido pelo paciente.

Beall (2009 apud HILLS, 2011) coloca que os corpos, mais do que expressões faciais ou palavras, podem relevar de forma mais fácil a mentira quando expressa por uma pessoa. Em um dos estudos clássicos nesta área, pessoas eram filmadas dizendo verdades e mentiras. Quatro grupos diferentes foram convidados a descobrir quando alguém estava mentindo. Um grupo olhava apenas para os rostos; outro grupo só analisou os corpos; o terceiro grupo só ouviu o discurso; e o quarto e último grupo, apenas leu uma transcrição do que cada pessoa disse.

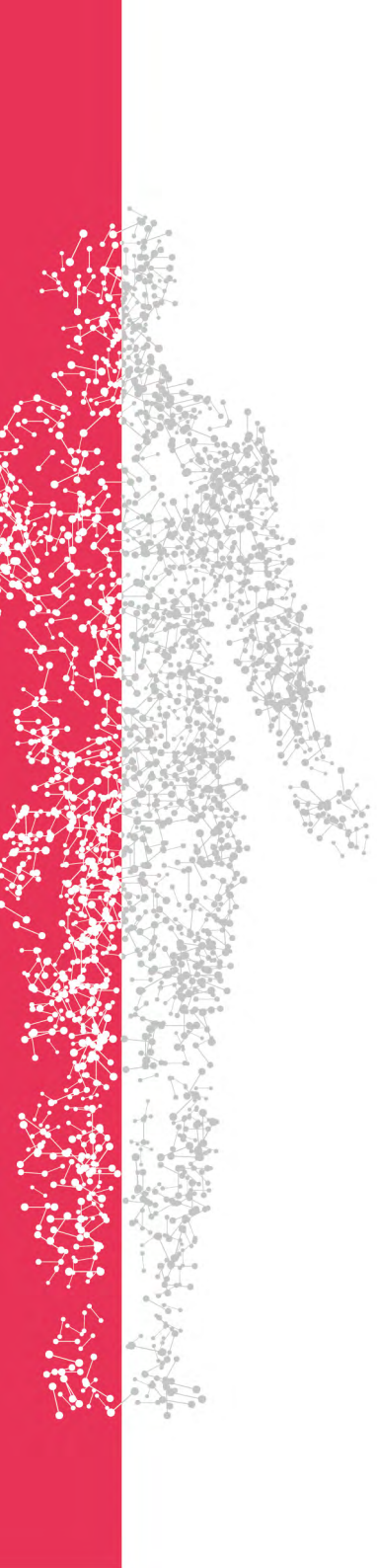
O grupo que olhou apenas para o corpo das pessoas foi mais preciso em determinar quando um indivíduo mentia. Na prática

clínica, isto pode ser um detalhe importante: olhar além das palavras e da face. Em perguntas como “Você me entende?” ou “Você foi sentindo alguma dor?”, prestar atenção na linguagem corporal global pode revelar o contraditório do que está sendo expresso pelas palavras do paciente.

No estudo intitulado *Validação de modelo de comunicação não verbal para a consulta de enfermagem a pacientes cegos*, Rebouças et al. (2012) trabalharam a validação de um protocolo de comunicação não verbal entre o profissional de saúde enfermeiro e o paciente cego. Ocorre que os sinais paraverbais emitidos pelo profissional de saúde não são percebidos pelo paciente cego. Portanto, é necessário um modelo de comunicação verbal mais eficiente, pois muitas vezes a verbalização de conteúdo é complementada pelos gestos de modo inconsciente.

A pesquisa inclui um modelo de atendimento em que o ambiente é preparado para evitar os ruídos de comunicação que podem ocorrer, eliminando os obstáculos físicos entre o profissional de saúde e o paciente cego, além de propor um treinamento que possa ajudar o enfermeiro a ter uma linguagem verbal clarificada e mais completa a fim de suprir a ausência da informação não verbal emitida por ele ao paciente cego. O estudo foi feito, analisando o desempenho de um grupo de enfermeiros treinados com o protocolo e outro sem o treinamento. Mais de 3.000 interações, entre enfermeiro e pacientes cegos, somando-se os treinados e não treinados, foram analisadas pelos pesquisadores para a validação do protocolo.

Em *Walking in – Initial visualisation and assessment*, o pesquisador Edwards (2007) avalia o processo de triagem feito pelos profissionais de saúde nas clínicas de emergência, onde a avaliação deve ser feita com rapidez. Ele coloca em seu estudo que os profissionais relatam certa “intuição” para tomar suas decisões durante as entrevistas feitas com pacientes que procuram atendimento.



Quando provocados a relatar como se processa essa “intuição”, os profissionais relataram a percepção de pequenos sinais emitidos pelos pacientes como a postura, modo de andar, gestos. O estudo não procurou analisar o contexto da linguagem não verbal, senão as aparências que os pacientes possuem e a interpretação do profissional de saúde que o entrevista. Questionando a validade dos métodos utilizados atualmente no Reino Unido, o estudo finaliza colocando que o destino do paciente está relacionado diretamente com a capacidade interpretativa do olhar do enfermeiro da triagem.

Essa preocupação também pode ser vista em *Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros*, da pesquisadora SILVIA, M. (1996), publicada na Revista Latino Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP. A pesquisadora apresenta um programa de treinamento para profissionais de saúde com foco na comunicação não verbal. Trata-se de uma continuação de um estudo anterior, feito pela mesma autora, na qual foram verificadas falhas na percepção desse tipo de comunicação nos enfermeiros que atendiam pacientes em consultas de enfermagem.

Os tipos de sinais não verbais são, portanto: as ações ou movimentos corpóreos, o toque, a postura corporal, os sinais vocais, o espaço entre os comunicadores, os objetos e adornos utilizados, o tipo de corpo das pessoas envolvidas no processo comunicativo e o momento em que as palavras são ditas. Os autores pesquisados, apesar de subdividirem de maneira diferente os sinais não verbais, concordam que comunicação não verbal é tudo que pode ter significado para o emissor ou o receptor, exceto as palavras por elas mesmas. (SILVIA, M. 1996, p. 26)

A autora relata em seu trabalho que, como profissional enfermeira, percebia que os motivos que provocaram a recidiva de sua situação clínica, com o retorno do paciente à instituição de saúde muitas vezes em condições piores à que estava quando procurou auxílio pela primeira vez, poderiam ser explicados pelas falhas na comunicação do pessoal de saúde que os orientou quando deixaram a instituição. Assim ela desenvolve um programa que prepara o

profissional para tornar sua comunicação mais completa e diminuir as possibilidades de ruídos no processo de comunicação.

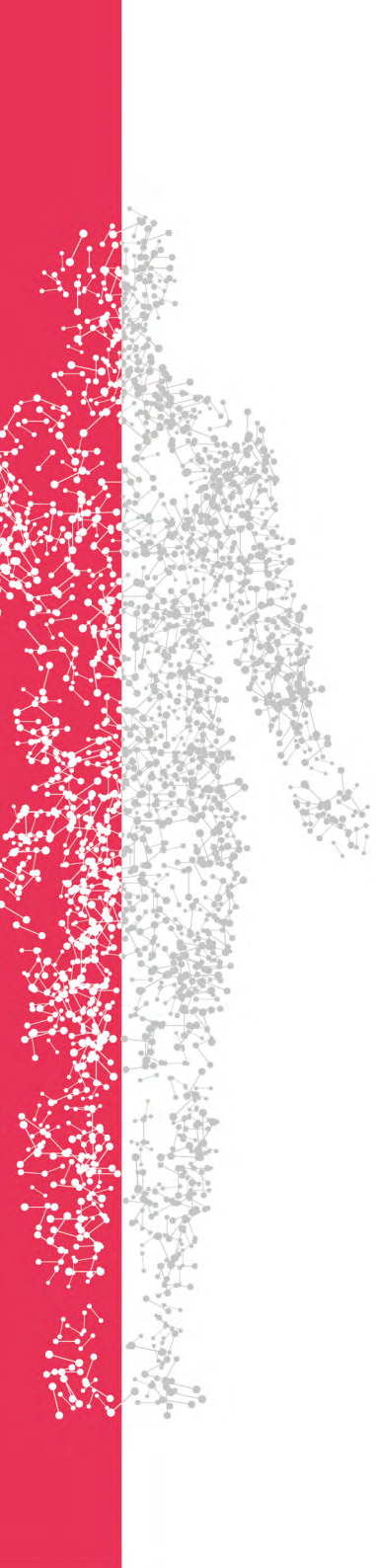
2.4 A linguagem corporal como elemento complementar na comunicação hospitalar em diferentes culturas

O professor da Universidade do Porto, em Portugal, Freitas-Magalhães (2011a), autor do livro *A Psicologia das Emoções: o fascínio do rosto humano*, fala sobre a importância da observação da fluência das expressões faciais e a comunicação não verbal como um todo pelos profissionais da saúde. Há alguns anos, o Laboratório de Expressão Facial da Emoção (FEE-Lab/UFP) da faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Universidade Fernando Pessoa, trabalha no desenvolvimento de um *software* que irá permitir, em tempo real, a análise do desenvolvimento das emoções na face de uma pessoa: o Psy7Faces.

Para Freitas-Magalhães (2011a), esse instrumento irá auxiliar os profissionais de saúde no sentido de reeducar a forma de transmitir as emoções, pelas expressões faciais, de forma adequada no contato direto com o paciente.

Por exemplo, a incongruência entre discursos é facilmente detectada por doentes depressivos que veem que a expressão facial não corresponde ao que está sendo dito, podendo o seu estado psicológico ser prejudicado. (FREITAS-MAGALHÃES, 2011a)

O autor também questiona a possibilidade de substituir a presença humana em alguns casos em que o software poderá ser mais benéfico para o paciente. FreitasMagalhães (2011a) defende que a presença humana jamais será substituída nos serviços de saúde e está seguro ao admitir que a troca do profissional pelo software, em casos específicos, poderá ser mais útil e benéfico para o paciente.



Ressalta ainda o pesquisador do ramo das emoções humanas que o importante e principal é prover saúde em paciente que, pelo agravo da doença, o torna muito debilitado. Ele discute especificamente os casos de pacientes acometidos de depressão. O autor diz: “Já está provado que o visionamento de expressões positivas ajuda a tratar a doença uma vez que reforça o pensamento positivo e o paciente vai deixando de lado os pensamentos negativos.” Esse estudo, pertencente à obra *Expressão facial: o efeito do sorriso no tratamento da depressão Estudo empírico com portugueses*, foi realizado em Portugal por Freitas-Magalhães de 2003 a 2006 com 160 indivíduos: 80 homens e 80 mulheres diagnosticados com depressão. Usando a Escala de Percepção de Sorriso (EPS) para avaliar e medir o movimento expressivo do sorriso expresso pelos profissionais de saúde, concluiu que existe diferença do resultado terapêutico em sorrisos expressos de forma ampla dos menos expostos na face.

Além disso, o efeito terapêutico do sorriso também teve impacto diferenciado no que diz respeito à idade dos participantes do estudo: em relação ao estado de saúde mental, o grupo de pacientes na faixa etária entre 45 e 60 anos teve mais resultados positivos do que o grupo de pacientes da faixa entre 25 e 44 anos.

Diante da exibição frequente do sorriso, os participantes da pesquisa começaram a valorizar progressivamente mais os pensamentos positivos em detrimento dos pensamentos negativos (FREITAS-MAGALHÃES; CASTRO. 2011a).

A análise de uma comunicação mais completa também foi tema de um estudo feito no Irã, onde o conceito de dignidade está relacionado ao modo como as pessoas se relacionam e podem ter diferentes interpretações de acordo com o aspecto religioso do paciente. Há no Irã muitos grupos religiosos com fortes estruturas de fé que regem o modo de conduta dos seguidores: muçulmanos

xiitas (89%), muçulmanos sunitas (10%), e outros, como zoroastrianos, cristãos e judeus. O estudo *Factors influencing patients' dignity: A qualitative study* aborda a questão de como a comunicação pode afetar o entendimento do paciente sobre a manutenção de sua dignidade.

O ministério da saúde e educação médica do Irã demonstrou preocupação com a observação do respeito à dignidade dos pacientes em todas as situações clínicas, considerando também que lá poucas pesquisas focam esse tema. Manookian, Cheragui e Nasrabadi (2014) realizaram essa pesquisa para explorar quais fatores podem comprometer a dignidade dos pacientes a partir de suas próprias perspectivas.

No que diz respeito à comunicação não verbal, o item mais citado pela população pesquisada foi o sorriso. Em relação à linguagem corporal, relata o estudo, a maioria dos participantes mencionou a importância de ver "rostos sorridentes" como um dos fatores mais importantes da manutenção, em uma visão positiva da preservação de sua dignidade pelos profissionais de saúde. Em um ambiente multicultural na qual as religiões ditam normas de condutas rigorosas, um simples sorriso, como demonstra o estudo, pode ser um elemento agregador e sinalizador de respeito à dignidade do outro.

A possibilidade de simples gestos romperem barreiras da linguagem é relatada pelo médico Gordon (2006), em seu curto texto *Thoughts on communication*. Relata também a dificuldade enfrentada em tentar se comunicar na cidade de Florença, na Itália, com seus companheiros de hospital, pacientes e pessoas da cidade que não falavam inglês.

Durante três meses, o profissional teve de reinventar o seu próprio processo de comunicação e obteve bons resultados, com gestos cordiais universais como sorriso, acenos e balanço da cabeça

em afirmação. Isso fez o autor refletir sobre a possibilidade da aplicação da comunicação não verbal também no ambiente hospitalar como mecanismo de aprimoramento dos recursos existentes no processo da comunicação profissional/paciente. Como professor de uma escola de medicina no EUA, o pesquisador Gordon (2206) relatou em seu estudo que irá relatar para seus alunos, logo no primeiro dia de aula, a importância dos sinais não verbais em uma consulta médica.

As pesquisadoras Souza e Saran (2012), no artigo *A Comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais*, manifestaram preocupação relevante com os cuidados que os profissionais que se relacionam diretamente com pacientes terminais devem ter em seus processos comunicacionais.

A forma como as técnicas comunicacionais são empregadas devem ser direcionadas para a melhoria na comunicação interpessoal por toda equipe de saúde, pois isso já faz parte de uma medida terapêutica com certa eficácia, para um paciente em situação de espera de seu momento final.

Esse cuidado em observar todas as nuances de exibição de sinais verbais ou não verbais vai permitir que o paciente terminal e também sua família tenham como expor os medos e angústias que são inerentes a momentos de enfrentamento do estado de quase morte. De tal modo, o profissional, de posse das informações já decodificadas, pode dar sua contrapartida sem repressões numa devolução dos subsídios recebidos, auxiliando o paciente terminal no enfrentamento dessa difícil vivência do processo de morte.

(...) escutar, em pacientes terminais, significa concentrar-se no paciente e em suas reais necessidades, em diferentes aspectos. Prestar atenção às expressões do paciente, manifestada de forma verbal ou não verbal. Quando se tem um profissional preparado para a escuta, o paciente e seus familiares se sentem atendidos e satisfeitos perante seus anseios e preocupações. Consideram-se

compreendidos e valorizados pelo profissional. (HIGUERA, 2005 apud SOUZA; SARAN, 2012).

A pesquisadora Piccolo (2012), da Universidade de Verona, Itália, aponta em seu artigo *Assessment of nonverbal communication in clinical encounters: many methodological approaches, but no gold standard* a falta de um padrão nas pesquisas realizadas. Segundo a autora, existem mecanismos disponibilizados que ainda não estão no domínio dos pesquisadores já que a maioria das pesquisas realizadas se limitam a registrar acenos, sorrisos e balanço de cabeça como elementos principais para a elaboração de uma comunicação não verbal.

Piccolo alerta em seu texto a importância da comunicação corporal como elemento agregador na relação do profissional de saúde e indica alguns modelos de estudos que podem ser utilizados como ferramentas em estudos futuros. Na percepção da pesquisadora, muitos aspectos da linguagem corporal e expressões faciais devem ser considerados para ir além das relações simplesmente associativas. Isso torna necessário para que mais dados e melhores interpretações sejam apresentados nos estudos para ir além do conhecimento atual nesse campo com um bom equilíbrio entre a abordagem sistemática e as interpretações qualitativas de dados dentro do contexto com o significado.

Essa falta de um protocolo maior sobre a comunicação não verbal, que já esteja inserido nas instituições de saúde, é percebida também no trabalho de Henry et al. (2012) em seu estudo *Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis*, sobre a incapacidade de perceber os sinais não verbais relevantes em uma consulta clínica.

Segundo os pesquisadores, não foi possível uma comprovação real de que o uso da linguagem corporal e de expressões

faciais possa melhorar o relacionamento do médico com o paciente. Há questionamentos de como poderia ser avaliado um olhar direcionado do profissional de saúde e quanto isso poderia afetar o paciente de forma negativa ou positiva. No entanto, pelo estudo, acredita-se que os dados por eles coletados possam ser úteis em futuros estudos sobre o tema.

Na conclusão do estudo, os autores dizem acreditar que investigações adicionais que se relacionem à associação entre a comunicação não verbal durante as interações clínicas reais e os resultados de satisfação junto ao paciente seriam importantes para o ambiente clínico. Os autores afirmam também ser pouco provável que a utilização da comunicação não verbal tenha influência imediata na saúde física ou mental do paciente, mas, segundo eles, pode levar a mudanças na saúde por meio da satisfação ou de adesão do paciente ao tratamento.

Mesmo na abordagem psicanalítica, em que a fala é objeto primeiro do processo psicoterápico, observa-se a importância da linguagem não verbal. No artigo *A escuta analítica: corpo, afeto e palavra* (FUCHS; ZORNIG, 2013), as autoras, ambas psicanalistas, ressaltam a importância da comunicação corporal e também das sensações: o olhar, os gestos, o ritmo, o tom da voz e o silêncio. Todos esses elementos, segundo as autoras, podem oferecer indícios importantes, sendo capazes de revelar, muitas vezes, mais sobre o paciente imerso no processo psicoterápico do que a própria verbalização.

Ressalta-se nesse trabalho que, em muitas ocasiões, as sensações corporais e afetivas (linguagem não verbal) se diferem em sentido emocional, de forma inversa à da fala. Esses sinais, segundo as autoras, precisam ser traduzidos em novas palavras para que o sujeito possa ser apresentado a essa via reveladora da movimentação emocional do inconsciente. Segundo o artigo, pode-se surgir um processo maior de construção de sentidos e de integração egoica.

O corpo ajuda a narrar uma história, uma história desconhecida e, muitas vezes, estranha para o próprio narrador. O corpo é a via que permite acesso à narratividade, especialmente em determinados analisandos, que nos comunicam muito mais a respeito deles mesmos nas lacunas, nos vazios, no silêncio, onde falta a palavra. (FUCHS; ZORNIG, 2013, p. 348).

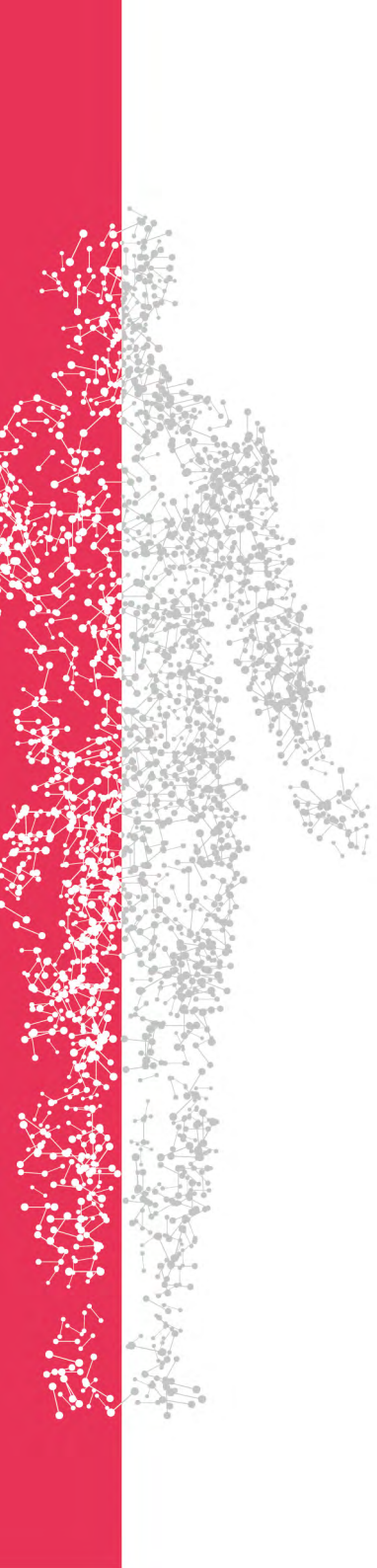
As posições e autotoques das mãos e dos braços podem revelar estados emocionais. Roe (2008 apud HILLS, 2011) sugere que é possível intuir os estados emocionais ocultos, estudando como uma pessoa usa seus braços ao se comunicar. Por exemplo: quando uma pessoa brinca com suas próprias joias, acessórios ou outros objetos, pode significar que está nervosa, sente falta de confiança em si mesma, está insegura e pode, nesse momento, necessitar de um apoio emocional.

Uma pessoa que toca o seu próprio rosto várias vezes pode estar entediada ou ansiosa. Pessoas que cruzam os braços com as mãos sobre o braço oposto, como se estivessem sentindo frio, podem estar necessitando de mais atenção. Essa postura é frequentemente utilizada como uma forma de autoconforto.

Além disso, as pessoas que cruzam os braços podem não estar abertas ou interessadas no que está sendo dito ou, ainda pior, podem estar se irritando com isso. Colocar os dedos sob a forma de uma torre pode mostrar que o indivíduo se sente dominante na relação enquanto fala. Colocar os braços atrás da cabeça e mostrar as axilas (sob a roupa) pode significar que a pessoa se sente superior ou não se sente ameaçada pelo interlocutor.

2.5 Com foco no profissional de saúde no ambiente de trabalho

O trabalho apresentado pela pesquisadora americana Hills (2011), intitulado *Reading and using body language in your medical*



practice: 25 research findings. EUA, The Journal of medical practice management, apresenta o resultado de 25 estudos sobre a importância da linguagem corporal no ambiente de trabalho na área de saúde.

O artigo apresenta, de forma prática, instruções de como os profissionais e membros da equipe de saúde podem usar a comunicação não verbal para aproveitar melhor a comunicação não verbal ao transmitir mensagens efetivas e apropriadas aos pacientes e aos próprios colegas de trabalho.

O trabalho dessa autora é altamente relevante para dar embasamento ao estudo. Ela revela que a comunicação não verbal pode ser útil por duas razões: existe muita informação e não é possível controlar o que o corpo e as expressões faciais revelam com facilidade. Hills (2011) diz ainda que aproximadamente de 60% a 93% de toda a comunicação é não verbal; isso representa uma grande quantidade de comunicação que se deve interpretar, principalmente no ambiente hospitalar onde os erros de interpretação podem causar sérios danos aos usuários.

Assim, continua a autora, embora seja possível escolher as palavras cuidadosamente para dizer as coisas certas, os corpos muitas vezes podem trair. Isso acontece porque a comunicação não verbal ocorre em muitas partes diferentes do corpo, por exemplo: o rosto, olhos, movimentos de mãos e posturas, orientação corpo, proximidade. É, de fato, um enorme desafio falar e controlar o corpo ao mesmo tempo.

O estudo qualifica a linguagem corporal como um meio para criar um bom ambiente de relacionamento, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre o profissional e seu paciente. Segundo a autora, a comunicação não verbal não vai melhorar o aspecto técnico do atendimento, mas, pode criar melhor empatia, o que pode trazer melhores resultados clínicos para o paciente.

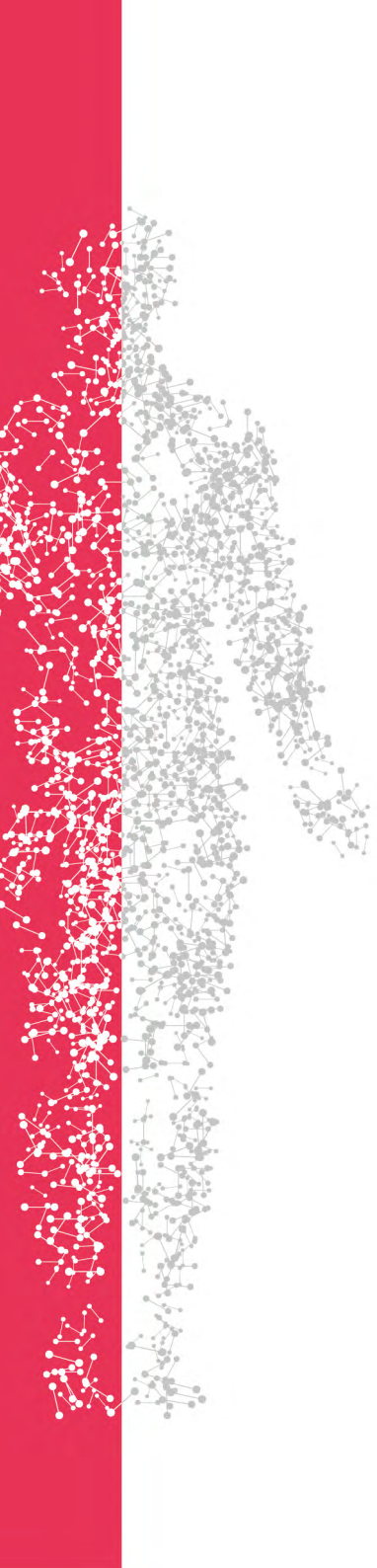
Para que o profissional possa interpretar a linguagem corporal sobre o que vê expresso nos pacientes e seus colegas de trabalho durante sua prática médica vai exigir foco de atenção e o entendimento de determinados gestos, posturas e movimentos. Dessa forma, é possível que o profissional de saúde possa usar a linguagem do corpo para melhorar a sua comunicação não verbal e as habilidades de comunicação em sua prática médica diária.

O psicólogo americano Paul Ekman destaca que treinamentos devem ser feitos para que o futuro analista possa saber reconhecer os sinais e interpretá-los da forma correta. Algumas expressões faciais podem ter múltiplas interpretações de acordo com o contexto no qual ocorre a exibição, o que motiva a pessoa a exibir certas movimentações e posturas tais quais microexpressões faciais:

Não presume que você sabe o que provocou a emoção reconhecida. Uma microexpressão de raiva não determina que a pessoa tem raiva de você. Ela pode estar com raiva de si mesma, ou pode estar se lembrando de um evento anterior que a deixou assim. A primeira questão a levar em conta é para quem a emoção está direcionada. (EKMAN, 2007, p. 238).

É aceitável que um profissional mais graduado toque, com tapinha nas costas, por exemplo, um menos graduado no ambiente de trabalho. No entanto, o contrário pode criar constrangimento para o mais graduado. Hills ainda coloca que nos Estados Unidos o toque é usado no local de trabalho como símbolo de status socioeconômico. O elemento mais poderoso na relação é aquele que toca o ombro do outro com pequenos tapinhas.

A autora coloca que, de acordo com Roe (2008 apud HILLS, 2011), se durante uma conversação a pessoa que ouve balançar a cabeça, de forma afirmativa e pausadamente, existe grande possibilidade de ela estar concordando com o que está sendo dito. Caso ela acelere o balançar da cabeça, pode indicar que ela perdeu o interesse no conteúdo que está sendo informado.

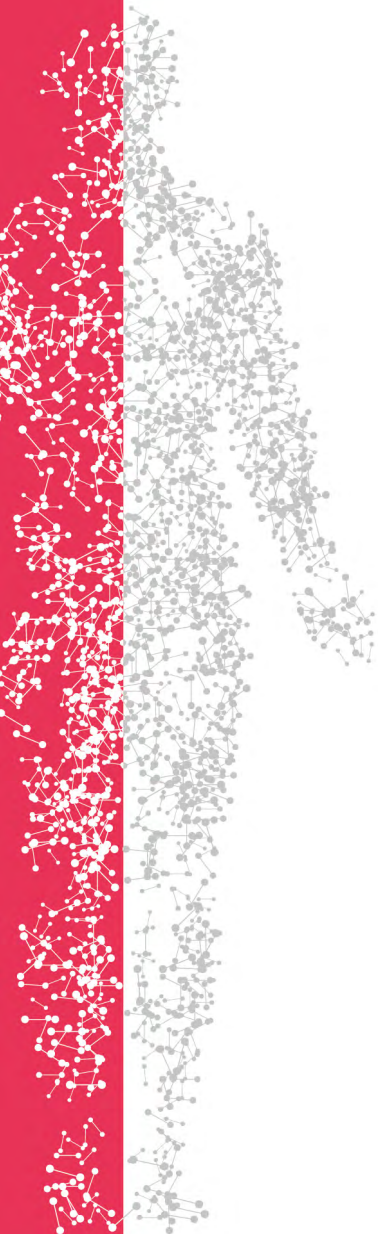


A comunicação não verbal pode revelar pelo menos seis atitudes que as pessoas podem tentar esconder. A autora aponta um estudo elaborado por Beall (2009 apud HILLS, 2011) que enumera essas possibilidades:

- a) interesse e engajamento;
- b) o gostar e o não gostar;
- c) as emoções;
- d) a natureza de uma relação;
- e) coisas que as pessoas desejam esconder; e
- f) sentimentos que não queremos admitir para nós mesmos.

Assim, o profissional de saúde pode perceber um comportamento não verbal do paciente e assumir, pela sua interpretação, que o paciente está sentindo raiva, mágoa, alívio, chateação, preocupação, etc. No entanto, isso não é tão simples. É necessário que o profissional esteja ciente de que há possíveis razões para comportamentos não verbais. Uma possível abordagem é questionar ao paciente por que ele apresenta tal movimentação. Tal questionamento pode transformar a linguagem não verbal em verbal e clarificar a comunicação de necessidades do paciente.

Goman (2010 apud HILLS, 2011) aponta comportamentos não verbais que podem diminuir o status de liderança de mulheres no ambiente de trabalho. Goman sugere que, embora todos os líderes sejam julgados por sua linguagem corporal, as mulheres líderes devem estar especialmente atentas à forma como são percebidas como detentoras de poder, confiantes, que possuam credibilidade. Portanto, elas devem estar cientes de seus comportamentos não verbais. Segundo Goman, as mulheres, sem saber, exibem comportamentos que reduzem sua autoridade porque apresentam vulnerabilidade e submissão. Alguns desses gestos seriam:



- a) inclinar demasiadamente a cabeça para o lado, um gesto comum entre as mulheres que sugere submissão;
- b) minimizar os movimentos ocupando menos espaço;
- c) gesticular com pacificação para diminuição do estresse (como esfregar as mãos, tocar o pescoço ou acariciar o próprio braço);
- d) sorrir excessivamente, principalmente quando se discute algo sério;
- e) balançar o corpo em momentos de estresse (conhecido movimento do pêndulo);
- f) articular aumentando o tom de voz ao final das frases que não são perguntas;
- g) esperar muito tempo em silêncio antes de voltar a falar dentro de uma conversação, especialmente quando se trata de uma negociação;
- h) usar muitos gestos com as mãos, sendo muito expressiva (desenhando o que fala no ar com os braços);
- i) insinuar flerte, relacionamentos rápidos com membros da equipe ou que possam ser percebidas de tal forma (isso diminui as vantagens em uma negociação); e
- j) apertar as mãos delicadamente (aperto de mão).

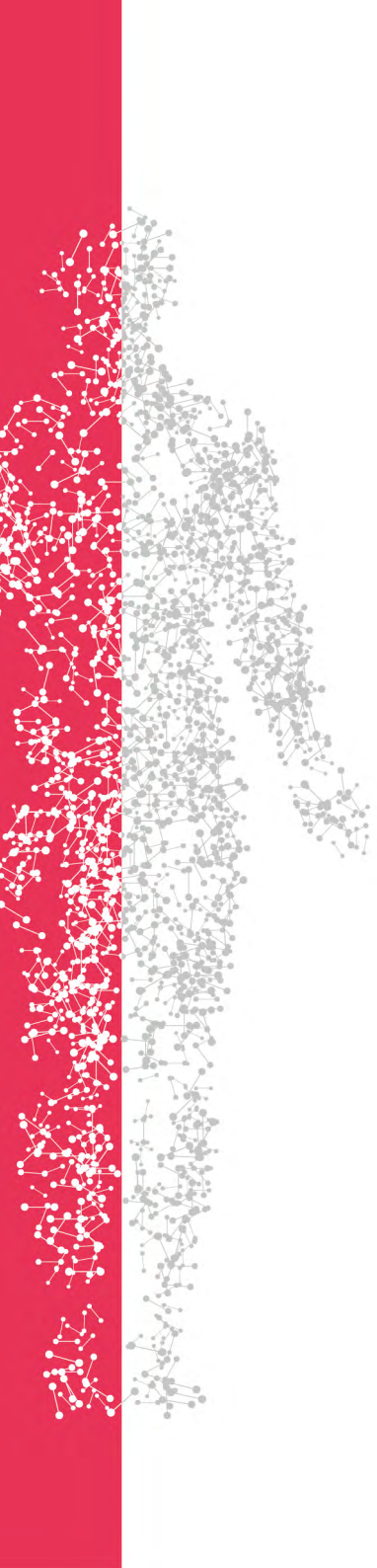
De forma inconsciente, a maior parte desses gestos é praticada pelo universo feminino. No ambiente de saúde, alguns profissionais devem transparecer credibilidade e, esses gestos podem diminuir esse efeito junto aos pacientes e a equipe de trabalho.

Hills destaca a citação do autor Goman (2008 apud HILLS, 2011) na qual ele diz que um único gesto pode ter vários significados ou pode não significar nada. No entanto, quando é possível combinar vários gestos com outros sinais não verbais, o significado torna-se mais claro. Inúmeras razões podem levar um paciente a cruzar os

braços. No entanto, quando esse mesmo gesto é acompanhado por um movimento de pernas que se afasta do interlocutor, isso pode significar que o paciente está resistente ao que foi proposto. O profissional de saúde deve então estar sempre em busca de grupos de gestos e expressões para poder avaliar seu possível significado. Goman alerta para não tentar encontrar sentido em um único gesto.

As mensagens verbais e não verbais devem se corresponder. Quando os supervisores exibem mensagens verbais que conflitam com mensagens não verbais, podem surgir ruídos na comunicação e prejudicar o entendimento do conteúdo. O artigo de Miller (2006 apud HILLS, 2011) revela que em uma pesquisa realizada em uma clínica neurológica apontou-se que o hemisfério esquerdo do cérebro está envolvido em funções analíticas (principalmente verbais) enquanto o hemisfério direito é responsável por processos não verbais e espaciais. Quando mensagens conflitantes são comunicadas a esses dois hemisférios, cada hemisfério enfatiza apenas um modo das mensagens e informações que omite o outro. Normalmente, a mensagem torna-se não verbal, pois é a mensagem mais dominante para o receptor. Portanto, o conteúdo da fala pode ser desconsiderado ou adquirir baixa credibilidade se uma pessoa o faz emitindo sinais negativos com o corpo.

Vários comportamentos não verbais podem transmitir que a pessoa está em desconforto ou mal-estar. De acordo com Reiman (2008 apud HILLS, 2011), uma elevada taxa de piscadas, o balançar do corpo deslocando o peso de um pé para o outro, movimentação dos lábios sem falar, mastigação sem conteúdo ou o engolir da própria saliva em movimentos percebíveis, olhar falseado e gestos rápidos com as mãos podem sugerir quando uma pessoa está desconfortável com alguma situação ou estado físico/emocional. Goman (2008 apud HILLS, 2011) sugere que a respiração baixa, lenta, também seja um forte sinal de baixa confiança. Profissionais da saúde devem ficar atentos para esses comportamentos que



podem surgir entre os pacientes e seus próprios colegas de equipe. Dessa forma podem adquirir subsídios para uma tomada de decisão que auxilie o outro a se sentir melhor.

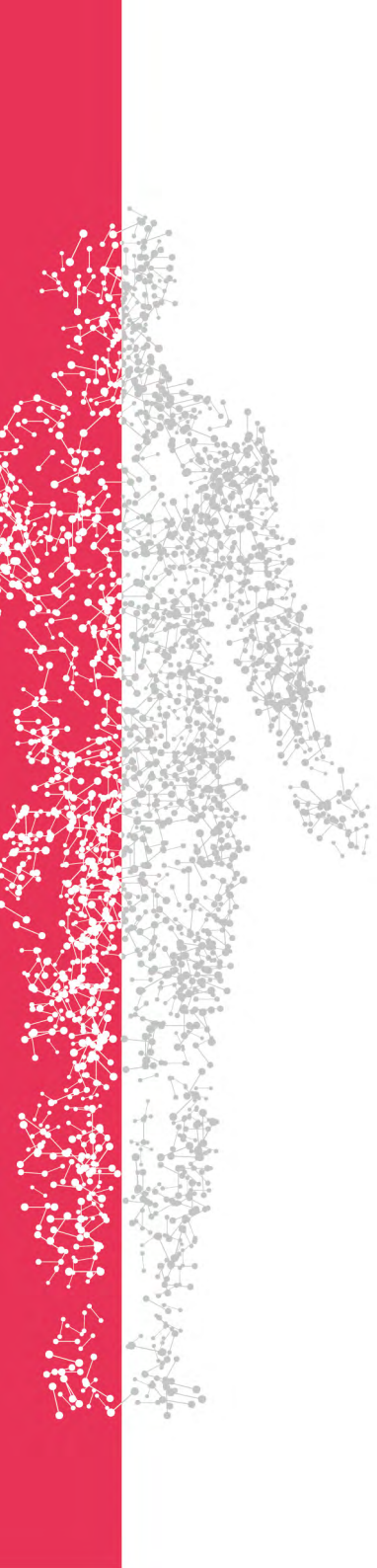
As mensagens não verbais, para serem mais bem compreendidas, devem ser comparadas com o comportamento normal da pessoa, também chamado de “linha de base da pessoa”. Sugere Goman (2011 apud HILLS, 2011) que é necessário saber como uma pessoa normalmente se comporta para que se possam detectar seus desvios significativos para uma análise mais precisa de seus movimentos corporais e expressões faciais. Somente assim é possível uma real leitura dos sinais não verbais.

O autor revela que muitas pessoas têm hábitos não verbais que não transmitem as suas emoções. Por exemplo, pessoas que ficam movimentando os seus dedos batendo repetidas vezes sobre algo, em um movimento que pode indicar que elas estão entediadas, pensativas ou nervosas ou ser também um movimento habitual, independentemente de suas emoções.

É preciso tempo e atenção para saber como uma pessoa se comporta normalmente. Portanto, os profissionais de saúde devem se tornar conscientes da linha de base dos sinais não verbais de seus pacientes e colegas de trabalho e serem especialmente atentos aos mesmos sinais quando exibidos por pessoas com as quais realizam o primeiro contato e cujo perfil comportamental em relação à exibição de sinais não verbais ainda não se tem conhecimento.

É consensual que emoções humanas têm todas o mesmo substrato corporal. No âmbito da teoria psicoevolutiva, a emoção tem duas funções: a primeira, é comunicar a informação acerca de intenções ou comportamentos prováveis a segunda, é aumentar as hipóteses de sobrevivência quando se enfrentam situações de emergência. (FREITAS-MAGALHÃES, 2011a. p. 105)

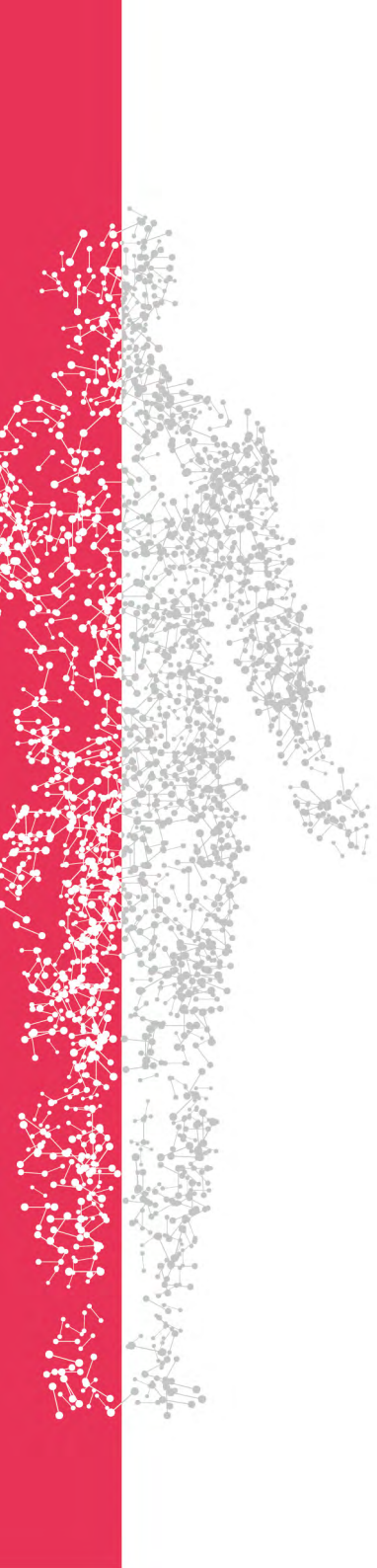
O autor Miller (2006 apud HILLS, 2011) coloca em seu trabalho que estamos sempre lendo os marcadores faciais nas outras



peças de forma natural. No ambiente de saúde ou em qualquer outro onde exista a interação direta entre as pessoas, o olhar centra a atenção no rosto como um esforço para receber sugestões visuais que apoiam ou contradizem as mensagens verbais que estão sendo ditas. Isso inclui a observação das rugas, do tônus muscular, da coloração da pele e a cor dos olhos, pois esses itens podem oferecer informações sobre a idade, etnia e posição social da pessoa. Um segundo conjunto de pistas faciais, que é menos duradouro inclui o tipo de penteado, maquiagem, higiene pessoal, *piercings* e corte de cabelo.

São esses os fatores que, muitas vezes, funcionam como parâmetros de beleza em um indivíduo e podem interferir diretamente na maneira como ele é tratado pelo ambiente social onde está inserido. Um terceiro grupo de marcadores são as expressões faciais que são momentâneas, muito rápidas, e sinalizam as emoções básicas que a pessoa está vivenciando. Movimentos musculares que provocam alterações no formato e delineamento no cenho da testa, nas sobrancelhas, pálpebras, bochechas, nariz ou lábios forma expressões que, quando bem analisadas, podem fornecer informações bastante úteis no universo do atendimento de saúde.

Os profissionais de saúde devem, portanto, escolher bem, tendo cuidado com os marcadores faciais que podem ser controlados, pois isso pode gerar no paciente uma imagem contrária a que se pretende. Por exemplo, as decisões sobre mudanças, como penteados, maquiagem facial ou corte de cabelo, devem ser consideradas dentro do âmbito da prática e do perfil dos pacientes que atende. Os profissionais que estão propensos a exibir expressões faciais negativas podem aprender como exibir expressões mais positivas e usar isso no atendimento com os pacientes e com seus colegas de trabalho. Existem várias formas de se treinar as expressões faciais – a mais fácil delas é o uso de espelho como referência.



Roe (2008 apud HILLS, 2011) afirma que a língua e o sorriso também podem revelar estados emocionais de uma pessoa. Ao fazer perguntas ou ao conversar normalmente e observar que seu ouvinte mostra a ponta da língua e, em seguida, dá um puxão rápido, isso pode mostrar que o ouvinte não gosta de você ou de algo que você disse. Esse comportamento decorre do período da infância, de como os bebês mostram a ponta de suas línguas para recusar uma comida indesejada. Isso pode ser um sinal inconsciente de repulsa que também pode ser avaliado como nojo por alguns especialistas em expressões faciais.

Outro fator interessante a que se deve estar atento é quando alguém apresenta um sorriso largo, fora do padrão e incaracterístico. Ocorre, diz o autor, de um movimento inconsciente cuja exibição é muito semelhante ao comportamento dos animais que mostram os dentes quando estão se preparando para lutar. Sendo assim, existe a possibilidade de essa mesma pessoa ter uma rápida alteração no seu perfil comportamental e iniciar um confronto de opinião com o interlocutor.

Goffman (2008 apud HILLS, 2011) diz que as mulheres que possuem um aperto de mão firme podem criar uma impressão mais favorável e passar mais credibilidade ao interlocutor. De acordo com o autor, as mulheres, em seu local de trabalho, devem cultivar um forte aperto de mão profissional. Aquelas que agem assim têm mais possibilidade de serem percebidas como confiantes, amigáveis e acolhedoras. Já as mulheres que possuem um aperto de mão mais leve, com menor pressão muscular, estão mais propensas a serem julgadas como frágeis e submissas.

Exibições de sinais não verbais exagerados de um status elevado ou de uma condição hierárquica superior podem revelar se alguém está propenso a se envolver em uma situação de assédio sexual. De acordo com Manusov e Patterson (2006 apud HILLS, 2011), dez estudos feitos sobre atitudes, crenças e percepções

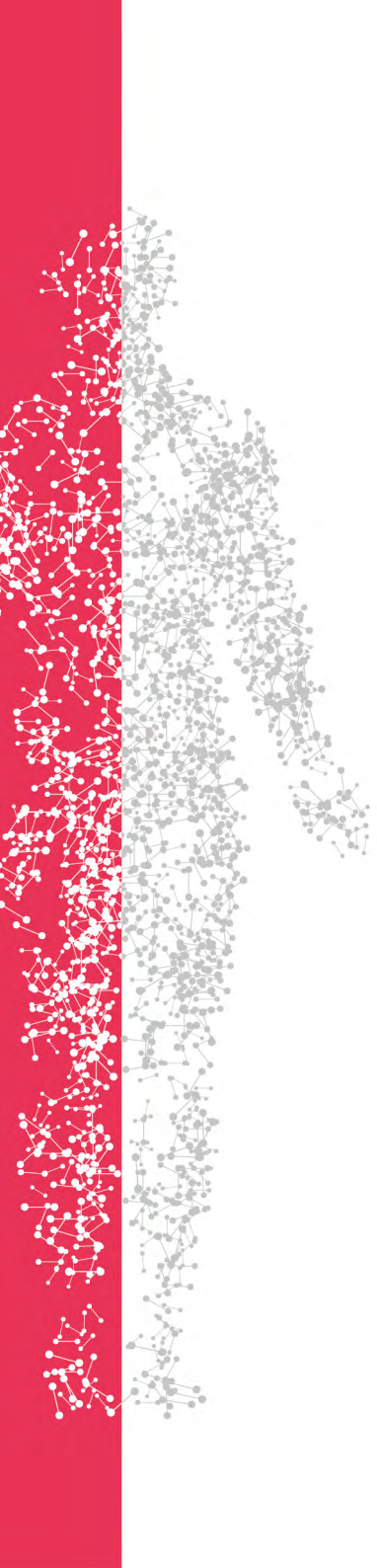
de pessoas que possuem ímpeto de assediar sexualmente outras, mostram que elas se descrevem enfatizando suas características de dominância social e sexual.

Algumas dessas pesquisas indicam que exibições de status não verbal podem ser sintomáticas em pessoas capazes de assediar sexualmente colegas de trabalho. Os participantes de um desses estudos observaram os comportamentos não verbais de alguns homens e foram capazes de prever antecipadamente e com alta taxa de acerto quais indivíduos teriam alta ou baixa taxa antes de ser aplicado um teste que mede a probabilidade da capacidade de um elemento assediar sexualmente outra pessoa.

Manusov e Patterson (2006 apud HILLS, 2011) sugerem ainda que um profissional em uma posição subordinada a outras, dentro de uma instituição que exibe baixo status comportamentos não verbais, tais como sorrir muito, balançar ou inclinar a cabeça em direção ao pescoço, manter-se em silêncio por muito tempo, manter pouco contato olho no olho durante conversas e ter uma orientação corporal de linha direta com o interlocutor, pode tornar difícil a diferenciação se esse perfil for de um subordinado que respeita a hierarquia da instituição ou for uma vítima propensa a aceitar um assédio vindo de um profissional de nível superior.

Essa ambiguidade no entendimento dos comportamentos não verbais dá aos assediadores uma possível justificativa para negar as acusações contra eles. Manusov e Patterson alertam: os profissionais de saúde devem ter cuidado extra com a exibição desse perfil que indica subordinação, pois pode ser mal interpretado por possíveis assediadores sexuais.

Os fatores que vão influenciar na escolha do que será processado são: as necessidades, os valores, as crenças, as opiniões, o estado emocional no momento percebido, as experiências passadas, as expectativas que a pessoa tem sobre os outros, situações e contextos. (BANOV, 2008, p.58)



Goman (2011 apud HILLS, 2011) alerta sobre as diversas possibilidades de interpretações da linguagem corporal em culturas diferentes. Sempre interpretamos dentro do contexto de nossa própria cultura. No entanto, um mesmo sinal não verbal pode ter um significado aceito em algumas culturas e, em outras, ser um gesto estranho, errado ou mesmo obsceno. O que é apropriado e correto em uma cultura pode ser ineficaz ou até mesmo ofensivo em outra. Goman adverte aos profissionais de saúde um cuidado especial ao lidar com indivíduos de culturas diferentes para não criar situações de conflito desnecessário com seus pacientes.

Hills (2011) adverte que manter pouco contato “olho no olho” durante uma conversa pode ser percebido como uma falta de atenção ao interlocutor. Um hospital analisou 1.000 cartas de reclamações de seus pacientes e descobriu que cerca de 90% das queixas tinham relação com a falta de um olhar atencioso (olho no olho), o que foi entendido como “falta de cuidado”. A maioria das pessoas evita o contato com os olhos do interlocutor quando é feita uma pergunta difícil de ser respondida ou que, prontamente, coloca a pessoa em uma posição desconfortável. A regra geral para uma resposta comportamental de fuga da situação é olhar para baixo evitando o olhar de quem pergunta. No entanto, os pacientes podem interpretar esse movimento em um profissional de saúde como uma forma de dizer que o profissional não se importa com ele. Os agentes de saúde devem lutar contra a tendência de desviar o olhar e manter o contato visual mesmo durante as interações mais difíceis com seus pacientes, colegas de trabalho e os coordenadores da instituição.

Roe (2008 apud HILLS, 2011) revela que o ângulo do corpo pode dar indicativos de como uma pessoa pode estar ou não aceitando um determinado conteúdo em uma conversa. O pesquisador diz que, se as pessoas que se inclinam para trás em suas cadeiras enquanto ouvem o interlocutor, pode ser um forte indicativo de que elas

não estão dando credibilidade ao que está sendo dito. Quanto mais ereto o ouvinte estiver ou inclinado para frente, na direção do falante, indica que ela está prestando atenção e aceitando o que está ouvindo.

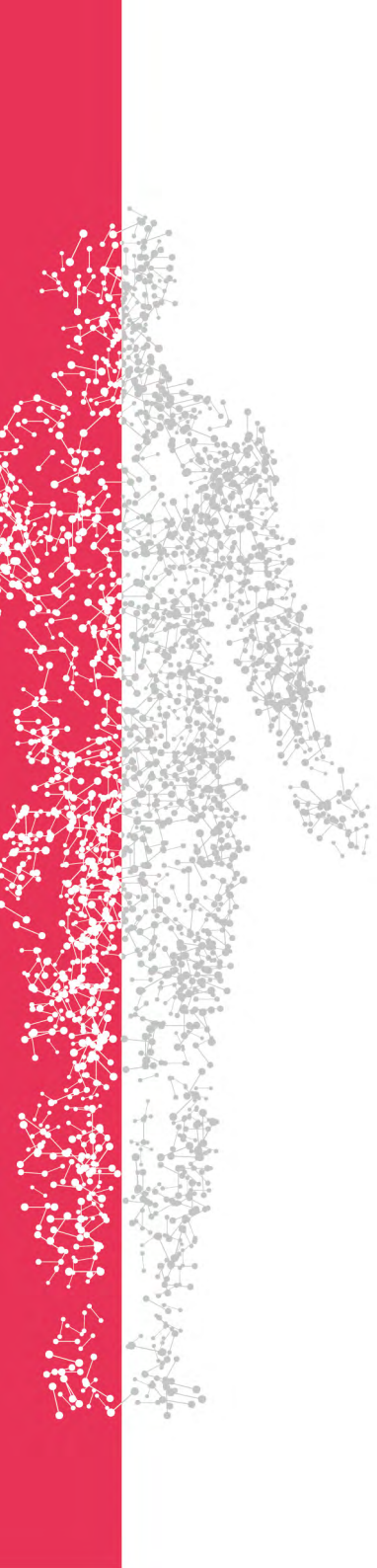
Dessa forma, inclinar-se na direção dos pacientes quando estiverem falando sobre os problemas de saúde que enfrentam pode ser um bom meio de criar um estado positivo com eles. De forma inconsciente, eles irão perceber que o profissional de saúde está prestando atenção ao que está sendo dito.

De acordo com Munson (2007 apud HILLS, 2011), ser capaz de identificar e usar a linguagem corporal de forma correta pode reduzir o estresse no ambiente de trabalho. Munson aconselha aos gestores uma prática de treinamentos constantes para melhorar a capacidade de interpretação e administração dos sinais não verbais.

Segundo ele, um corpo aboral mais preparado pode antever situações problema e solucionar a demanda antes que venha se tornar um caso grave e perceptível por todos. O autor diz ainda que não se trata somente de uma questão de oportunizar novos instrumentos de melhoria no serviço de atendimento de saúde e sim de algo imperativo em todos os aspectos de qualquer perfil de negócio.

Para Miller (2006 apud HILLS, 2011) a posição de status em uma instituição pode ser transmitida pelas pessoas apenas pelo lugar onde elas se sentam em uma mesa de reuniões. Os líderes, gestores ou pessoas de maior status dentro de uma organização geralmente tem o costume de se sentar à cabeceira de uma mesa ou no assento preferencial.

Assim, o profissional deve ter o cuidado de saber passar a informação e subliminar que o deseja mesmo em uma reunião. Caso seja uma reunião em que todos têm o mesmo peso e valor nas decisões, devem ser evitadas as cadeiras nas cabeceiras, dando lugar, se possível, a uma mesa redonda ou um círculo de cadeiras,



sem mesa no meio. Isso informa a todos os presentes que eles possuem o mesmo poder agregador de soluções.

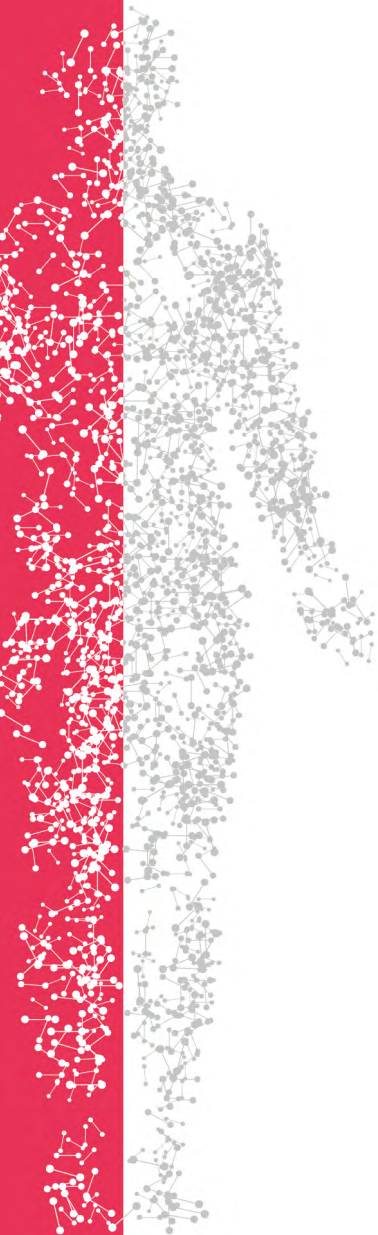
A linguagem corporal, segundo Beall (2009 apud HILLS, 2011) pode dar pistas sobre os perfis de relacionamento e do controle que uma pessoa exerce sobre a outra. A comunicação não verbal entre duas pessoas pode revelar quem tem o maior status, quem é ou não respeitado pela outra, quem lidera e quem segue, quem é dominante ou submisso, e muitas outras características sobre as maneiras como as pessoas se relacionam.

Ter o cuidado de observar de perto os pacientes que chegam para o atendimento no ambiente de saúde com outra pessoa, como uma criança, cônjuge ou amigo pode trazer informações úteis. Muitas vezes o paciente não se sente confortável em relatar seus sintomas na frente de quem o acompanha. Cabe a intervenção do profissional de saúde, propondo uma conversa reservada com o paciente.

Esse tipo de procedimento pode vir logo após a observação de como o paciente e seu acompanhante mantêm seus corpos juntos ou afastados. O paciente se inclina para longe do acompanhante quando ouve algo que não aceita bem e realiza outros sinais que podem ser identificados pela movimentação dos corpos durante o diálogo.

O profissional de saúde deve ter o cuidado de interpretar na linguagem corporal os sinais não verbais dentro do seu contexto. De acordo com Goman (2011 apud HILLS 2011), os significados dos sinais não verbais sofrem alterações de significado de acordo com as mudanças do contexto em que são manifestos. Não é possível chegar a uma conclusão sobre os significados dos gestos e expressões faciais sem considerar o momento em que o comportamento ocorreu.

O autor apresenta como exemplo dois contextos: No primeiro, uma pessoa sentada de braços cruzados, de cabeça abaixada,

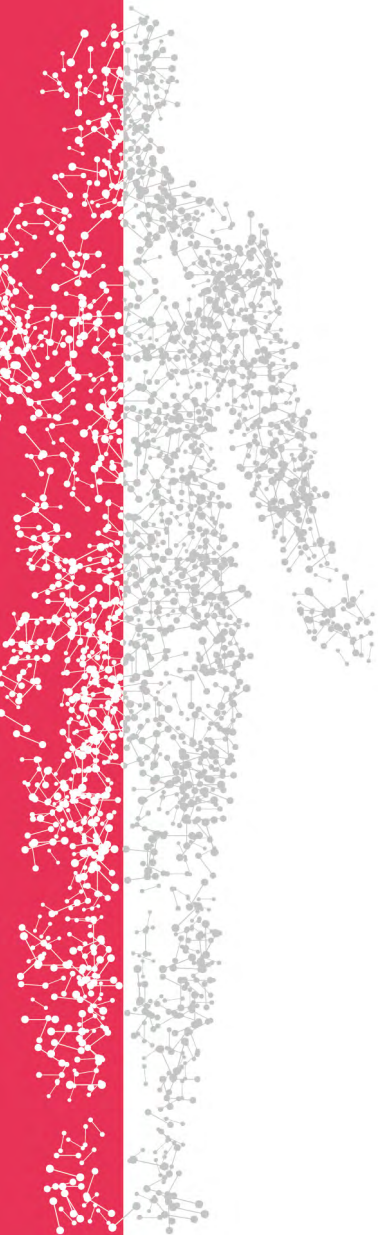


olhos fechados, curvada sobre si e tremendo muito; no segundo, em um dia frio, uma pessoa sentada em uma parada de ônibus e os mesmos sinais expressos por uma pessoa sentada em um consultório sob um clima controlado. Os sinais não verbais são os mesmos, mas as situações são diferentes. Os diferentes contextos em que se manifestam a comunicação mudam completamente o sentido da interpretação.

Quando não existe domínio pleno do conhecimento da linguagem não verbal, o melhor que um profissional de saúde cuidadoso pode fazer dentro de um hospital é descrever o comportamento não verbal que está observando e solicitar à pessoa explicações sobre o que está ocorrendo e o que a faz comportar-se assim.

Uma interessante interpretação dos movimentos oculares é apresentada por Roe (2008 apud HILLS, 2011). Ele sugere ser possível uma noção do perfil de pensamento de uma pessoa apenas observando a direção do olhar durante uma conversação, no caso, para o alto. Segundo o autor, isso pode ser um forte indicativo que determinadas funções cognitivas estão ocorrendo na mente da pessoa observada. Se seus olhos se movimentarem para o alto e à esquerda, existe boa chance de a pessoa estar ativando a área da memória, portanto, se lembrando de algo.

Por outro lado, completa Roe, se a pessoa olhar para cima e à direita, é provável que esteja usando a área da criatividade. Dessa forma, é possível detectar quando uma pessoa está sendo sincera e usando somente a memória de outra que pode estar mentindo, pois, ao usar a área da criatividade, ela está criando uma imagem, embelezando ou tecendo uma provável mentira. Se existe suspeita de a pessoa estar mentindo, uma pergunta direta pode provocar e ativar resposta com o movimento ocular para o alto e à direita, o que confirmaria que a pessoa está indo além da verdade e, provavelmente, mentindo.



De acordo com O'Casey (2010 apud HILLS, 2011), a linguagem corporal naturalmente é sincronizada, validando o que está sendo expresso de forma verbal em diálogos de baixo risco. O corpo e as expressões faciais expressam uma forma de apoio às palavras. No entanto, quando o diálogo contém elementos de alto risco, quando o assunto é difícil de lidar, as expressões corporais e faciais são mais difíceis de serem controladas e podem exibir falta de coerência com o que está sendo dito.

Quando há um tema denso na conversa, como a informação de um procedimento complexo ao paciente, o profissional deve tentar manter uma postura que demonstre confiança em si mesmo para não causar reflexo negativo na pessoa que a escuta. Manter um padrão respiratório e uma postura mais reta e relaxar a mandíbula ajudam nesse processo, pois enviam uma mensagem positiva para os outros e para a própria mente. Assim, ajustando o corpo antes de começar a dar uma informação densa, relata O'Casey, o profissional irá se sentir mais confiante em suas palavras e irá transmitir essa credibilidade ao paciente.

Reiman (2008 apud HILLS, 2011) sugere que os gestos e certas características faciais podem transmitir confiabilidade ou, ao contrário, deslealdade. Segundo esse autor, um rosto que inspira confiança exibe uma boca com os lábios côncavos, com a curva virada para cima em direção às maçãs do rosto em forma de “U” – os olhos são bem abertos e brilhantes. Já um rosto que sugere baixa confiabilidade ostenta na boca uma curvatura para baixo com o aspecto conhecido como carranca urbana. As sobrancelhas apontam para baixo no centro sobre o nariz e as maçãs do rosto são côncavas como pratos fundos.

Reiman sugere ainda que, na visão de um rosto com o perfil de baixa confiabilidade, uma parte do cérebro primitivo do homem é ativada: a amígdala. Imediatamente a amígdala provoca uma



resposta de medo, de diferentes níveis, sem nenhum raciocínio consciente do observador. Na maioria das vezes, essa resposta automática pode apresentar um julgamento precipitado sobre a pessoa observada; por isso, diz o autor, é necessário que o profissional de saúde esteja atento ao surgimento de emoções no primeiro contato com um paciente ou novo colega de trabalho.

Outra situação que deve ser observada é como o rosto desse profissional se apresenta, pois, se ele possui um perfil enquadrado como não confiável pela pesquisa, deve fazer um esforço extraordinário para manter os olhos bem abertos e um sorriso largo no rosto, evitando, assim, o disparo inconsciente da emoção de medo nas outras pessoas. De acordo com Reiman (2008 apud HILLS, 2011), o profissional não deve transmitir informações importantes ou ideias que gerem comprometimento, mantendo uma expressão neutra. Isso pode gerar quebra do padrão de confiança. O ideal é manter um sorriso na face, pois, mesmo o sorriso sendo falso, quando os músculos orbiculares dos olhos não se movem em sincronia com os lábios, a comunicação se torna mais eficaz ao transmitir confiabilidade do que ao mostrar uma face seca, sem nenhuma emoção expressa.

2.6 Uma comunicação de efeito prático

Segundo a pesquisadora MAST (2007), o comportamento não verbal é todo aquele que não possui conteúdo linguístico verbalizado. Isso possui relevância na comunicação entre médicos e pacientes, pois pode desempenhar um papel importante na avaliação de satisfação do paciente. Mast aponta que médicos e pacientes tendem a espelhar seus comportamentos não verbais e muitos sinais não verbais emitidos pelos pacientes podem conter informações importantes que o médico pode utilizar em

suas tomadas de decisões no tratamento e possível diagnóstico. Já o comportamento do profissional de saúde pode transmitir ao paciente confiabilidade e mais satisfação.

Comportamentos como manter o olhar direcionado para a face do paciente enquanto ele fala, sorrir mais e manter-se fisicamente próximo dele causam um efeito positivo. Para a autora, o profissional de saúde poderia obter melhores resultados com a incorporação de um conhecimento da linguagem não verbal na relação com seus pacientes.

Street e Buller (1987 apud MAST, 2007) filmaram 38 pacientes durante uma consulta com 10 diferentes. Eles perceberam nos vídeos que houve uma relação positiva da resposta espelhada. Segundo o estudo, quanto mais o médico direcionava seu olhar para o paciente mais ele mantinha o seu olhar direcionado para o médico. O mesmo padrão de resposta também surgiu em relação à orientação do corpo.

Assim, os autores concluíram a existência de um forte espelhamento nas relações médico-paciente quando o comportamento não verbal segue um padrão de aproximação. No entanto, quando o profissional exercia comportamentos relacionados a dominância e controle, houve uma assimetria nas respostas corporais. Os profissionais que usavam a fala de forma dominante obtinham uma resposta mais silenciosa do paciente. Quanto mais o médico se expressou verbalmente, menos o paciente usou a fala.

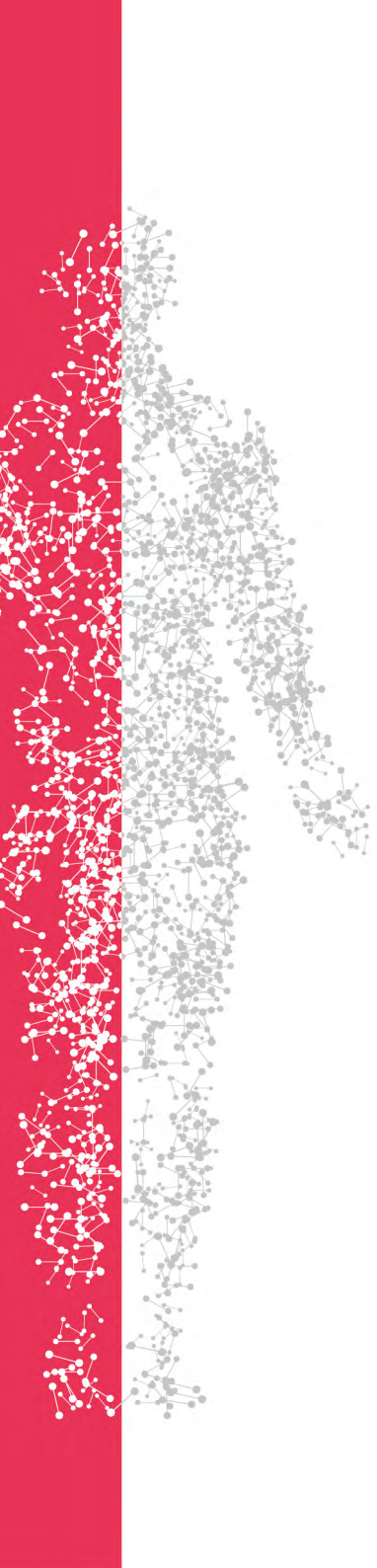
Essa pesquisa reforça o pensamento de que os profissionais de saúde necessitam de um treinamento apropriado para incrementar seu nível de comunicação no ambiente hospitalar e melhorar as relações com seus pacientes. O desconhecimento de como a linguagem não verbal afeta as relações pode causar ruídos e má interpretação nos conteúdos verbalizados. Como pensa Mast (2007), isso pode causar prejuízos na avaliação de satisfação do usuário.

Finset (2007), no editorial *A. Nonverbal communication-An important key to in-depth understanding of provider-patient interaction* do jornal *Patient Education and Counseling*, o jornal oficial da Associação Europeia para a Comunicação em Saúde e da Academia Americana sobre Comunicação em Saúde, ressalta a importância das pesquisas que desvendam o campo da linguagem não verbal no meio clínico.

Ele diz que, mesmo existindo uma série de estudos importantes nessa área, é surpreendente como pouca atenção tem sido dada ao comportamento não verbal nas pesquisas sobre a comunicação na área de saúde. O campo das pesquisas em comunicação na saúde claramente necessita de um número maior de investigações que possa trazer um desenvolvimento contínuo para que, surjam ferramentas de avaliações aplicáveis, válidas no universo da comunicação não verbal entre o corpo laboral das instituições de saúde e seus usuários.

Ampliando o pensamento de que a comunicação não verbal pode ir além do que os corpos revelam em suas movimentações e de que forma o ambiente pode alterar isso, os pesquisadores Gorawara-Bhat, Cook e Sacha (2007) publicaram o artigo *Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool*, no qual o foco foi a estruturação da sala de exames, ambiente físico para criação de uma ferramenta que melhore a relação de comunicação entre o médico e seu paciente idoso durante suas interações.

O trabalho foi desenvolvido a partir da observação de duas vertentes principais nos consultórios geriátricos: as dimensões físicas que compreendem os atributos estáticos e dinâmicos no ambiente das consultas, mesas, cadeiras e a maneira como isso pode (ou não) influenciar nas manifestações de comportamentos não verbais durante os exames. A dificuldade dos pesquisadores



foi a ausência de um mecanismo validado para a observação do comportamento não verbal.

O estudo relata a real importância de uma observação na arrumação dos elementos no ambiente físico do consultório. Mostra como a sala deve ser estruturada e como isso pode influenciar nos resultados obtidos nos elementos não verbais emitidos pelo profissional de saúde na percepção dos pacientes idosos.

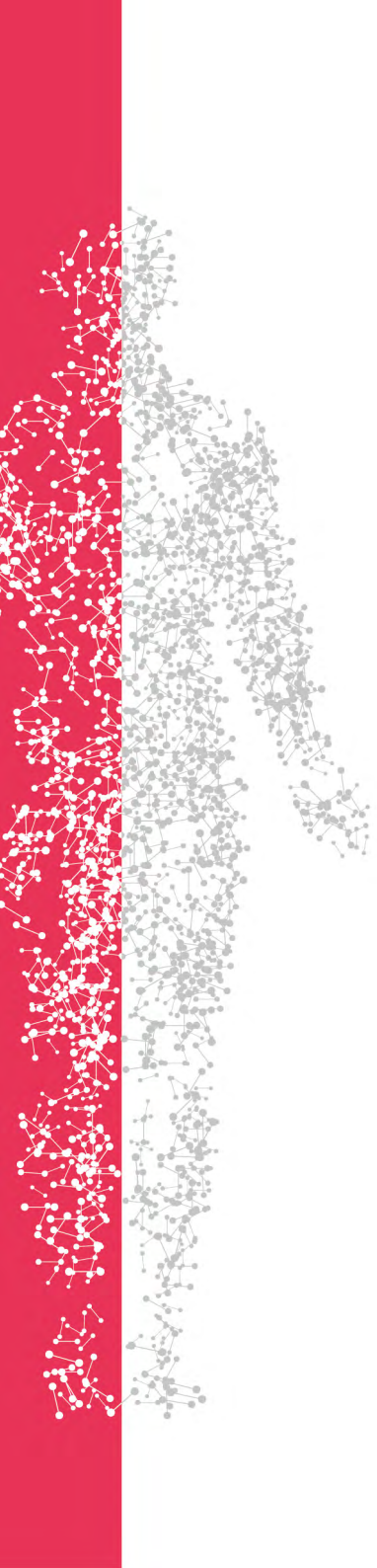
O tempo de direcionamento do olhar do médico para o paciente, distância entre ele e o paciente, gestos, sorriso, expressões faciais e toques foram aferidos para que se pudesse perceber se existe uma ampliação ou diminuição desses comportamentos não verbais, de acordo com mudanças no ambiente.

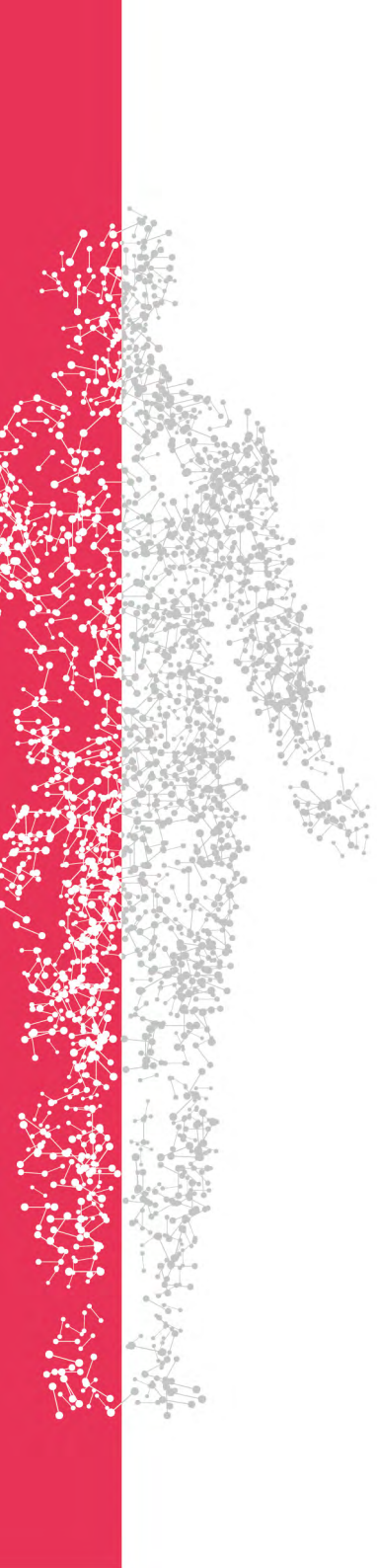
Compreender a natureza e o papel da estrutura física não verbal nas salas de exame pode fornecer insights sobre melhores práticas para estruturação dessas salas, de modo a apoiar as necessidades especiais físicas e / ou mentais que são desafiantes para pacientes idosos. (GORAWARA-BHAT; COOK; SACHS, 2007, p. 230)¹

A percepção das emoções não tem significativas distorções de entendimento no que se refere ao sexo do observador. Isso é o que revela o estudo *Diferenças de gênero entre universitários no reconhecimento de expressões faciais emocionais*, que foi conduzido por Pinto et al. (2013). Com exposição de diferentes tipos de emoções a 120 participantes voluntários pertencentes a diferentes graduações dos ramos de Ciências Humanas e Ciências Exatas, a pesquisa revelou dados estatísticos que apontam pequenas diferenças em apenas duas emoções.

Quando diferentes emoções eram apresentadas na velocidade de 0,5 segundos aos integrantes da pesquisa, foi percebida

1. Texto original: "Understanding the nature and role of nonverbal physical dimensions in exam rooms can provide insights into best practices for structuring exam rooms so as to support the special needs of physically and/or mentally challenged older patients. [tradução do próprio autor]"



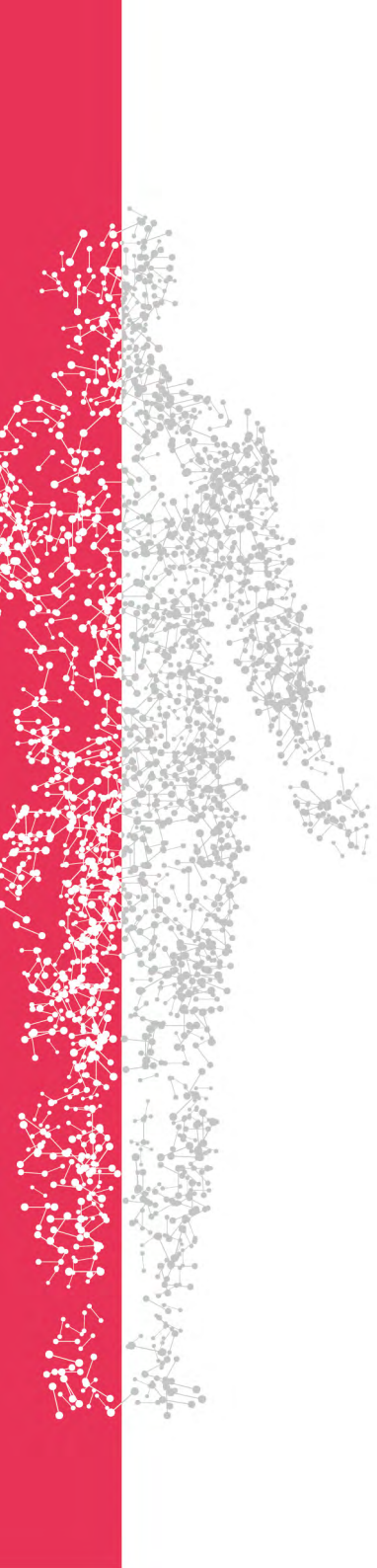


uma pequena diferença na acuidade de detecção de expressões emocionais entre homens e mulheres. O universo selecionado foi de 120 estudantes universitários matriculados em cursos de Ciências Exatas e Ciências Humanas. No grupo das graduações em Ciências Exatas foram os cursos: Engenharia, Economia, Arquitetura, Design e Ciências da Computação. O grupo de Ciências Humanas era composto pelas seguintes graduações: Psicologia, Administração, Direito, Filosofia, Geografia, Comunicação Social, Relações Internacionais, Ciências Sociais e Letras. Desses, foram selecionados 30 homens de Ciências Humanas, 30 homens de Ciências Exatas, 30 mulheres de Ciências Humanas e 30 mulheres de Ciências Exatas.

Segundo Pinto et al. (2013), as mulheres demonstraram mais capacidade de percepção para a expressão facial da tristeza. Os homens tiveram melhor resultado para identificar a expressão de alegria. Não houve diferença significativa no reconhecimento das outras emoções entre ambos os sexos. As emoções menos percebidas por ambos os grupos foram nojo e medo.

Seria interessante investigar o porquê de expressões de medo e nojo foram tão pouco percebidas entre os estudantes que participaram do estudo. Pesquisas futuras poderiam averiguar se a capacidade de percepção destas expressões seria diferente com sujeitos de classes mais baixas que habitassem em locais com precariedade na coleta de lixo, com problemas de saneamento básico e localidades com altos índices de violência. (PINTO et al., 2013, p. 210).

Ramos e Amaral (2012) discutem em seu artigo bibliográfico *A comunicação não-verbal na área da saúde* que, embora existam muitos artigos que destaquem a importância do conhecimento da comunicação não verbal para ampliar a capacidade de percepção do paciente como sujeito e humanizar os atendimentos de saúde, são diversas categorias de profissionais da saúde e estudantes que demonstraram pouco conhecimento acadêmico e profissional sobre essa forma de comunicação.



O texto destaca ainda que esse perfil de comunicação, dos sinais, gestos e expressões faciais, abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão dentro de um contexto da interação social entre os indivíduos. Desse total, 38% são sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz durante a fala, os grunhidos emitidos, os ruídos vocálicos de hesitação e nervosismo, a pronúncia ou sotaque, a tosse e o suspiro provocados por tensão. Já os 55% restantes desse montante seriam representados pelos sinais silenciosos do corpo, tais como gestos conscientes e inconscientes, o perfil do olhar, a postura do corpo, as expressões faciais e também as próprias características físicas do indivíduo, que o tornam único dentro de seu contexto específico.

De fato, explica o artigo, são vários os sinais emitidos pelo sujeito que podem ser “lidos” durante uma interação de pessoas envolvidas no processo comunicacional: as ações ou movimentos que o corpo faz de forma consciente ou não, a postura corporal, os sinais vocais ou paralinguísticos, o uso do espaço físico pelos comunicadores, os objetos acessórios como roupas e adornos utilizados, o tipo de corpo, as características físicas e o momento em que as palavras são ditas dentro do contexto onde ocorre a comunicação entre os elementos.

No artigo *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*, Silva et al. (2000) procuraram abordar a importância da linguagem corporal por meio do questionamento de quanto um grupo de enfermeiras pós-graduandas sabia sobre esse assunto. As autoras analisaram relatos de onde foram destacadas cinco categorias acerca da linguagem não verbal: conceito, função, importância, significado e formas de manifestação da linguagem corporal.

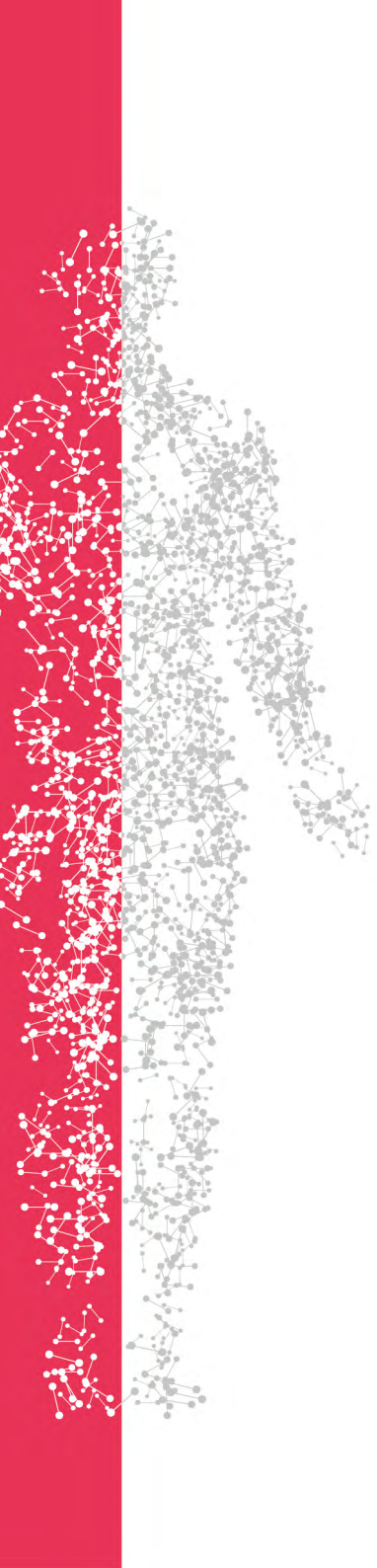
O estudo foi feito em um universo de 20 alunas de pós-graduação que estavam presentes em um seminário sobre Cinésica.

Elas deveriam responder a uma única pergunta por escrito: “O que sabe sobre linguagem corporal?”. As respostas foram escritas pelos próprios sujeitos em fichas posteriormente analisadas pelas autoras.

De forma geral, a linguagem corporal foi valorizada pelo grupo como forma complexa de interação interpessoal da qual temos pouca consciência, ocorrendo por vezes à margem do nosso controle. Para os sujeitos pesquisados neste trabalho, revelam Silva et al. (2000), a linguagem corporal tem a função de expressar sentimentos, emoções e transmitir mensagens, cujos significados são influenciados pelo contexto. Também ficou claro que as enfermeiras pós-graduandas reconheciam que o conhecimento da linguagem corporal amplia a percepção profissional e é mais um instrumento para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

O trabalho é concluído com a colocação de que a comunicação não verbal é um dos instrumentos que devem ser utilizados pela enfermeira no seu dia a dia no ambiente de trabalho, de forma que possa ampliar as capacidades de perceber as mensagens que são enviadas pelos pacientes implícita ou explicitamente. Isso seria extremamente útil para auxiliar na melhor relação enfermeira-paciente, já que, todo e qualquer mecanismo que possa ampliar o nível de informação se torna fundamental para a assistência de enfermagem na estrutura hospitalar.

Com a intenção de obter dados que validem a universalidade das expressões emocionais, o estudo *Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoções: Padronização de Imagens do Teste de Conhecimento Emocional*, desenvolvido por Andrade et al. (2013), apresentou 83 fotografias de expressões emocionais básicas que fazem parte do Teste de Conhecimento Emocional (EMT), desenvolvido nos Estados Unidos para 80 estudantes universitários de Salvador, no estado da Bahia, Brasil, comparando os resultados com os dados da amostra americana.



Foi elaborado um instrumento visual contendo as 83 fotografias coloridas de crianças de ambos os sexos entre 06 e 12 anos de várias etnias presentes no EMT. O EMT é um instrumento psicológico para crianças em idade pré-escolar que visa mensurar o conhecimento emocional, em específico o conhecimento emocional receptivo (reconhecimento de expressões faciais de emoções), expressivo (rotulação destas expressões), além de conhecimentos referentes a situações que provocam emoções. (IZARD et al., 2003 apud ANDRADE et al., 2013, p. 385).

O método utilizado foi apresentar as fotografias, de forma sequencial e por meio de uma projeção visual, solicitando ao participante que apontasse qual emoção melhor correspondia à expressão facial apresentada. Os resultados que foram obtidos apresentaram um bom nível de concordância no julgamento das imagens. Tanto as amostras brasileiras quanto as norte-americanas julgaram 95,2% das imagens como estivessem expressando a mesma emoção. Assim, o resultado do estudo corrobora com a hipótese de que existe uma universalidade na percepção das emoções básicas exibidas.

A pequena diferença encontrada pelo estudo na rotulação das expressões faciais, segundo concluem os pesquisadores, deve ser influenciada pelas normas culturais existentes entre os EUA e o Brasil, relativas às expressões das emoções em ambas as culturas e, especificamente pelas diferenças na atribuição de intensidade das expressões faciais de emoção. Assim, acrescentam os pesquisadores, o resultado indica que, provavelmente, a cultura brasileira atribui menor intensidade às expressões faciais de emoção do que a população norte-americana.

2.7 A estruturação da cinésica

O neologismo “cinésica” foi criado por Birdwhistell (1970), que estudou os sinais do corpo usando a linguística como modelo.

A cinésica possui uma estrutura semelhante à que é usada para o entendimento da comunicação verbal, sendo paralela a ela. Para ele, existem os sinais emitidos pelo corpo que têm seus próprios significados e podem ser compreendidos de forma isolada ou agrupados. Essa sinalização feita pelo corpo pode ser ou não combinada com a expressão verbal. Em muitas vezes a linguagem corporal pode corroborar com o que está sendo dito pela pessoa e, em outras, pode ser incongruente, revelando oposição ou dúvida da própria pessoa que profere o discurso. De igual forma, esses sinais podem ser combinados uns com os outros em suas manifestações em longos trechos, como parágrafos, ou percebidos isoladamente tais quais as palavras.

Para o autor, existem pressupostos básicos que devem ser seguidos para a melhor compreensão da cinésica:

1. Nenhum sinal emitido pelo corpo nem nenhum movimento corporal são destituídos de significado dentro do contexto em que ele se apresenta.

2. As expressões faciais, os gestos e as posturas corporais exibidas são padronizadas dentro de uma respectiva cultural. Muitos gestos estão relacionados com o seu significado somente na cultura onde estão imersos. O mesmo gesto emitido em outro ambiente cultural pode ter significado diferente e, até mesmo, oposto ao desejado pelo emissor.

3. Da mesma forma que a palavra expressa de forma verbal, os sinais visíveis emitidos pelo corpo influenciam os outros indivíduos pertencentes ao grupo em que a comunicação está ocorrendo. Assim, os sinais silenciosos também exercem influência sobre o receptor (ou receptores) da mensagem mesmo quando elas são emitidas de forma inconsciente.

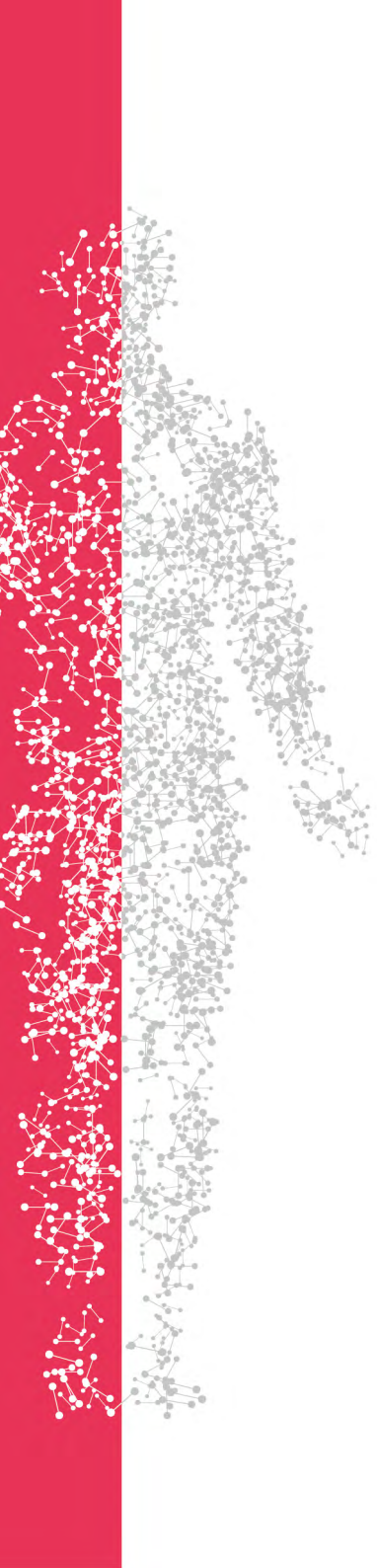
4. Determinados comportamentos possuem significados que são socialmente válidos. Os sinais identificados pelo sujeito que observa também são percebidos pelo grupo social. Assim, em determinados eventos sociais é esperado um perfil comportamental adequado à situação, tal como um velório, onde se espera uma postura reservada e silenciosa das pessoas com as movimentações corporais limitadas e lentificadas.

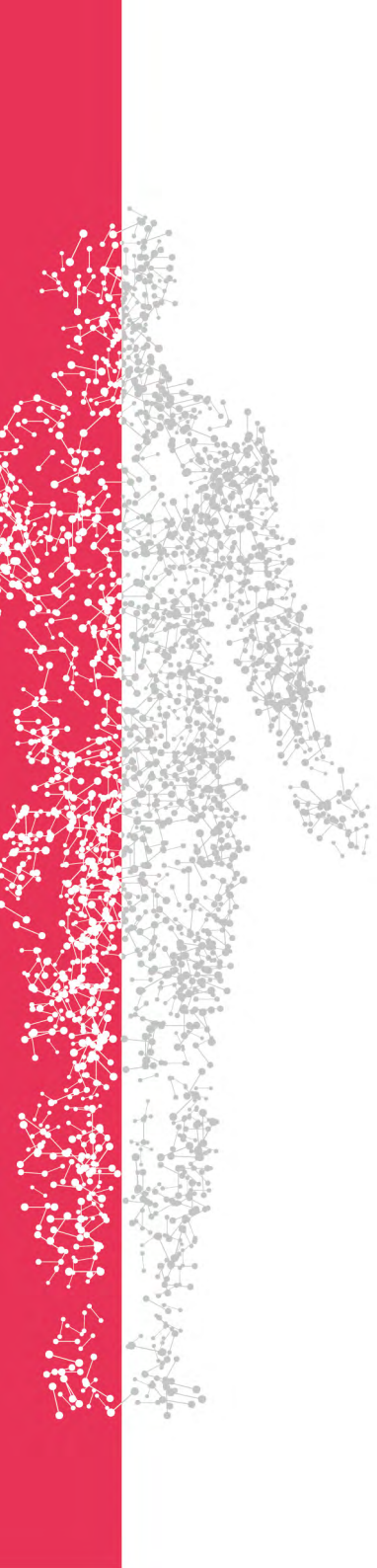
Ekman e Friesen (1971 apud SILVA, 2002) também trabalharam na elaboração dos amplos conceitos que envolvem o entendimento prático da linguagem corporal. Para isso, tiveram o cuidado de classificar em cinco categorias o cabedal gestual básico dos seres humanos:

1. Gestos emblemáticos: gestos que são aprendidos e podem ser transpostos para a linguagem verbal diretamente e seu significado. São gestos em que o emissor tem absoluto controle consciente e possuem ampla utilização no meio social. Muitos dos gestos emblemáticos podem possuir significados diferentes em grupos culturais diferentes – por exemplo: bater o pé (impaciência ou raiva), roer unhas (ansiedade), levantar o polegar (afirmação) e muitos outros no quais o emissor tem controle consciente e possui conhecimento do significado do gesto emitido.

2. Ilustradores: os gestos que acompanham o que está sendo dito e ocorrem para enfatizar o significado da fala. São gestos aprendidos por imitação que funcionam como se desenhassem a ação que está sendo dita pelo emissor – por exemplo: quando o pescador diz o tamanho do peixe que pescou, ele abre os braços para mostrar o tamanho, sinalizando com as mãos o início e o final do peixe. Quando alguém fala sobre a localização de algo e aponta com o dedo na direção do local aproximado de onde o objeto pode estar.

3. Reguladores: gestos que são exibidos de forma quase inconsciente no processo comunicacional, validando ou inibindo o





fluxo da execução verbal do outro. Esses gestos podem sugerir a continuação da verbalização (a repetição) e solicitar uma complementação, oportunizar a fala do outro e sinalizar-se contrário a isso também. Assim, o balançar da cabeça de forma afirmativa, que ocorre enquanto o outro fala, reforça a fala da outra pessoa, sinalizando que tem real interesse no que está sendo dito. Um desvio do olhar, por outro lado, inibe a continuidade da comunicação; trata-se de um gesto de desinteresse. Esses sinais corporais possuem forte tendência de serem involuntários e, de forma natural, seguem o fluxo verbal tanto do falante quanto do emissor.

4. Manifestações afetivas: expressões faciais que podem ocorrer de forma consciente ou não. Essas expressões assinalam estados de afeto que estão sendo vivenciados pela pessoa que os exibe ou deseja expressá-los sem senti-los, de fato. Como já foi exposto no início deste capítulo, essas expressões possuem larga concordância, em seus significados, nas mais diferentes culturas sendo, portanto, consideradas universais.

5. Adaptadores: gestos ou comportamentos que são usados como compensadores de estados emocionais, de sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão. Ocorre, principalmente, quando não se verbalizam os estados de afeto na presença de um interlocutor, mas, podem também ocorrer mesmo quando o emissor desses gestos está sozinho sem a presença de outra pessoa. Estar atento a esses gestos, que são inconscientes, pode dar elementos para avaliar o próprio estado emocional – gestos como roer unhas, mexer repetidas vezes na pulseira ou relógio, alisar os próprios cabelos, tamborilar o lápis sobre a mesa e etc.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, que procura criar protocolos facilitadores do entendimento da estrutura da cinésica, Ekman e Friesen (1971 apud Silva; Silva, 1995) classificaram os sinais faciais em quatro diferentes tipos:

1. Sinais estáticos: têm pouca alteração ao longo da vida e são, por exemplo, como o formato da estrutura óssea e perfil de pigmentação da pele.

2. Sinais lentos: são os sinais que estão ligados ao processo de envelhecimento como rugas que surgem com a idade, pelos, manchas na pele, queda de cabelo ou alteração na coloração deles.

3. Sinais rápidos: são os sinais que ocorrem de forma muito rápida na face – muitas vezes em segundos –, mas são mais sutis como temperatura e coloração da pele, movimento e tônus muscular, suor e dilatação da pupila.

4. Sinais artificiais: são assim chamados os sinais que o sujeito utiliza para interferir na informação de que os sinais estáticos ou lentos estão emitindo ao ambiente. Com exceção apenas para a utilização de óculos de grau, a grande maioria desses sinais artificiais é utilizada pelo sujeito para aumentar a beleza estética e diminuir os sinais que surgem com o avançar da idade. Cosméticos, tinturas de cabelo, intervenções cirúrgicas com objetivo estético são exemplos de mecanismos utilizados para criar os sinais artificiais.

As expressões das seis emoções básicas já foram discutidas no início desse capítulo (raiva, tristeza, alegria, espanto, medo e nojo); no entanto, Silva e Silva (1995), em seu artigo *Expressões faciais e emoções humanas: levantamento bibliográfico*, apresentam descrições de outras emoções que ocorrem com frequência no ambiente hospitalar:

Consideramos pertinente registrar também neste trabalho um resumo das descrições feitas em bibliografias consultadas sobre a demonstração de algumas emoções através das expressões faciais, com o intuito de auxiliar o enfermeiro e outros profissionais de saúde a entenderem o paciente e os elementos de sua equipe, no dia a dia. (SILVA; SILVA, 1995, p. 185)

Das onze emoções descritas pelas pesquisadoras, cinco já foram descritas em detalhes no início deste capítulo: alegria, surpresa, tristeza, medo e raiva. Assim, destacam-se apenas as que ainda não constam no corpo desta pesquisa de doutorado:

1. Afeição/amor: a expressão desse perfil de afeto pela face conjuga a fixação do olhar com pupila dilatada em direção ao sujeito alvo da emoção e com um olhar que pode ser caracterizado como brilhante e um certo grau de “endireitamento” do nariz.

2. Ansiedade: quando o sujeito expressa forte ansiedade, pode ser notado suor na região frontal da face, surgimento de palidez no rosto, formação de rugas na fronte, contínuo mordiscar dos lábios ou cutícula.

3. Dor/incômodo: quando o sujeito está em estado de dor ou incômodo, muitas vezes pode exibir a manifestação de choro – geralmente com olhos fechados –, a formação de rugas na testa mantendo os lábios comprimidos, o aumento da rigidez facial exibindo tensão, e comissura da boca voltada para baixo e o suor frio.

4. Dúvida: pode ser percebido esse perfil de estado de afeto quando o sujeito exibe seus lábios unidos numa formação que lembra o bico de um pássaro. Também pode ser observado o movimento de inclinar a cabeça lateralmente e erguer as sobrelanceiras.

5. Interesse: Quando o sujeito em observação manifesta interesse em algum objeto ou pessoa. Seu olhar aponta na direção de seu afeto, mantendo um sorriso com um sutil aceno positivo da cabeça.

6. Timidez/vergonha: Esse tipo de afeto pode ser notado quando surge rubor na face junto com o movimento de abaixar os olhos e a mudança do foco do olhar. Também pode ser observado um leve deslocamento da língua para frente e, com o movimento de abaixar a cabeça, o sujeito mantém o olhar praticamente através dos cílios.

As autoras ainda alertam, nesse mesmo trabalho, que as características exibidas pela face podem possuir múltiplos significados. Justamente por isso, não devem ser analisadas de forma isolada pelo observador. O texto apresenta o exemplo do rubor facial que, quando surge na face, pode estar expressando raiva em algumas ocasiões; em outras, pode estar demonstrando que o sujeito sente vergonha de algo ou ainda alegria em outro momento de diferente contexto para o emissor. Tais quais os sinais não verbais emitidos pelos gestos, as expressões faciais que podem ser emitidas pelo sujeito devem ser analisadas em conjunto com outros sinais não verbais, para uma precisa avaliação.

Deve-se ter atenção para procurar sinais que podem estar na entonação das palavras, no jeito como o emissor inclina a posição do tronco e membros em relação a algo ou alguém e o espaço que ele mantém entre as pessoas. De fato, finalizam as autoras, todos esses sinais devem ser considerados para a decodificação correta do estado emocional predominante nas pessoas.

2.7.1 A força de expressão do olhar

No universo da linguagem não verbal todos os sinais têm peso no processo de avaliação do estado de afeto, que pode ser emitido pelo sujeito no ambiente hospitalar. No entanto, o olhar pode ser o mais emblemático desses sinais, pois, em todo tipo de conversação, existente entre duas pessoas o foco de atenção, que é direcionado para a área dos olhos. Silvia (2002), em seu livro *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*, discute esse tema, apresentando algumas considerações. A dilatação ou contração da pupila, por exemplo, que ocorre de forma totalmente inconsciente, pode revelar interesse, aprovação, reprovação e desinteresse. Caso a pupila se dilate, há indicação de alto grau de aprovação pelo que está sendo dito e

profundo interesse. Já no caso de ser percebida uma contração, diminuição no tamanho da pupila, há indicação de desagrado, desinteresse e discordância sobre o tema, pessoa ou objeto que está sendo apresentado ao sujeito emissor do sinal.

Nesses casos, o profissional de saúde deverá ter profunda atenção, pois nem todas as pessoas possuem olhos claros. Quanto mais escuros são os olhos de uma pessoa, mais difícil se dá essa observação. Quando o enfermeiro apresenta uma alteração de hábitos a um paciente, é possível saber pelo movimento da pupila se o contínuo silêncio do interno significa aprovação, negação ou desinteresse pelo que está sendo exposto.

O olhar, continua a mesma autora, também é capaz de retratar alguma de nossas emoções apenas pelo perfil que apresenta. Na surpresa (espanto), o olhar se expande para permitir maior entrada de informações do ambiente; na alegria pode-se notar o brilho no olhar da pessoa que se contenta com algo; na tristeza o olhar se fecha em rebaixamento, evitando encarar os fatos de frente e buscando se encontrar com o corpo.

O tempo que o olhar é direcionado para o outro durante uma conversa também funciona como elemento regulador do fluxo da comunicação. Nas culturas ocidentais, revela Silvia (2002), as pessoas mantêm o olhar direcionado uma para as outras por aproximadamente 50% do tempo em que trocam conteúdo na conversa. Caso esse tempo seja superior a 50%, isso pode significar a existência de um perfil de afeto entre eles, que pode ser de raiva ou amor. Já o desvio de olhar deixa claro que uma das partes perdeu o interesse pelo que está sendo dito pela outra.

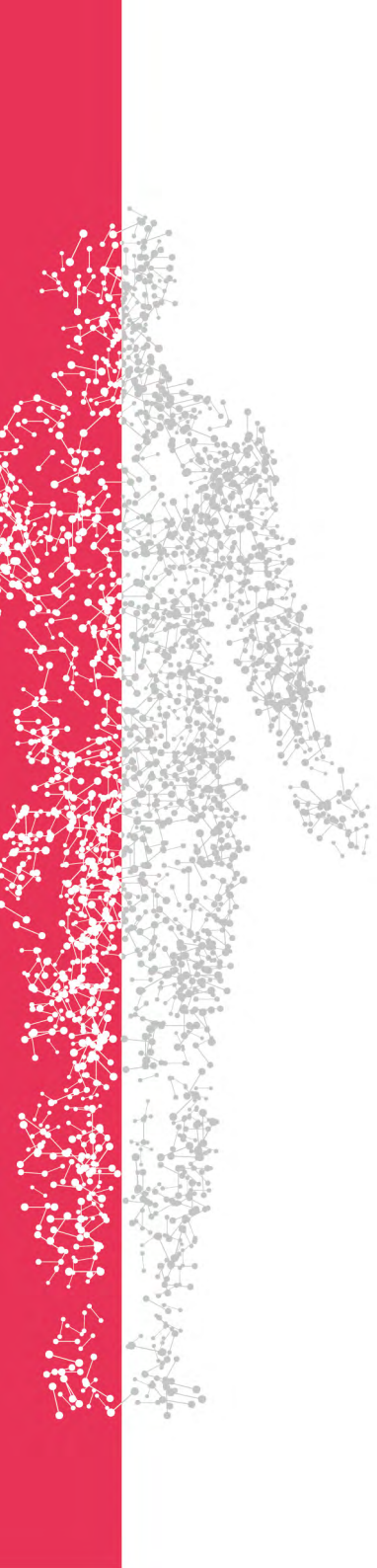
2.8 O corpo como meio de comunicação com o outro

Para Darwin (2009), quem é capaz de interpretar corretamente as emoções que ocorrem sem seus semelhantes pode ser capaz de antecipar as intenções alheias e, dessa forma, ter atitudes adequadas em cada momento em particular. Esse conhecimento é de grande valor em qualquer situação em que exista a interação de seres humanos, sobretudo no setor de saúde. Antecipar situações que podem gerar desconforto ou estresse no usuário ou adquirir mais informações do que as que estão sendo verbalizadas podem fazer uma grande diferença em um ambiente em que, muitas vezes, uma rápida tomada de decisão pode significar a vida ou a morte.

Pacherie (2013) aponta que nem todas as pessoas possuem habilidades naturais para identificar as emoções quando elas surgem nas faces das outras pessoas ou nos variados sinais não verbais que podem ser expressos. Algumas dessas pessoas podem, muitas vezes, serem de fato cegas às emoções alheias. Existe um distúrbio raro conhecido como prosopagnosia que altera a percepção das emoções, tornando a pessoa literalmente cega a qualquer manifestação emocional do outro. As causas para esse distúrbio podem ser genéticas ou causadas por lesões neurológicas.

Para a autora Davis (1979), a alteração da postura do corpo e também os gestos que são emitidos estão sempre coincidindo com as mudanças que ocorrem na comunicação verbal. Segundo ela, citando em seu livro o psiquiatra americano Albert E. Schefflen, em uma conversação, o sujeito movimenta a cabeça e olhos a cada conjunto de sentenças. Assim, quando termina um tema ou ocorre uma mudança maior no assunto abordado, ocorre também uma significativa alteração na movimentação do corpo.

Mesmo durante os sonhos ocorrem mudanças na postura cada vez que se chega a um final lógico. Os cientistas que estudam o sonho



afirmam que as pessoas se mexem na cama durante episódios de um sonho ou entre um sonho e outro, mas raramente durante o próprio transcurso do sonho. (DAVIS, 1979, p. 101)

Em *Seu corpo fala no trabalho: conquiste seu espaço, crie relacionamento, inspire e influencie pessoas*, a autora Sharon (2012), experiente profissional no ramo de recursos humanos nos Estados Unidos, coloca que os movimentos corporais ocorrem com mais velocidade quando o sujeito está ansioso, o que pode causar danos ao entendimento da mensagem.

Dessa forma, ela propõe uma série de exercícios respiratórios que podem reequilibrar o estado emocional durante o desenrolar de uma conversa e isso irá permitir uma comunicação mais efetiva com o outro. São sete os passos desse exercício proposto pela autora, para diminuir a ansiedade e nervosismo:

1. Procurar sempre centralizar o peso do corpo. Caso esteja de pé, o peso deve ser distribuído sobre os dois pés de forma igualitária. Se a pessoa estiver sentada, deve procurar equilibrar a parte superior do corpo, usando o osso inferior da pélvis, o ísquio, como base. Assim, quando estiver na posição correta, será possível sentir a maior parte do peso entre o umbigo e a virilha.

2. Manter o olhar para frente, com o queixo em um ângulo de 90° em relação ao pescoço. O pescoço deve se estar estendido o máximo possível.

3. A respiração deve ser mantida lenta e suave com inspirações profundas, permitindo que o ar seja mantido, por alguns poucos momentos, dentro do organismo. O movimento respiratório estará perfeito quando for possível notar o abdômen se expandir com o ciclo de absorção do ar.

4. O movimento de expiração deve ser suave e feito pelo nariz até que todo o ar deixe o corpo. Esse processo envia uma

mensagem para o cérebro, informando que tudo está bem e cria uma estrutura de segurança para o sujeito.

5. Espere antes de inspirar novamente. O próprio organismo se encarregará de informar quando é necessário inspirar novamente.

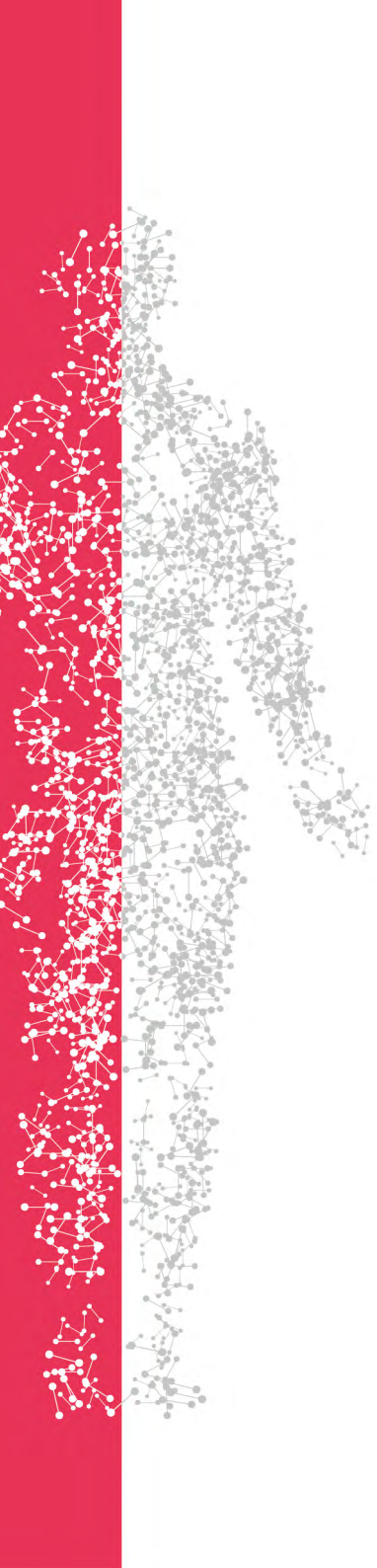
6. Mantenha esse ritmo até perceber que o estado de calma está instalado em seu corpo.

7. Mantendo a respiração nesse nível, o metabolismo irá equilibrar os níveis internos de dióxido de carbono e oxigênio; assim, o processo comunicacional poderá ocorrer de forma clara sem que o corpo, em estado de ansiedade, emita sinais que possam criar ruídos no processo de entendimento da mensagem.

Sharon (2012) apresenta ainda que atenção à postura dos braços pode transmitir uma informação de confiança em si mesmo ao ambiente social. Para tanto, ela afirma que manter os braços nas laterais do corpo, na posição natural do caminhar, é uma das posturas adequadas para as pessoas que desejem transparecer uma elevada autoestima.

De modo contrário, prossegue a autora, cobrir o abdômen com as mãos emana uma mensagem de insegurança. Ocorre que essa é uma postura de defesa como se a pessoa desejasse proteger a área frontal do corpo onde não possui uma estrutura óssea de proteção. Portanto, de forma consciente, finaliza a autora, é aconselhável deixar os braços pendentes ao lado do corpo já que, se o sujeito que emite a informação colocar as duas mãos atrás do corpo – conhecida pose do general –, irá parecer agressivo para o interlocutor que participa do diálogo.

Os autores Furnham e Petrova (2011), em seu livro *O Corpo fala nos negócios: como decifrar as pessoas e transmitir mensagens eficazes com os segredos da linguagem corporal*, apresentam uma



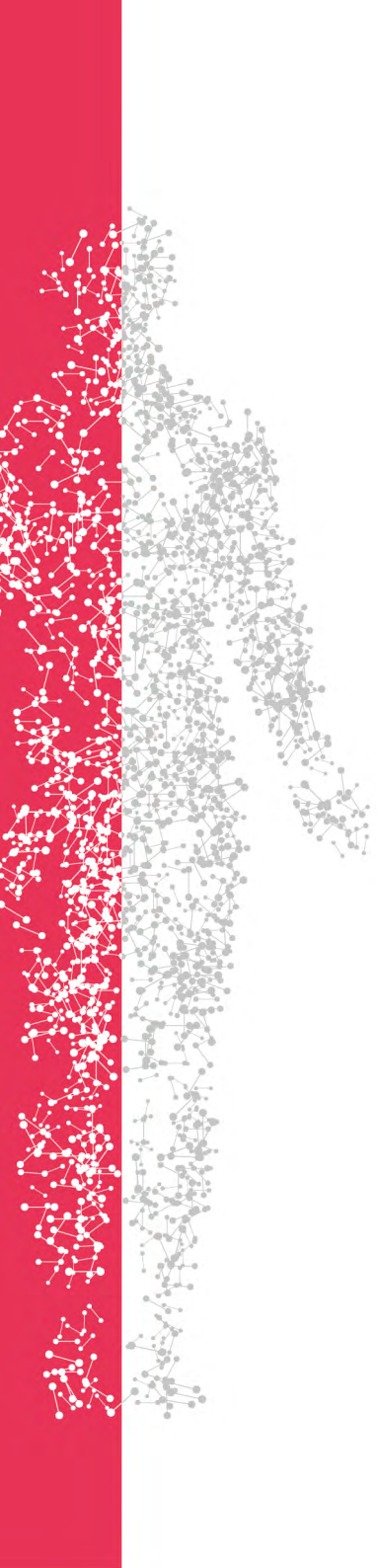
pequena lista de sinais não verbais que são demonstrados por profissionais que exibem elevada autoestima e segurança. Essas observações podem ser válidas para o agente de saúde, no exercício de sua função, que necessita passar confiança ao paciente para ele se sinta seguro na relação no hospital.

Esses profissionais, que são percebidos como dominantes nas relações de grupo, têm alguns comportamentos que se destacam dos demais pertencentes ao mesmo ambiente funcional. São reconhecidos pelos companheiros como líderes e, mesmo que não estejam em cargos de gestão, influenciam as ações dos membros da equipe de trabalho. Um detalhe destacado pelos autores ao longo da obra é que exibir os comportamentos, mesmo que seja forçado e de forma consciente, irá causar igual impacto de status e poder de confiança dos profissionais que exibem esses sinais de forma inconsciente e natural. Assim agem essas pessoas que são percebidas como dominantes no ambiente, na exibição dos sinais não verbais no grupo.

- São pessoas que, na maioria das vezes, dão início a um processo de conversação em um grupo. Mostrando-se mais desinibido, o indivíduo passa ao grupo de trabalho e aos usuários do sistema que é uma pessoa mais segura naquilo que faz.

- Mantêm contato visual por mais tempo. Ser o último a interromper o contato visual com o interlocutor demonstra elevada autoestima e controle emocional. Procurar olhar direto na face do outro quando fala ou escuta exibe capacidade de liderança. Exibem um olhar mais penetrante na maioria das vezes. São profissionais que encaram, sem agressividade, seus interlocutores.

- Também são pessoas que sorriem menos e, nas interações com os outros, utilizam mais o toque físico. O contato direto das mãos nos ombros e braços do interlocutor, de forma gentil, cria uma atmosfera de afeto para a condução do outro de forma tranquila. Um exemplo



de como isso pode ser usado no ambiente hospitalar é quando o enfermeiro necessita dar uma notícia desagradável para alguém. Tocar na pessoa, em um dos ombros, transmite uma sensação de conforto e acolhimento que deve ser importante nesse momento.

- Uma constante postura ereta próxima às pessoas do grupo. Cultivar uma postura mais ereta com o queixo em 90° em relação ao pescoço (como já foi visto antes nesse capítulo) emana uma sinalização de altivez.

- Furnham e Petrova (2011) relatam que pesquisas revelam que esses profissionais também são os que prestam menos atenção nos outros. Esse ponto pode ser bastante questionável como útil no ambiente de saúde onde todas as informações são valiosas.

- Usam um tom mais alto quando utilizam a linguagem verbal, mas, ao mesmo tempo, sempre mantém um tom mais relaxado na fala. Assim, a palavra se destaca, mas não causa alteração na relação de afeto, pois não demonstra agressividade no tom da voz.

- Outro detalhe que permite esse perfil de profissional sobressair como dominante no grupo é que ele possui um repertório meio de expressões faciais. Assim, a comunicação não verbal dessas pessoas pode obter melhor compreensão diante de seus interlocutores, pois ele se vale tanto da palavra verbalizada quanto das microexpressões e macroexpressões faciais como elementos de complementação e validação do que está sendo dito.

A autora James (2008), na publicação *Linguagem corporal no trabalho*, dedica um capítulo de seu livro ao detalhamento de como identificar e lidar com as variações de humor que podem ocorrer durante um diálogo. Valendo-se da observação das alterações dos padrões de exibição da linguagem não verbal por meio de gestos, expressões faciais e mudanças de velocidade que podem ocorrer, a autora codifica o que pode ser muito útil como

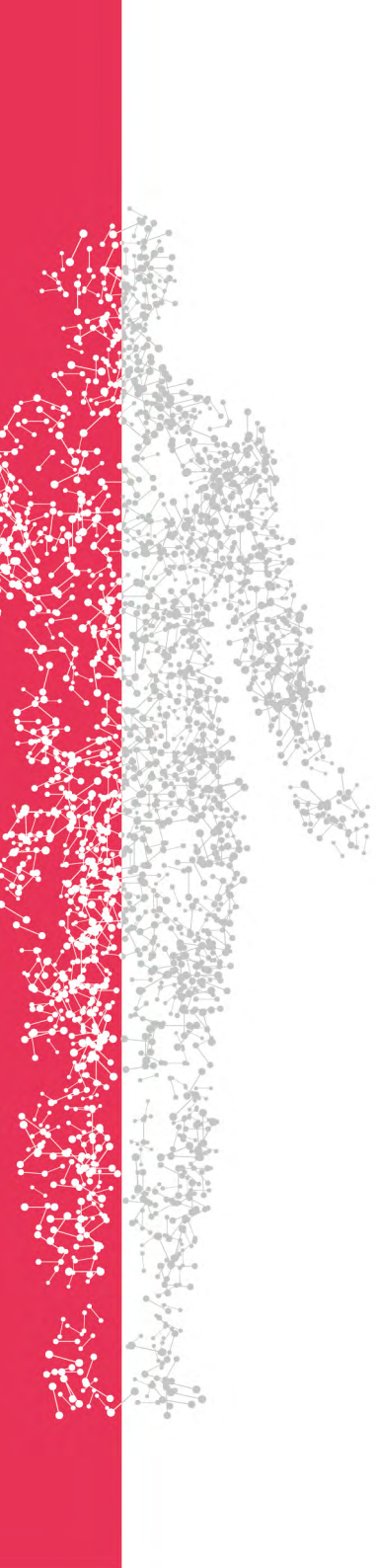
instrumento de aferição, para o profissional de saúde, durante a interação com seu paciente.

Para a autora, quatro tipos de alterações podem ser facilmente percebidos, mesmo por alguém que não seja *expert* em linguagem corporal: discordância e desinteresse; frustração ou ansiedade causados pelo desinteresse; impaciência e tédio.

Uma boa comunicação é o mesmo que manter uma sintonia com o interlocutor. Perceber as possíveis transformações de humor que podem danificar essa relação e comprometer a fidelidade do conteúdo que está sendo transmitido é algo que pode dar, ao profissional de saúde, uma vantagem para transformar, rapidamente, sua linha de abordagem e conseguir direcionar o diálogo para um final satisfatório para todos os envolvidos nessa relação. Assim, James (2008) criou seu pequeno protocolo de observação do surgimento de:

- Discordância e desinteresse: durante o diálogo é possível quando o interlocutor está interessado nos argumentos que estão sendo apresentados. Assim, ele apresenta o corpo voltado na direção de quem fala, seus braços estão descruzados com uma postura aberta, sua cabeça balança suavemente em um movimento de afirmação ao final de cada sentença do interlocutor. Se ele movimenta o corpo em outra direção, cruza e descruza braços ou pernas, afasta o corpo para trás na cadeira, dando indícios que a conversa não mais lhe interessa. Ele pode estar rejeitando o que está sendo apresentado ou simplesmente perdeu o interesse no assunto.

- Frustração ou ansiedade causada pelo desinteresse: o nível por aumentar se a pessoa começa a impor mais barreiras corporais como cruzar os braços mais ao alto, manter as pernas cruzadas por mais tempo, tocar o rosto, relógio, joias ou a própria roupa. São movimentos que visam acalmar o próprio corpo, gestos que procuram abrandar a ansiedade e frustração diante de algo que não se consegue abandonar por completo.



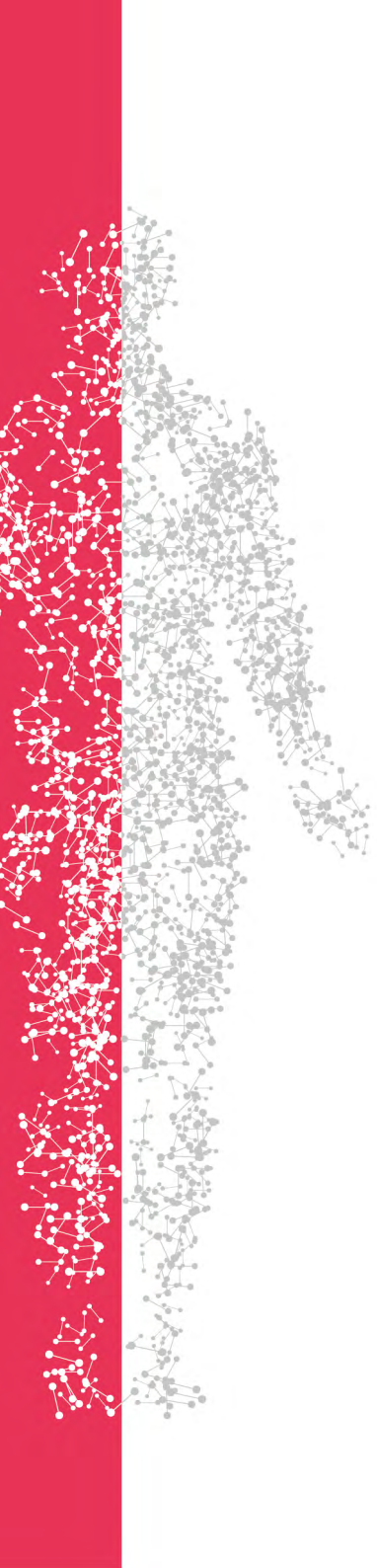
- Impaciência: nesse nível, o estresse provoca movimentos mais rápidos que podem, inclusive, fazer a pessoa acelerar o balançar da cabeça de forma afirmativa, querendo finalizar o diálogo. É de se esperar que, quando o sujeito alcança um alto nível de impaciência, ele também olha para o relógio, balance as pernas ou fique sacudindo os calcanhares e as pontas dos pés se estiver sentado.

- Tédio: se o sujeito parece distraído e pronto para bocejar, seus ombros parecem estar rebaixados, os gestos são repetidos várias vezes em ritmo lento como rabisçar uma folha de papel ou ficar alterando posições de objetos sobre a mesa é um forte indicativo que o tédio se apossou dessa pessoa e ele não está mais processando o que está sendo dito.

Em qualquer uma dessas situações narradas pela autora James (2008) é necessário que o profissional de saúde tenha uma alteração em sua abordagem para reconquistar o ouvinte e prosseguir com o seu diálogo sem que exista alguma perda de conteúdo. Muitas vezes, completa a autora, é apenas necessário que exista uma concordância com a linguagem corporal do outro e, logo a seguir, provocar alterações na direção da retomada da atenção. A autora também recomenda que isso seja feito de forma tranquila, sem mudanças drásticas.

No livro *O Corpo Não Mente*), os autores Navarro e Poynter (2010) analisam os sinais que o corpo pode emitir, estando em estado de conforto ou desconforto. Navarro atuou muitos anos como agente do Federal Bureau of Investigation (FBI), nos Estados Unidos e, em seu trabalho, analisou as principais posturas que as pessoas adotavam durante o processo de um interrogatório. Nessa publicação, ele apresenta os sinais de conforto e desconforto conforme ilustra a Figura 10.

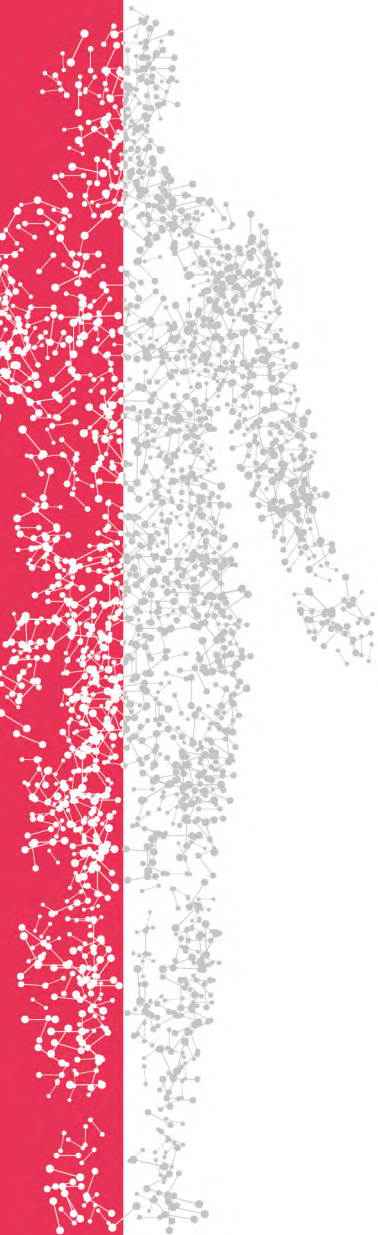
Para esses autores, existem posições antagônicas que o corpo pode exibir na forma de linguagem não verbal que sinalizam o estado



de ânimo de uma pessoa quando ela é submetida a uma pressão ou, por qualquer motivo, se sente insegura ou em sofrimento. Da mesma forma, os sinais podem ser opostos se o estado de ânimo é confortável em um ambiente calmo sem nenhum tipo de desconforto.

Para esses profissionais, essas posturas indicavam a possibilidade de o interrogado mentir durante o processo investigatório quando demonstravam sinais de desconforto. Os suspeitos interrogados pelos agentes do FBI, relata o livro, conseguiam maior sucesso em receber informações verdadeiras quando era possível levar o interrogado a um estado de conforto e tranquilidade. Dessa forma, os suspeitos, sem estar sob pressão ou ameaça, eram mais colaborativos com a investigação e ajudavam os investigadores, fornecendo dados verdadeiros aos questionamentos.

No ambiente de saúde, o mesmo quadro (Quadro 3) pode ser utilizado no sentido de agilizar o processo de identificação do estado de desconforto do paciente para direcionar esforços no sentido de trazer o usuário do sistema a um estado de maior conforto para que ele possa recuperar a equanimidade de sua estrutura emocional; isso será útil ao profissional de saúde.



Quadro 3 – Sinais de conforto e desconforto

SINAIS DE CONFORTO	SINAIS DE DESCONFORTO
serenidade	ansiedade
autoconfiança	apreensão
pensamento claro	pensamento nublado
proximidade	distanciamento
aprazimento	contrariedade
discurso fluido	discurso errôneo
amizade	inimizade
felicidade	depressão
abertura	oclusão
toque	afastamento
alegria	raiva
paciência	impaciência
quietude	nervosismo
calma	medo
receptividade	obstinação
relaxamento	tensão
respeito	indiferença
segurança	insegurança
ternura	severidade
confiança	dúvida
veracidade	mentira
cordialidade	frieza
capacidade de resposta	hesitação
alinho	instabilidade

Fonte: Navarro; Poynter, 2010, p. 42-43.

Possivelmente certas adaptações devem ser feitas para que esse quadro seja mais aderente ao ambiente hospitalar. Quem adentra no sistema de saúde, em busca de apoio, possivelmente não irá apresentar sinais de conforto, mas, se for bem recepcionado pela estrutura e seus profissionais, pode ter uma diminuição dos sinais apresentados de desconforto.

3. METODOLOGIA

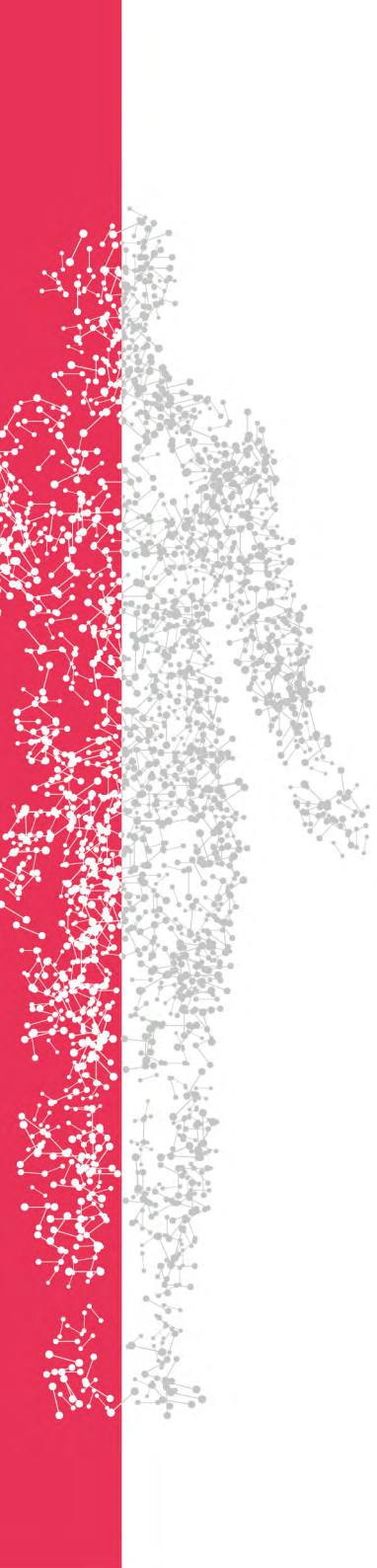
3.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa foi feita com quarenta profissionais de saúde que atuam diariamente no cuidado a pacientes internos que permanecem por muito tempo deitados em seu leito, com a aplicação de questionário (APÊNDICE A). Consiste em um estudo de finalidade aplicada, caracterizado por ser do tipo transversal, de caráter quantitativo, com perfil exploratório, realizado por meio de pesquisa de campo com levantamento de dados por meio de um questionário de 21 perguntas que abordaram o perfil e nível de conhecimento dos pesquisados sobre a aplicabilidade da linguagem não verbal em seu ambiente de trabalho.

Pesquisa exploratória: o problema da linguagem não verbal no ambiente de saúde ainda não é amplamente estudado, por isso, se torna um campo rico em possíveis novas descobertas. O foco direcionado às posturas adotadas pelos pacientes nos leitos hospitalares é inédito e, portanto, inovador, o que qualifica ainda mais este estudo como exploratório. Existem conceitos promissores nesse imenso campo da comunicação não verbal, o que pode auxiliar na elaboração de novos estudos.

Não há dúvida quanto ao pequeno número de documentos encontrados no resultado da pesquisa sistemática realizada para este estudo, um dado relevante quanto a isso, pois, mesmo com descritores amplos, o número final foi de apenas 181 textos, dos quais somente 48 estavam de fato relacionados ao perfil da utilização da comunicação não verbal no ambiente da saúde.

A ausência de informações científicas para um embasamento amplo torna ainda mais importante o aspecto exploratório. Isso pode



alavancar novos estudos e possibilitar o crescimento da clarificação das relações comunicacionais entre os profissionais que atuam no ramo da saúde e seus pacientes.

É importante lembrar que uma intervenção terapêutica bem-sucedida pode solucionar um problema, trazendo bem-estar para uma pessoa. Para isso, todas as informações devem chegar ao profissional para facilitar sua tomada de decisão. Dessa forma, os índices informacionais ofertados pela comunicação não verbal se tornam tão relevantes como a comunicação verbal e, muitas vezes, superior a ela.

O caráter exploratório desse estudo busca evidenciar alguns elementos e dados qualitativos que possam ser utilizados por outros pesquisadores no futuro.

3.2 Aspectos éticos

Esta pesquisa observou os aspectos éticos, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), contando com a autorização da coordenação da Clínica Psiquiátrica Vila Verde para a realização do estudo e com a assinatura de todos os participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), antes do início da coleta de dados. Foi assegurado aos participantes, dentre outros direitos, o sigilo total sobre os dados individuais coletados, além do direito da desistência em participar da pesquisa, a qualquer tempo e sem prejuízos.

Salles e Barros (2013) relatam que as pessoas que possuem transtornos mentais podem passar longos períodos excluídas fisicamente da sociedade, segregadas e isoladas em instituições próprias para esse perfil de acolhimento. Assim, procuramos uma

clínica psiquiátrica com perfil de internação, cujos pacientes permanecessem por tempo superior a uma semana.

A Clínica Psiquiátrica Vila Verde, em Juiz de Fora, Minas Gerais, autorizou a aplicação de nossos questionários em duas de suas instalações nas quais 40 profissionais relataram suas percepções sobre a linguagem não verbal em 21 perguntas objetivas.

O motivo da escolha da Clínica Psiquiátrica Vila Verde foi o cumprimento da necessidade de um perfil comportamental dos pacientes com maior período no leito e a cordialidade dos diretores da clínica por aceitaram ceder seus espaços para a aplicação do questionário (APÊNDICE A) e seus funcionários durante o período de trabalho para participar da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Investigação da Universidad Americana, apresentado à Plataforma Brasil antes do início da pesquisa e aprovado pelo CEP do Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO, por meio de parecer consubstanciado com data de relatoria em 30/07/2015, sob número de parecer 1.164.610 e CAAE 45414215.0.0000.5258.

3.3 Delimitação do estudo

Este estudo foca em levantar o interesse, grau de conhecimento e possibilidade de agregação das possíveis interpretações dos sinais não verbais emitidos por pacientes no ambiente de saúde.

O estudo procura levantar o nível atual de capacidade de percepção das expressões faciais das seis emoções básicas e questiona a possibilidade de percepção de estados emocionais por meio da postura corporal apresentada no leito pelo paciente acamado.

3.4 Autorização do estudo

O coordenador da Clínica Psiquiátrica Vila Verde assinou o Termo de Informação à Instituição e Autorização para a realização da pesquisa nas referidas unidades. O estudo foi autorizado pelo CEP do Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO, por meio de parecer consubstanciado.

3.5 Local do estudo

O local escolhido para a aplicação do questionário (APÊNDICE A) foram duas unidades da Clínica Psiquiátrica Vila Verde, na cidade de Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais, Brasil: a Unidade Borboleta, localizada na Rua Jacob Lawal, 442; e a Unidade Bromélias, localizada na Rua Cecília dos Santos, 345.

3.6 População e amostra

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde que aceitaram participar, dentro dos critérios de inclusão, abrangendo os trabalhadores de saúde de nível superior de diversas graduações e técnicos de enfermagem dos dois locais envolvidos na pesquisa: 40 profissionais da área de saúde das duas unidades escolhidas, Borboleta e Bromélias, da Clínica Psiquiátrica Vila Verde localizada no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, Brasil.

3.7 Critérios de inclusão

Como critério de inclusão para esse estudo, acolheram-se todos os profissionais de saúde, em diversas graduações, que lidam diretamente com o usuário no ambiente das duas unidades escolhidas da Clínica Psiquiátrica Vila Verde, que concordaram em participar da pesquisa por livre vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchendo devidamente o questionário utilizado (APÊNDICE A).

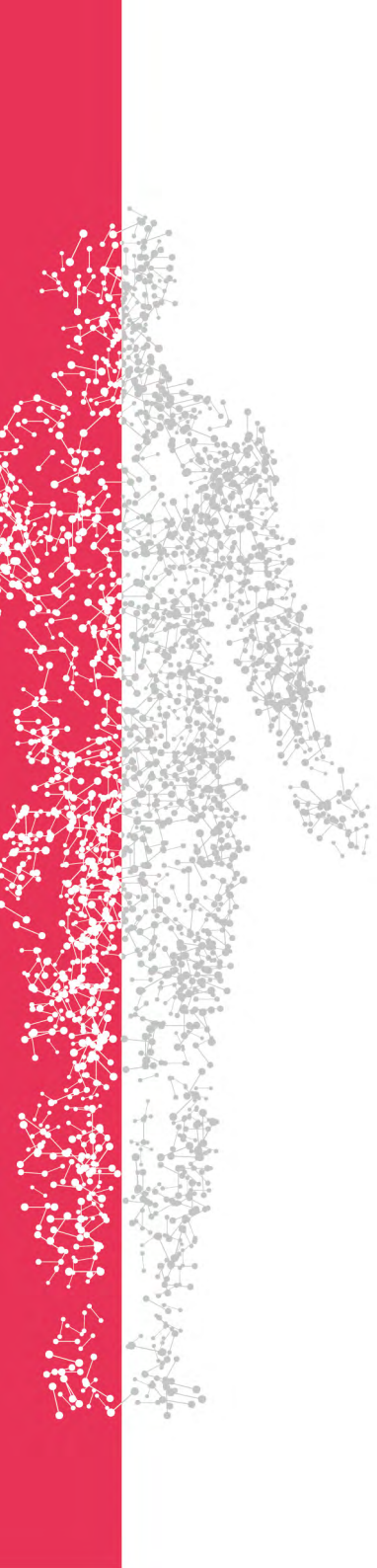
3.8 Critérios de exclusão

Foram excluídos desse estudo os profissionais que não atuam diretamente com os usuários de saúde, os que se recusaram a participar da pesquisa por quaisquer motivos, os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os que não preencheram adequadamente o questionário utilizado.

3.9 Riscos e benefícios esperados

Os riscos que a pesquisa poderia ter causado aos participantes foram mínimos. Citam-nos: possível incômodo ao responder aos questionários e possível introspecção e percepção de um determinado problema vivido em sua prática diária no atendimento aos internos da unidade onde atua. O profissional de saúde poderia se negar, em qualquer tempo, a continuar a avaliação e se retirar da pesquisa sem qualquer ônus.

A partir dos resultados analisados, espera-se que os benefícios da pesquisa permitam identificar como a comunicação não



verbal é percebida e utilizada por profissionais de saúde com pacientes internados. Pretende-se, com base neste estudo, formar um pequeno banco de dados com imagens de posturas corporais significativas para compor um pequeno manual a ser no futuro distribuído a profissionais de saúde, a fim de proporcionar conhecimento e aprimorar o atendimento de saúde.

3.10 Procedimentos para a coleta de dados

Para o desenvolvimento do item Revisão de literatura, foi realizada em outubro de 2015 uma pesquisa em bases de periódicos BVS, Scielo, Pubmed, Scopus e Web of Science, com recorte temporal dos anos 2005 a 2015. Foram encontrados o total de 181 documentos (TABELA 1): artigos científicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros eletrônicos. Após a análise realizada e exclusão dos conteúdos repetidos ou dos que não tinham aderência com o foco desse estudo, 48 documentos foram aproveitados para o embasamento teórico deste estudo, por meio de uma revisão de literatura não sistemática.

A pesquisa bibliográfica foi realizada pelo bibliotecário da Fiocruz – CLAVES – Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – a partir de descritores e termos relacionados com o tema deste estudo. Os descritores utilizados para estratégia de busca em português foram: (“Linguagem corporal” OR Cinésica OR “Comunicação não-verbal” OR “Posição do corpo” OR “Postura corporal” OR “Análise comportamental” OR “Leitura fria” OR “Pesquisa do comportamento”) AND (“Paciente no leito” OR “Internação hospitalar” OR “Paciente no hospital” OR Pacientes OR “Paciente hospitalizado” OR “Relação profissional-paciente” OR “Relações Médico-Paciente” OR “Relações Hospital-Paciente”).

Os descritores utilizados para estratégia de busca em inglês foram: (Kinesics OR “Body Language” OR “Nonverbal communication” OR “body posture” OR “Cold reading” OR “Behavioral analysis” OR “Behavioral Research”) AND (“patient in bed” OR Hospitalization OR “hospital internment” OR “Physician-Patient Relations” OR “Hospital-Patient Relations” OR “Professional-Patient Relations”) AND (Health).

Os critérios de inclusão consistiram em documentos que tinham relação com a utilização da linguagem não verbal, ferramenta de facilitação da comunicação entre profissionais de saúde e seus pacientes; documentos que tinham foco direcionado à comprovação da universalidade das expressões faciais ou da linguagem corporal; documentos que apresentavam novas abordagens para a inclusão da linguagem não verbal no ambiente de saúde.

Os critérios de exclusão consistiram em documentos em duplicata; documentos que não possuíam relação com a linguagem não verbal; documentos cujo foco estava direcionado a uma população não relacionada ao ambiente de saúde; documentos que tratavam as posturas corporais com foco na estrutura anatômica funcional do corpo; documentos em que o estudo não possuía elementos que pudessem contribuir significativamente. Além de artigos com temas distantes como oftalmologia, odontologia, comportamento de animais, que versavam sobre os aspectos relacionados à tecnologia de computação, ergonomia e alguns que focavam na comunicação verbal sem abordar o tema na comunicação não verbal.

Para o tema de linguagem não verbal no ambiente de saúde, foi realizada uma pesquisa bibliográfica suplementar em separado (pelo próprio autor) sobre esse assunto específico, dos quais foram encontrados 22 artigos científicos; 8 foram selecionados em função da pertinência ao item investigado. O critério de exclusão ocorreu em função de documentos repetidos ou sem ligação direta com o tema abordado neste trabalho.

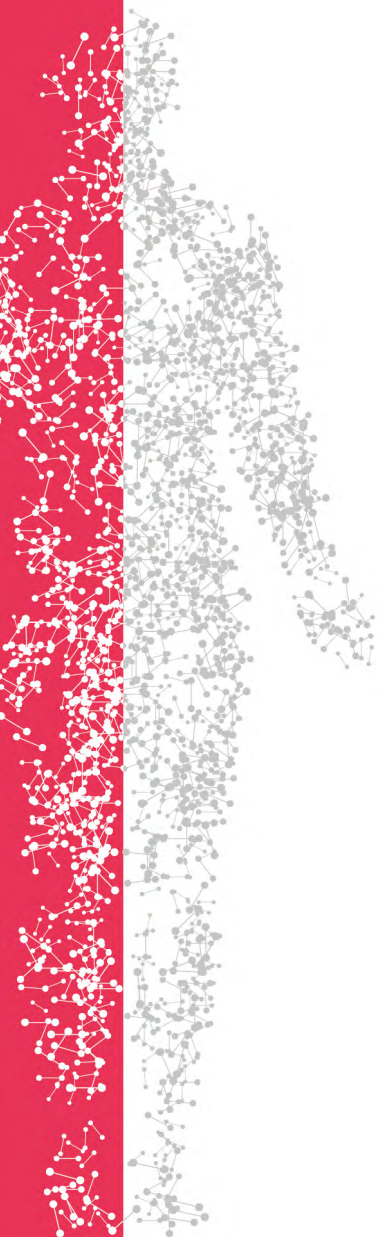
3.11 Instrumentos

Foi aplicado o questionário (APÊNDICE A) aos profissionais de saúde, dentro dos critérios de inclusão, com 21 perguntas que buscavam saber: a profissão exercida na unidade onde a pesquisa foi realizada; idade do profissional (foram disponibilizadas no formato de múltipla escolha cinco faixas de 14 anos – entre 21 e 35, 36 e 50, 51 e 65, 66 e 80 e 81 e 96 anos de vida); tempo de atuação em sua profissão atual (foram disponibilizadas no formato de múltipla escolha 6 faixas de 10 anos cada – entre 1 e 10, 11 e 20, 21 e 30, 31 e 40, 41 e 50 e mais de 51 anos); se o profissional já possui atenção especial para a linguagem corporal e expressões faciais de seus pacientes; se ele gostaria de conhecer mais a fundo Análise Comportamental para utilizar como ferramenta auxiliar na abordagem aos seus pacientes; se poderia identificar qual a emoção apresentada em desenhos – foram apresentadas as seis expressões básicas já validadas; se ele poderia opinar sobre o estado emocional de um paciente deitado em seu leito de acordo com as posturas apresentadas em fotos; se a análise comportamental é, para ele, uma abordagem válida como apoio ao atendimento de saúde; se ele, como profissional, consegue perceber o nível de dor ou sofrimento de um paciente pelas suas expressões faciais; se alguma vez tomou alguma decisão sobre algum paciente baseado na postura que ele apresentava no leito; se ele, a partir do momento em que respondeu ao questionário, acreditava que teria maior atenção as posturas e expressões faciais de seus pacientes.

Uma pergunta foi repetida no questionário para aferir o grau de coerência nas respostas. Não houve distorção entre as duas, o que apresenta uma ideia de sinceridade nas respostas dadas.

3.12 Coleta de dados

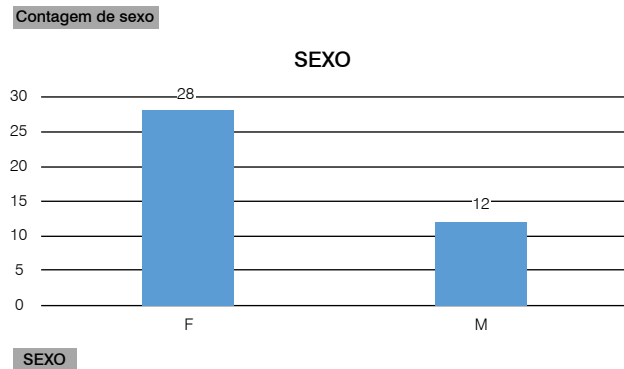
A coleta dos dados ocorreu entre 22 e 26 de agosto de 2015 nas unidades citadas, durante o expediente normal de trabalho nos momentos de menor atividade laboral dos profissionais.



4. RESULTADOS

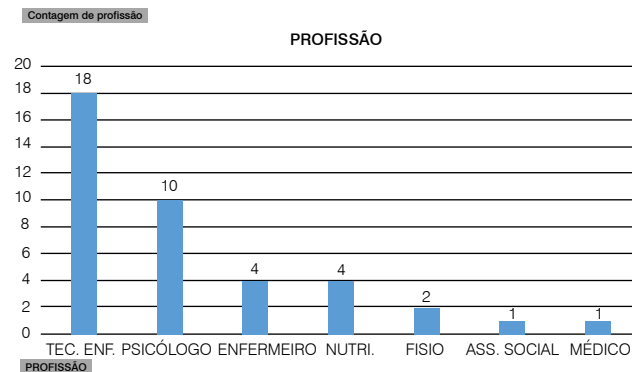
O questionário (APÊNDICE A) foi aplicado a 40 profissionais que atuam na Clínica Psiquiátrica Vila Verde. Desse total, 28 profissionais de saúde são do sexo feminino e 12, do sexo masculino.

Gráfico 1 – Sexo



O grupo que participou da pesquisa, respondendo ao questionário apresentado, é dividido, quanto ao perfil profissional, conforme resposta à primeira pergunta.

Gráfico 2 – Perfil profissional



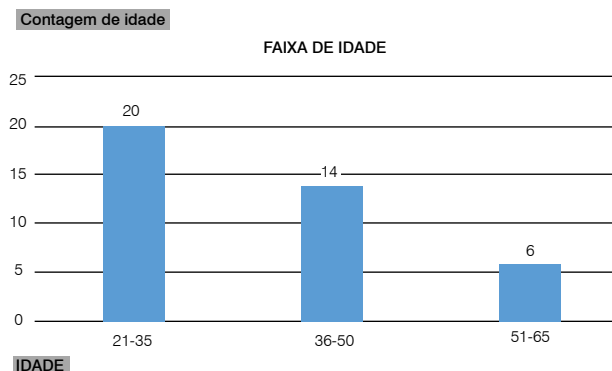
O corpo funcional entrevistado, pertencente às duas unidades da Clínica Vila Verde, compôs assim quanto ao perfil profissional: 18 técnicos de enfermagem; 10 psicólogos; 4 enfermeiros; 4 nutricionistas; 2 fisioterapeutas; 1 assistente social; 1 médico, perfazendo um total de 40 profissionais entrevistados.

Quase a metade dos profissionais constitui-se de técnicos de enfermagem, que passam todo o tempo de serviço em contato direto com os internos. Junto com os profissionais enfermeiros, eles são os que mais mantêm comunicação direta com os internos, com interação terapêutica prática com intervenções que vão desde as ações medicamentosas, atendendo às prescrições médicas, a higiene e movimentação dos internos pelas instalações da clínica.

O grupo profissional de psicólogos vem em segundo lugar com 10 elementos, atuando nas clínicas que participaram da pesquisa. Esses profissionais têm na linguagem verbal o seu elemento mais forte na interação terapêutica com os internos.

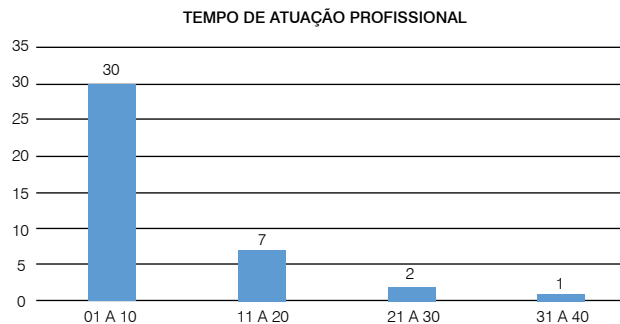
O Gráfico 3 apresenta o perfil de faixa etária desses profissionais. A maior parte dos funcionários entrevistados está na faixa de 21 a 35 anos: 20 profissionais, o que consiste na metade do número total de todos os elementos entrevistados. Na faixa dos 26 a 50 anos, responderam ao questionário 14 profissionais e, na faixa de 51 a 65 anos, 6 profissionais.

Gráfico 3 – Faixa de idade dos profissionais



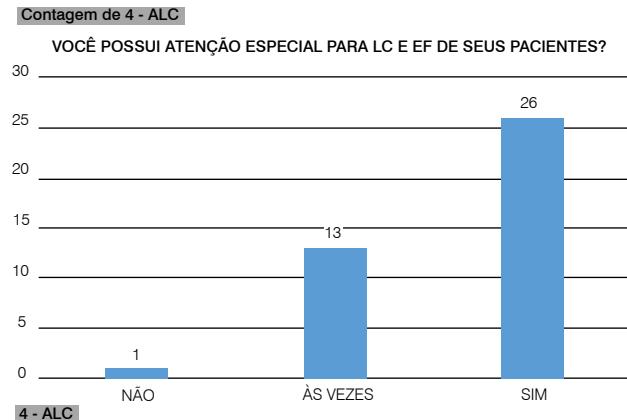
O Gráfico 4 apresenta o tempo de atuação de cada participante em sua profissão atual. Esse é um dos itens importantes a serem observados, pois um dos objetivos deste estudo é avaliar se o tempo de serviço ou faixa etária do profissional causa alteração significativa na percepção da linguagem não verbal. O grupo de 40 profissionais possui: 30 profissionais atuam de 1 a 10 anos; 7 profissionais atuam de 11 a 20 anos; 2 profissionais atuam de 21 a 30 anos; 1 profissional atua de 31 a 40 anos

Gráfico 4 – Tempo de atuação profissional



O Gráfico 5 apresenta a resposta de cada profissional quando perguntado se ele possui atenção especial para a linguagem corporal e expressões faciais de seus pacientes.

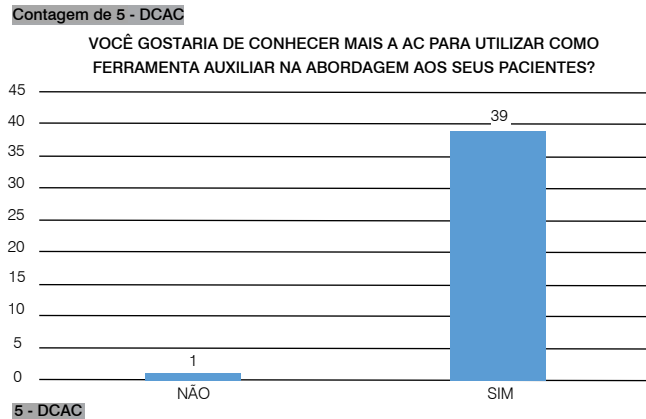
Gráfico 5 – Atenção especial a LC e EF dos pacientes



Com as respostas, verificou-se que 26 profissionais afirmaram que possuem uma atenção especial; 13 disseram que às vezes dão uma atenção especial e apenas 1 profissional relatou que não tem atenção especial à linguagem não verbal emitida pelos pacientes.

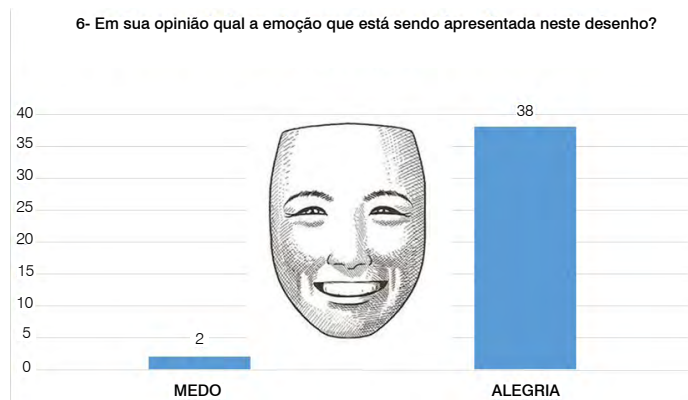
Dessa forma, percebe-se que 38 profissionais reconhecem a importância da linguagem não verbal no ambiente de cuidados de saúde. Quando foi perguntado no questionário se o profissional gostaria de conhecer mais a Análise Comportamental, para utilizar como ferramenta auxiliar na abordagem aos seus pacientes, obteve-se como resposta: apenas 1 dos 40 profissionais relatou não possuir interesse em conhecer mais a fundo a linguagem não verbal. Mais uma vez ficou claro que o conhecimento da análise comportamental tem espaço no ambiente de saúde com clara aceitação dos profissionais.

Gráfico 6 – Você gostaria de saber mais sobre Análise Comportamental?



Na sequência, foram apresentados desenhos com as expressões das emoções básicas já qualificadas por Ekman (2012) e outros pesquisadores em várias partes do mundo. Obteve-se como respostas às seis perguntas, um padrão de acerto que compactua com os resultados já obtidos anteriormente pelo pesquisador americano Paul Ekman (2012). O índice de acertos foi relevante em todos os questionamentos respondidos.

Gráfico 7 – Expressão facial da alegria



Com 95% de pontuação positiva, 38 profissionais assinaram corretamente. A alegria teve apenas 2 profissionais, que não foram capazes de identificá-la e relataram no questionário que tal expressão era de medo. Quando comparado com o tempo de atuação profissional no Gráfico 8, percebeu-se que os 2 profissionais que erraram na avaliação estão na faixa de 1 a 10 anos, a menor entre as faixas encontradas em tempo de serviço na profissão.

Gráfico 8 – Tempo de atuação profissional X Expressão da Alegria

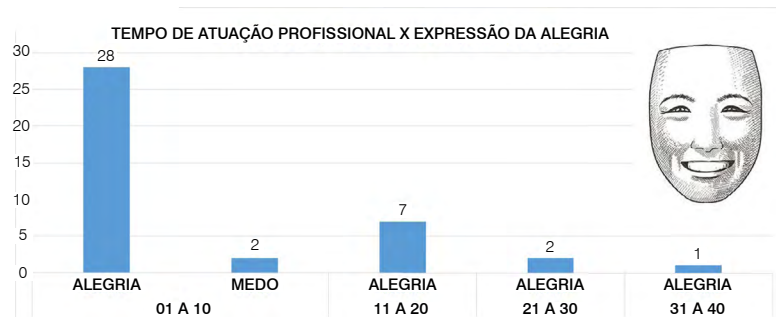
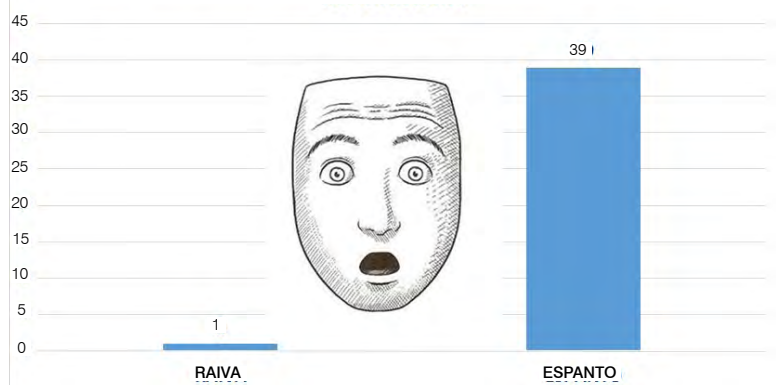


Gráfico 9 – Expressão facial do Espanto

7- Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



Na pergunta 7 do questionário, foi apresentada a expressão do espanto, também conhecida como surpresa. Apenas 1 profissional não foi capaz de identificar corretamente, afirmando que se tratava da expressão facial da raiva. Assim, espanto ou surpresa obteve 97,5% de acertos na pontuação. Quando comparado com o tempo de atuação dos profissionais, foi revelado que a resposta errada está localizada no grupo com menor tempo de atuação profissional.

Gráfico 10 – Tempo de atuação profissional X Expressão do Espanto

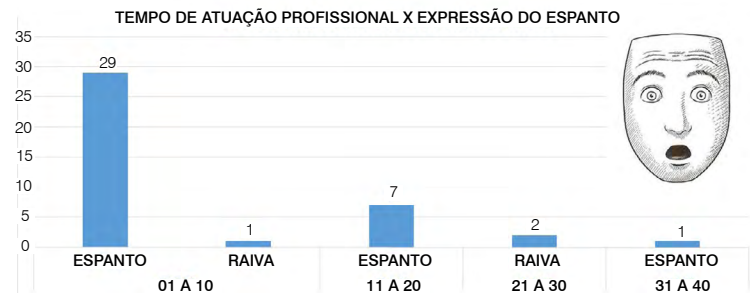
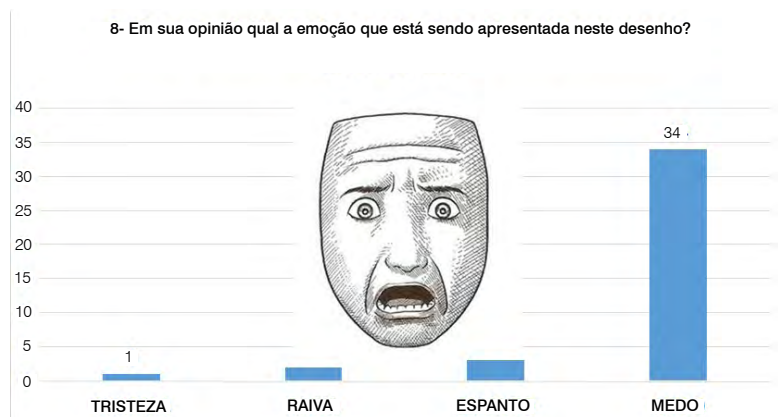


Gráfico 11 – Expressão facial do Medo



Na pergunta 8, foi apresentada a expressão emocional do medo. Para essa emoção, 34 profissionais foram capazes de identificar corretamente e 6 profissionais a perceberam como outras

expressões: 3 espanto; 2 raiva e 1 como tristeza. Assim, a expressão emocional do medo obteve 85% de acertos na pontuação.

A expressão do medo possui muita similaridade com a expressão do espanto (surpresa) e pode ser facilmente confundida. Quando comparados os resultados obtidos com o tempo de atuação profissional, pode ser percebido que os erros ocorreram nas faixas mais baixas: de 1 a 10 e de 11 a 20 anos de atuação.

Gráfico 12 – Tempo de atuação profissional X Expressão do Medo

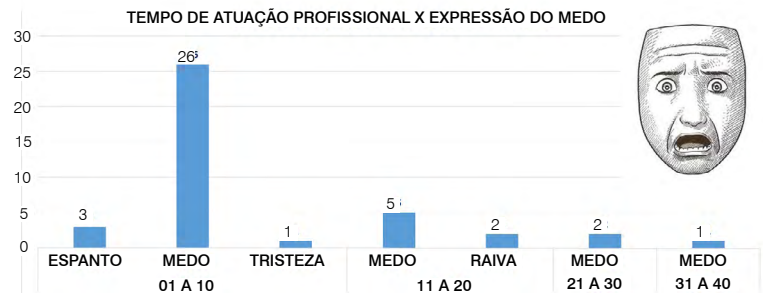


Gráfico 13 – Expressão facial do Nojo



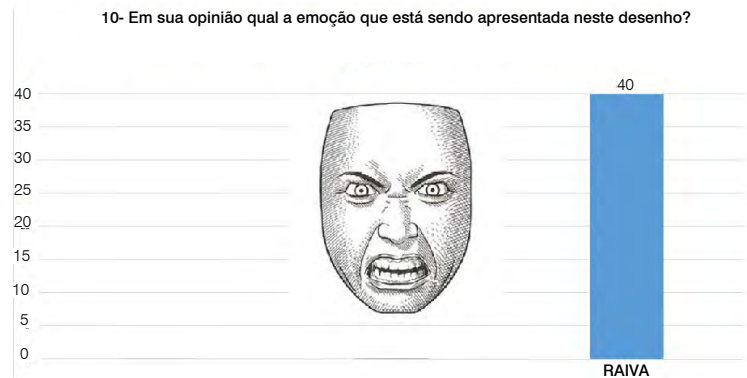
Na pergunta 9, a expressão do nojo foi apresentada aos participantes da pesquisa. Dos 40 entrevistados, 37 identificaram corretamente; 2 afirmaram que se tratava da expressão da tristeza; e 1

identificou erradamente, ao dizer que era a expressão emocional do medo. Assim, a expressão facial do nojo obteve 92,5% de acertos na pontuação. Quando comparado com o tempo de atividade profissional foi possível perceber que os profissionais que erraram são os que têm menor faixa de período de atuação.

Gráfico 14 – Tempo de atuação profissional X Expressão do Nojo



Gráfico 15 - Expressão facial da Raiva



Todos os 40 participantes foram capazes de identificar a expressão da raiva de forma correta na pergunta de número 10. Assim, a expressão fácil que representa a emoção da Raiva obteve 100% de acertos na pontuação e não houve diferenciação quando foi comparada com o tempo de atuação profissional.

Gráfico 16 – Tempo de atuação profissional X Expressão da Raiva

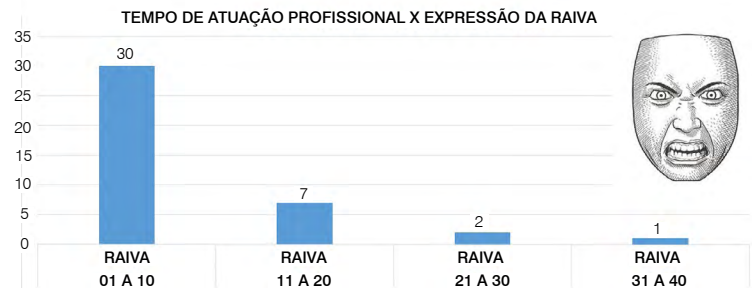
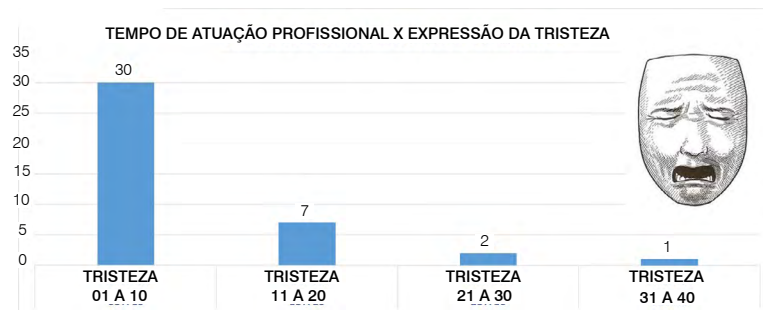


Gráfico 17 - Expressão facial da Tristeza



Todos os 40 participantes foram capazes de identificar corretamente a expressão emocional da tristeza na pergunta de número 11 do questionário. Dessa forma, a expressão facial que representa a emoção da tristeza obteve 100% de acertos na pontuação. Não houve nenhum erro na percepção dessa emoção por parte dos profissionais. Por isso, não há diferenciação quando comparado com o período de atividade profissionais dos participantes desta pesquisa.

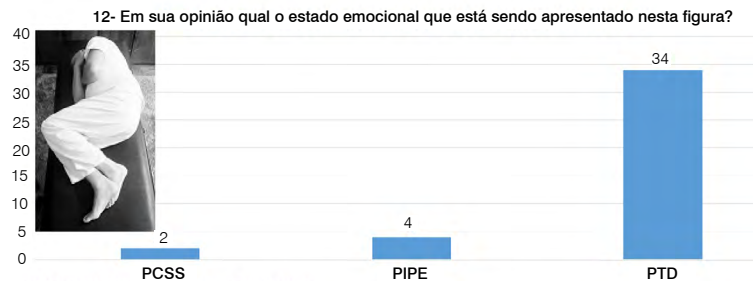
Gráfico 18 – Tempo de atuação profissional X Expressão da Tristeza



4.1 Resultados postura de paciente no leito

As perguntas compreendidas entre 12, 13, 14, 15 e 16 apresentaram fotos de pacientes acamados em posições distintas. A intenção desse grupo de perguntas foi conhecer a opinião dos pesquisados sobre os estados subjetivos que poderiam estar ocorrendo na manifestação de tal postura, de acordo com a experiência prática de cada um deles conquistada ao longo dos anos ao lidar com pacientes que permanecem por longos períodos acamados no hospital. Essas foram as respostas do grupo de 40 profissionais pesquisados.

Gráfico 19 – Paciente deitado no leito da pergunta 12



SIGLAS DOS ESTADOS EMOCIONAIS DO PACIENTE ACAMADO:
 PCSS - PACIENTE CONFORMADO COM SUA SITUAÇÃO
 PTD - PACIENTE COM TRISTEZA E DESAMPARO
 PIPE - PACIENTE IRRITADO COM SEU PRÓPRIO ESTADO

Para 34 dos 40 entrevistados (85%), essa posição sugere que o paciente está em Estado de Tristeza e Desamparo (PTD). Como mostra o Gráfico 19, 4 afirmaram que a posição sugere que o paciente está irritado com o seu próprio estado, e 2 dos participantes disseram que ele está conformado com sua própria situação.

Quando se comparou esse resultado com o tempo de atuação profissional dos participantes da pesquisa, percebeu-se que a tendência apontada pela maioria não foi seguida pelos integrantes da equipe com menor tempo de atuação profissional.

Dessa forma, o Gráfico 20 apresenta que 15% dos profissionais que apontaram outra estrutura emocional diferente de PTD pertencem às faixas de 1 a 10; e 11 a 20 anos de atuação profissional.

Gráfico 20 – Tempo de atuação profissional X Posição no leito da pergunta 12

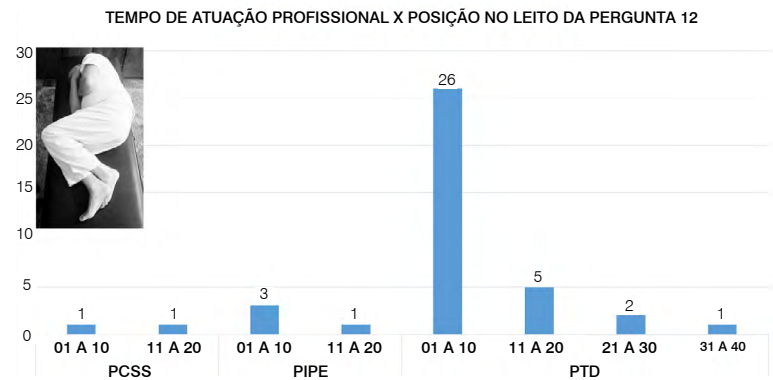
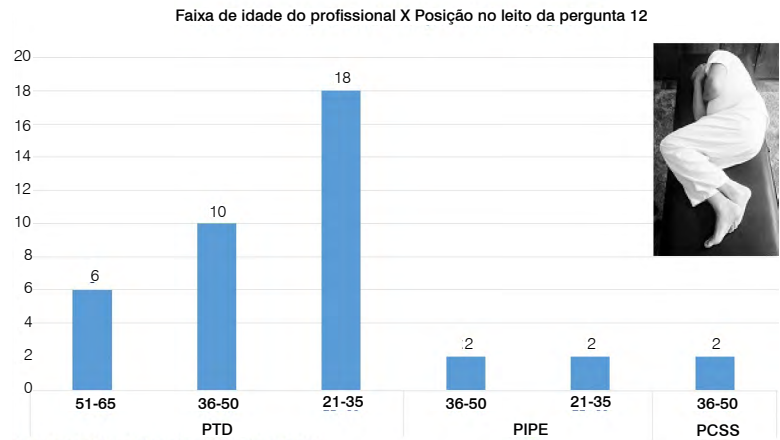


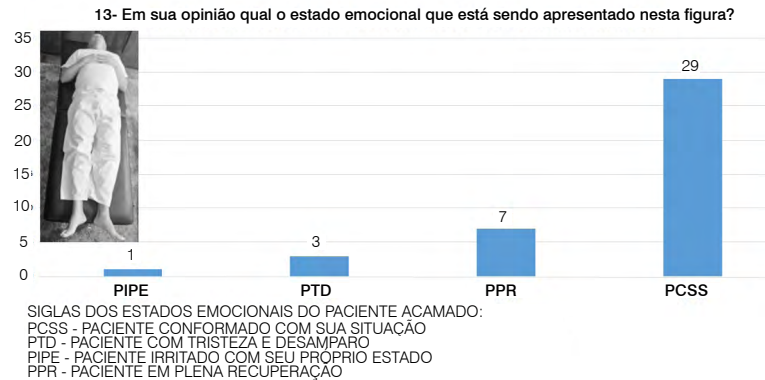
Gráfico 21 – Faixa de idade X Posição no leito da pergunta 12



SIGLAS DOS ESTADOS EMOCIONAIS DO PACIENTE ACAMADO:
 PCSS - PACIENTE CONFORMADO COM SUA SITUAÇÃO
 PEA - PACIENTE EM ESTADO DE ALERTA
 PTD - PACIENTE COM TRISTEZA E DESAMPARO
 PIPE - PACIENTE IRRITADO COM SEU PRÓPRIO ESTADO
 PPR - PACIENTE EM PLENA RECUPERAÇÃO

O Gráfico 21 demonstra que o perfil emocional apontado por 85% dos entrevistados foi PTD (Estado de Tristeza e Desamparo), o escolhido por todos profissionais com maior faixa etária (51-65); por 10 indivíduos (71,4%) dos pertencentes à faixa dos 36 aos 50 anos; e por 18 elementos da faixa etária mais baixa (90%). Dessa forma, a tendência à interpretação da postura PTD foi, de forma natural, a escolhida pelos integrantes da equipe com maior tempo de serviço e igualmente mais faixa etária.

Gráfico 22 – Paciente deitado no leito da pergunta 13



Para 29 dos entrevistados (Gráfico 22), essa postura no leito, apresentada na pergunta de número 13, indica que o paciente está demonstrando um estado emocional PCSS (Paciente Conformado com Sua Situação), o que resulta em uma pontuação de tendência de 72,5% no universo pesquisado. De forma diferente, 7 apontaram que o paciente se apresenta em plena recuperação; 3 que o paciente se encontra em estado de tristeza e desamparo e, 1 que o paciente está irritado com o próprio estado.

Na comparação com o tempo de atuação profissional, como apresenta o Gráfico 23, os profissionais que não seguiram a tendência são os que possuem menor faixa de tempo de atuação profissional. A estrutura emocional PCSS não foi seguida por 27,5% dos entrevistados, e todos pertencem às faixas de 1 a 10; e 11 a 20 anos de atuação profissional.

Gráfico 23 – Tempo de atuação profissional X Posição no leito da pergunta 13

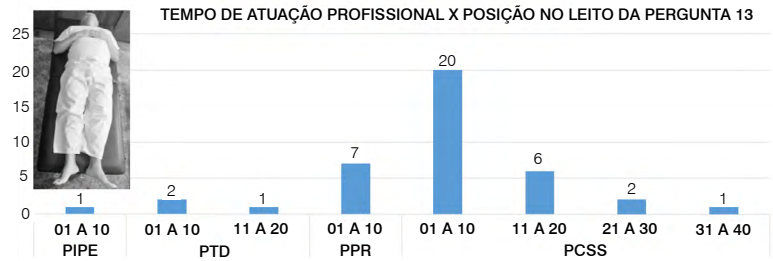
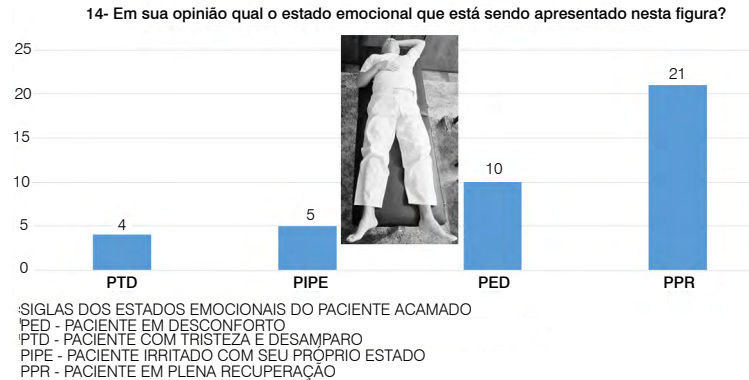


Gráfico 24 – Faixa de idade X Posição no leito da pergunta 13



O Gráfico 24 mostra que a tendência de 72,5% dos entrevistados em escolher o estado emocional PCSS como a interpretação mais provável para a postura indicada pela foto foi seguida pela maioria dos profissionais com maior faixa etária de 51 a 65 anos de vida, o que corresponde a 83,3% dos indivíduos pertencentes a essa faixa. Com uma margem menor (57,1%), a faixa de idade de 36 a 50 anos também teve a maioria de seus indivíduos optando pelo estado PCSS. Foram 8 profissionais, em um universo de 14, que escolheram esse estado de representação emocional seguindo a tendência apontada pela maioria dos participantes.

Gráfico 25 – Paciente deitado no leito da pergunta 14



Quando foi apresentada a questão 14 (Gráfico 25) do questionário e exibida essa foto, 21 dos profissionais (52,5%) alegaram que se trata de um paciente demonstrando estado PPR (Paciente em Plena Recuperação). Dos que tiveram outras opiniões, 10 deles (25%) afirmaram que o paciente está apresentando o quadro PED (Paciente Em Desconforto); 5 (12,5%) apontaram que ele se encontra apresentando a estrutura emocional PIPE (Paciente Irritado com o Próprio Estado). Outros 4 (10%) dos entrevistados disseram que o paciente está em estado PTD (Paciente com Tristeza e Desamparo).

O Gráfico 26 apresenta em sua estrutura de respostas que todos os profissionais que optaram por um estado emocional diferente de PPR, tendência da maioria, pertencem às faixas com menor período de tempo de atuação profissional, chegando no máximo à segunda faixa, que vai de 11 a 20 anos.

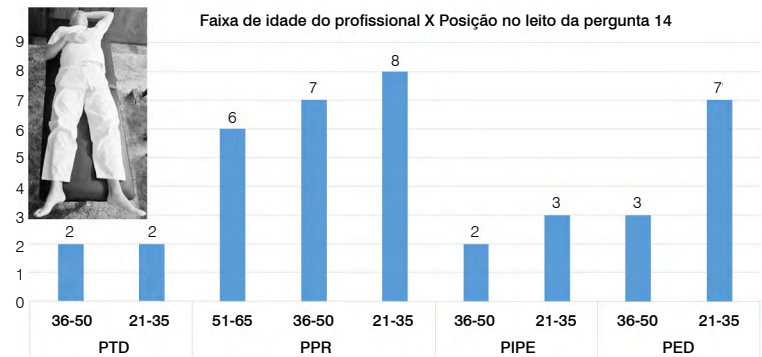
Esse posicionamento sugere que existe uma percepção mais apurada entre as pessoas que possuem maior período de relacionamento com os internos em sua profissão. Pode ser que a vivência no dia a dia com encontros e desencontros tenha possibilitado o desenvolvimento de uma capacidade mais refinada de

entendimento dos sinais não linguísticos exibidos pelas posturas no leito mesmo que sejam poucos indivíduos no universo pesquisado.

Gráfico 26 – Tempo de atuação profissional X Posição no leito da pergunta 14



Gráfico 27 – Faixa de idade X Posição no leito da pergunta 14

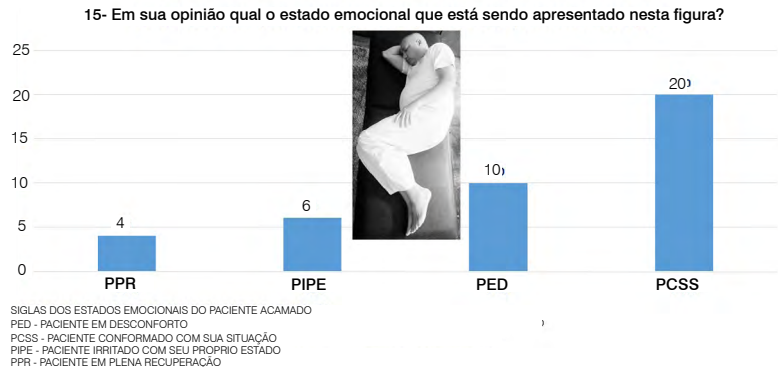


SIGLAS DOS ESTADOS EMOCIONAIS DO PACIENTE ACAMADO:
 PED - PACIENTE EM DESCONFORTO
 PPR - PACIENTE EM PLENA RECUPERAÇÃO
 PIPE - PACIENTE IRRITADO COM SEU PRÓPRIO ESTADO
 PTD - PACIENTE COM TRISTEZA E DESAMPARO

O Gráfico 27 mostra o perfil emocional escolhido em comparação com a faixa de idade dos profissionais que participaram da pesquisa. O perfil PPR (Paciente em Plena Recuperação) foi o escolhido por 100%, 6 indivíduos, pertencentes à mais alta faixa de idade, compreendida de 51 a 65 anos de vida e metade dos profissionais pertencentes à faixa de 36 a 50 anos de vida.

A postura PPR não obteve um alto percentual de pontuação no universo pesquisado (52,5%). No entanto, as demais respostas ficaram pulverizadas, o que pode indicar mais de uma interpretação possível para mesma expressão corporal exibida pelo interno quando deitado no leito do hospital.

Gráfico 28 – Paciente deitado no leito da pergunta 15



Na apresentação da pergunta 15, 20 profissionais (50%) afirmaram que o interno representado na foto estava apresentando o estado emocional PCSS (Paciente Conformado com Sua Situação). Como mostra o Gráfico 28, dos que tiveram outras opiniões sobre o que representava essa postura, 10 profissionais (25%) disseram que o paciente estava em PED (Paciente em Desconforto); 6 profissionais (15%) apontaram que o interno da foto estava em estado PIPE (Paciente Irritado com o Próprio Estado); e 4 profissionais disseram que, pela sua experiência no trato direto com os internos, que esse paciente se encontrava em PPR (Paciente em Plena Recuperação).

Essa postura apresentou uma tendência que pode ser questionada, pois, embora 50% apontassem para um estado PCSS, não houve concentração de desvio como apresentado nos gráficos anteriores, somente na faixa de menor tempo de atuação.

Profissionais pertencentes às faixas de 21 a 30 e de 31 a 40 anos de atuação profissional assinalaram o estado PIPE junto com profissionais da faixa de 1 a 10 anos. Os outros estados emocionais possíveis foram apontados por participantes dessa pesquisa de até 20 anos de atuação profissional como demonstra o Gráfico 29. Dessa forma, é possível afirmar que essa postura necessita de um questionamento mais amplo no meio de profissionais, com mais tempo de experiência no convívio com internos que permaneçam por muitas horas deitados, para ser possível uma clara evidência do estado emocional reinante.

Gráfico 29 – Tempo de atuação profissional X Posição no leito da pergunta 15

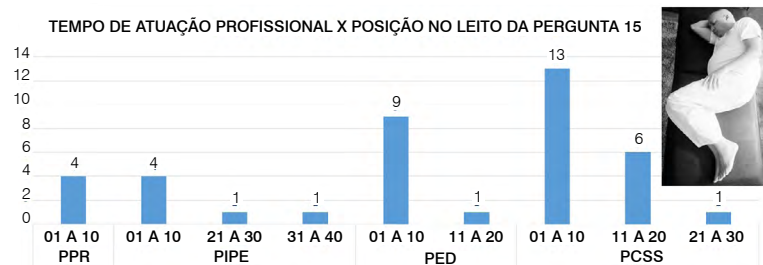
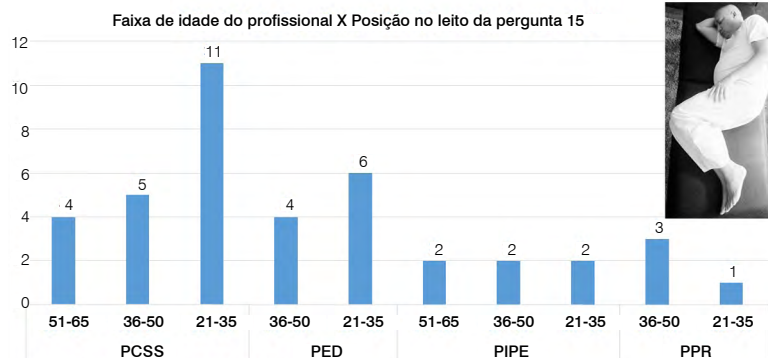


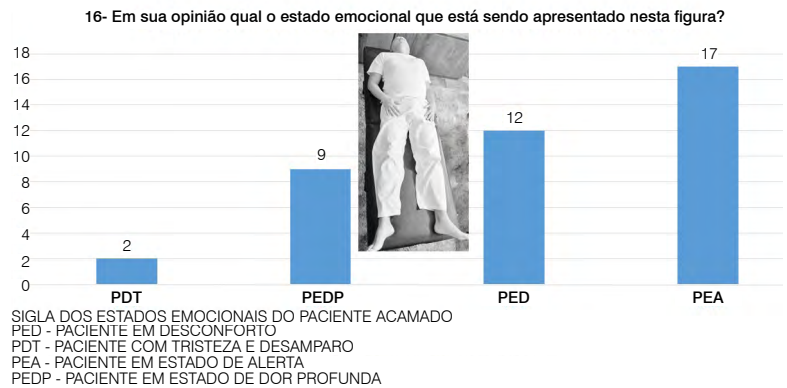
Gráfico 30 – Faixa de idade X Posição no leito da pergunta 15



SIGLAS DOS ESTADOS EMOCIONAIS DO PACIENTE ACAMADO
 PED - PACIENTE EM DESCONFORTO
 PCSS - PACIENTE CONFORMADO COM SUA SITUAÇÃO
 PIPE - PACIENTE IRRITADO COM SEU PRÓPRIO ESTADO
 PPR - PACIENTE EM PLENA RECUPERAÇÃO

O Gráfico 30 compara as escolhas de posturas com a faixa de idade dos profissionais. A maior concentração de escolhas foi a da expressão emocional PCSS e, mais uma vez, houve uma maior indicação pelas faixas mais altas de idade, sendo que as outras opções também obtiveram indicações dessas faixas, porém, em menor número.

Gráfico 31 – Paciente deitado no leito da pergunta 16



O Gráfico 31 apresenta o resultado encontrado para a posição apresentada na pergunta 16 do questionário. Dos 40 profissionais que participaram da pesquisa, 17 alegaram que esta é uma postura PEA (Paciente em Estado de Alerta), o que representa 42,5%; 12 participantes afirmaram que ele está demonstrando uma postura PED (Paciente em Estado de Desconforto), o que representa 30% do total; 9 profissionais, 22,5%, disseram que o paciente se encontra em PEDP (Paciente em Estado de Dor Profunda) e apenas 2,5% disseram que o paciente se encontra na PED.

Não ocorreu forte tendência relacionada ao tempo de atuação profissional (Gráfico 32), tal qual a postura apresentada anteriormente, o que sugere que mais pesquisas devem ser feitas nesse campo para ser possível desenhar um protocolo adequado.

Gráfico 32 – Tempo de atuação profissional X Posição no leito da pergunta 16

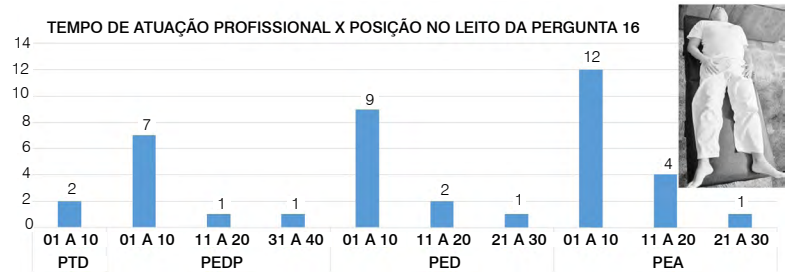
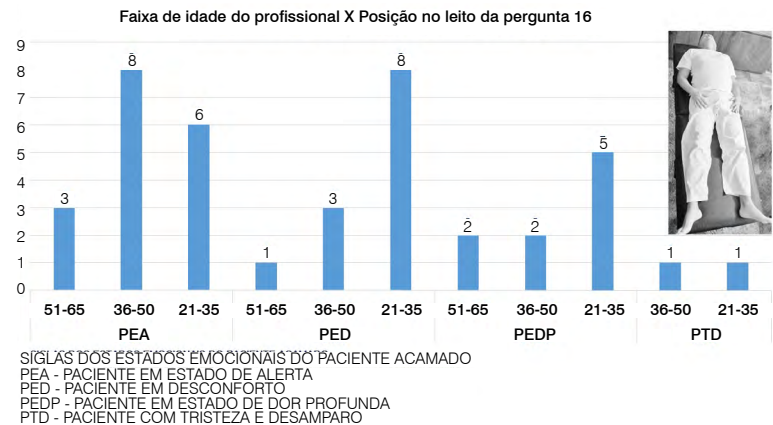


Gráfico 33 – Faixa de idade X Posição no leito da pergunta 16



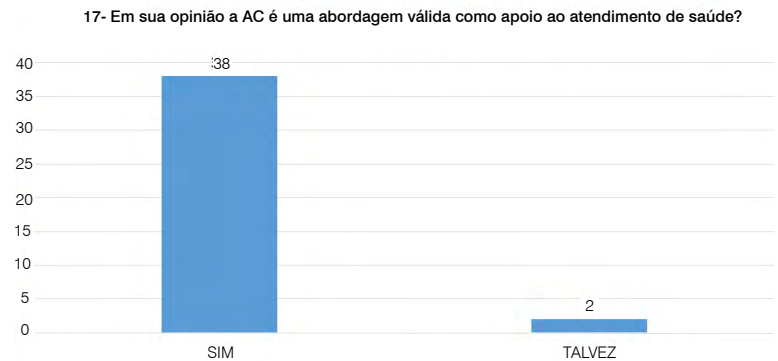
A maior concentração de respostas foi para o estado emocional PEA (Paciente em Estado de Alerta), com 42,5% das respostas indicando essa possibilidade. O Gráfico 33 faz o cruzamento das faixas etárias com as respostas dadas. Pode-se perceber, mais uma vez, uma concentração maior dos indivíduos com maior faixa etária optando pela tendência majoritária.

O questionamento pode ser levantado sobre a grande probabilidade de a postura exibida possuir mais de um significado dentro dos signos não verbais que podem ser exibidos por um ser humano acamado.

4.2 Resultados perguntas de sondagem de interesse no tema linguagem não verbal

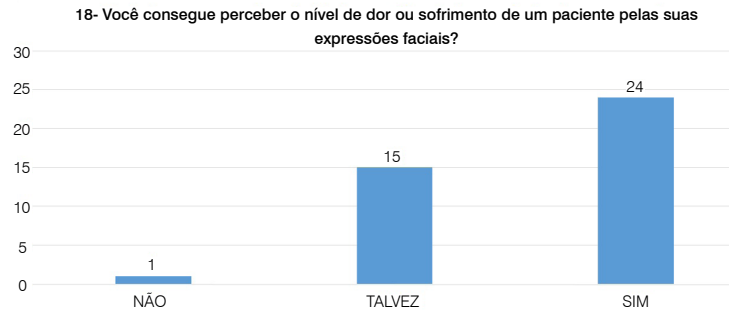
As perguntas de número 17 a 21 foram elaboradas de forma que esse estudo pudesse levantar a existência da utilização dos recursos da linguagem não verbal e de um interesse já latente para aceitação da inclusão dessa ferramenta no dia a dia desses profissionais. As perguntas de número 18 e 20 foram repetidas para análise de uma possível distorção na coerência das repostas. O que não ocorreu.

Gráfico 34 – A análise comportamental é uma abordagem válida na saúde?



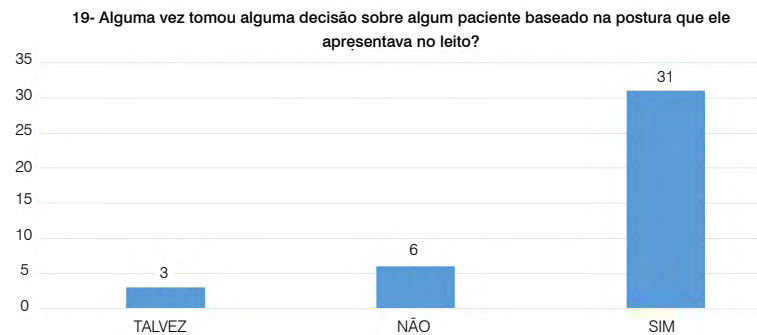
A pergunta de número 17, apresentada no Gráfico 34, questiona ao entrevistado se a Análise Comportamental é uma abordagem válida como apoio ao atendimento de saúde. Como mostra o gráfico, dos 40 participantes da pesquisa, 38 afirmaram “Sim” (95%); e apenas 2 participantes (5%) disseram “Talvez”, para a Análise Comportamental como instrumento de apoio. Assim, pelo menos para esse grupo entrevistado, a Análise Comportamental é considerada uma ferramenta válida como instrumento de apoio no atendimento de saúde. Nenhum dos entrevistados negou essa possibilidade.

Gráfico 35 – Percepção de dor e sofrimento pelas expressões faciais



O Gráfico 35 apresenta a questão de número 18 na qual foi perguntado se o profissional é capaz de perceber o nível de dor ou sofrimento de um paciente pelas suas expressões faciais. Dos 40 participantes dessa pesquisa, 24 (60%) disseram que sim, que são capazes de ver o nível de dor ou sofrimento pelas expressões faciais. Um grupo de 15 profissionais (37,5%) disse que talvez isso fosse possível para eles e, apenas 1 profissional participante revelou que não é capaz de perceber o nível de dor ou sofrimento nas pessoas apenas observando suas expressões faciais.

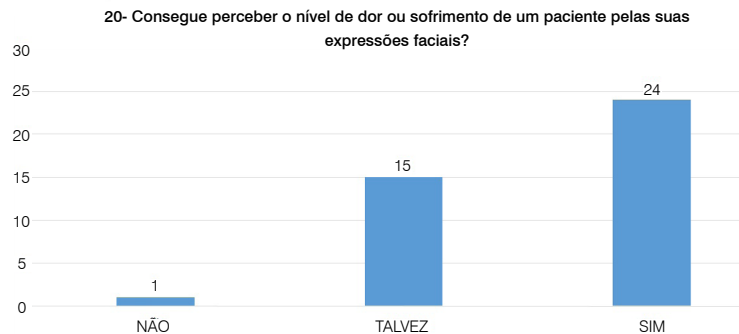
Gráfico 36 – Decisão baseada na postura do paciente no leito.



O Gráfico 36 revela o questionamento de número 19 do questionário apresentado a 40 profissionais de saúde da Clínica Vila Verde em Juiz de Fora – MG. A esses profissionais de saúde foi perguntado se alguma vez tomou decisão sobre algum paciente baseado na postura apresentada no leito. Dos 40 participantes, 31 (77,5%) disseram que sim, que já haviam tomado decisões com base nas posturas apresentadas pelos pacientes no leito; 6 (15%) disseram que não; e apenas 3 (7,5%) afirmaram que talvez tivessem tomado alguma decisão com base na linguagem não verbal do paciente.

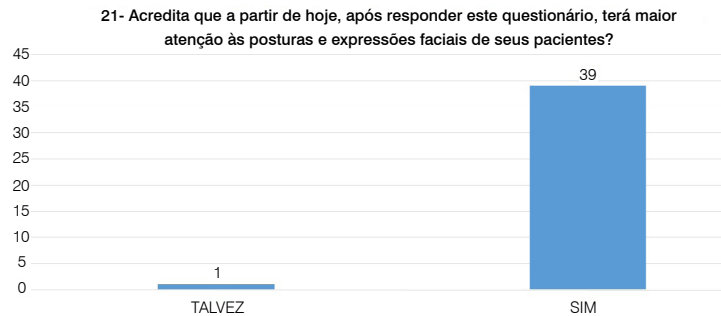
Podemos perceber que a grande maioria dos profissionais utilizou os recursos da percepção de linguagem não verbal em benefício terapêutico dos internos sob seus cuidados. Isso revela uma natural tendência à utilização dessa ferramenta no ambiente hospitalar.

Gráfico 37 – Percepção de dor e sofrimento pelas expressões faciais



O Gráfico 37 apresenta a pergunta de número 20 do questionário que tem apenas a função de verificar a coerência das respostas, pois ela repete o que foi questionado na pergunta de número 18. Essa duplicação no questionário tem a função de testar a veracidade das informações coletadas. O resultado foi igual ao coletado anteriormente, o que exibe um alto grau de coerência entre os participantes desse estudo.

Gráfico 38 – Terá maior atenção às posturas e expressões faciais?



O Gráfico 38 mostra os resultados obtidos em relação à pergunta de número 21 do questionário aplicado aos participantes deste estudo. Ela questiona se o profissional acredita que a partir de hoje (do momento em que o questionário foi aplicado) ele terá mais atenção às posturas e expressões faciais de seus pacientes. Dos 40 entrevistados, apenas uma respondeu que talvez isso fosse possível; e 39 (97,5%) disseram que sim, que a partir de agora dariam mais atenção à linguagem não verbal.

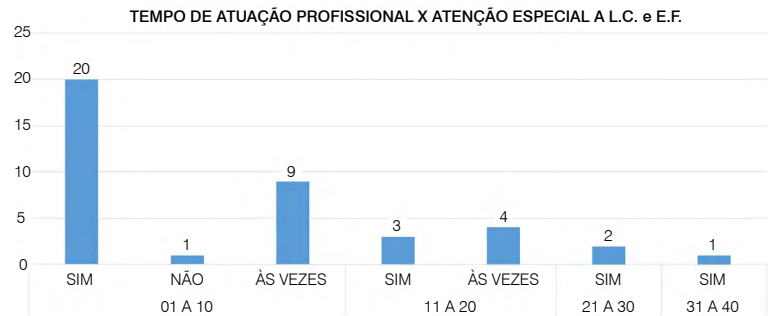
Dessa forma, o estudo apresenta que um real interesse pode ter sido despertado nesse universo de profissionais de saúde e que, após o contato com a pesquisa, é possível que ocorra uma busca por mais conhecimento na área da comunicação não verbal.

O conhecimento natural, adquirido no lidar com os internos, se for somado aos já conquistados por estudos realizados, deve trazer uma relação comunicacional mais rica, com grandes possibilidades de trazer bem-estar terapêutico aos indivíduos que hoje desfrutam desse convívio.

O Gráfico 39 mostra uma comparação entre o tempo de atuação profissional e verifica se o profissional tem atenção especial na linguagem não verbal no seu dia a dia. Ele revela que os profissionais das faixas de maior tempo responderam que possuem essa

visão especial à comunicação não verbal; e que a concentração que respondeu Talvez e Não está nas faixas com menor tempo de atuação profissional.

Gráfico 39 – Tempo de atuação X Atenção especial a LC e EF



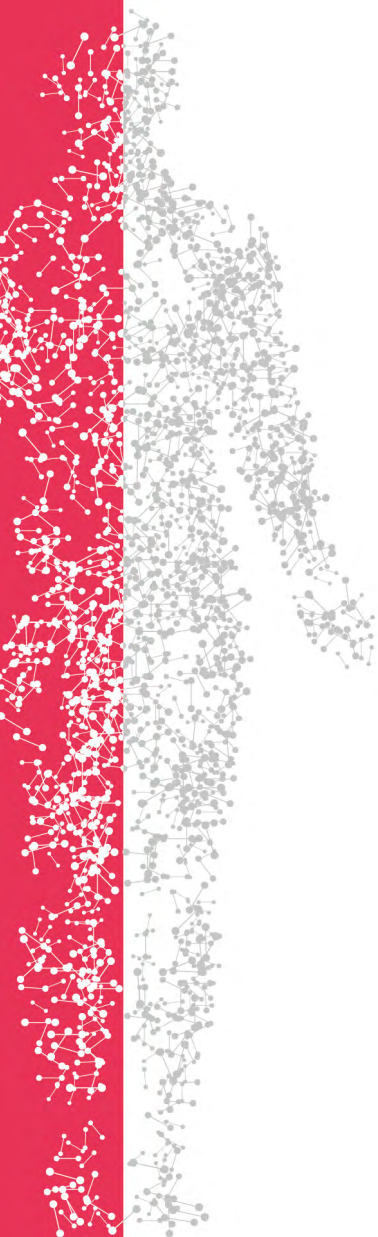
De forma geral, todos, com exceção de um único profissional, revelaram ter atenção especial à linguagem não verbal.

A partir dos resultados encontrados elaboramos um protocolo que pode ser útil no dia a dia das instituições de saúde (ANEXO C). Feito de forma simples e com desenhos elaborados exclusivamente para este trabalho, esse protocolo pode ser impresso e afixado em locais de fácil visualização dos profissionais de saúde nos ambientes onde atuam.

Tal protocolo pretende dar início a um pensamento maior de se criar toda uma sinalização que possa orientar os profissionais no seu modo de agir diante das posturas já verificadas. Para isso indicamos que seja impresso o ANEXO C com os resultados mais significativos deste estudo e que ele seja posicionado em um local visível para os profissionais de saúde em instituições que tenham pacientes no leito por longos períodos.

Não se trata de um documento finalista, mas de uma proposta de pensamento voltado para essa possibilidade de coleta de

informações através da linguagem não verbal. A posição do paciente deitado no leito do hospital, conforme resultado deste estudo, pode conter uma mensagem silenciosa exibida pela linguagem corporal.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As questões de número 6 a 11 apresentaram as expressões emocionais básicas: raiva, alegria, nojo, medo, espanto (surpresa) e tristeza. O índice de acerto alcançado demonstra claramente que os profissionais que participaram da pesquisa possuem boa percepção das principais expressões emocionais, principalmente os que têm mais tempo de vivência funcional, pois foram os que cometeram menos erros na avaliação das expressões apresentadas.

O psicólogo norte americano Paul Ekman (2011), em seu trabalho de pesquisa nos anos 60 nas ilhas do Pacífico Sul, em Papua – Nova Guiné, junto com o povo conhecido como Fore, descobriu que essas seis emoções, quando apresentadas, possuíam uma carga representativa emocional bem similar às que são encontradas em grandes centros urbanos. Assim, essas seis emoções são reconhecidas como universais, tendo as expressões faciais apresentadas pela movimentação muscular, motivações bem similares para todos os povos do planeta.

Nessa pesquisa, uma única emoção apresentou maior variação em relação às outras que sempre ficaram acima de 90% de índice de acerto: o medo, que obteve 85% de pontuação positiva. Já a expressão emocional da tristeza e da raiva obtiveram 100% de acerto. De forma positiva, todas as emoções obtiveram um alto grau em percentual de acerto pelos profissionais que fizeram parte deste estudo: alegria: 95%; espanto (surpresa): 97,5%; medo: 85%; nojo: 92,5%; raiva: 100%; e tristeza: 100%.

No entanto, não foi encontrada uma relação entre tempo de atuação profissional e alteração no padrão de percepção da linguagem não verbal neste estudo. Mais da metade do universo pesquisado, 23 profissionais, disseram possuir atenção especial à

linguagem não verbal e 13 disseram que, às vezes, têm atenção às expressões e posturas corporais.

Assim, apenas um profissional entre os 40 participantes da pesquisa, pertencente à faixa de 1 a 10 anos de atuação profissional, revelou não ter nenhuma atenção às expressões faciais e posturas corporais. Devido ao grande número de participantes na faixa etária de 1 a 10 anos de atuação profissional (30 participantes), pode existir um entendimento equivocado se for atribuído às outras faixas de tempo de atuação pouca atenção especial à linguagem não verbal. As faixas de 11 a 20; 21 a 30; e 31 a 40, que perfazem 10 profissionais, disseram que possuem atenção plena (6 participantes); 4 profissionais disseram que às vezes têm atenção à linguagem não verbal. Dessa forma, praticamente todo o universo pesquisado tem total ou parcial atenção à linguagem não verbal.

O fato de a grande maioria dos profissionais conseguir perceber o nível de dor nos pacientes pela linguagem não verbal, mesmo sem o conhecimento adequado demonstrar que já existe um repertório expressivo de expressões e posturas sendo entendido pelo corpo laboral das instituições. Assim, a tendência à absorção de novos conhecimentos sobre a aplicabilidade deles no dia a dia será eficaz caso cursos e treinamentos sejam disponibilizados para os profissionais de saúde.

Essa capacidade de percepção da dor nos pacientes foi foco do trabalho feito pelas pesquisadoras Machado e Brêtas (2006), intitulado *Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor*, que teve como população pesquisada justamente profissionais enfermeiros. A pesquisa, publicada pela Revista Brasileira de Enfermagem, teve como objetivo identificar os mecanismos utilizados pelos pacientes para expressar a dor quando estes não são capazes de utilizar a comunicação verbal.

Os profissionais entrevistados pelas pesquisadoras descreveram esses sinais como indicadores capazes de informar que o paciente estava sentindo dores: expressões faciais, gestos, gemidos, além de alterações do comportamento do tipo hiperatividade, inquietude ou hipoatividade, agressividade e alterações de humor. Mesmo sendo possível essa percepção, a pesquisa também revelou que nenhuma intervenção foi efetivada por esses profissionais, para amenizar o estado de sofrimento, por não terem uma orientação protocolar para isso.

O Gráfico 38, em resposta ao questionamento: “Terá maior atenção às posturas e expressões faciais?”, apresenta a facilidade com que pode ser provocada a atenção do profissional em relação à linguagem não verbal de seus pacientes. Sem muito esforço, apenas com um pequeno questionamento sobre ser possível direcionar a percepção do profissional de saúde para os detalhes informacionais que a postura corporal e expressões faciais podem prover.

Situações complexas como a apresentada pelas pesquisadoras Souza e Arcuri (2014) no artigo *Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico* revelam como recursos simples da comunicação não verbal podem ser úteis para manter uma comunicação entre os profissionais de saúde com esses pacientes. O fato marcante foi a mesma pesquisa revelar que os profissionais não possuem conhecimento da comunicação não verbal.

Esses dados revelam que as possibilidades de utilizar esses recursos são vastas, porém, praticamente sua utilidade é ignorada pela maioria dos profissionais de saúde, mesmo quando eles percebem o estado de sofrimento do paciente. Os dados coletados na Clínica Vila Verde apresentam a existência de um processo comunicacional em curso, porém, não totalmente consciente e sem um protocolo de ação estabelecido para solucionar situações em

que o paciente necessitaria de auxílio para sair de um estado de incômodo, sofrimento ou dor.

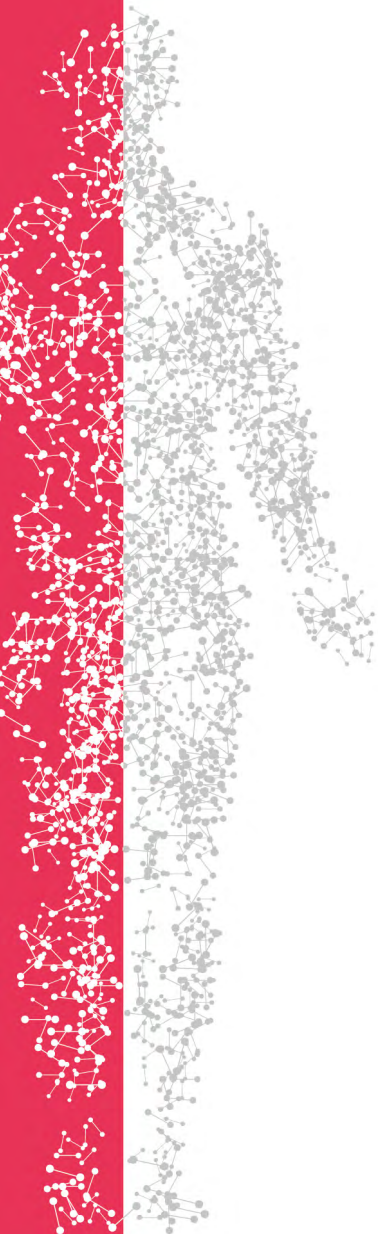
O Gráfico 37, que tem como questionamento a percepção de dor e sofrimento pelas expressões faciais, revelou que, em toda a população pesquisada, apenas um profissional afirmou não ser capaz de reconhecer quando o paciente sente dor pela linguagem não verbal. O universo pesquisado é praticamente unânime em assentir a existência da informação no ambiente embora isso não seja elemento motivador de uma ação real.

O trabalho expressa possível realidade presente em todos os ambientes onde possa existir uma relação entre profissionais de saúde e usuários do sistema público ou privado. A saúde pública, onde ocorra, pode ter um espectro similar ao encontrado nos resultados apresentados aqui e, como vimos anteriormente no capítulo Revisão de Literatura, o pesquisador americano Beall (2009 apud HILLS, 2011) destaca que os corpos, mais do que simplesmente as expressões faciais ou mesmo a linguagem verbal, são capazes de relevar, de forma fácil, as reais intenções de uma pessoa quando está expressando uma mentira. Assim, se o conhecimento dessa linguagem estivesse pleno entre os profissionais ouvidos pela pesquisa, os resultados na produtividade da clínica, de prover bem-estar aos seus internos, poderiam estar em um nível bem mais elevado, visto que quase todos têm boa percepção da comunicação não verbal e possuem interesse pelo tema.

Não se pode questionar o conhecimento natural sobre o tema entre todos os seres humanos sejam eles atuantes ou não no universo da saúde. No livro *Comunicação não-verbal na interação humana*, Knapp e Hall (1999) colocam que a maioria das pessoas entende a comunicação não verbal como a que é feita por meios diferentes das palavras. Isso não corresponde inteiramente à verdade, pois à medida que se aprofunda no estudo, é possível perceber

outros elementos que dão forma à complexidade da comunicação como comportamento humano, como se constata nesta pesquisa.

Embora muitas pessoas, em foco os profissionais de saúde pesquisados, tenham a capacidade de identificar de forma natural, sem conhecimento técnico específico – a manifestação da comunicação não verbal –, muitos ainda não conseguem, de forma a ser possível, transformar essa comunicação em informações que motivem ações terapêuticas quando necessárias.



6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

6.1 Conclusão

O objetivo geral deste estudo foi alcançado, uma vez que fora possível verificar não só a existência de um bom nível de conhecimento natural entre os profissionais cuja capacidade de reconhecimento de expressões faciais básicas pôde ser avaliada, como também o interesse pelo tema. Muitos profissionais já utilizam, de forma espontânea, suas percepções da linguagem não verbal para tomar algumas decisões nas ações terapêuticas no processo cotidiano. Já existem conhecimentos em prática nas unidades pesquisadas, tornando-se desnecessários grandes esforços em treinamentos para a utilização da linguagem não verbal de forma cotidiana como ferramenta no instrumental terapêutico.

O objetivo específico de identificar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal do paciente acamado e expressão das emoções pela face foi alcançado uma vez que a grande maioria conseguiu relatar a existência de uma observação desses sinais e ações terapêuticas efetivadas muitas vezes com base nesses sinais.

Assim, também se comprovou o objetivo específico que consistia em analisar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face e também a influência desse procedimento no cotidiano, já que, como citado, ações foram feitas com base no entendimento da linguagem não verbal mesmo que ainda não exista um protocolo oficial da instituição para esse perfil de atuação.

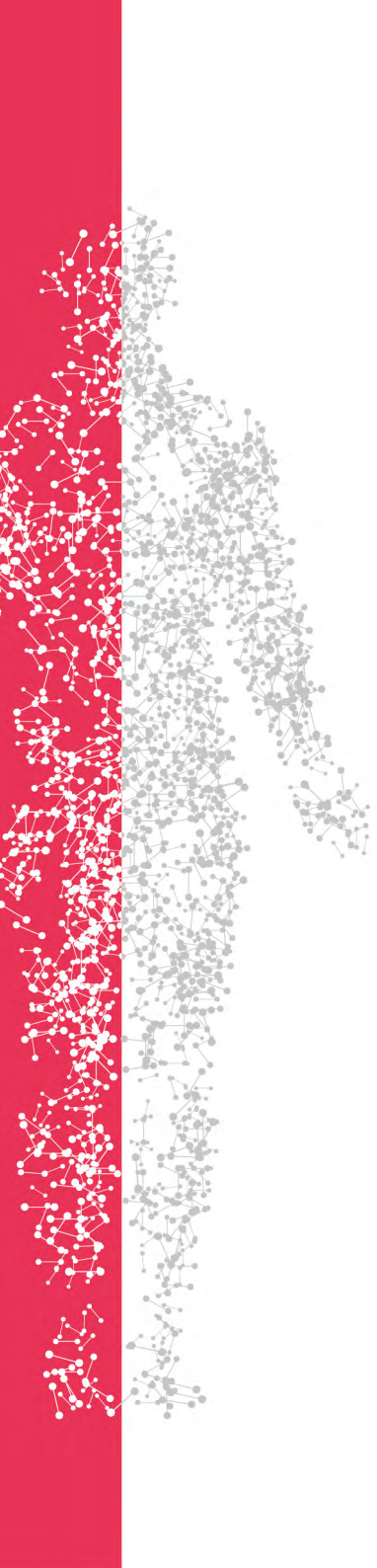
Por esse mesmo prisma, também se comprovou outro objetivo específico que consistia em avaliar a influência que o procedimento

da interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face pode criar, para ajudar no cotidiano do ambiente de saúde. A experiência em lidar com os pacientes no dia a dia, com os erros e acertos comunicacionais pode ter desenvolvido um nível de conhecimento mais apurado nessas pessoas, no entendimento da linguagem não verbal. Assim, por intermédio deste estudo, foi possível perceber que esses atributos já existem, mesmo de forma inconsciente nos profissionais.

Ao que se refere às seis emoções básicas apresentadas, não ocorreram grandes diferenças de identificação. O nível de acerto alto comprova a universalidade dessas expressões faciais. As emoções básicas raiva e tristeza, por exemplo, tiveram 100% de acerto. Esse fenômeno deve suceder por relacionar-se às expressões mais vistas por esses profissionais no seu trabalho ao lidar com pacientes com transtornos de humor e adictos.

Ao ser analisado o objetivo específico, que foca a questão de o tempo de serviço ou faixa etária do profissional causar alteração na percepção da linguagem não verbal, uma conclusão definitiva não foi possível por causa do pequeno número de elementos constantes no universo pesquisado com grande período de atividade laboral. No entanto, o índice de assertividade desses profissionais, com maior tempo de atividade ou faixa etária, foi excelente, demonstrando que, quanto maior o tempo de serviço ou idade, capacidade de percepção dos sinais emitidos pelo corpo se amplia.

Mesmo nos primeiros momentos de triagem, esse conhecimento pode ter seu valor destacado para minimizar o tempo de espera daqueles usuários que, pela postura e expressões faciais, demonstram mais necessidade de ações terapêuticas iniciais. O alívio da dor por meio de intervenções promovidas pelos profissionais de saúde poderá ser direcionado para os que demonstram maior grau de sofrimento, podendo ser percebido sem a necessidade de uma anamnese mais profunda.



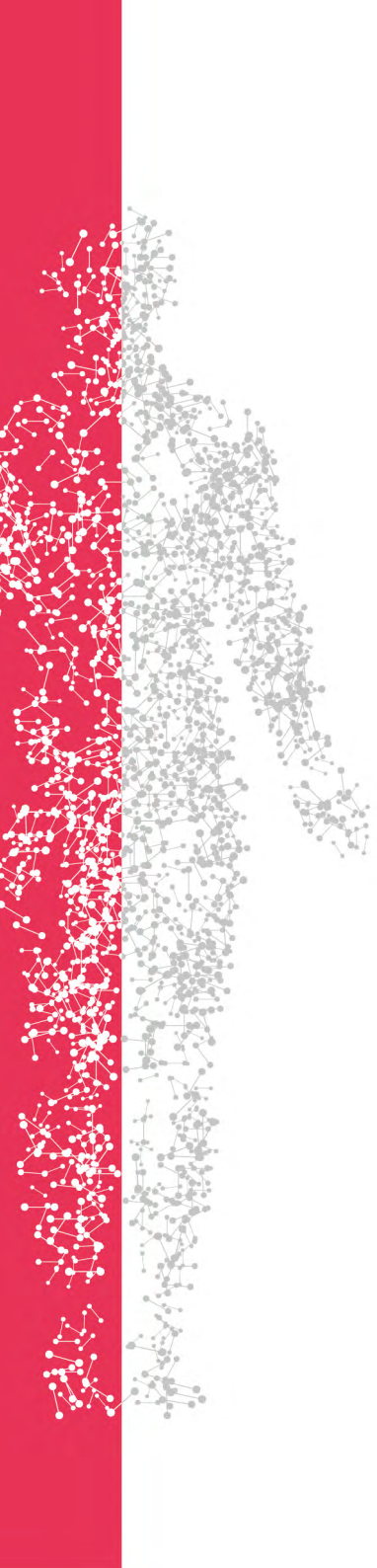
A hipótese deste estudo foi confirmada, já que a pesquisa comprova que o conhecimento de análise comportamental agrega valor ao instrumental do profissional de saúde para melhor atender ao paciente acamado, por tornar mais fácil o entendimento de suas demandas subjetivas não expressas em sua totalidade pela linguagem verbal. Dessa forma, este estudo apresenta a possibilidade de existir um encontro salutar da prática terapêutica em hospitais e clínicas e do conhecimento da análise comportamental de uma forma ampla.

O problema norteador da pesquisa foi “através do conhecimento de análise comportamental pode ser possível agregar valores diferenciais ao atendimento na saúde?” A revisão de literatura, em concomitância com a análise estatística, contribuiu para responder a esse problema. Conclui-se que muito pode contribuir para o ambiente hospitalar já que o reconhecimento da importância de obter mais informações sobre a comunicação não verbal pelos profissionais de saúde foi notadamente registrado neste trabalho. Por isso, deve-se investir em mais atenção dos gestores das unidades de atendimento em relação à criação de um protocolo de atendimento com foco na comunicação não verbal.

6.2 Recomendações

Este estudo conclui ser necessário apenas um pequeno investimento em treinamentos voltados para ampliação da percepção da linguagem não verbal nos hospitais ou na formação dos profissionais de saúde, afinal, já existe nesses profissionais uma interpretação natural e muito assertiva no campo da análise comportamental.

Mais estudos como este podem gerar um protocolo com traduções das posturas exibidas por pacientes em leitos hospitalares



ou mesmo no momento das triagens que necessitam de agilidade das decisões.

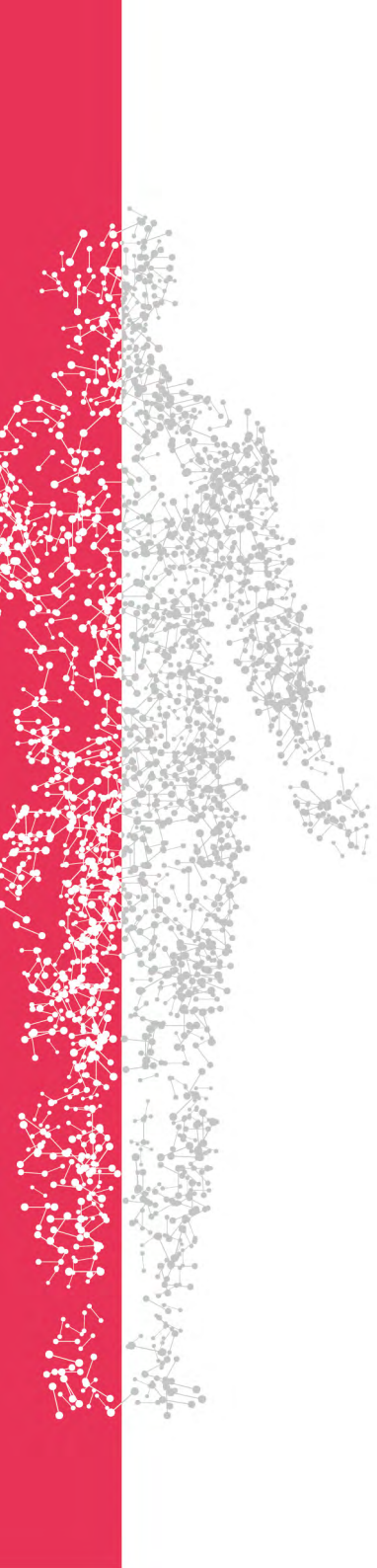
Um protocolo pode funcionar como um dicionário que traduz as expressões faciais e corporais ao entendimento do profissional de saúde, para que ele possa decidir com velocidade qual a melhor intervenção a ser feita em prol do paciente à sua frente.

Muitas publicações existem e estudos continuam sendo realizados em todo o mundo, realçando o valor dessa abordagem. Esperamos que este trabalho possa incentivar novos pesquisadores a ter um olhar científico e trazer conhecimentos úteis no que tange ao lidar com seres humanos que, por um motivo ou outro, possuem dificuldade de se expressarem na forma verbal.

A linguagem não verbal pode ser de grande valia, pois, mais que romper as barreiras dos idiomas, expõe além do cognitivo, liberando de forma silenciosa e verdadeira o que está aprisionado no universo subjetivo de cada paciente. Capaz de ser utilizada em todas as relações humanas, a linguagem não verbal deve encontrar seu lugar de destaque entre os vários perfis de atuação dos profissionais de saúde.

Um elemento simples como o quadro de conforto e desconforto apresentado na Figura 10 pode ser de grande utilidade como apoio aos profissionais que atuam no primeiro contato com o paciente no hospital. Perceber o nível de desconforto ou dor que o paciente pode estar sentindo, sem ao menos fazer uma pergunta verbal, aumenta a possibilidade de assertividade e alívio do sofrimento do usuário.

Poucas horas dedicadas a um treinamento focado na comunicação não verbal nas instituições de saúde podem criar uma verdadeira revolução na velocidade com que os procedimentos iniciais ocorrem na triagem. Ampliar o nível de conforto e bem-estar



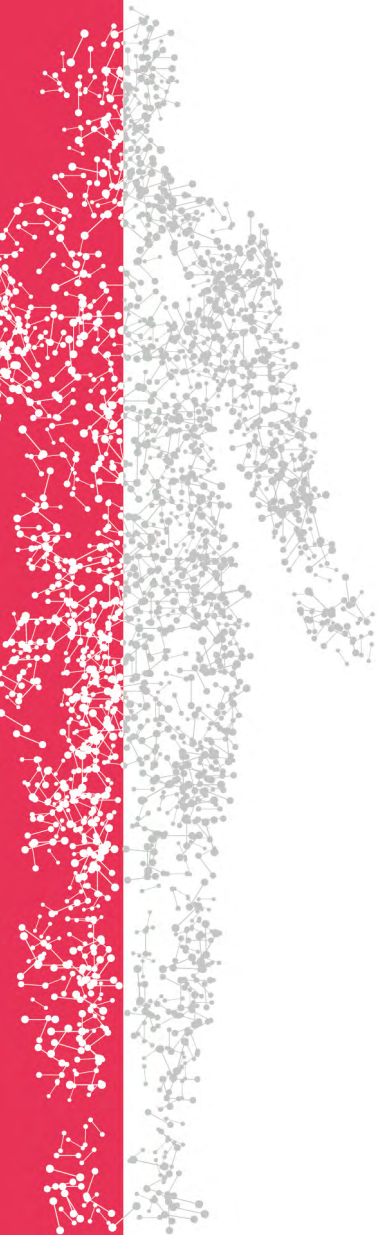
com maior velocidade de ações terapêuticas direcionadas aos que mais precisam é prover qualidade no atendimento. O reflexo disso deve ser percebido em um processo de recuperação mais rápido e na desospitalização. Assim, o sistema ganha em produtividade, mantendo um excelente nível de qualidade no atendimento.

Nem sempre a tecnologia que pode prover resultados está retida em modernos equipamentos de última geração e altos custos. O mais valioso bem de qualquer instituição de saúde são os seus profissionais que, bem orientados e treinados, podem causar toda a diferença no atendimento aos usuários.

A linguagem não verbal, a análise das posturas dos pacientes no leito hospitalar e a percepção das expressões faciais são apenas alguns elementos que devem ser incorporados no dia a dia desses profissionais, como mais uma ferramenta útil a serviço da saúde.

Como já foi notado pela pesquisa apresentada, o esforço para que essa ferramenta possa ocupar lugar de destaque não deve ser grande, afinal, os gráficos mostram que, de forma latente, já existe uma percepção desse universo comunicacional e, com pouco tempo de treinamento, pode ser possível o máximo aproveitamento da linguagem silenciosa emitida por todos os seres humanos, principalmente quando eles estão fora do seu padrão de conforto e bem-estar.

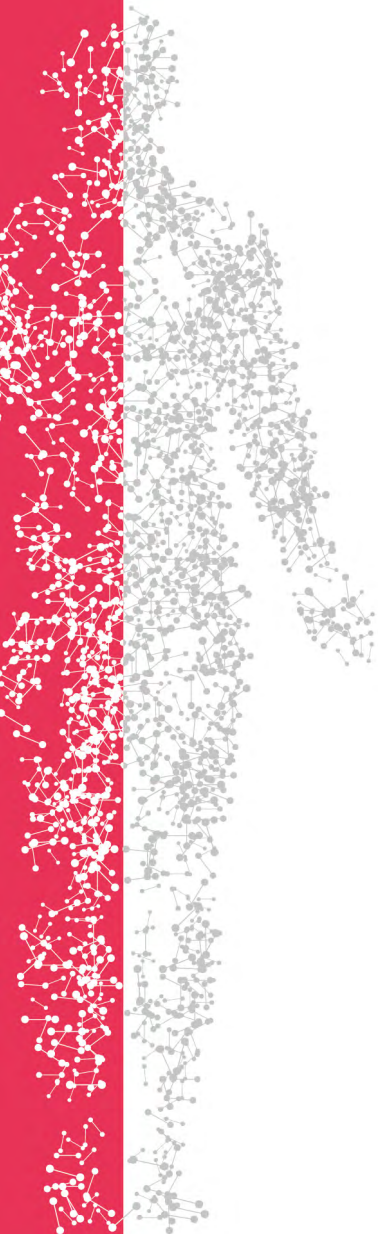
Os gestores devem incluir no *briefing* diário um item que destaque, todos os dias, uma atenção especial aos gestos e expressões. Somente isso poderia trazer um aumento na eficácia das ações dos agentes de saúde. Protocolos de ações devidamente estudados também podem ser incorporados na detecção de determinados sinais ou posturas emitidas pelos usuários. Igualmente, os profissionais podem ser orientados a uma maior atenção às próprias posturas diante dos pacientes para evitar conflito no entendimento do conteúdo das mensagens verbais e transferir mais confiança e afeto.



Não há nada que se possa perder ao fazer um investimento para a maior compreensão da linguagem não verbal. Qualquer novo conhecimento nessa área será útil em toda interação em que estiver presente o ser humano se comunicando com outro ser humano.

O ambiente de saúde é um laboratório constante em busca de soluções para prover bem-estar aos seus usuários e aos elementos que compõem seu corpo laboral. Dessa maneira, pensar em formas de colocar mais instrumental válido a serviço da melhor qualidade no atendimento deve ser sempre bem-vindo ao sistema em todos os seus níveis de contato com a população.

Se é possível reconhecer que o sorriso deve ser a porta de entrada e o sinal de despedida de toda interação entre o profissional de saúde e seu paciente, igualmente deve-se crer que todos os outros sinais emitidos pelo corpo tenham também sua relevância em informar algo sobre seu emissor, seja ele paciente, seja ele profissional atuante dentro do sistema de saúde. Portanto, devem ser observados e interpretados para direcionar ações terapêuticas.



REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. et al. *Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoções: Padronização de Imagens do Teste de Conhecimento Emocional*. Rio Grande do Sul, *Revista Psico*, v. 44, p. 382-390, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1SfjVq2> - Acesso em: 25 jan. 2016.

BANOV, Márcia Regina, *Psicologia no Gerenciamento de Pessoas*. São Paulo: Atlas, 2008.

BIRDWHISTELL, R.L. *Kinesis and context*. Philadelphia, Pennsylvania Press., 1970.

BOEGER, M. *Hotelaria hospitalar: gestão em hospitalidade e humanização*. São Paulo: Editora Senac, 2009.

CHAVEIRO N.; PORTO C.; BARBOSA M. *Relação do paciente surdo com o médico*. Brasília, DF. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, n. 75 (1), p. 147 - 50, jan./fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n1/v75n1a23.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

CHOMSKY, N. *Aspectos da Teoria da Sintaxe*. Coimbra, Portugal. Editora Armênio Amado, 1975

COLLINS, G. et al. *Evaluating verbal and non-verbal communication skills*, in an ethnogeriatric OSCE. USA, *Patient Educ Couns*; 83(2): p. 158-62, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1OAIjBC>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

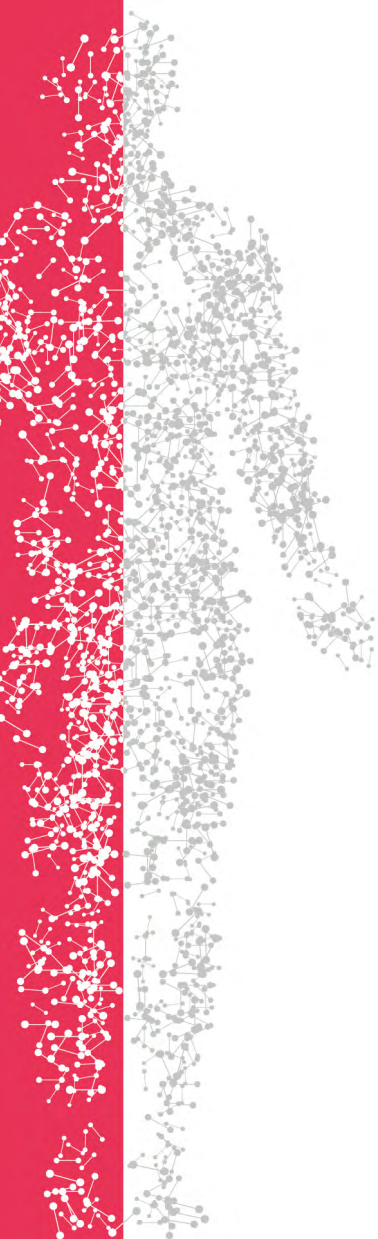
DARWIN, Charles. *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DAVIS, F. *A Comunicação não-verbal*. São Paulo: Summus, 1979.

EDWARDS, B. *Walking in – Initial visualisation and assessment*. United Kingdom, *Accident and Emergency Nursing* n. 15, p. 73-78, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/1OrS2bR>>. Acesso em: 18 jan. 2016

EKMAN, Paul. *A Linguagem das Emoções*. São Paulo: Lua de Papel, 2011. _____, *Emotions revealed*. New York: Holt Paperbacks, 2007.

FERREIRA, V. *A cólera na arte*. Dissertação de Mestrado (Universidade de



Lisboa Faculdade de Belas-Artes) Lisboa, Portugal: 2011. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7252/2/ULFBA_tes%20535.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FINSET, A. *Nonverbal communication*—An important key to in-depth understanding of provider–patient interaction. Irlanda, Patient education and counseling [0738-3991]. v.66, p. 127 -128, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/1O1RiaQ>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

FREITAS-MAGALHÃES, A. *A psicologia do sorriso humano*. Porto, Portugal: Oficina Gráfica da Universidade Fernando Pessoa, 2009.

_____. *A Psicologia das Emoções: o fascínio do rosto humano*. Porto, Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2011a.

_____. *O Código de Ekman: o cérebro, a face e a emoção*. Porto, Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2011b

FREITAS-MAGALHÃES, A.; CASTRO, E. *Expressão facial: o efeito do sorriso no tratamento da depressão*. Estudo empírico com portugueses. Porto, Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa, p. 30-7. 2011. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/526/2/28-37FCS2006-3.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

FUCHS, S.; ZORNIG S. *A escuta analítica: corpo, afeto e palavra*. Belo Horizonte, Psicologia em Revista; 19(3), p. 340-352, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a02.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016

FURNHAM, A. *Linguagem corporal no trabalho*. São Paulo: Nobel, 2001.

FURNHAM, A; PETROVA, E. *O Corpo fala nos negócios: como decifrar as pessoas e transmitir mensagens eficazes com os segredos da linguagem corporal*. São Paulo: Editora Gente, 2011.

GIVENS, D. *A linguagem corporal no trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2010.

GORAWARA-BHAT R.; COOK M. A.; SACHS G. A. *Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool*. Patient Educ Counsel. n. 66, p. 223-34, 2007. Disponível em <<http://bit.ly/1OF5Bon>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

GORDON, P. *Thoughts on communication*. EUA, Annals of Family Medicine [1544-1709], v. 4 iss:3 p. 263-4, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez29.capes.proxy.ufrj.br/pmc/articles/PMC1479436/pdf/0040263.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

HENRY, S. et al. *Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis*. EUA, Patient Education and Counseling [0738-3991], v.86 iss:3 p. 297-315,

2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1JdndsB>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

HILLS, L. *Reading and using body language in your medical practice: 25 research findings*. EUA, The Journal of medical practice management [8755-0229], vol:26 iss:6 p. 357-362, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1U7N45J>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

IDZIKOWSKI, C.; *Sleep position gives personality clue*. Londres, Inglaterra Disponível em: <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3112170.stm>>. Acesso em: 25 de Janeiro de 2016.

JAMES, J. *Linguagem corporal no trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Best Sellers, 2008.

KNAPP, M. L.; HALL, J. A. *Comunicação não-verbal na interação humana*. São Paulo: JSN Editora, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. *Promoção de Saúde a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lente, 2007.

MACHADO, A.; BRÊTAS, A. *Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor*. Brasília, Revista Brasileira de Enfermagem; N. 59(2), p. 129-133, mar.-abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a02.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MANOOKIAN, A.; CHERAGHI, M.; NASRABADI, A. *Factors influencing patients' dignity: A qualitative study*. Tehran, Iran, Nursing Ethics, v. 21(3) p. 323-334, 2014. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com.ez29.capes.proxy.ufrj.br/content/21/3/323.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

MARTINS, Silva; PUGGINA. *A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico*. São Paulo, Revista da Escola de Enfermagem da USP; 48(2): 292-298, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-292.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MAST, M. *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*. Suíça, Patient education and counseling [0738-3991], v. 67, p. 315 -318, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/1PJxXvp>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

MATTIA, A. et al. *Comunicação não verbal em adultos com tubo orotraqueal*. Belo Horizonte, Revista Mineira de Enfermagem, 13(1): p. 84-92, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/167>>. Acesso em: 11 jan. 2016

McCLOUD, S. *Desenhando quadrinhos*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora, 2008.

MICHALAK, J. et al. *Embodiment of Sadness and Depression—Gait Patterns Associated With Dysphoric Mood*. EUA, American Psychosomatic Society, Psychosomatic Medicine 71, p. 580–587, 2009. Disponível em: <<http://www.biotionlab.ca/Text/MichalakTrojeFischerVollmarHeidenreichSchulte2009.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016

MORRIS, Desmond. *Bodytalk: a world guide to gestures*. Londres: Jonathan Cape, 1994.

_____. *O macaco nu um estudo do animal humano*. 16. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

NAVARRO, J.; POYNTER, T. C. *O corpo não mente*. Portugal, Estrela Polar, 2010.

NEWEN, A.; ZINCK, A., *O jogo das emoções*. Biblioteca Mente e Cérebro: O desafio das emoções. n° 5. p. 11-21. São Paulo: Duetto Editorial, 2013.

OLIVEIRA, J. *Saiba quem está à sua frente: Análise comportamental pelas expressões faciais e corporais*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2012.

PACHERIE, E. *Mímica Facial*. Biblioteca Mente e Cérebro: O desafio das emoções. n° 5. p. 41-51. São Paulo: Duetto Editorial, 2013.

PICCOLO, L. *Assessment of nonverbal communication in clinical encounters: many methodological approaches, but no gold standard*. Verona, Itália. Patient Education and Counseling n. 86. p. 279-280, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1JdiSpl>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

PINKER, Steven. *Como a mente funciona*. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

_____. *Do que é feito o pensamento*. São Paulo: Cia das Letras, 2008.

PINTO, B. et al. *Diferenças de gênero entre universitários no reconhecimento de expressões faciais emocionais*. Av. Psicol. Latinoam. v. 31 n.1 Bogotá jan./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242013000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jan. 2016

RAMOS, A.; AMARAL, F. *A comunicação não-verbal na área da saúde*. São Paulo, SP, Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação 14.1, p. 164-70, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1RIGpRu>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

REBOUÇAS, C. et al. *Validação de modelo de comunicação não verbal para a consulta de enfermagem a pacientes cegos*. Fortaleza, CE, Revista de Enfermagem do Nordeste, 13(1): p. 125-39, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/24/20>>. Acesso em: 18 jan. 2016

RESENDE, R. et al. *Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem*. Brasília, DF, Revista brasileira de enfermagem, 2015, v. 68, maio/jun. p. 490, 490-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0490.pdf>>.. Acesso em: 11 jan. 2016.

ROBBINS, Anthony. *Poder sem limites*. 8 ed. São Paulo: Best Seller, 2007

SALLES, M.; BARROS, S., *Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Saúde em Debate, v. 37, n. 97, p. 324-335, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2016.

SHARON, S.; *Seu corpo fala no trabalho: conquiste seu espaço, crie relacionamentos, inspire e influencie pessoas*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.

SILVA, J.; SILVA, M. *Expressões faciais e emoções humanas: levantamento bibliográfico*. Brasília, DF, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 48, n. 2, p. 180-7, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v48n2/v48n2a13.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

SILVA, L. et al. *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. Ribeirão Preto, SP. Rev. latino-am. enfermagem, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/1K6W2jp>>. Acesso em: 25 jan. 2016

SILVIA, M. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

_____. *Aspectos gerais da construção de um programa sobre para enfermeiros*. Ribeirão Preto - SP, Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 4 - n. especial, p. 25-37, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea04.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

SOUZA, A.; SARAN, D. *A Comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais*. Dourados, MS, Comunicação & Mercado/UNIGRAN, v. 1, n. 3, p. 7-13, 2012. Disponível em: <http://www.unigran.br/mercado/paginas/arquivos/edicoes/3/edicao_completa.pdf#page=7>. Acesso em: 31 jan. 2016.

SOUZA, R.; ARCURI E. *Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico*. São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2014; 48(2): p. 292-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-292.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SPILLER, E.; SENNA, A.; SANTOS, J.; VILAR, J. *Gestão dos serviços em Saúde*. Rio de Janeiro: Publicações FGV Management, 2010.

SUSAKI, T., SILVA, M. POSSARI, J. *Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem*. São Paulo, Acta Paulista de Enfermagem, 19, p. 144-9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

TRACY, J. L.; MATSUMOTO D. *The spontaneous expression of pride and shame: Evidence for biologically innate nonverbal displays*. Proceedings of the National Academy of Sciences. 19 ago. 2008, v. 105 p. 116655-116660. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/105/33/11655.full.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

VARELA M.; SANJURJO M.; BLANCO J.; El lenguaje de los cuidados. Espanha, Asociación Española de Enfermería en Urología. n. 111. jul./ago./set. 2009. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066074>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

VILA VERDE. Unidade Borboleta. [s.d]. Disponível em: <<http://www.vilaverdejf.com.br/unidade-borboleta>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

WERLANG, S. et al. *Comunicação não verbal do paciente submetido à cirurgia cardíaca: do acordar da anestesia à extubação*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, RS, dez 2008; 29(4):551-6. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7625/4680>>. Acesso em: 10 jan. 2016

ZAPF, D. Sob Controle. *Biblioteca Mente e Cérebro: O desafio das emoções*. nº 5. p. 23-31. São Paulo: Duetto Editorial, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para coleta de dados

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE LINGUAGEM NÃO VERBAL NA SAÚDE

Título do trabalho: Análise Comportamental: como a linguagem corporal pode contribuir na comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes no hospital

Marque a opção que considera ser a mais correta

1 - Profissão:

Médico - Enfermeiro - Técnico de Enfermagem – Psicólogo – Nutricionista – Fisioterapeuta – Assistente Social –

2 - Idade do profissional (faixa de 14 anos):

Entre 21 e 35 anos

Entre 36 e 50 anos

Entre 51 e 65 anos

Entre 66 e 80 anos

Entre 81 e 96 anos

3 - Tempo de Atuação em sua profissão atual:

Entre 1 e 10 anos

Entre 11 e 20 anos

Entre 21 e 30 anos

Entre 31 e 40 anos

Entre 41 e 50 anos

Mais de 51 anos

4 - Possui atenção especial para a linguagem corporal e expressões faciais de seus pacientes?

Sim

Não

Às Vezes

5 - Gostaria de conhecer mais a fundo Análise Comportamental para utilizar como ferramenta auxiliar na abordagem aos seus pacientes?

Sim

Não

6 - Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

7 – Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

8 – Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

9 – Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

10 – Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

11 – Em sua opinião qual a emoção que está sendo apresentada neste desenho?



ALEGRIA	RAIVA
NOJO	ESPANTO
MEDO	TRISTEZA

12 – Em sua opinião qual o estado emocional que está sendo apresentado nesta figura?



- PACIENTE COM TRISTEZA E DESAMPARO
- PACIENTE EM PLENA RECUPERAÇÃO
- PACIENTE IRRITADO COM O SEU PRÓPRIO ESTADO
- PACIENTE CONFORMADO COM SUA SITUAÇÃO

13 – Em sua opinião qual o estado emocional que está sendo apresentado nesta figura?



PACIENTE COM TRISTEZA E
DESAMPARO

PACIENTE EM PLENA
RECUPERAÇÃO

PACIENTE IRRITADO COM O SEU
PRÓPRIO ESTADO

PACIENTE CONFORMADO COM
SUA SITUAÇÃO

14 – Em sua opinião qual o estado emocional que está sendo apresentado nesta figura?



PACIENTE COM TRISTEZA E
DESAMPARO

PACIENTE EM PLENA
RECUPERAÇÃO

PACIENTE IRRITADO COM O SEU
PRÓPRIO ESTADO

PACIENTE EM DESCONFORTO

15 – Em sua opinião qual o estado emocional que está sendo apresentado nesta figura?



PACIENTE EM PLENA
RECUPERAÇÃO

PACIENTE IRRITADO COM O SEU
PRÓPRIO ESTADO

PACIENTE EM DESCONFORTO

PACIENTE CONFORMADO COM
SUA SITUAÇÃO

16 – Em sua opinião qual o estado emocional que está sendo apresentado nesta figura?



PACIENTE COM TRISTEZA E
DESAMPARO

PACIENTE EM ESTADO DE DOR
PROFUNDA

PACIENTE EM ESTADO DE
ALERTA

PACIENTE EM DESCONFORTO

17 – Em sua opinião a análise comportamental é uma abordagem válida como apoio ao atendimento de saúde?

SIM

NÃO

TALVEZ

18 – Consegue perceber o nível de dor ou sofrimento de um paciente pelas suas expressões faciais?

SIM

NÃO

TALVEZ

19 – Alguma vez tomou alguma decisão sobre algum paciente baseado na postura que ele apresentava no leito?

SIM

NÃO

TALVEZ

20 - Consegue perceber o nível de dor ou sofrimento de um paciente pelas suas expressões faciais?

SIM

NÃO

TALVEZ

21 - Acredita que a partir de hoje, após responder este questionário, terá maior atenção as posturas e expressões faciais de seus pacientes?


SIM

NÃO

TALVEZ

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	 UNIVERSIDAD AMERICANA <i>Entre las mejores de Latinoamérica</i>
Título	Análise Comportamental: como a linguagem corporal pode contribuir na comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes no hospital	
Coordenador	Profa. Dra. Ph.D. Jani Cleria Pereira Bezerra	
Pesquisador Responsável	Prof. Msc. João Batista de Oliveira Filho	Fone: (21) XXXXXXXXXX (21) XXXXXXXXXX

Prezado Senhor (a),

O Doutorando João Batista de Oliveira Filho do *Programa IDEIA de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Pública*, da Universidad Americana, Assunción-Py, pretende realizar um estudo com as seguintes características:

Título do Projeto de Pesquisa: Análise Comportamental: como a linguagem corporal pode contribuir na comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes no hospital

A pesquisa pretende

Objetivo do Estudo:

Objetivo geral - Avaliar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face, e a influência deste procedimento no cotidiano

Objetivos Específicos - Investigar o nível de conhecimento de profissionais de saúde sobre a interpretação da linguagem corporal e expressão

das emoções pela face, avaliar a influência do procedimento de interpretação da linguagem corporal e expressão das emoções pela face no cotidiano.

Descrição dos Procedimentos Metodológicos:

A pesquisa será realizada através de questionários on line para apurar a existência de uma atenção especial dos profissionais de saúde quanto a comunicação não verbal dos pacientes internados nas unidades hospitalares.

Descrição de Riscos e Desconfortos:

Os riscos que a pesquisa pode causar aos participantes são mínimos, sendo eles: possível incômodo ao responder ao questionário e possível introspecção e percepção de um determinado problema vivido. O profissional de saúde pode se negar a continuar a avaliação e se retirar da pesquisa sem qualquer ônus.

Benefícios para os Participantes:

Os benefícios esperados da pesquisa são: a partir da análise realizada se pretende identificar como a comunicação não verbal é percebida e utilizada por profissionais de saúde com pacientes internados e a partir desta análise pretende-se formar um banco de dados com imagens de algumas das expressões corporais e faciais mais significativas para montar um pequeno manual que pode ser distribuído aos profissionais de saúde como base para instigar o conhecimento desta possibilidade de colher informações de uma pessoa para aprimorar a velocidade e assertividade no atendimento de saúde.

Forma de Obtenção da Amostra:

A pesquisa será realizada com profissionais da área de saúde que tenham atuação na cidade do Rio de Janeiro através do método survey. Será adotada amostra aleatória conforme os critérios estatísticos para

realização de pesquisas. Consistirão em critérios de inclusão: Profissionais de saúde que lidem diretamente com o usuário do sistema de saúde seja público ou privado que concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchendo devidamente o questionário utilizado.

Uso de Placebo:

Não será utilizado.

Garantia de Acesso: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso aos profissionais responsáveis nos telefones indicados.

Garantia de Liberdade: Sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro desta premissa, todos os participantes são absolutamente livres para, a qualquer momento, negar o seu consentimento ou abandonar o programa se assim o desejar, sem que isto provoque qualquer tipo de penalização.

Direito de Confidencialidade: Os dados colhidos na presente investigação serão utilizados para subsidiar a confecção de artigos científicos, mas os responsáveis garantem a total privacidade e estrito anonimato dos participantes, quer no tocante aos dados, quer no caso de utilização de imagens, ou outras formas de aquisição de informações. Garantindo, desde já a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem e a não estigmatização, escusando-se de utilizar as informações geradas pelo estudo em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio ou de quaisquer outras formas de discriminação.

Direito de Acessibilidade: Os seus dados específicos colhidos no transcurso da presente pesquisa ficarão total e absolutamente disponíveis para consulta, bem como asseguramos a necessária interpretação e informações cabíveis sobre os mesmos. Em caso de dúvidas ou perguntas, queira manifestar-se em qualquer momento, para explicações adicionais, dirigindo-se a qualquer um dos pesquisadores.

Despesas e Compensações:

As despesas porventura acarretadas pela pesquisa serão de responsabilidade da equipe de pesquisas.

Não havendo por outro lado qualquer previsão de compensação financeira.

Em caso de dúvidas ou perguntas, queira manifestar-se em qualquer momento, para explicações adicionais, dirigindo-se a qualquer um dos pesquisadores.

Após a leitura do presente Termo, e estando de posse de minha plenitude mental e legal, ou da tutela legalmente estabelecida sobre o participante da pesquisa, declaro expressamente que entendi o propósito do referido estudo e, estando em perfeitas condições de participação, dou meu consentimento para participar livremente do mesmo.

Cidade, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Participante ou Representante Legal	
Nome Completo (legível)	
Identidade nº	CPF nº
Em atendimento à RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, do Conselho Nacional de Saúde e à Declaração de Helsink de 1964, na 18ª Assembléia Mundial de Medicina na Finlândia 1964, do Conselho Médico Mundial, o presente Termo é confeccionado e assinado em duas vias, uma de posse do avaliado e outra que será encaminhada ao Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) do _____.	

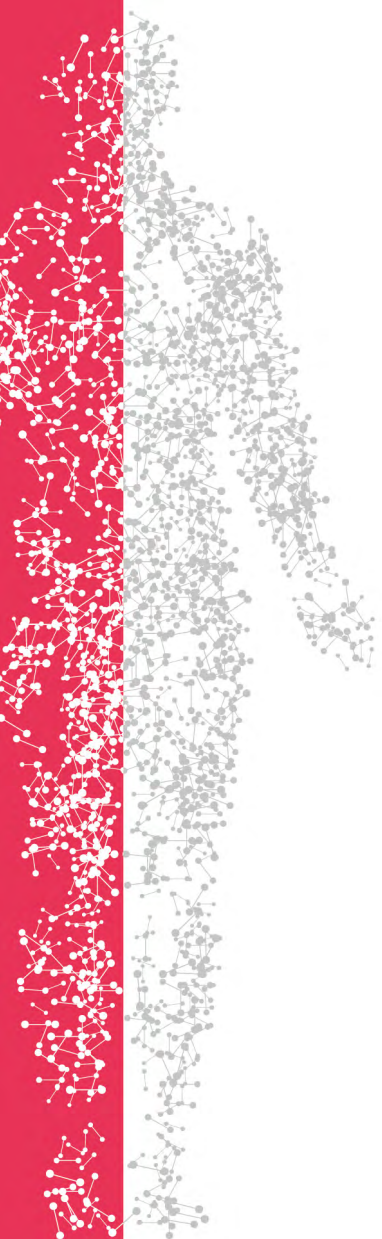
Pesquisador Responsável	Prof. Msc. João Batista de Oliveira Filho (oliveirapsi@gmail.com)
--------------------------------	--

ANEXO B – Pesquisa bibliográfica para revisão de literatura não-sistemática



DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE JORGE CARELI

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO CECÍLIA MINAYO (NID/CLAVES) PESQUISA BIBLIOGRÁFICA			
NOME:	João Oliveira	CONTATO:	oliveirapsi@gmail.com
VÍNCULO:	-	UNIDADE/ CURSO:	Doutorado em Saúde Pública (Universidad Americana - PY)
RESPONSÁVEL PELA BUSCA:	Adriano da Silva		
TEMA DA BUSCA:	Análise comportamental e linguagem corporal e comunicação entre profissionais de saúde e pacientes de hospital		
DESCRITORES E TERMOS UTILIZADOS:	Linguagem corporal Cinésica "Comunicação não-verbal" Paciente no leito "Posição do corpo" "Postura corporal" "Hospitalização" "Internação hospitalar" "Paciente no hospital" Análise comportamental "Leitura fria" "Pesquisa do comportamento" Pacientes "Paciente hospitalizado" "Relação profissional-paciente" Relações Médico-Paciente Relações Hospital-Paciente		



	<p>Kinesics Body Language Nonverbal communication patient in bed Hospitalization "Hospital communication" Institutionalization "body posture" Hospitalization "hospital internment" "Behavioral analysis" "Cold reading" "Physician-Patient Relations" "Hospital-Patient Relations" "Professional-Patient Relations"</p>
ESTRATÉGIA(S) DE BUSCA:	<p>("Linguagem corporal" OR "Comunicação não-verbal" OR "Posição do corpo" OR "Postura corporal" OR "Análise comportamental" OR "Leitura fria" OR "Pesquisa do comportamento") AND ("Paciente no leito" OR "Internação hospitalar" OR "Paciente no hospital" OR Pacientes OR "Paciente hospitalizado" OR "Relação profissional-paciente" OR "Relações Médico-Paciente" OR "Relações Hospital-Paciente")</p>
	<p>"Kinesics OR "Body Language" OR "Nonverbal communication" OR "body posture" OR "Cold reading" OR "Behavioral analysis" OR "Behavioral Research") AND ("patient in bed" OR Hospitalization OR "hospital internment" OR "Physician-Patient Relations" OR "Hospital-Patient Relations" OR "Professional-Patient Relations") AND (Health)</p>
BASES UTILIZADAS:	
RECORTE TEMPORAL:	
RECORTE TERRITORIAL:	
RESULTADO POR BASE:	
1- BVS	108
2- Scielo	23
3- Pubmed	5
4- Web of Science	23
5- Scopus	22
OBSERVAÇÕES:	
NÍVEL DE COMPLEXIDADE:	() Fácil (*) Regular () Difícil () Negativa

ANEXO C – Protocolo de posições no leito

PROTOCOLO DE POSIÇÕES NO LEITO



The diagram consists of five numbered panels, each showing a stylized human figure in a specific posture within a bed frame:

- 1**: A person sitting up, leaning forward with their head resting on their hand, looking down.
- 2**: A person sitting up, facing forward with hands clasped in front of their chest.
- 3**: A person sitting up, leaning back with one hand behind their head and the other on their chest.
- 4**: A person sitting up, leaning back with their head resting on their hand, looking towards the side.
- 5**: A person sitting up, facing forward with hands resting on their thighs.

1 TRISTEZA E DESAMPARO

2 CONFORMADO COM A SUA SITUAÇÃO

3 EM PLENA RECUPERAÇÃO

4 CONFORMADO COM A SUA SITUAÇÃO

5 ESTADO DE ALERTA OU DESCONFORTO

Créditos: Pesquisa de doutorado do Prof. **Dr. João Oliveira**
Desenhos: **Cheversson Chagas**

SOBRE O AUTOR

João Batista de Oliveira Filho

- Doutor em saúde pública
- Mestre em Cognição e Linguagem
- Possui graduação em Psicologia e em Comunicação Social
- Colunista de RH da Revista Psique, colabora com vários portais e jornais no Brasil com textos semanais
- Atualmente atua como psicólogo clínico em seu consultório, ministra cursos e treinamentos direcionados a Análise Comportamental, Hipnose Clínica e Liderança.
- Professor universitário nos cursos: MBA de Gestão Estratégica de Marketing Vendas; Pós-Graduação em Saúde Pública e MBA em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar.
- Coordenador de cursos de pós-graduação do ISEC/FAMESC
- Diretor do Instituto de Psicologia Ser e Crescer.
- Autor dos livros: Manual de Hipnose Neurossensorial, Análise Comportamental: Relacionamento em Crise; Jogos Para Gestão de Pessoas; Mente Humana; A Importância dos Sonhos; Ativando o Cérebro Para Provas e Concursos; Saiba Quem Está à Sua Frente e Fonte de Luz.



www.pimentacultural.com

a linguagem corporal no ambiente de saúde