

A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NAS INTERAÇÕES ENFERMEIRO-USUÁRIO EM ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL*

Rosiani B. R. de Castro**

Maria Júlia Paes da Silva***

CASTRO, R.C.B.R. de; SILVA, M.J.P. da A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 80-87, janeiro 2001.

Neste estudo exploratório-descritivo, analisamos a comunicação não-verbal do enfermeiro em 11 interações em atendimentos de saúde mental. Dentre os sinais não verbais observados, maior número foi utilizado para a demonstração de sentimentos, decodificados principalmente, como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, tensão/medo, indiferença, ansiedade e irritação. Identificamos também o não-verbal contradizendo o verbal, alertando-nos que a maneira contraditória de emitir mensagens pode dar interpretação dupla ou distorcida da mensagem enviada. Em nossa percepção, a maioria dos enfermeiros pesquisados não está atenta o suficiente para perceber conscientemente o quanto a forma não-verbal de comunicar-se pode influir na assistência e na humanização dos atendimentos.

UNITERMOS: comunicação não-verbal, enfermagem psiquiátrica, relações interpessoais

INTRODUÇÃO

Entendendo que a assistência de Enfermagem seja individual, familiar ou grupal, só é possível pela relação interpessoal, evidenciamos que o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental para o enfermeiro. Apesar desta afirmação parecer óbvia, veremos mais adiante em alguns estudos, que nem sempre tal processo é consciente e valorizado nas interações.

Acatamos o alerta de LITTLEJOHN (1982), quanto à diversidade de teorias e perspectivas que envolvem o estudo da comunicação, procurando não reduzi-lo apenas a uma visão o que criaria, inevitavelmente, restrições a nossa compreensão. É numa abordagem multiteórica que o autor define comunicação como um processo complexo de eventos psicológicos e sociais, envolvendo a interação simbólica, considerando que os eventos ocorrem dentro e entre pessoas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa.

Para TRAVELBEE (1979), comunicar-se

significa enviar e receber mensagens por símbolos, palavras, signos, gestos ou outros meios não-verbais, alertando que o processo só é válido se o conteúdo da comunicação for igual para o emissor e receptor. Explica ser possível comunicar-se de maneira não-verbal sem empregar mensagens verbais, mas afirma ser difícil para um indivíduo comunicar-se verbalmente sem utilizar mensagens não-verbais. Ressalta a importância da comunicação pelo efeito que tem na formação da personalidade e na estrutura do caráter de um indivíduo, em que os fundamentos da percepção que este tem de si mesmo, do mundo e do lugar que ocupa desenvolvem-se, em parte, como resultado de todas as mensagens que lhe comunicaram as pessoas importantes em sua vida.

Na Enfermagem contemporânea encontramos autores como STEFANELLI (1993), que conceitua comunicação como sendo um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo em que se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nela envolvidas, a curto, médio ou longo prazo. Estas afirmações evidenciam o potencial do processo comunicativo e de trocas na interação enfermeiro-usuário.

* Os dados aqui apresentados fazem parte da dissertação de mestrado: "A interação enfermeiro-usuário no contexto da reforma psiquiátrica - aspectos da comunicação não-verbal"

** Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Docente da UNISA e UNIABC. Endereço: Travessa João Rodrigues, 83 - Ap. 12 - Vila Bastos - 09041-070 - Santo André - São Paulo - Brasil. E-mail: bmcastro@uol.com.br

*** Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira Cesar - 05403-000 - São Paulo - São Paulo - Brasil

TAYLOR (1992) afirma ser essencial à enfermeira que trabalha com clientes mentalmente enfermos, o conhecimento e a capacidade para uma comunicação efetiva. Refere-se à comunicação como um intercâmbio recíproco de informações, idéias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas ou entre um grupo de pessoas, exigindo adaptações contínuas dos envolvidos no processo.

Também STUART & SUNDEEN (1995) apontam a relevância da teoria da comunicação para a prática de Enfermagem Psiquiátrica como meio de intervenção e implementação do processo de Enfermagem, sem a qual o relacionamento terapêutico torna-se impossível.

Dados interessantes foram encontrados por STACCIARINI (1991), ao analisar o conhecimento e a utilização da comunicação terapêutica pela verificação das formas, tipos, modos, técnicas e barreiras da comunicação por enfermeiros psiquiátricos que atuavam em uma unidade psiquiátrica de um hospital-escola geral. Entre os resultados apresentados, além da pouca utilização das técnicas de comunicação terapêutica, há ocorrência do predomínio do uso consciente da linguagem verbal sobre a linguagem não-verbal. Ao final, os sujeitos pesquisados e cientes dos resultados demonstraram a preocupação com a assistência e julgaram o processo de comunicação desenvolvido por eles como falho.

Estudos como este têm despertado o nosso crescente interesse pelo tema, desencadeando a busca de maior conhecimento do processo de comunicação, especialmente, em seus aspectos não-verbais.

SILVA (1996) define comunicação não-verbal como sendo aquela que ocorre na interação de pessoa-a-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas, bem como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Para TAYLOR (1992), o modo de comunicação não-verbal nem sempre é consciente, e descreve-o como mensagens enviadas e recebidas pelas expressões faciais, qualidade da voz, postura física e gestos, que transmitem atitudes, sentimentos e reações com maior clareza do que as palavras faladas. Ressalta ainda, que a enfermeira deve estar atenta tanto à comunicação não-verbal do paciente, quanto à sua própria.

GAIARSA (1984) aponta de modo enfático que as pessoas têm controle precaríssimo de suas expressões não-verbais, quase sempre não se importando em conhecer o próprio rosto, não se dando conta de que o outro olha para nossa face o tempo todo.

Discutindo e refletindo a respeito do corpo na relação interpessoal da enfermeira e o paciente, SILVA (1998 a) indica como primeiro passo para o cuidar na Enfermagem, perceber o corpo, nosso e do outro, no caso o paciente, para podermos descobrir os sentimentos mais verdadeiros e profundos destas relações. Considerando tais reflexões, passamos a relacioná-las com a assistência ao doente mental, quando, muitas vezes, usamos o corpo, o olhar, os gestos, o modo de falar como instrumentos de controle e poder, ainda que isso possa ocorrer sem a total consciência de nossas intenções, o que torna mais grave a situação.

Birdwhistell apud SILVA (1989) refere em seus estudos sobre comunicação não-verbal que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralingüísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo, alertando-nos para o fato de que, apesar de muitas vezes valorizarmos mais as palavras, os sinais não-verbais podem estar comunicando muito mais.

HAASE & TEPPER(1972), ao estudarem os componentes não-verbais da comunicação empática, afirmam que a empatia é comunicada por mais de um canal, e que ao levarmos em conta apenas o canal verbal reduzimos em 66% a validação de seu julgamento. Consideram que a expressão facial colabora muito com uma aproximação e complementação positiva da comunicação verbal; e que a expressão de variáveis não-verbais como o contato do olhar e inclinação do corpo influenciam, favoravelmente, na mensagem empática.

RODRIGUES (1999) chama a atenção sobre a importância da congruência entre o que fazemos e o que gostaríamos de estar fazendo, transparecendo a coerência de sentimentos em nossas atitudes, quando afirma que não há frase que substitua um olhar afetivo, nem um aperto de mão caloroso, nem um abraço protetor.

Julgamos, então, pelos conceitos apresentados, ser a forma não-verbal de se comunicar, a que mais adequadamente pode evidenciar uma relação interpessoal enfermeiro-usuário como *de fato* ela ocorre.

Feitas tais reflexões, passamos a nos questionar se o enfermeiro está consciente dos aspectos não-verbais presentes durante as suas interações com os usuários (por exemplo: local, espaço físico, entonação de voz, toque, entre outros), para que possa sobretudo, humanizar a assistência.

Na tentativa de investigarmos estas questões, delineamos como objetivo para este estudo:

- Analisar a comunicação não-verbal emitida pelo enfermeiro durante atendimentos individuais de saúde mental.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Para o estudo e observação da comunicação não-verbal emitida pelo enfermeiro, empregamos a classificação adotada por SILVA (1996), a qual reproduziremos a seguir:

Paralinguagem - é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentemente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralingüísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. Esses sinais são fornecidos pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro, etc.

Cinésica - é a linguagem do corpo, ou seja, seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até expressões mais sutis, como as faciais. Sabe-se que quanto mais encoberto for um sinal- um leve tremor nas mãos, por exemplo, mais difícil é ter consciência dele.

Proxêmica - é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles- diferença de *status*, preferências, simpatias e relação de poder.

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

Fatores do meio ambiente - são a disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho.

Tacêsica - é tudo que envolve a comunicação tátil: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento.

Quanto às funções básicas da comunicação não-verbal nas relações interpessoais, SILVA (1996) assim as descreve:

Complementar à comunicação verbal - significa fazer qualquer sinal não-verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente.

Substituir a comunicação verbal - significa fazer qualquer sinal não-verbal para substituir as palavras.

Contradizer o verbal - é fazer qualquer sinal não-verbal que contradiga o que foi dito verbalmente.

Demonstrar sentimentos - significa demonstrar qualquer emoção não por palavras, mas, principalmente, por expressões faciais, entre outros sinais.

Vale lembrar que para a análise dos aspectos da comunicação não-verbal, consideramos o contexto histórico e cultural atuais onde as interações ocorreram.

MÉTODO

Tipo de pesquisa - Esta pesquisa foi desenvolvida como um estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, das interações entre enfermeiro-usuário.

Local do estudo - A pesquisa foi realizada em 11 instituições do município de São Paulo (selecionadas a partir de levantamento e critérios de elegibilidade descritos nos procedimentos), que prestavam exclusivamente assistência psiquiátrica e tinham o profissional enfermeiro em seu quadro de pessoal no período de novembro de 1998 à janeiro de 1999, quando ocorreu a coleta de dados. Após o levantamento de quais unidades preenchiam estas condições, foram selecionados os seguintes tipos de unidades: hospitais psiquiátricos (modelo tradicional), hospitais-dia, unidades em hospital geral, centros de atenção psicossocial e ambulatórios.

População - A população deste estudo foi constituída por 11 enfermeiros que estavam atuando nas referidas instituições nos turnos da manhã ou tarde durante o período da coleta de dados, sendo pesquisado um enfermeiro por instituição.

Procedimentos de coleta de dados - O início da coleta de dados deu-se por meio de um levantamento do número e tipo de instituições que prestavam assistência psiquiátrica junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Após contato telefônico com todas as instituições, certificando-nos da presença do profissional enfermeiro em seu quadro funcional, foi encaminhada uma solicitação formal aos coordenadores de cada instituição para a execução deste estudo, explicando os objetivos e finalidades da pesquisa, garantindo-se o anonimato das instituições e indivíduos estudados. O pedido foi submetido às comissões de ética das instituições que as possuíam, ou às coordenações na ausência das comissões. Após a anuência dos coordenadores ou comissões, foram feitas as explicações individualmente a cada enfermeiro, membros integrantes da amostra, garantindo-lhes o anonimato e liberdade de participação, sendo as visitas agendadas de acordo com a disponibilidade de cada enfermeiro.

Para a inclusão das observações das interações neste estudo, definimos alguns critérios de elegibilidade:

o atendimento deveria ser realizado individualmente pelo enfermeiro a usuários adultos que não estivessem apresentando quadro de emergência, e que concordassem com nossa observação.

Utilizamos como registro auditivo das observações, a gravação em fita K7, além dos dados coletados no instrumento adaptado pela autora a partir do instrumento utilizado por SILVA (1989), com a observação da pesquisadora referente a comunicação verbal e não-verbal havida na interação enfermeiro-usuário, utilizando-se a classificação descrita quanto à função dos sinais não-verbais.

Os dados obtidos nas observações das interações,

são apresentados de forma quantitativa, por números e porcentagens, complementados por análise e discussão dos resultados.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Como resultado do levantamento feito junto às Secretarias de Estado e Municipal de Saúde dos serviços públicos que prestam serviço exclusivamente em saúde mental, obtivemos os seguintes dados ilustrados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Instituições públicas que prestam assistência exclusivamente em saúde Mental, no município de São Paulo - nov./98.* São Paulo, 1999

TIPO	MANTENEDOR			Com Enfermeiro	Sem Enfermeiros	Coletados
	F	E	M**			
Hosp. fechado	-	03	-	03	-	02
Unidade em Hosp. geral	01	02	03	06	-	02
Hosp. Dia	-	03	14	11	06	04
Ambulatório		15		12	03	01
CAPS		02		02	-	01
Unid Mista***		01		01	-	01
Sub-total	01	26	17	-	-	-
TOTAL		44		35	09	11

Legenda: * Fonte - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - Coordenadoria de Saúde Mental - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

** F - Federal; E - Estadual; M - Municipal.

*** Unidade em Hospital Geral e Hospital-Dia

Observamos na Tabela 1, que o maior número (26) de instituições é mantido pelo poder estadual, seguido do poder municipal (17). Um dado que nos chama a atenção é o elevado número (nove) de instituições que não possuíam o profissional enfermeiro em seu quadro funcional, sendo a ausência mais elevada (seis) nos hospitais-dia, um estadual e cinco municipais gerenciados pelas cooperativas de saúde (COOPER/PAS), serviço implantado desde 1996 no município de São Paulo. Este dado constitui-se em descumprimento da Portaria MS 224 (BRASIL, 1992) que determina a inclusão do profissional enfermeiro neste tipo de assistência.

A coleta de dados ocorreu em 11 instituições, representando 31,4% do total de instituições que possuíam enfermeiros (35) em seu quadro funcional. Os principais motivos de exclusão de unidades foram a não autorização pelas coordenações, e unidades que não se enquadravam nos critérios de inclusão deste estudo.

Os atendimentos individuais não eram feitos por quatro enfermeiros e dois priorizavam o atendimento grupal fazendo atendimentos individuais raramente, justificando assim sua recusa em participar da pesquisa.

Consideramos este um dado importante que aponta para a pouca percepção da individualidade do usuário, e da falta de aproveitamento do espaço de uma interação individual para uma atuação terapêutica e sistematizada.

As onze interações observadas entre enfermeiros e usuários, foram diferentemente denominadas pelos próprios enfermeiros, segundo o exposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Tipo e número de interações observadas, segundo a denominação dos enfermeiros. São Paulo, 1999

TIPO	NÚMERO
Atendimento individual eventual	03
Triagem/ 1º Atendimento	02
Consulta de Enfermagem de rotina	02
Orientação de alta	02
Atendimento individual de rotina	01
Consulta de Enfermagem eventual	01
TOTAL	11

Notamos que há variações de denominação, porém a observação mostrou-nos que, estruturalmente, as interações foram muito semelhantes e, em nossa percepção, a variação na prática só ocorreu quanto aos conteúdos, como primeiros atendimentos, continuidade do tratamento ou orientação de alta. Embora o termo "Consulta de Enfermagem" seja citado, entendemos que de fato isto não ocorreu, sendo estes atendimentos bastante similares em suas características aos denominados "atendimentos individuais" ou "orientação".

É relevante assinalar que os atendimentos individuais eventuais (três) e Consulta de Enfermagem eventual (uma) foram também assim denominados pelo fato do enfermeiro não os utilizar rotineiramente em sua assistência, e somando-se aos profissionais enfermeiros já citados na Tabela 1, que não faziam atendimentos individuais no momento da coleta (quatro) ou que priorizavam o atendimento grupal (dois), consideramos elevado o número de enfermeiros que perde a oportunidade de melhorar a qualidade de sua assistência pela sistematização individualizada. Dentre as premissas básicas que TRAVELBEE (1979) ressalta na relação de pessoa a pessoa, encontramos em duas delas subsídios para tais afirmações. Esta autora afirma ser uma relação

possível somente quando se transcendem os papéis de enfermeira e paciente e cada um percebe o outro como ser humano único, complementando na outra premissa, que o conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação de pessoa a pessoa, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho em grupo. Ponderamos, portanto, que tais atividades devem acontecer de forma complementar, reiterando as necessidades individuais de cada usuário.

O tempo de duração das interações observadas variou de 4 minutos- a mais breve, a 55 minutos- a mais longa; a maioria das interações (sete) durou entre 10 e 25 minutos. Entendemos que o tempo isoladamente não pode ser considerado um indicador de qualidade, mas se o aliarmos à constatação anterior de que, de fato as consultas de Enfermagem não acontecem e uma parte considerável dos atendimentos ocorre de forma eventual, e um número expressivo de enfermeiros (07) possui formação específica na área, julgamos serem estes subsídios importantes à reflexão quanto à qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros pesquisados.

Na Tabela 3, apresentamos os dados compilados quanto aos sinais não-verbais dos enfermeiros observados e registrados durante as interações.

Tabela 3 - Distribuição dos sinais não-verbais dos enfermeiros, percebidos durante a interação enfermeiro-usuário, por instituição, segundo a classificação adotada neste estudo. São Paulo, 1999

Sinais obs. nas interações	H.F** "A"	H.F. "B"	H. dia "A"	H. dia "B"	H. dia "C"	H. dia "D"	CAPS "E"	U.H. Geral "A"	U.H. Geral "B"	Unid. Mista "C"	Amb. "A"	TOTAL
D.S.*	15	52	21	24	14	46	46	31	08	64	41	362
Clv	04	49	26	13	18	21	34	10	05	42	15	237
Sbv	05	16	13	10	09	04	15	08	01	17	41	139
Crv	01	05	10	02	01	05	03	05	-	13	02	47
O	01	03	05	04	02	03	06	01	01	04	05	35
TOTAL	26	125	75	53	44	79	104	55	15	140	104	820

Legenda:

* D.S. - Demonstração de sentimentos
Clv - Complemento verbal
Sbv - Substituição do verbal
Crv - Contradição do verbal
O - Outros

** H.F. - Hospital Fechado
H. dia - Hospital dia
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
U.H. Geral - Unidade em Hospital Geral
Unid. Mista - Unidade Mista
Amb. - Ambulatório

Analisando os dados apresentados na Tabela 3, observamos que os sinais não-verbais mais percebidos nas interações foram os de demonstração de sentimentos (362), o que coincide com um dos dados do estudo de SILVA (1998b), que compara os resultados obtidos da aplicação de um programa de comunicação não-verbal

para enfermeiros hospitalares, em que a categoria de sinais mais percebida pelos enfermeiros de três instituições pesquisadas, pelos peritos e pelo grupo de referência, foi a de demonstração de sentimentos. A autora evidencia a importância dos enfermeiros reconhecerem esta categoria de sinais, que o

comportamento de alguém deve ser analisado de modo holístico, lembrando que seu gerador foram suas emoções e não sua razão (Luft; Ingham e Goleman *apud* SILVA (1998b)). Acrescentamos a isso a necessidade de o enfermeiro estar consciente de que também exprime emoções e está sendo observado pelo usuário durante as interações; que, ao contrário de reprimi-las, deve usá-las de modo a facilitar a interação.

Esta afirmação nos traz recordações de nossa formação e de comentários que, por vezes, escutamos de nossos alunos de graduação, questionando-nos sobre como se expressar diante de situações em que se sentem mobilizados e ficam evidentes suas emoções perante usuários ou familiares, não sendo incomum afirmarem terem recebido anteriormente orientações no sentido de ocultá-las, pois não seria adequado um profissional demonstrar seus sentimentos nestas situações. Reafirmamos nossa crença de que, ao reconhecermos nossas emoções, estaremos identificando também nossos limites emocionais, e usando-os de modo consciente, tornaremos as interações mais verdadeiras, o que acreditamos contribuir para o estabelecimento de vínculos mais confiáveis e terapêuticos.

A análise do contexto das interações nos permitiu identificar a demonstração de sentimentos em nossas observações, as quais decodificamos, principalmente, como interesse, atenção, tranqüilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação.

Podemos exemplificar como demonstração de sentimentos de interesse o que ocorreu em várias interações quando, ao fazer perguntas ao usuário, o enfermeiro olhava nos olhos com atenção enquanto o mesmo respondia. Como expressão de surpresa, podemos citar uma situação em que ao escutar uma resposta do usuário, o enfermeiro franziu a testa erguendo as sobrancelhas e aumentando a abertura dos olhos fez uma afirmação de modo exclamativo. Para exemplificar a demonstração de tranqüilidade/descontração durante a interação, mencionamos a situação em que o usuário relatava com bom humor sua rotina de afazeres domésticos e o enfermeiro ria alto com ele.

Decodificamos como sentimento de tensão/medo, um momento, durante o início de uma interação, em que o enfermeiro ao explicar o motivo da orientação, embora próximo ao usuário, mantinha as pernas cruzadas e as mãos entre elas, numa postura corporal contraída. O cansaço pôde ser identificado quando, em uma das interações, o enfermeiro escutava a usuária relatar seu estado de saúde clínico, colocando as duas mãos entrelaçadas na nuca, fez um gesto de alongamento, como se estivesse se espreguiçando. Um exemplo de demonstração de inquietação, pôde ser notado, durante uma interação, quando o enfermeiro escutava em silêncio

o relato do usuário e de seu acompanhante como estava após a alta hospitalar que havia ocorrido há pouco, e enquanto ouvia mantinha sob a mesa os pés cruzados fazendo movimentos rápidos e, na mão, segurava uma caneta que também com movimentos rápidos, batia no papel.

Consideramos como demonstração de sentimento de indiferença quando, em uma das interações, os interlocutores estavam sentados lado a lado, a usuária comentava com empolgação as orientações recebidas pelo enfermeiro e aproximou-se tocando as mãos do mesmo, e este permaneceu na mesma posição, sem retribuir o toque. Como ansiedade do enfermeiro, citamos o momento de uma interação em que este esperava uma resposta do usuário em silêncio e, por alguns instantes, manteve os lábios fechados e apertados, enquanto tamborilava os dedos nas pernas. A demonstração de sentimento de irritação foi observada em uma interação quando o enfermeiro questionou se a usuária ou sua acompanhante teriam mais perguntas a fazer, ao que a usuária respondeu: *não, agora eu quero ir para minha casa*, e o enfermeiro ao lhe dizer que era seu direito, alterou e aumentou o tom de voz e ritmo da fala, claramente irritado.

Em algumas das interações observadas, percebemos, por alguns instantes, que nossa presença causava algum desconforto ao enfermeiro por saber que a interação estava sendo observada. A expressão de desconforto foi detectada por nós quando, em algum momento, o olhar do enfermeiro em nossa direção era insistente, o que de modo não-verbal “respondíamos” desviando propositamente o olhar, tentando assim diminuir a interferência.

Em relação aos sinais de complementação do verbal, a maioria foi de gestos ilustradores optativos, aqueles que reiteram a mensagem verbal (SILVA, 1996). Notamos que quase sempre ocorriam gestos com as mãos acompanhando o que estava sendo dito, dando ênfase e de meneios verticais ou horizontais, confirmando uma idéia afirmativa ou não. Durante uma das interações observadas, o enfermeiro questionou o usuário quanto a perceber a reincidência de surtos e disse: *se das outras vezes foi assim, quer dizer, você está percebendo agora que você estaria entrando numa crise...*, e ao mesmo tempo gesticulava. Em outra interação observada, o enfermeiro perguntava do relacionamento familiar do usuário com a filha e o neto. Após ter-lhe respondido que estava melhor, o enfermeiro continuou: *ela cuida bem do menino, não é?*, acompanhando esta fala com meneios verticais de cabeça ilustrando o que estava indagando.

Os sinais de substituição do verbal foram observados, em especial, em momentos de silêncio, acompanhados de sinais paraverbais como “hum, hum...”, ao escutar o usuário como, por exemplo, um enfermeiro

ao ouvir um relato do usuário em relação a planos de vida, deu um largo sorriso acompanhado de meneios verticais da cabeça.

A contradição do verbal pode ser exemplificada, quando o enfermeiro, ao fazer a afirmação de que estava disponível e gostaria de ajudar o usuário, o fez afastando o tronco para trás, encostando-se na cadeira e desviando o olhar do usuário para outro ponto da sala. Na Tabela 3, verificamos que o maior número (13) de contradição do verbal foi observado na unidade mista “C”, o que pensamos ter sido influenciado pelo tempo da interação, que está entre os mais longos, e pelas características pessoais do enfermeiro ao fazer afirmações, muitas vezes fazê-las acompanhadas de meneios horizontais de cabeça. Podemos citar um exemplo, quando o enfermeiro ao afirmar ao paciente que o mesmo *ia melhorar muito...*, o fez acompanhado dos meneios horizontais da cabeça, como se estivesse negando o que afirmava.

Também consideramos elevada a contradição do verbal no hospital dia “A” (10), o que pensamos ter acontecido pelo fato de o enfermeiro ter a característica pessoal de usar muitos gestos ao se comunicar, não estando suficientemente atento à maneira como os usa. Um exemplo que podemos mencionar, foi quando o enfermeiro iniciou a interação conversando com o usuário sem olhar para ele e, ao mesmo tempo, ficou arrumando os papéis que estavam sobre sua mesa.

Alertamos para que o enfermeiro esteja atento quanto à maneira contraditória de transmitir mensagens, pois consideramos que a ocorrência deste dado foi significativa, e desta maneira o usuário pode ter uma interpretação dupla ou distorcida da mensagem enviada.

Consideramos na categoria “outros”, principalmente gestos adaptadores, aqueles que não apresentam uma relação direta com a fala e com o que está sendo dito, em que usamos partes de nosso corpo para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão (SILVA, 1996). Exemplos mais marcantes foram observados no hospital dia “A”, no CAPS “E” e ambulatório “A” onde registramos gestos como mexer nos cabelos, em anéis, levar a caneta à boca ou manter um objeto à mão. Quando a característica do gesto era mais marcante, como expressão de um sentimento, ele assim foi considerado e registrado. Também foram incluídos na categoria “outros”, os momentos de registro escrito das interações pelo enfermeiro.

Além da classificação dos sinais, achamos pertinente comentar dados gerais das observações das interações, como em cinco das quais houve uma participação equilibrada na quantidade de verbalizações dos interlocutores (46%); no hospital-dia “D” e unidade

em hospital geral “A” o usuário falou mais (18%); no hospital-dia “C”, ambulatório “A”, unidade em hospital geral “B” e unidade mista “C” o enfermeiro falou mais (36%).

Analisando conjuntamente os dados da Tabela 3 e os do parágrafo anterior, é interessante assinalar que embora tenham sido percebidos o mesmo número total de sinais não-verbais (104) nas interações ocorridas no CAPS “E” e no ambulatório “A”, mesmo tendo tempos diferentes, consideramos que isso se deve ao fato de no CAPS “E” a participação dos interlocutores ter sido equilibrada, e no ambulatório “A”, o enfermeiro ter conduzido a interação, falando mais. Observamos ainda que o enfermeiro do CAPS “E” demonstrou mais seus sentimentos (46) predominando a expressão sob a forma de interesse e atenção, estando presentes também sentimentos de tranquilidade/descontração e surpresa; no ambulatório “A” a demonstração de sentimentos (41) foi expressa variando entre atenção, interesse, tensão e irritação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permite afirmar que os sinais não-verbais mais percebidos nas interações foram os de demonstração de sentimentos, decodificados principalmente, como interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação. Entendemos que o enfermeiro deve estar atento a essa demonstração de sentimentos como elemento facilitador, não permitindo que, ao contrário, se torne entrave na interação.

Outra função básica da comunicação não-verbal observada nas interações e que julgamos merecer destaque é a contradição do verbal, alertando-nos que a maneira contraditória de emitir mensagens pode dar uma interpretação dupla ou distorcida da mensagem enviada ao usuário.

Em nossa percepção, a maioria dos enfermeiros pesquisados não está atenta o suficiente para perceber conscientemente o quanto a forma não-verbal de comunicar-se pode influenciar a assistência e a humanização dos atendimentos.

SILVA (1998b) afirma que “a percepção correta e consciente da comunicação não-verbal habilita-nos na leitura da coerência das mensagens recebidas e nos alerta para a coerência das mensagens enviadas. Quanto maior for a capacidade do enfermeiro decodificar corretamente o não-verbal, maiores serão suas condições de compreendê-lo e de emitir adequadamente estes sinais”.

A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NAS INTERAÇÕES ENFERMEIRO-USUÁRIO EM ATENDIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

On this exploratory-description study, we analyzed the nurse's nonverbal communication during 11 interactions in mental illness attendance. We came to the conclusion that among nonverbal signs observed, a greater number used to the feelings demonstration, the codified especially, as interest, attention, quietness/relaxing, tension/fear, indifference, anxiety and irritation. We identified also the nonverbal contradicting the verbal, alerting us that the contradictory of sending messages can give a double or distorted understanding of the message sent. In our perception, most of the nurses researched are not enough attentive to realize consciously how much the nonverbal way of communicating can influence on assistance and humanization of attendance.

KEY WORDS: nonverbal communication, psychiatric nursing, interpersonal relationship

LA COMUNICACIÓN NO-VERBAL EN LAS INTERACCIONES ENFERMERO-USUARIO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

En este estudio exploratorio descriptivo, analizamos la comunicación no-verbal del enfermero en 11 interacciones durante la atención en salud mental. Dentro de las señales no verbales observados, mayor número fue utilizado para la demostración de sentimientos, decodificados principalmente como, interés, atención, tranquilidad/descontracción, tensión/miedo, indiferencia, ansiedad e irritación. Identificamos también lo no-verbal contradiciendo lo verbal. Lo anterior llama la atención para el hecho de que, la manera contradictoria de emitir mensajes puede llevar a una doble interpretación o hasta la distorsión del mensaje enviado. En nuestra percepción, la mayoría de los enfermeros investigados no está lo suficientemente atenta para percibir conscientemente la medida en que la forma no verbal de comunicarse puede influir en la asistencia y en la humanización de la atención.

TÉRMINOS CLAVES: comunicación no-verbal, enfermería psiquiátrica, relaciones interpersonales

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRASIL. Leis etc. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168-70.
02. GAIARSA, J.A. **O espelho mágico: um fenômeno social chamado corpo e alma**. 12. ed. São Paulo: Summus, 1984.
03. HAASE, R.F.; TEPPER, D.T. Nonverbal components of empathia communication. **J. Couns. Psychol.**, Columbus, v. 19, n. 5, p. 417-24, 1972.
04. LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
05. RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
06. SILVA, M.J.P. da. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes**. São Paulo, 1989. 108 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
07. SILVA, M.J.P. da. **Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.
08. SILVA, M.J.P. da. Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. (orgs.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a. cap. 7, p. 127-35.
09. SILVA, M.J.P. da. **Análise comparativa da aplicação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares**. São Paulo, 1998b. 104 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
10. STACCIARINI, J.M.R. **Assistência ao paciente psiquiátrico: análise da comunicação do enfermeiro**. Ribeirão Preto, 1991. 101p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
11. STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
12. STUART, G.W.; SUNDEEN, S.J. **Psychiatric nursing**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1995.
13. TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
14. TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica**. Cali: OPAS/OMS, 1979.