

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACÊDO COSTA

**MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA  
2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACÊDO COSTA

**MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica

Linha de pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica

Área temática: Saúde Ocular

Orientadora: Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca

FORTALEZA  
2009

C873m Costa, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
Modelo de comunicação verbal com o cego: desenvolvimento e validação em consulta de enfermagem / Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa. – Fortaleza, 2009.  
129 f. : Il.

Orientador: Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 2009

1. Enfermagem 2. Cegueira 3. Comunicação 4. Estudos de Validação I. Pagliuca, Lorita Marlena Freitag (orient.) II. Título

CDD: 610.7369

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACÊDO COSTA

**MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

A citação de qualquer trecho desta é permitida, desde que seja de conformidade com as normas de ética científica.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Namie Okino Sawada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

---

Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

---

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Suplente)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho à minha família, cuja existência tornou-se razão e incentivo para que seguisse em frente e realizasse esse sonho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ter me erguido e direcionado diversas vezes, superando os inúmeros obstáculos e dando-me a vitória;

Ao Divino Espírito Santo, pelos dons de luz e sabedoria.

Ao meu esposo Deyves, pela compreensão e incentivo.

Aos meus pais, Antônio Epitácio e Maria Leide, a quem amo de coração e agradeço a vida.

Aos meus irmãos, Márcia Leyla, Elânio César e Antônio Epitácio, que sempre estiveram disponíveis às minhas necessidades e tornaram possível minha trajetória universitária.

Ao meu cunhado, Willame Felipe e aos meus sobrinhos, Ana Lídia, Felipe Neto e Ricardo Felipe, por todo amor e carinho transmitidos em todos os dias, mesmo a distância.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, pela dedicação e ensinamentos indispensáveis na conclusão deste trabalho e pelas prazerosas oportunidades de crescimento pessoal durante nossa convivência.

À Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, pela disponibilidade como ser humano e como docente.

Às Profas. Dras. Namie Okino Sawada, Isabel Amélia Costa Mendes, Inacia Sátiro Xavier de França e Ana Karina Bezerra Pinheiro, por terem aceito o convite para participar da banca.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pelas idas e vindas de dados e pela troca de afeto sincero.

À amiga Grazielle Roberta, sempre comigo durante esses anos de estudo e de vitória.

À amiga Cristiana Almeida, pela ajuda e amor em Cristo.

À Antonia, sempre disponível, principalmente no final da construção dessa tese.

A todos os professores, mestres e orientadores cujos conhecimentos me propiciaram diversos saberes.

Aos colegas de curso, pelo compartilhamento de momentos inesquecíveis e saudável companheirismo.

Ao Projeto Saúde Ocular, onde tudo começou, e ao Projeto LabCom Saúde e todos seus integrantes, incluindo bolsistas e funcionários.

A todos os professores da Universidade Federal do Ceará, pela decisiva contribuição nessa jornada acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de fazer parte desse grupo tão sólido e reconhecido nacionalmente.

A todos os funcionários da Universidade Federal do Ceará, pela amizade e presteza.

À CAPES e ao CNPQ, pelo apoio financeiro.

Às especialistas, por aprimorarem o modelo de comunicação proposto.

Às juízas, por disponibilizarem tempo na análise das filmagens.

Aos concludentes e enfermeiros, pela ajuda e compreensão durante os dias de treinamento e filmagens.

À associação dos cegos e seus integrantes, pela agradável receptividade.

A todos, enfim, obrigada.

## RESUMO

Embora o cego tenha limitações, isso não pode impedir sua comunicação e seu relacionamento com outras pessoas. Porém na formação acadêmica os profissionais da saúde, a exemplo dos enfermeiros, não são preparados para cuidar de cegos. Assim, objetivou-se validar um Modelo de Comunicação Verbal com o Cego e o Enfermeiro à luz da Teoria de Roman Jakobson. Estudo quantitativo, com abordagem metodológica realizado por meio de filmagens no LabCom\_Saúde no Departamento de Enfermagem da UFC, de dezembro/2007 a dezembro/2008. O ambiente foi organizado com vistas a se aproximar das condições ideais de uma sala de consulta de enfermagem para triagem de pessoas cegas e com diabetes. Participaram 30 enfermeiros recém-formados e concludentes do curso de graduação em Enfermagem e 30 cegos de ambos os olhos e seus acompanhantes. Além desses, colaboraram na pesquisa os especialistas que avaliaram o modelo e os juízes que analisaram as filmagens, observada a titulação, produção científica e atuação na temática. Após a construção, o modelo foi avaliado por três especialistas para validação aparente e de conteúdo. Feito o julgamento, incorporaram-se as modificações. Para o teste do modelo realizaram-se 30 consultas de enfermagem registradas e filmadas. Destas, 15 foram de responsabilidade de enfermeiros não-treinados e 15 de treinados. As filmagens foram analisadas por três juízes, enfermeiras treinadas no Modelo de Comunicação. Atentou-se para todos os princípios da Resolução 196/96. Os dados foram processados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 14.0 e analisados por meio de tabelas univariadas com frequência relativa e porcentagens. Dos enfermeiros, 17 (56,7%) tinham idade entre 22 e 25 anos, a maioria, 26 (86,7%), era do sexo feminino. Dos cegos, 8 (26,7%) estavam na faixa etária entre 39 e 49 anos e a maioria, 16 (53,4%), era do sexo feminino; 20 (66,7%) ficaram cegos entre 21 e 35 anos. A construção do modelo desenvolveu-se em quatro momentos: diretrizes gerais; acolhimento; processo de enfermagem; encerramento. Nas diretrizes gerais, o grupo treinado apresentou excelência em todos os itens, variável de 60% a 91,1%. O grupo não-treinado mostrou comunicação péssima/ruim, em maior frequência, em quatro itens ao empregar palavras que indicam a direção (97,8%); tocar ligeiramente braço ou ombro (95,6%); evitar gesticular (68,9%); falar olhando para o cego (22,2%). Na etapa de acolhimento, todos os enfermeiros treinados a desempenharam com êxito, diferentemente do ocorrido com os não-treinados, cujo resultado foi péssimo ou ruim em 100% de algumas ações. Na etapa da coleta de dados, o grupo treinado teve excelente atuação em cinco das ações e nas etapas de diagnósticos e planejamentos de enfermagem, apresentou ações boas e excelentes nos seguintes itens: seguir protocolo (95,6%); fazer anotações informando o motivo do silêncio (93,4%); e evitar silêncio prolongado (100%). O desempenho do grupo não-treinado foi considerado péssimo nos itens: anotações por não informar o motivo do silêncio (100%); evitar o silêncio prolongado (91%). Na etapa de intervenções de enfermagem o grupo treinado denotou excelência em todos os itens, enquanto na etapa de avaliação não ocorreram ações consideradas péssimas/ruins em nenhum dos itens do mencionado grupo. Já na etapa de encerramento da consulta, identificou-se excelência dos treinados nos seguintes itens: comunica-se acompanhando o cego até a porta (82,2%); despede-se falando e apertando a mão (62,2%); e reforça as informações (42,2%). Na análise da comunicação verbal entre o enfermeiro e o cego, na função vocativa, este grupo apresentou 65,7% das ações e na função imperativa 19,5%. O silêncio manifestou-se em quase metade (45%) das interações dos participantes não-treinados e em 12,4% das dos treinados. No grupo treinado também estiveram presentes a empatia (69,2%), a tranquilidade (49,6%), a satisfação (44,2%) e, a solidariedade (29,4%). Dos canais, o mais evidenciado nos treinados foi a fala (86,8%), enquanto a linguagem comum ocorreu nas interações dos treinados (85,6%) e nas dos não-treinados (50,1%). Conforme se conclui, o modelo foi validado pela amostra e pode-se

afirmar que o Modelo de Comunicação Verbal com Cegos é eficaz. Recomenda-se, pois, sua utilização na consulta de enfermagem a pessoas cegas.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Comunicação. Validação. Cegos.

## ABSTRACT

Although blind people have limitations, this cannot impede their communication and relationship with other people. In academic education, however, health professionals, such as nurses, are not prepared to take care of blind people. This study aimed to validate a Verbal Communication Model with the Blind and the nurse in the light of Roman Jakobson's Theory. A quantitative study was a methodological approach was carried out at the LabCom\_Saúde of the Nursing Department at the Federal University of Ceará, Brazil, between December 2007 and December 2008, using filming. The environment was organized for the sake of maximum similarity with a nursing consultation room for the screening of blind diabetes patients. Participants were 30 newly-graduated nurses and graduates of the Nursing course and 30 patients blind in both eyes and their possible companions. The specialists who assessed the model and the judges who analyzed the filming collaborated in the research, in view of their degree, scientific production and work on the theme. After the construction, the model was assessed by three specialists for face and content validation. After the assessment, modifications were incorporated. To test the model, 30 nursing consultations were registered and filmed. Fifteen of these were under the responsibility of untrained and 15 under the responsibility of trained nurses. The films were analyzed by three judges, who were nurses with training on the Communication Model. All principles of Resolution 196/96 were complied with. Data were processed in Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software and analyzed through univariate tables with relative frequency and percentage. Seventeen (56.7%) of the nurses were between 22 and 25 years of age, and a majority, 26 (86.7%), were women. Eight (26.7%) blind patients were between 39 and 49 years old and most of them, 16 (53.4%), were women; 20 (66.7%) became blind when they were between 21 and 35 years of age. The model was constructed in four phases: general guidelines; welcoming; data collection; nursing interventions. In the general guidelines, the trained group obtained excellent results on all times, ranging from 60% to 91.1%. The non-trained group showed very bad/bad communication, with higher frequencies on four items, using words that indicate direction (97.8%); lightly touching the arm or shoulder (95.6%); avoiding gestures (68.9%); talk while looking at the blind (22.2%). In the welcoming phase, all trained nurses displayed a successful performance, as opposed to the non-trained nurses: 100% very bad or bad in some actions. In the data collection phase, the trained group obtained an excellent performance on five of the actions and, in the nursing diagnosis and planning phases, trained nurses presented good and excellent actions for the following items: following the protocol (95.6%); informing on the reason for the silence when making notes (93.4%); and avoiding long periods of silence (100%). The performance of the non-trained group was considered very bad in terms of notes because they did not inform on the reason for the silence (100%); avoiding long periods of silence (91%). In the nursing intervention phase, the trained group achieved excellent performance on all items, without any very bad/bad actions on any of the items in the assessment phase. In the final phase of the consultation, excellent performance of the trained nurses was identified on the following items: communicates while accompanying the blind to the door (82.2%); says goodbye while talking and shaking hands (62.2%); and strengthens the information (42.2%). In the analysis of verbal communication between the nurse and the blind, the vocative function presented 65.7% of actions, against 19.5% for the imperative function. Silence was manifested in almost half (45%) of interactions with non-trained nurses against 12.4% for trained nurses. In the trained group, empathy (69.2%), tranquility (49.6%), satisfaction (44.2%) and solidarity (29.4%) were also present. The most evidenced channel in the trained group was speech (86.8%). And common language occurred in the trained group's (85.6%) and the non-trained group's (50.1%) interactions. In conclusion, the model was validated by the sample and it can be affirmed that the Verbal

Communication Model is effective. Thus, its use in nursing consultations with blind people is recommended.

**Key words:** Nursing. Communication. Validation. Blind.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	Faixas de perda de visão.....	28
QUADRO 2	Definição da CID-10 sobre cegueira.....	29
QUADRO 3	Definição da CID-10 sobre cegueira.....	29
FIGURA 1	Modelo de comunicação de Shannon-Weaver (1949).....	39
FIGURA 2	Modelo reflexivo de Leary (1955).....	40
FIGURA 3	Fatores presentes na comunicação verbal segundo Jakobson (2001).....	41

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa. Fortaleza, 2009.....	62
TABELA 2	Perfil dos cegos participantes da pesquisa. Fortaleza, 2009.....	63
TABELA 3	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de acordo com as diretrizes gerais. Fortaleza, 2009.....	64
TABELA 4	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas ao acolhimento do paciente. Fortaleza, 2009.....	65
TABELA 5	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à coleta de dados. Fortaleza, 2009.....	66
TABELA 6	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas aos diagnósticos e planejamentos de enfermagem. Fortaleza, 2009.....	67
TABELA 7	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à implementação de enfermagem. Fortaleza, 2009.....	68
TABELA 8	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à avaliação de enfermagem. Fortaleza, 2009.....	69
TABELA 9	Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas ao encerramento da consulta de enfermagem. Fortaleza, 2009.....	70
TABELA 10	Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, do modelo de comunicação verbal do enfermeiro com o cego. Fortaleza, 2009.....	71
TABELA 11	Distribuição das interações de acordo com os elementos/funções da comunicação verbal. Fortaleza, 2009.....	73

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	HIPÓTESE E OBJETIVOS.....	22
2.1	HIPÓTESE.....	22
2.2	OBJETIVOS.....	22
2.2.1	Objetivo geral.....	22
2.2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Deficiência.....	23
3.1.1	Deficiência visual.....	27
3.2	Comunicação Humana.....	30
3.2.1	Bases teóricas.....	30
3.2.1.1	Base biológica.....	30
3.2.1.2	Base social.....	31
3.2.2	Fatores que influenciam a comunicação.....	33
3.2.3	Formas e níveis de comunicação.....	34
3.3	Modelos Teóricos.....	36
3.4	Comunicação em Enfermagem.....	43
4	METODOLOGIA.....	51
4.1	Tipo de Estudo, Local e Período de Realização.....	51
4.2	Sujeitos da Pesquisa e Aspectos Éticos.....	51
4.3	Construção do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.....	53
4.4	Validação do conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego por especialista.....	56
4.5	Coleta de Dados.....	57
4.5.1	Teste do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.....	57
4.5.1.1	Ambiente e procedimentos para filmagem.....	57
4.5.1.2	Grupo não-treinado.....	58
4.5.1.3	Grupo treinado.....	58
4.6	Análise das Filmagens.....	59
4.7	Análise dos Dados.....	61
5	RESULTADOS.....	62
5.1	Perfil dos Enfermeiros e dos Cegos.....	62
5.2	Validação do Modelo de Comunicação Verbal.....	63
5.3	Análise de Confiabilidade do Modelo de Comunicação Verbal.....	71
5.4	Análise da Comunicação Verbal entre o Enfermeiro e Cego.....	72
6	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	75
6.1	Validação do Conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego por especialistas.....	75
6.2	Perfil dos Enfermeiros e dos Cegos.....	78
6.3	Validação do Modelo de Comunicação Verbal.....	79
6.4	Análise da Comunicação Verbal entre o Enfermeiro e o Cego.....	90
7	CONCLUSÕES.....	94

REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	110
ANEXO	

## 1 INTRODUÇÃO

Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BATTISTELLA; BRITO, 2002). O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Na deficiência visual, a acuidade visual é igual ou menor do que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20% na escala de Snellen, ou ocorrência simultânea de ambas as situações, sendo considerados deficientes visuais os cegos e os portadores de visão subnormal (BOLONHINI JÚNIOR, 2004).

Cego é aquele que apresenta desde ausência total de visão até a perda da percepção luminosa. Sua aprendizagem se dá por meio da integração dos sentidos remanescentes preservados. Tem como principal meio de leitura e escrita o sistema braille, o qual é obtido pela justaposição de pontos em relevo, seis no máximo, cujas diferentes combinações permitem reproduzir todas as letras do alfabeto, os algarismos, a pontuação e a notação musical. Sua escrita é difícil, pois exige a inversão da disposição dos pontos. Nesse caso, o cego deve escrever da direita para a esquerda, e o próprio signo é invertido para poder a leitura ser feita normalmente da esquerda para a direita (HUGONNIER-CLAYETTE; MAGNARD, 1989; MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006).

A cegueira pode ser decorrente do diabetes e representa uma das suas mais sérias conseqüências. Entre as complicações microvasculares do diabetes sobressai a retinopatia diabética, principal causa de novos casos de cegueira entre norte-americanos nas idades de 20 a 64 anos. São 8 mil novos casos de cegueira a cada ano (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE, 2000). No Brasil, segundo se estima, metade dos pacientes portadores de diabetes é afetada pela retinopatia, responsável por 7,5% das causas de incapacidade de adultos para o trabalho e por 4,58% das deficiências visuais (BOELTER; AZEVEDO; GROSS, 2003). Hoje, com freqüência, esses números são importantes para retratar a deficiência visual pelo diabetes, razão por que não pode ser desconsiderada pelos profissionais de saúde.

Atualmente, de acordo com as estatísticas, existem 180 milhões de pessoas com deficiência visual, em todo o mundo, dos quais 45 milhões são cegos e 135 milhões apresentam algum tipo de baixa visão. Conforme previsto, até o ano de 2020 o número de pessoas cegas dobrará. Determinados fatores concorrem para esta realidade, tais como o crescimento populacional mundial, com um aumento do número de pessoas acima dos 65 anos, além da falta de diagnóstico de algumas doenças crônicas, como o glaucoma, e de uma maior sobrevivência de bebês prematuros que podem vir a ter a retinopatia pediátrica, a segunda maior causa de cegueira infantil. Como aponta estudo feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas de cegueira no mundo, em ordem decrescente, são estas: catarata (47,80%); glaucoma (12,30%); degeneração macular (8,70%); opacidades de córnea (5,10%); retinopatia diabética (4,80%); cegueira infantil (3,90%); tracoma (3,60%); oncocerquíase (0,80%) e outras (13,00%) (OMS, 2005).

Os países menos desenvolvidos são responsáveis pela maior parte dos casos. Como mostram dados da OMS (2005), a prevalência da cegueira no mundo pode variar de 1% na África a 0,2% na Europa ocidental e nos Estados Unidos. No caso da baixa visão, com a melhor correção possível, sem levar em consideração, deste modo, os erros refrativos como a miopia (a hipermetropia e o astigmatismo), varia de 3% na África a 1,1% na Europa ocidental. Outra característica da cegueira no mundo é que as mulheres apresentam maior tendência à deficiência visual do que os homens.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Censo 2000 contabilizou 148 mil cegos no Brasil, 57 mil apenas no Nordeste. A Bahia, com 15,4 mil pessoas, é o segundo Estado brasileiro com maior número de deficientes visuais. Perde apenas para São Paulo, onde vivem 23,9 mil cegos. O detalhe é que mais de 16 milhões de pessoas declararam ter algum tipo de dificuldade de enxergar. Desse total, estima-se que 2 milhões têm baixa visão (IBGE, 2000).

A pessoa com deficiência visual, especialmente os cegos, encontra inúmeras dificuldades na integração social, na medida em que o despreparo e o desconhecimento da sociedade, de modo geral, criam barreiras de toda natureza. Assim, obstáculos arquitetônicos nas vias e logradouros públicos, falta de sinalização sonora no trânsito, inexistência de materiais didáticos, problemas de comunicação, são alguns exemplos dos transtornos enfrentados no dia-a-dia por essas pessoas (BOLONHINI JÚNIOR, 2004).

Tudo isto compromete a acessibilidade, definida como a condição de alcance das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida para utilizar com segurança e autonomia os espaços mobiliários, os equipamentos urbanos, as edificações, os transportes e os sistemas dos meios de comunicação. A acessibilidade não diz respeito, apenas, ao espaço físico, envolve todo um contexto de ambiente, o acesso aos meios de comunicação e até mesmo a participação como cidadão (GODOY et al., 2000), por meio do desenvolvimento sadio da sua personalidade com vistas à garantia da sua dignidade humana, nesta incluída a promoção da saúde. No entanto, como observado no cotidiano da sociedade brasileira, a falta de orientação no referente à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças atinge todas as camadas sociais, principalmente as pessoas com deficiência. Estas sofrem duplamente: de um lado, pela dificuldade de acesso físico, e do outro, por não possuírem os canais necessários para a obtenção das informações, como ocorre com o cego e o surdo.

Cada pessoa é única em seu modo de pensar, querer e sentir. Portanto, não há necessariamente identidade de interesses e de comportamento entre as pessoas com uma mesma deficiência. Do ponto de vista humano, as expectativas em relação à pessoa com deficiência são semelhantes às das demais pessoas: que, ao fim de um processo educativo, ou de reabilitação, sejam seres completos, com autonomia de vida, liberdade de escolha, independência econômica e financeira e integração ao seu meio.

Para isso, o Estado deve promover políticas educacionais e de inclusão social que permitam às pessoas com deficiência ingressar no processo social, interagindo com a comunidade. Assim, é função do Estado, por meio dos seus órgãos de fiscalização, exigir o cumprimento das normas que garantem as prerrogativas das pessoas com deficiência. Cabe-lhe assegurar, por exemplo, a possibilidade de inclusão educacional, o respeito à reserva de mercado, a eliminação de barreiras arquitetônicas, o atendimento à saúde, ao transporte, entre outras necessidades básicas (BOLONHINI JÚNIOR, 2004).

Como assevera a Constituição brasileira, a saúde é um dever do Estado, podendo ser exercida pela iniciativa privada. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A sociedade plural e, em particular, os profissionais de saúde precisam se conscientizar a entender que as pessoas, independentemente da sua condição, devem ser tratadas com igualdade, pois todas são portadoras dos mesmos direitos fundamentais que provêm da humanidade e definem a dignidade da pessoa (FRANÇA, 2000). Tal consideração expressa-se também por evidenciar que na enfermagem se fala muito de cuidado humanizado, visão holística, no qual o cliente é assistido de uma forma global como indivíduo singular, respeitando-se suas crenças, seus valores, seu contexto histórico e seus limites físico, intelectual, social e mental.

Embora o cego tenha limitações, isso não pode impedir sua comunicação e seu relacionamento com outras pessoas. Ademais, ele tem direito a saúde, com a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e ao seu adequado atendimento. É importante então haver essa harmonia na relação do profissional da saúde e da pessoa com deficiência visual, com vistas a esse relacionamento satisfatório. Pessoas com deficiência fazem parte da diversidade humana e a diferença entre as pessoas é um princípio básico. Em respeito a este princípio, nenhuma forma de discriminação pode ser tolerada. Conforme proposto, o respeito e a valorização das diferenças definem a sociedade inclusiva.

Em qualquer sociedade, a comunicação exerce papel decisivo. No âmbito da saúde, freqüentemente o enfermeiro assume ora o papel de emissor ora o de receptor num mesmo processo comunicativo ao se relacionar com um paciente. Para concretizar esse processo, é necessário tanto enviar mensagens que o paciente entenda como entender as mensagens recebidas. A mensagem é a idéia transmitida pelo emissor e essa idéia deve ter o mesmo significado para o receptor, pois só dessa forma a comunicação se efetivará.

No cuidado ao ser humano, a enfermagem tem a oportunidade de ocupar seu espaço. Todo ser humano é complexo e indivisível, e para se comunicar com ele será preciso considerar seus valores e crenças, prezar a auto-estima e o autoconceito, além de se estabelecer um relacionamento empático. É o exercício da comunicação.

Atualmente, a temática comunicação vem sendo bastante estudada. Spagnuolo e Pereira (2007), em sua revisão de literatura em âmbito nacional e internacional envolvendo processos de comunicação do enfermeiro na sua prática, identificaram cerca de 370 citações na base de dados LILACS. Os cenários eram os mais diversos, a saber: maternidades (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008; CAMPOS et al., 2008); unidades obstétricas

(PINTO; ROCHA; SILVA, 2002); unidades de doenças sexualmente transmissíveis (ARAÚJO et al., 2006); geriatria (SANTOS; SILVA, 2003); unidades de terapia intensiva (ZINN; SILVA; TELLES, 2003; INABA; SILVA; TELLES, 2005); hospitais universitários (SILVA, 2001; BRAGA; SILVA, 2007; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008); unidade de queimados (SILVA; SILVA, 2004); unidade cirúrgica (ZAGA; CASAGRANDE, 1997); serviços administrativos de saúde (PUGINNA; SILVA, 2005; TREVIZAN et al., 1998); pronto-socorro (SOUZA; SILVA, 2007); anotações de enfermagem (ANGERI; MENDES; PEDRAZZANI, 1981; ANGERI; MENDES; TAKAKURA, 1982; OCHOA-VIGO et al., 2001) e universidades (JESUS; CUNHA, 1998; ROCHA, 1999; BRAGA, 2004; BRAGA; DYNIEWICZ; CAMPOS, 2008).

Além desses, outros estudos foram feitos por pesquisadores da temática da comunicação (MENDES; TREVIZAN; NOGUEIRA, 1987; MENDES et al., 1991; SAWADA et al., 1993; CARVALHO; BACHION; BRAGA, 1997; BACHION; CARVALHO; BELISÁRIO, 1998; MENDES; TREVIZAN; ÉVORA, 2000; FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2008; CARDOSO; SILVEIRA; CARVALHO, 2008).

No referente à deficiência, entre elas a visual, alguns estudos nacionais foram encontrados, tais como: Inaba, Silva e Telles (2005); Pagliuca, Macedo e Silva (2003); Macêdo (2005); Macêdo e Pagliuca (2004); Almeida (2005); Pagliuca, Fiuza e Rebouças (2007); França, Pagliuca e Baptista (2008); França e Pagliuca (2008); Pagliuca, Regis e França (2008); Cezário, Mariano e Pagliuca (2008); Siqueira et al. (2009).

Quanto às exigências para a comunicação, uma das principais é interação entre emissor e receptor. A comunicação é eficaz quando a mensagem transmitida torna-se comum. No entanto, esse processo pode ser afetado por vários fatores. Entre eles, sobressaem: inadequação do emissor na maneira de se expressar; falta de habilidade do emissor para transmitir a mensagem e do receptor de compreendê-la; alterações da mensagem durante a transmissão em virtude de falha no canal de comunicação (NOGUEIRA; CAETANO; PAGLIUCA, 2000).

Estes problemas de comunicação ocorrem não apenas entre videntes, mas também entre videntes e cegos. Quando a comunicação é entre profissionais de saúde e cegos e, no caso, entre enfermeiras e cegos, eles são ainda mais complexos, sobretudo porque os enfermeiros, na sua formação acadêmica, não são instruídos a cuidar de pessoas cegas. Desse

modo, as experiências vividas por esses profissionais como estudantes não são suficientes para capacitá-los a lidar com essas pessoas (MACÊDO, 2003). Trabalho de conclusão do curso de mestrado realizado pela autora desse estudo corrobora estas afirmações, pois identificou falhas na comunicação verbal entre enfermeiro e cego em consulta a paciente diabético. Portanto, reforça o real despreparo desses profissionais e a necessidade de atentarem para esse aspecto durante sua atuação.

Em pesquisa na qual se estudaram os planos das disciplinas de quatro universidades, percebeu-se que as proposições são universais, igualitárias e democráticas, e os planos encampam a maioria das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde para prevenir as deficiências. Embora a prática acadêmica exercite a prevenção-tratamento, silencia a respeito da inserção do enfermeiro no processo de integração da pessoa com deficiência (FRANÇA; PAGLIUCA; SOUZA, 2003).

No respeitante à atuação do enfermeiro no processo de integração social das pessoas com deficiência, esse profissional precisa tomar parte ativa na equipe de reabilitação, particularmente mediante ações educativas que ajudem essas pessoas a assumirem o autocuidado e a desenvolverem uma consciência transitiva crítica que facilite sua re-inclusão social (FRANÇA; PAGLIUCA; SOUZA, 2003). Por se acreditar nessas ações, optou-se por desenvolver um Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, com a finalidade específica de orientar o enfermeiro a comunicar-se verbalmente com essas pessoas.

Esta opção vem de longa data. O primeiro contato da pesquisadora com pessoas com deficiência visual, ou, com pessoas surdas ocorreu durante o curso de graduação, ao ingressar em um projeto de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) intitulado Projeto Saúde Ocular. Sua abordagem era centrada na saúde ocular do adulto, da criança e na educação em saúde do cego, vertente pela qual a pesquisadora interessou-se e passou a desenvolver atividades de pesquisa e extensão, apesar dos recursos utilizados em nosso meio para tal fim ainda serem escassos, no âmbito da enfermagem. Também houve participação em outros projetos durante a pós-graduação, a saber: o Projeto de Comunicação em Saúde e o Projeto Acessibilidade Física e ou Sensorial aos Serviços de Saúde.

Quanto ao contato direto, verificou-se em uma associação de cegos do Estado do Ceará, local onde são desenvolvidas as atividades desses projetos por alunos da graduação e

pós-graduação componentes do grupo de pesquisa. Contudo toda essa experiência com a deficiência só foi possível em face das atividades científicas da universidade e conseqüentemente desses projetos de pesquisa, pois, naquele tempo, o assunto não era abordado na matriz curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da UFC. Isso reforça ainda mais a dificuldade dos profissionais da enfermagem ao se relacionarem com pessoas com deficiência.

Diante destas justificativas, considera-se relevante esse estudo, pois o enfermeiro tem possibilidade e potencialidade para adquirir habilidades em usar adequadamente a comunicação, tornando assim suas ações efetivas nesse processo. Ele deve também ter conhecimento sobre cegueira e possíveis conseqüência da doença. Saber comunicar-se com essa clientela pode melhorar a assistência de enfermagem local e ensejar embasamento para a ciência no concernente ao relacionamento interpessoal entre pessoas com deficiência visual e profissionais de saúde quer em âmbito estadual ou nacional.

## **2 HIPÓTESE E OBJETIVOS**

### **2.1 HIPÓTESE**

O Modelo de Comunicação Verbal com o Cego permitirá ao enfermeiro maior habilidade para se comunicar verbalmente com a pessoa cega.

### **2.2 OBJETIVOS**

#### **2.2.1 Objetivo geral**

Construir e validar um Modelo de Comunicação Verbal com o Cego e o enfermeiro à luz da Teoria de Roman Jakobson.

#### **2.2.2 Objetivos específicos**

- 1) Desenvolver um Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.
- 2) Validar o conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego junto a especialistas em comunicação.
- 3) Aplicar o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego com o enfermeiro na consulta de enfermagem.
- 4) Avaliar o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego em um grupo de enfermeiros treinados e não-treinados.
- 5) Comparar o grupo de enfermeiros treinados e não-treinados em relação à utilização do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Nestas seções se abordarão detalhadamente os objetos de estudo no intuito de clarificá-los e darem suporte teórico suficiente para atingir os objetivos propostos nessa tese. São eles: deficiência; comunicação humana; modelos teóricos; comunicação em enfermagem.

#### 3.1 Deficiência

Uma das missões da Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste na produção de Classificações Internacionais de Saúde que representam modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, com vistas à utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde. O propósito de *The WHO Family of International Classifications*, em português, A Família de Classificações Internacionais da OMS, resume-se em promover a seleção apropriada de classificações em vários campos da saúde em todo o mundo. Estas facilitam o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados; facilitam também a formação de bases de dados nacionais consistentes e permitem a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países (OMS, 2007).

Entre elas, sobressai a CID-10. Segundo a OMS (2007), a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão) fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões. Outro documento também elaborado pela OMS foi a *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) ou em português Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). No intuito de responder às necessidades de se conhecer mais sobre as conseqüências das doenças, em 1976 a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), em caráter experimental, traduzida para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, a CIDID (PORTUGAL, 1989; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Após várias versões e numerosos testes, em maio de 2001 a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (OMS, 2001). A versão na língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (OMS, 2003). No referente à deficiência, a CIF foi elaborada com a finalidade de registrar e organizar uma gama de

informações relacionadas a diferentes estados de saúde. Visa uniformizar a linguagem internacional concernente à descrição de diferentes aspectos quanto a funcionalidade, incapacidade e saúde (BATTISTELLA; BRITO, 2002).

Pela CIF as funções corporais são entendidas como as funções fisiológicas dos sistemas corporais e as estruturas corporais são as partes anatômicas do corpo humano. Desse modo, as deficiências são problemas nas funções ou estruturas corporais tais como um desvio significativo ou uma perda, enquanto limitações são dificuldades que uma pessoa pode ter no desempenho e/ou realização das atividades. Ter limitações não é significado de deficiências evidentes. Por exemplo, pessoas impossibilitadas de desenvolver as atividades diárias por estas estarem relacionadas com muitas doenças. A incapacidade é entendida como a restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano (OMS, 2003).

De modo geral, as deficiências devem ser parte ou expressão de um estado de saúde, porém não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente. Portanto, o conceito de deficiência inclui vários aspectos, como transtorno ou doença. Por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência, não um transtorno ou uma doença (OMS, 2003). Para essa nova classificação, o termo funcionalidade substitui termos usados no passado, como incapacidade, deficiência, invalidez e desvantagem, e amplia seu significado para incluir experiências positivas registrando a potencialidade da pessoa com deficiência. A nova classificação mede a capacidade da pessoa com deficiência em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às tarefas do cotidiano (BATTISTELLA; BRITO, 2002). Assim, segundo se entende, esses dois sistemas são complementares e os profissionais devem utilizar essas classificações de forma conjunta.

Os conceitos apresentados nessa classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença; são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a classificação não constitui somente um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos. Além disso, ela permite avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Ao se percorrer a história da humanidade, é visível o preconceito em relação aos diferentes. Tal preconceito parece resistir com o advento da revolução industrial do mundo contemporâneo. Segundo Adorno (1995), na indústria, ou seja, com o capitalismo, o indivíduo é ilusório não apenas por causa da padronização do modo de produção. Ele só é tolerado na medida em que sua identidade incondicional com o universal está “fora de questão”. O indivíduo transformado em consumidor dos produtos oferecidos pela indústria cultural vê-se enfraquecido diante da mesmice que lhe é oferecida e, na seqüência, é induzido a reações massificadas, propícias à reincidência de práticas preconceituosas.

O preconceito incorpora fenômenos contemporâneos, resultantes das relações sociais cada vez mais impeditivas para a reflexão sobre a própria impotência em face de uma ordem social que diferencia pela estigmatização. Numa sociedade que impõe renúncias e sacrifícios capazes de enriquecer o pensamento, em virtude das condições de sobrevivência num contexto de privações determinadas por relações desiguais, de apropriação concentrada dos bens materiais e simbólicos, o preconceito torna-se um elemento presente e freqüente (SILVA, 2006).

Como assevera a literatura, a sociedade possui uma visão de homem padronizada e classifica as pessoas de acordo com essa percepção. Elege-se um padrão de normalidade e se esquece de que a sociedade se compõe de homens diversos, que ela se constitui na diversidade, assumindo de um outro modo as diferenças (MATTOS, 2007).

Por ser disforme ou fora dos padrões, o corpo marcado pela deficiência lembra a imperfeição humana. Como nossa sociedade cultua o corpo útil e aparentemente saudável, as pessoas com deficiência mostram a fragilidade que se quer negar. A sociedade não os aceita porque se considera diferente deles. Se os aceitasse, se igualaria. É como se eles a remetesse a uma situação de inferioridade. Tê-los em seu convívio funcionaria como um espelho a lembrar que também se pode ser como eles. Esse potencial, que é real, em vista das trágicas mudanças possíveis de ocorrer, é que faz o homem frágil, pois ele quer ser sempre completo e constante. O estigma, por ser uma marca, um rótulo, é o que mais se evidencia, propiciando a identificação. E, assim, idealiza-se uma vida particular dos cegos, dos surdos, que explica todos os seus comportamentos de forma inflexível. Por exemplo: ele age assim porque é cego. Nesse processo de rotulação, o indivíduo estigmatizado incorpora determinadas representações, passa a identificar-se com uma tipificação que o nega como indivíduo (SILVA, 2006). O preconceito às pessoas com deficiência configura-se como um mecanismo

de negação social, porquanto suas diferenças são ressaltadas como uma falta, carência ou impossibilidade.

Num primeiro contato, as pessoas com deficiência causam estranheza. Tal estranheza pode manter-se ao longo do tempo, a depender do tipo de interação e dos componentes dessa relação. Como afirma Sasaki (2003), diante dessa situação o preconceito emerge como um comportamento pessoal. Para modificar referida situação, tanto os órgãos do Estado, como a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), e a própria sociedade, devem discutir a forma como essas pessoas são tratadas no país e exigir o cumprimento das leis vigentes.

De acordo com Tanaka (2006), desde a aprovação da Declaração de Salamanca, em 1994, questões referentes às teorias e práticas inclusivas vêm sendo incessantemente discutidas quer por educadores e órgãos envolvidas com a educação de pessoas com necessidades educacionais especiais, por empregadores e organismos interessados na colocação dessa população no trabalho, quer pela sociedade de modo geral. A partir de 1999, com a aprovação da Portaria nº 1.679, o tema acessibilidade também passou a fazer parte do cenário dessas discussões, pois o direito de ir e vir tornou-se um elemento importante para auxiliar na inclusão social.

Um dos espaços dessas discussões foi a VIII Jornada de Educação Especial, ocorrida de 8 a 11 de maio de 2006, promovida pelo Departamento de Educação Especial da Unesp, campus de Marília. Nesse espaço os profissionais e pesquisadores tiveram a oportunidade de debater diferentes questões relacionadas ao eixo temático inclusão e acessibilidade, além de disseminar suas produções científicas e divulgar as experiências desenvolvidas na área (TANAKA, 2006). Nesta jornada, contudo, não se abordou a saúde dessas pessoas. Urge, pois, intensificar as discussões sobre tal tema.

A convivência na diversidade deve ser aceita. Mas não significa assumir a posição de espectador passivo e tolerante. Nesse caso, o pressuposto essencial está em admitir que cada indivíduo tem direito de combinar experiências pessoais de vida com a coletividade, imprimindo, todavia, uma identidade particular: sua individualidade. Na atual sociedade, esse direito ainda não é concretizado, em virtude de se ignorar singularidades individuais (SILVA, 2006).

### 3.1.1 Deficiência visual

Paralelamente aos conceitos da CIF, deve-se levar em conta o art. 3º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Segundo consta nesse documento, deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão tido como normal para o ser humano. Assim, considera-se deficiência visual quando a acuidade visual é igual ou inferior a 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (escala de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (SENAC, 2003).

Para a delimitação e avaliação da visão podem se adotar duas vertentes: acuidade visual, aquilo que se enxerga a determinada distância, e campo visual, a amplitude da área alcançada pela visão (JARVIS, 2002; PORTO, 2005). Em 1966 a OMS registrou 66 diferentes definições de cegueira, utilizadas para fins estatísticos em diversos países. Para simplificar o assunto, um grupo de estudos sobre a Prevenção da Cegueira da OMS, em 1972, propôs normas para a definição de cegueira e para uniformizar as anotações dos valores de acuidade visual com finalidades estatísticas (SILVA, 2005; MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006).

Determinados estudos foram produzidos sobre o assunto. Entre estes, o da American Academy of Ophthalmology em parceria com o Conselho Internacional de Oftalmologia no qual se estabeleceram extensas definições, conceitos e comentários, transcritos no Relatório Oficial do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira (1980). Na oportunidade foi introduzido pela primeira vez, ao lado de cegueira, o termo visão subnormal (SILVA, 2005; MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006). Foi, no entanto, a partir de uma resolução adotada pelo Conselho Internacional de Oftalmologia, em Sidney, Austrália, em 20 de abril de 2002, que se passou a utilizar os seguintes termos: cegueira; baixa visão; visão diminuída; visão funcional e perda da visão (MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006), cujas definições estão expostas a seguir:

A cegueira ocorre somente em caso de perda total de visão e para condições nas quais os indivíduos precisam contar predominantemente com habilidades de substituição da visão. A baixa visão está presente quando há graus menores de perda de visão nos quais os

indivíduos podem receber auxílio significativo por meio de aparelhos e dispositivos de reforço da visão (outro termo ainda utilizado é visão subnormal). Já a visão diminuída ocorre quando a condição de perda de visão é caracterizada por perda de funções visuais (como acuidade visual e campo visual). Muitas dessas funções podem ser medidas quantitativamente. Quanto à visão funcional, constitui a capacidade de uso da visão pelas pessoas para as Atividades Diárias da Vida (ADV). Muitas dessas atividades podem ser descritas apenas qualitativamente. Por fim, a perda de visão, termo geral que compreende tanto a perda total (cegueira) como a perda parcial (baixa visão), caracterizada por visão diminuída ou perda de visão funcional (MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006).

Para relatar a prevalência de perda de visão em estudos populacionais e na pesquisa clínica, a recomendação é descrevê-la mais detalhadamente mediante classificação em faixas de perda de visão. Tal critério é baseado na acuidade visual (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTAMOLOGIA, 2007). Segue o quadro 1 com as faixas.

Quadro 1- Faixas de perda de visão

<b>Acuidade visual</b>	
Visão normal	$\geq 0,8$
Perda leve de visão	$< 0,8$ e $\geq 0,3$
Perda moderada de visão	$< 0,3$ e $\geq 0,125$
Perda grave de visão	$< 0,125$ e $\geq 0,05$
Perda profunda de visão	$< 0,05$ e $\geq 0,02$
Perda quase total de visão (próxima à cegueira)	$< 0,02$ e $\geq$ SPL (Sem percepção da luz)
Perda total de visão (cegueira)	SPL

Fonte: Masini, Chagas e Covre (2006).

De acordo com Masini, Chagas e Covre (2006), o termo deficiência visual abrange conceitos que incluem desde a cegueira total, na qual não há percepção de luz, até a baixa visão. A baixa visão ou visão subnormal foi catalogada pela CID, na sua décima versão, como H54.2 e compreende determinados graus de comprometimento, como mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Definição da CID-10 sobre cegueira

Graus de comprometimento visual	Acuidade visual com a melhor correção possível	
	Máxima menor que:	Mínima igual ou maior que:
1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400

Fonte: Masini, Chagas e Covre (2006).

Em sua décima revisão, a CID cataloga a cegueira total e congênita como categoria H54.0, com os seguintes graus de comprometimento expostos no quadro 3.

Quadro 3 - Definição da CID-10 sobre cegueira

Graus de comprometimento visual	Acuidade visual com a melhor correção possível	
	Máxima menor que:	Mínima igual ou maior que:
3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (capacidade de contar dedos a 1 m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
4	1/60 (capacidade de contar dedos a 1 metro) 1/50 (0,02) 5/300	Percepção da luz
5	Ausência da percepção da luz	-

Fonte: Masini, Chagas e Covre (2006).

Assim, é de suma importância que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, dominem todas essas conceituações para poderem deter um conhecimento mais aprofundado e buscar a melhoria no relacionamento interpessoal com os deficientes visuais.

## **3.2 Comunicação Humana**

As pessoas se comunicam com a finalidade de definir e clarificar mensagens em suas interações com o seu redor. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não-verbal.

Trata-se de um processo inerente ao ser humano. Portanto, nenhuma comunidade ou sociedade subsiste sem comunicação: os homens interagem, convivem, agem em comum, comunicam-se sempre (ROSSI; BATISTA, 2006). Como afirma Vasconcellos et al. (2002), este é um fenômeno universal, que alcança sua máxima complexidade no ser humano e na sociedade.

Nessa perspectiva serão abordados detalhadamente os seguintes assuntos: Bases teóricas da comunicação humana, fatores que a influenciam; modelos de comunicação e a comunicação em enfermagem.

### **3.2.1 Bases teóricas**

No referente à temática pode-se encontrar vasta abordagem na literatura. Como bases teóricas da comunicação humana identificaram-se a base biológica e a base social. Ambas são direcionadas à comunicação verbal e estão explicitadas a seguir.

#### **3.2.1.1 Base biológica**

Essa base é fundamentada na anatomia e fisiologia. Na comunicação, diversas partes do corpo estão associadas. Entre elas, ressaltam-se: boca, nariz, faringe, epiglote, traquéia, pulmões, músculos e cérebro. Na comunicação verbal, a combinação entre essas estruturas produz uma variedade de sons, os quais propiciam às pessoas interagirem com o meio. Falar é articular o som empurrando o ar para fora dos pulmões, através da traquéia na laringe, onde as cordas vocais estão.

A voz é uma característica humana intimamente relacionada com a necessidade do homem de se socializar e se comunicar. Ela é produto da evolução da humanidade, resultado da interação do sistema nervoso, respiratório e digestivo, e de músculos, ligamentos e ossos, em atuação harmoniosa para se obter uma emissão de sons eficiente. Na realização da comunicação verbal, a voz está associada à fala, e pode variar quanto a intensidade, altura,

inflexão, ressonância, articulação e muitas outras características (CROWFORD; BROWN; CATER, 2004).

De acordo com Potter e Perry (2005), a voz é produzida quando o ar expiratório passa pelas pregas vocais e, pelo comando neural, por meio de ajustes musculares, pressiona sob diferentes graus a região abaixo das pregas vocais, fazendo-as vibrarem. O ar expiratório, indutor das vibrações das pregas vocais, vai sendo modificado e os sons vão sendo articulados (vogais e consoantes). Depois, emitidos pela boca, fazem a onda sonora que vai atingir a cóclea do ouvinte.

As pregas vocais vibram muito rapidamente. Nos homens, esse número de ciclos vibratórios é inferior ao das mulheres. A essa característica dá-se o nome de frequência. De modo geral, as pregas vocais do homem têm mais massa e são menos esticadas que as da mulher. Por isso, o som se torna mais agudo e vibra mais que as cordas mais graves. Quanto ao timbre da voz humana, depende das várias cavidades que vibram em ressonância com as pregas vocais. Aí se incluem as cavidades ósseas, as cavidades nasais, a boca, a faringe, a traquéia e os pulmões, bem como a própria laringe (CROWFORD; BROWN; CATER, 2004). Caso haja alguma interferência nesse sistema complexo denominado fala/discurso, pode ocorrer dificuldade de comunicação.

#### 3.2.1.2 Base social

No plano social, a comunicação inicia-se com o “grito” do nascimento e, a partir daí, desenvolve-se uma variedade de sons que formam a linguagem falada (TEIXERA; BRAGA; ESTEVES, 2004). Tal linguagem está presente na vida cotidiana e constitui-se em uma necessidade da pessoa humana como ser social. Sociedade e comunicação estão unidas; não existe comunicação por si mesma, separada da vida em sociedade (ALMEIDA, 2001). A linguagem deve ser analisada sob uma perspectiva dialógica na qual interagem os componentes da relação verbal: esta sempre detém um caráter social e ideológico.

Mais do que possibilitar a transmissão de informações de um emissor a um receptor, a linguagem é vista como um lugar de interação humana: através dela o sujeito fala, pratica ações não possíveis de outro modo a não ser falando. Com ela, o falante age sobre o ouvinte, estabelece compromissos e vínculos preexistentes antes da fala. Esta terceira concepção sugere uma postura diferenciada no referente ao ensino da língua, pois situa a linguagem

como espaço de constituição de relações sociais no qual os falantes se tornam sujeitos (ALMEIDA, 2001).

Na verdade, o centro de gravidade da língua reside na significação que assume tal forma em cada contexto. Não são as palavras que se pronunciam ou se escutam, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis. A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial. Para ser apreendida a comunicação, é preciso se descobrir a particular percepção de mundo de cada indivíduo que participa desse processo. O ato de fala, bem como seu produto, a enunciação, não pode ser analisado apenas a partir das condições do sujeito falante, embora não se possa abrir mão dele. Assim, a enunciação assume caráter social: sua apreensão demanda entendê-la como um fenômeno a se realizar sempre numa interação (BAKHTIN, 1988).

Como observado, dois aspectos presentes no enunciado o caracterizam como um processo interado à realidade social, a saber: o significado e o sentido. O significado detém o caráter de significado abstrato. É como descreve Faraco (1988): "dicionarizado", e reconhecido pelos lingüistas. Por sua vez, o sentido é o significado contextual. Explica o autor que a sentença e a palavra detêm um significado próprio. Essas, como unidades de língua, não possuem autor nem pertencem a nada. É a partir de um enunciado completo que palavra e sentença adquirem a condição de expressão de uma situação individual do falante num contexto concreto de comunicação discursiva.

O enunciado tem por característica seu conteúdo e seu sentido. Ou seja, corresponde a um significado abstrato que detém do ouvinte uma compreensão passiva que o decodifica. Já o sentido exige uma compreensão, isto é, vai além da decodificação. O sentido requer uma compreensão ativa, mais complexa, na qual o ouvinte, além de decodificar, relaciona o que está sendo dito com o que está presumindo e prepara uma resposta para o enunciado. Compreender não é, portanto, simplesmente decodificar, mas supõe toda uma relação recíproca entre falante e ouvinte, ou uma relação entre os ditos e os presumidos (ALMEIDA, 2001).

Um dos recursos a expressar a atitude emotiva e valorativa do falante que se relaciona ao objeto do seu discurso é a entonação (JAKOBSON, 2001). Essa aparece claramente na interpretação oral e é indissociável do enunciado, pois não existe fora dele, no sistema da língua, nas unidades da língua. Dessa forma, a emotividade, a expressividade são

particulares da palavra em sua condição de unidade da língua. São essas características que formam o processo ativo da palavra no âmbito do enunciado.

Ao diferenciar a palavra como unidade gramatical no processo de comunicação, que é interpessoal, Bakhtin (1988) esclarece o seguinte: como nos dicionários, os significados neutros, as palavras da língua garantem seu caráter e a intercompreensão daqueles que a compartilham como unidade de fala. O caráter dialógico da comunicação verbal, independentemente do seu tipo, está intrínseco nas relações sociais que se modificam no decorrer da história da humanidade, muitas vezes se confundido com ela.

### **3.2.2 Fatores que influenciam a comunicação**

Vários fatores podem ter influências tanto positivas quanto negativas no concernente à efetivação da comunicação e podem ser de cunho físico, psicológico, sociocultural e/ou político-econômicos. Os fatores físicos interferem na capacidade de uma pessoa se comunicar através de uma linguagem verbal e não-verbal. Nesse caso, é especialmente importante o funcionamento adequado das estruturas corporais e dos sistemas nervosos e endócrinos. Por exemplo, para a aquisição da fala existem pelo menos três mecanismos adequados: boa audição, um aparelho fonador em funcionamento e a possibilidade de ouvir e imitar outras vozes. Obter capacidade de ler exige, pelo menos, visão mínima. Conseguir capacidade de escrever ainda é mais dependente de um funcionamento adequado da mão preferida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1993).

Dos fatores psicológicos, sobressaem alguns. Por exemplo, a ansiedade, por afetar a comunicação, especificamente quando pessoas/clientes participam de uma entrevista e ou anamnese. Mãos trêmulas, pupilas dilatadas, testa e lábio superior suados podem mostrar ao entrevistador o estado de tensão. Outro é a excitação, a qual geralmente aumenta tanto a velocidade do discurso como o tom da voz. Inclui-se também a raiva, quase sempre expressa pela elevação da voz. Já a depressão baixa a voz quase à monotonia. Nesse caso, o movimento é diminuído e gestos de tristeza caracterizam muitas pessoas quando estão nesse estado. Mencionam-se, ainda, a alegria, que aumenta a voz e torna a pessoa risonha, entusiasmada. Outro fator importante para uma comunicação efetiva é o humor do remetente e do destinatário.

Além destes fatores influenciáveis na comunicação, existem aqueles ditos socioculturais. Uma sociedade cada vez mais multirracional e móvel exige a consideração dos fatores socioculturais da comunicação. Dentro de uma determinada língua pode haver vários vocábulos locais, os regionalismos, que algumas pessoas não compreendam. Em algumas regiões, evidencia-se o sotaque. A maneira de vestir pode comunicar informação tão diversa como origem étnica de uma pessoa, religião, ocupação ou grupo social. A aceitabilidade de tocar outros seres humanos também varia, assim como a prática do beijo e do fixar os olhos do interlocutor no momento da comunicação.

No referente aos fatores políticos e econômicos, segundo alguns autores afirmam, estas condições variam de diferentes formas, de indivíduo para indivíduo, como, por exemplo, na seleção da vizinhança para compra de uma casa, na escolha de um círculo social e de um tipo de ocupação. Determinadas situações corroboram estes fatores. Assim, a disponibilidade do telefone, rádio e televisão depende freqüentemente de serviços governamentais, pois as decisões político-econômicas são envolvidas e tendem a ser mantidas na medida em que os meios de comunicação oferecem oportunidade de pressão política e para a comunicação uma forma de propaganda (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1993).

### **3.2.3 Formas e níveis de comunicação**

Como mencionado, as duas formas de comunicação são a verbal e a não-verbal, e a primeira pode ser efetuada de maneira falada e pela escrita. Nessa forma de comunicação os aspectos relevantes são exatamente o vocabulário, o significado do que está sendo transmitido, o silêncio, a entonação, a clareza e a concisão, o ambiente (momento) e a relevância da mensagem (STEFANELLI, 1993; SILVA, 1996; MACÊDO, 2003).

A comunicação verbal é a base da comunicação cotidiana, por meio da qual se exercita a capacidade de atribuir o significado das coisas que não são ditas explicitamente, enriquecendo a compreensão da realidade. Nesse processo, o conhecimento dos mecanismos de comunicação pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, facilita o desempenho das suas funções, bem como melhora o relacionamento entre os sujeitos envolvidos na assistência à saúde (DOBRO et al., 1998). Já a comunicação não-verbal inclui os cinco sentidos sensoriais, e leva em consideração outros aspectos como a própria aparência, a postura, a expressão facial, o contato visual, os gestos, os sons, a territorialidade e o espaço pessoal (HALL, 1986; REBOUÇAS, 2008).

Além dessas duas formas existem também os níveis de comunicação que descrevem em que grau essas relações podem ocorrer, a saber: intrapessoal, interpessoal, transpessoal, em pequeno grupo, maciça ou em massa (ATKINSON; MURRAY, 2002; BRODY, 2003; CROWFORD; BROWN; CATER, 2004; POTTER; PERRY, 2005). Segundo esses estudiosos, a comunicação intrapessoal é uma forma de comunicação que ocorre internamente no indivíduo. Esse nível de comunicação também é chamado de autoconversa, autoverbalização e pensamento interior. Os pensamentos das pessoas influenciam fortemente nas percepções, sentimentos, comportamento e autoconceito. Por este motivo, os enfermeiros devem estar cientes da natureza e do conteúdo do seu próprio pensamento e tentar substituir os pensamentos negativos e de autodefesa por asserções positivas. Os enfermeiros e pacientes podem usar a comunicação intrapessoal para desenvolver a autoconsciência e um autoconceito positivo, com vistas a obter a auto-expressão adequada.

Quanto à comunicação interpessoal, esse nível é a interação entre uma e outra pessoa que, freqüentemente, ocorre face a face. É o nível mais comumente utilizado nas situações de enfermagem e na sua prática. Ele acontece no contexto social e inclui todos os símbolos e sugestões usados para emitir e receber significados. Pelo fato de o sentido residir nas pessoas e não nas palavras, as mensagens recebidas podem ser diferentes das pretendidas. Os enfermeiros trabalham com pessoas que têm opiniões, experiências, valores e sistemas de crenças diferentes. Quando a comunicação interpessoal é mais significativa resulta na troca de idéias, solução de problemas, expressão dos sentimentos, tomada de decisões, cumprimento de metas, construção de equipe e crescimento pessoal (MURRAY, 2002; BRODY, 2003; CROWFORD; BROWN; CATER, 2004; ATKINSON; POTTER; PERRY, 2005).

Outro nível de comunicação é o transpessoal. Nele a interação acontece no domínio espiritual da pessoa. Muitas pessoas usam a oração, a meditação, a reflexão orientada, os rituais religiosos ou outros meios para se comunicar com uma “força superior” (POTTER; PERRY, 2005). De modo geral, os enfermeiros que valorizam a espiritualidade humana usam esta forma de comunicação com os pacientes e consigo mesmos, principalmente em momentos críticos advindos do dia-a-dia.

Quanto à comunicação em pequeno grupo, ocorre quando um limitado número de pessoas está junto. Normalmente esse tipo de comunicação está objetivamente direcionado e requer uma compreensão sobre dinâmica de grupo. Quando os enfermeiros trabalham em comitês, lideram grupos de suporte ao paciente, formam equipes de pesquisa ou participam de

conferências de cuidados ao paciente, um processo de comunicação em grupo pequeno é utilizado. Esse tipo de grupo é mais eficaz quando tem tamanho razoável, acontece em um lugar apropriado, possui disposição dos assentos adequada e há coesão e comprometimento entre os membros do grupo (BRODY, 2003; CROWFORD; BROWN; CATER, 2004).

Já a comunicação em massa pressupõe transmissão e recepção a distância de produtos imagéticos e informativos, em teipe ou em tempo real, predominantemente de uma via apenas, com mediação de formas culturais (telenovela, jornalismo, programas de auditório, etc.) e máquinas eletrônicas (rádio, TV). Nesse nível os enfermeiros têm oportunidade de falar com grupos de consumidores sobre temas relacionados à saúde e de apresentar trabalho acadêmico aos colegas em eventos científicos (PERUZZO, 2008). A comunicação eficaz em público aumenta o conhecimento da audiência sobre temas associados à saúde, questões de saúde e outros assuntos importantes para a profissão de enfermagem (BRODY, 2003; CROWFORD; BROWN; CATER, 2004).

### **3.3 Modelos Teóricos**

Os estudos específicos em comunicação vêm de longo tempo. No século III a.C. Aristóteles já estudava a comunicação interpessoal dirigida para determinada audiência. Como mostra a literatura, os estudos sobre a retórica, desenvolvidos pelos sofistas, enfatizavam a transmissão da informação como processo de persuasão, composta por três elementos básicos: locutor, discurso e ouvinte. É o modelo clássico tricotômico definido por Aristóteles. Tal modelo fundamenta-se na formulação da teoria para os estudos de comunicação. Este sistema linear perdura até os dias atuais (FISKE, 1990; MELO, 1998; TRIGUEIRO, 2001).

Com a preocupação de melhor definir os estudos de comunicação, Fiske (1990) analisa duas importantes linhas teóricas. A escola processual, como uma tentativa de aproximação das ciências sociais, da psicologia e da sociologia, com o objetivo de compreender os atos da comunicação, e a escola semiótica, a qual tenta uma aproximação da lingüística com as artes para compreender a produção e elaboração da mensagem. A primeira como sendo a transmissão de mensagens e a segunda como a produção e troca de significados (TRIGUEIRO, 2001).

No primeiro caso os estudos estão voltados para o modo como os emissores e os receptores codificam e decodificam as mensagens, como são selecionados e utilizados os canais e os meios de comunicação, como a comunicação influencia a motivação e o comportamento da recepção. A segunda linha de estudo está voltada para a análise dos significados das mensagens nas culturas. Qual a função da comunicação na nossa cultura e como as mensagens interagem nos grupos sociais ou nas pessoas? Esta linha de investigação dos signos e significados, denominada de semiótica, não considera como fracasso os conflitos, os objetivos não alcançados no ato de comunicação. O que existe são resultados das diferenças culturais entre emissor e receptor (MELO, 1998; TRIGUEIRO, 2001).

É importante compreender a comunicação em três suposições básicas: processual, transacional e multidimensional. A seguir a descrição detalhada de cada uma. A comunicação humana é um processo contínuo, dinâmico, e sempre em mudança. Insinua uma comunicação entre a pessoa A e a pessoa B; é uma interação contínua com um número extremamente grande de variáveis, que mudam continuamente. Sobretudo durante o processo comunicativo, os estados físicos, emocionais e sociais da pessoa A e da pessoa B podem mudar. Isto poderia causar mudanças adicionais em sua interação (TRIGUEIRO, 2001). Conforme se supõe, uma comunicação humana é um processo decisivo porque força reconhecer a complexidade desta comunicação e de muitos relacionamentos que a envolve. Na assistência de enfermagem, o processo parece ter uma única direção: profissional – profissional e profissional – cliente (MACÊDO; PAGLIUCA, 2004). Diante desta realidade, exige não somente rever os fatores que afetam o cliente, mas analisar também os fatores que afetam todos os indivíduos envolvidos, isto é, demais membros da equipe, familiares, entre outros.

Uma segunda suposição sobre a comunicação humana é que ela seria transacional, ou seja, ambos os indivíduos em uma interação estão afetados por ela e ou afetam o outro. Assim, a pessoa A constrói uma mensagem para a pessoa B; A está recebendo as sugestões de B que influenciam como A formula a mensagem. Um aspecto relevante é a possibilidade de ver a interrelação simultânea entre o remetente e o receptor. Referida interrelação caracteriza os relacionamentos entre os indivíduos e sua influência mútua. A interação pode ser influenciada pelos desejos da enfermeira ou do médico, por suas percepções dos desejos da outra pessoa, ou por uma combinação destes fatores que trabalham juntos simultaneamente (SAMPAIO, 2001; TRIGUEIRO, 2001).

Uma terceira suposição é a multidimensional, a ocorrer em dois níveis: conteúdo e dimensão do relacionamento. O conteúdo refere-se à língua, às palavras e à informação em uma mensagem; a dimensão do relacionamento define como os participantes em uma interação estão conectados (TRIGUEIRO, 2001). Para exemplificar, considere-se a seguinte indicação hipotética feita por um médico a uma enfermeira: "Faça exame, por favor, deste material no laboratório." Enquanto o conteúdo é o exame do material no laboratório, a dimensão do relacionamento da mensagem é a reação profissional: a autoridade do médico no relacionamento com a enfermeira, a atitude deste em relação à enfermeira, a atitude da enfermeira em relação ao médico e a seus sentimentos que aproximam um do outro.

Alguns modelos foram construídos para elucidar o processo de comunicação e ilustrar como seus componentes estão interconectados. Destes, quatro principais modelos teóricos representam a complexidade de uma comunicação humana, a saber: modelo de Shannon-Weaver; modelo de SMCR ou de Berlo; modelo de comunicação de discurso e modelo de Leary (SAMPAIO, 2001; TRIGUEIRO, 2001; CROWFORD; BROWN; CATER, 2004).

A idéia de ser a comunicação uma transmissão de mensagens surge em 1949 na obra de Shannon e Weaver, A teoria matemática da informação, com o modelo de Shannon-Weaver. Neste modelo linear, uma comunicação é representada como um sistema no qual uma fonte seleciona a informação que é formulada em uma mensagem. Esta mensagem é transmitida a um receptor, que a interpreta e dá-lhe um destino. Nesse processo pode haver ruído, constituído por fatores que perturbam ou influenciam de outra maneira mensagens enquanto estão sendo transmitidas. Uma força deste modelo é a maneira uniforme como tenta descrever o percurso da comunicação da fonte ao destino (SAMPAIO, 2001; TRIGUEIRO, 2001).

Nele há, porém, uma limitação: não demonstra o relacionamento transacional entre a fonte e o receptor. Porque o modelo é linear, a comunicação possui sentido único e falta esse *feedback* para regular e monitorar o fluxo da informação. Conforme evidenciado, o uso deste modelo no cuidado em saúde mostra o caminho único da comunicação de um médico a uma enfermeira, ou de uma enfermeira a um paciente. Neste modelo, falta o componente da interação (figura 1).

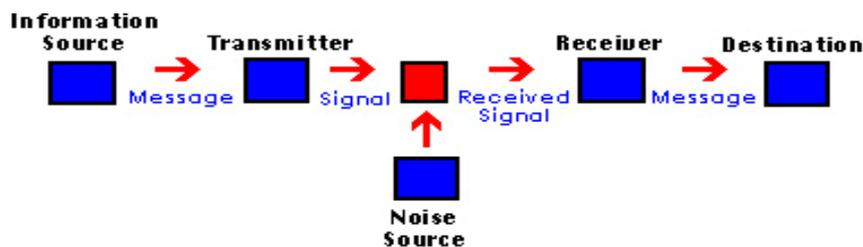


Figura 1- Modelo de comunicação de Shannon-Weaver (1949)

De acordo com Fidalgo (2007), as questões não são sobre a formação das mensagens, da sua estrutura interna, da sua adequação ao que significam, da sua relevância, mas sim sobre sua transmissão, partindo-se do pressuposto de que as mensagens estão já determinadas no seu significado.

No Brasil, o Modelo de SMCR, assim chamado porque traz as iniciais dos seus principais componentes, Sourcer (Fonte), Message (Mensagem), Channel (Canal) e Receiver (Receptor), é mais conhecido, como modelo de Berlo.

Nesse modelo, os elementos incluídos são a fonte, o codificador, a mensagem, o canal, o decodificador e o receptor. A fonte é o início do processo da comunicação e é através dela que a mensagem é transmitida. Para que isso ocorra deve haver empatia, isto é, uma similaridade entre este e o receptor. Esse emissor, quando for falar, precisa saber como pronunciar as palavras, como gesticular, como interpretar as mensagens que recebe dos que o ouvem e como alterar as suas palavras no decorrer do discurso. Além de outras habilidades, outro aspecto também importante na comunicação é o nível de conhecimento tanto da fonte como do receptor. O codificador é a maneira pelo qual se transmite a mensagem, seja por escrita, fala, toque, gesto e olhar. A mensagem é definida como o produto físico real do codificador-fonte. Quando se fala, o discurso é a mensagem, quando se escreve, a escrita é a mensagem, ao pintar, a pintura é a mensagem. Quando se gesticula, os movimentos dos braços, as expressões do rosto são a mensagem. O canal é o meio pelo qual a informação é emitida, ou seja, pela visão, audição, tato, olfato e paladar. O receptor é aquele que receberá a informação, sendo decodificador a maneira pelo qual ela é recebida (BERLO, 1999).

Neste modelo, o ponto forte é a maneira como representa a complexidade de uma comunicação e a trata como um processo, enquanto as limitações são a falta do *feedback* e a não ilustração do funcionamento do processo (SAMPAIO, 2001; TRIGUEIRO, 2001). Se este modelo fosse usado no âmbito do cuidar, ajudaria indivíduos a reconhecer muitos fatores que

influenciam a comunicação de uma pessoa. Entretanto, o efeito do *feedback* não seria demonstrado neste modelo.

Diferentemente do modelo anterior, o Modelo de Comunicação de Discurso inclui a característica do *feedback*, e é representado por três fatores: o autofalante, o receptor e o *feedback*. O autofalante interpreta (codifica) as mensagens baseadas nas atitudes do indivíduo; as mensagens são traduzidas (descodificadas) por um receptor com base em atitudes dessa pessoa. Então, o receptor dá o *feedback* positivo ou negativo ao autofalante que pode interpretar e modificar mensagens subseqüentes (SAMPAIO, 2001; TRIGUEIRO, 2001). Este modelo representa a seqüência de eventos típicos em uma comunicação de discurso. Em virtude, porém, da sua simplicidade, não captura a complexidade do processo de uma comunicação. Por exemplo, na saúde pode haver várias interpretações errôneas, especialmente onde fatores como o contexto ou o *feedback* podem significativamente influenciar o processo de uma comunicação.

Por fim o Modelo de Leary. Transacional e multidimensional, força relacionamentos e os aspectos interacionais de uma comunicação interpessoal. Segundo enfatiza, uma comunicação entre seres humanos é um processo no qual ambos influenciam e são influenciados. De acordo com este modelo, o comportamento tem papel decisivo. Os indivíduos adaptam os papéis baseados em como querem ser percebidos por outros indivíduos; inclui a submissão, a dominância ou o contrário. Neste modelo cada comunicação pode ser reconhecida como ocorrendo ao longo de duas dimensões: dominância-submissão e “ódio-amor”, presentes quando os indivíduos interagem. As respostas são feitas às mensagens percebidas por cada um (SAMPAIO, 2001). Como indica Leary, em uma comunicação humana duas réguas governam a função destas dimensões (figura 2).



Figura 2- Modelo reflexivo de Leary (1955)

O ponto forte desse modelo é a maneira transacional como são descritas as interações humanas. Seus dois pontos fracos são permitir outro “caminho” e omitir outras variáveis importantes que se levantam no ambiente onde a interação está ocorrendo.

Além desses quatro modelos, Crowford, Brown e Cater (2004) acrescentam mais dois de grandes estudiosos, a saber, Habermas e Roman Jakobson. Para o teórico Habermas (1989) existem dois princípios reguladores da discussão, através dos quais se podem aceitar e validar os conhecimentos fundamentados nas argumentações: princípio universalização e princípio discurso. Ambos partem da perspectiva de que os resultados obtidos através do diálogo dizem respeito à coletividade e, portanto, devem ser acolhidos dessa forma por seus membros. A única coação possível, para a teoria do agir comunicativo, é a pressão exercida pelo melhor argumento sobre os demais mediante argumentação e veracidade da fala.

Assim, a ação comunicativa enfatiza o entendimento pela argumentação racional, busca a liberdade, a emancipação. Ao ser enfatizada em seu caráter processual e sustentada na intersubjetividade, ele ratifica a racionalidade comunicativa muito mais como uma atitude, uma postura em face de um mundo pós-tradicional à mercê da razão instrumental e funcionalista (TEIXEIRA, 2003). Em suma, Habermas parte de uma feroz crítica ao utilitarismo, questionando o tecnicismo e optando por repensar o homem e o mundo via retomada de uma ética emancipatória.

Ao considerar o contexto e a finalidade para o remetente e a mensagem, está se resgatando Jakobson (2001), interessado nas circunstâncias nas quais os indivíduos se encontram durante a transmissão da mensagem. Segundo ele, seria imprescindível a presença de seis elementos fundamentais para a ocorrência de um ato de comunicação verbal: remetente, destinatário, contexto, mensagem, contato e código. Esses fatores presentes na comunicação verbal podem ser assim esquematizados:

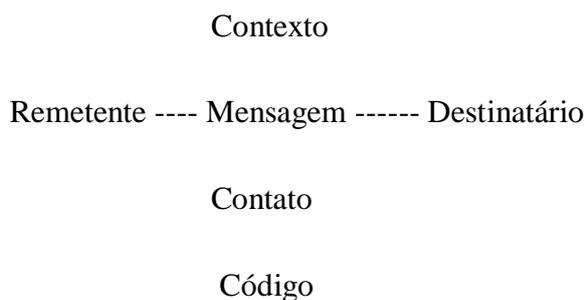


Figura 3 - Fatores presentes na comunicação verbal segundo Jakobson (2001)

O REMETENTE envia uma MENSAGEM ao DESTINATÁRIO. Para ser eficaz, a mensagem requer um CONTEXTO a que se refere (ou REFERENTE, em outra nomenclatura algo ambígua), apreensível pelo destinatário e que seja verbal ou suscetível de verbalização; um CÓDIGO total ou parcialmente comum ao remetente e ao destinatário (ou, em outras palavras, ao codificador e ao decodificador da mensagem); e, finalmente, um CONTATO, ou seja, um canal físico e uma conexão psicológica entre o remetente e o destinatário, que os capacite a entrar e a permanecer em comunicação (JAKOBSON, 2001).

Como remetente (ou emissor) considera-se todo aquele indivíduo ou grupo que envia uma mensagem a um ou mais receptores. Enquanto o emissor corresponde à primeira pessoa do discurso, EU ou NÓS, e é aquele que fala, o destinatário (ou receptor) é o indivíduo ou grupo que recebe a mensagem. Corresponde à segunda pessoa do discurso, TU ou VÓS; ele é aquele com quem se fala. A mensagem é o ato da fala, o conjunto de enunciados. Falar significa selecionar e combinar signos (JAKOBSON, 2001).

Portanto, a mensagem é a seleção e combinação de signos, realizadas por determinado indivíduo. Por contexto (ou referente) entende-se o conteúdo, o assunto da mensagem. Corresponde à terceira pessoa do discurso, ELE OU ELES, e é algo ou alguém de que se fala, ou seja, o objeto da mensagem. Quanto ao código, é a língua com que se fala, ou seja, o instrumento da fala, e se expressa por um conjunto de signos convencionais e pela sintaxe, que deve ser total ou parcialmente comum ao emissor e ao receptor. O contato (ou canal) é o meio físico por onde passa a mensagem entre o emissor e o receptor. Pode ser sonoro ou visual, e também se tratar da conexão psicológica entre emissor e receptor (JAKOBSON, 2001).

Além desses elementos, são importantes nessa interação as seguintes funções: a expressiva ou emotiva, que exprime uma atitude em relação à mensagem que se quer transmitir, sendo um discurso marcado pela subjetividade, mediante uso da adjetivação, interjeições, frases exclamativas e repetições; a referencial ou informativa, centrada na mensagem sobre um referente, um discurso marcado pela objetividade, neutralidade e imparcialidade, caracterizado por pouca adjetivação e frases claras do tipo declarativas; e, ainda, a função conativa, que procura influenciar ou convencer, persuadir, fazendo uso de vocativos, interjeições e frases do tipo imperativo (JAKOBSON, 2001).

A função emotiva ou expressiva, centrada no remetente, visa uma expressão direta da atitude de quem fala em relação ao que se está falando. Tende a suscitar a impressão de certa emoção, verdadeira ou simulada. Nesse caso, o estrato puramente emotivo da linguagem é apresentado pelas interjeições, que diferem dos procedimentos da linguagem referencial pela configuração sonora (seqüências sonoras peculiares ou mesmo sons incomuns). A função emotiva, evidenciada pelas interjeições, colore as manifestações verbais (JAKOBSON, 2001).

Ainda conforme a mesma fonte, a função referencial está relacionada a alguém ou a algo de que se fala. É o denominado contexto da mensagem, como já mencionado. É nessa função que existe a troca de informações.

Ao exercer o papel de orientação para o destinatário, a função conativa encontra sua expressão gramatical mais pura no vocativo e no imperativo, que sintática, morfológica e, amiúde, até fonologicamente, se afastam das outras categorias nominais e verbais. As sentenças imperativas diferem fundamentalmente das sentenças declarativas: estas podem e aquelas não podem ser submetidas à prova de verdade.

### **3.4 Comunicação em Enfermagem**

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Referido cuidado deve ser prestado de forma humana e holística, e à luz de uma abordagem integrada. Assim, quando se vislumbra uma assistência de qualidade, não se pode excluir o cuidado emocional aos clientes. Ao cuidar de alguém, devem-se utilizar todos os sentidos para se desenvolver uma visão global do processo observando sistematicamente o ambiente e os clientes no intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao se deparar com as rotinas e procedimentos técnicos, deixa-se de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado do qual consta o cuidado emocional, o cuidado holístico. Para aperfeiçoar uma assistência mais holística, o enfermeiro pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objetivos. Contudo, ratifica-se uma vez mais: a comunicação é o elemento-chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

Como afirma Waldow (1999), o processo de cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expansão de interesse e carinho. Enquanto o primeiro faz-se notar em todas as espécies animais e sexos, o segundo ocorre exclusivamente entre os

humanos, de acordo com sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para se comunicar com os outros.

A comunicação é uma competência no desempenho dos profissionais de saúde; constitui fator determinante na relação de ajuda e um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na enfermagem (TEIXEIRA; BRAGA; ESTEVES, 2004). Nesta a comunicação é compreendida como um instrumento básico (HORTA, 1979; CIANCIARULLO, 2002); como competência do enfermeiro (ORLANDO; 1978); como uma necessidade humana básica (HORTA, 1979); instrumento fundamental para o relacionamento interpessoal (PEPLAU, 1993) e terapêutica (STEFANELLI, 1993).

Por estar direta ou indiretamente interessada ou movida em favor de pessoas, a enfermagem comumente é definida como um processo interpessoal. Numa única interação há um fluxo e refluxo de influências no momento em que a enfermeira e o paciente se observam e comunicam entre si pensamentos, sentimentos e atitudes. Desta forma, a comunicação é um meio através do qual as metas do processo interativo podem ser alcançadas para que o propósito da enfermagem seja atingido (MENDES et al., 1988).

Para ser eficaz, a comunicação precisa ser compreendida dentro do seu contexto de ocorrência, ou seja: onde, como e quando ela ocorre. Nesse sentido, ela é parte das atividades do enfermeiro, porque é empregada em situações específicas como na entrevista, no exame físico, no planejamento da assistência, nas anotações dos prontuários e nas orientações aos indivíduos, famílias e comunidades. Disso decorre a importância de o enfermeiro ter consciência da forma como se dá o processo de comunicação e dos seus elementos componentes.

Nas etapas do processo de enfermagem, o profissional utiliza técnicas de comunicação, pois está coletando, assimilando e transmitindo informações constantemente. Embora tal processo forneça uma base confiável de elementos para a prestação de uma assistência de boa qualidade, esta poderá ser interrompida se o profissional não utilizar a comunicação terapêutica (JARVIS, 2002; POTTER; PERRY, 2005). Mencionada comunicação facilita a identificação dos problemas e permite melhor assistência ao paciente.

O planejamento, o estabelecimento de metas e a seleção das intervenções apropriadas são essenciais à elaboração de um plano de cuidados, bem como à prestação de um

atendimento qualificado de enfermagem, no qual a comunicação é uma habilidade fundamental para a efetivação da sistematização da assistência de enfermagem.

Na sistematização do cuidar em enfermagem, pode-se verificar o valor da comunicação como instrumento básico entre o profissional e o cliente, como sustentação do seu desenvolvimento em todas as suas fases, independente das especialidades da área da saúde. Isto permite a personalização da assistência e, ao mesmo tempo, o oferecimento do cuidado necessário, competente e humanitário (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Nessa perspectiva, identificou-se vasta literatura acerca da comunicação em diversos contextos da prática profissional do enfermeiro.

Segundo consta na literatura nacional no âmbito da saúde pública/comunitária, existe uma preocupação em pesquisar a comunicação entre os agentes comunitários de saúde (ACS) e os usuários do Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família, destacando a importância do desenvolvimento da prática da comunicação como uma nova perspectiva da realização do trabalho desses agentes (TAVARES, 2002). Parece haver certa predominância de estudos com abordagem voltada para a técnica, nos quais a ação de cada área profissional é apreendida como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades.

Sobressaem aqueles estudos com foco no processo de comunicação no trabalho em equipe convergindo para articulação das ações, coordenação, integração dos saberes e a interação das pessoas no trabalho (PEDUZZI, 2001).

Entre os profissionais de uma equipe, a comunicação é o denominador comum da proposta da formação e condução de uma equipe de trabalho, qualquer que seja ela. Indica a necessidade de se verificar a sistemática de comunicação adotada desde a implantação do PSF, bem como no seu desenvolvimento, e ampliar o debate sobre a instrumentalização da formação das equipes multidisciplinares em atuação. Faz parte de um paradigma no qual a comunicação se dá em um único sentido e influencia fortemente as relações verticais e autoritárias nas práticas de saúde (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

Como observado, é visível a preocupação no uso da comunicação em cenários hospitalares e suas diferentes áreas, tais como as Unidades de Tratamento Intensivo, instituições asilares, maternidades, entre outras. Alguns enfatizam a comunicação verbal escrita dominante nos serviços de enfermagem, a saber: anotações de enfermagem em

prontuários, evoluções de enfermagem, uso da sistematização do cuidar (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002). Outros focam o conhecimento e a utilização de determinados princípios da comunicação para proporcionar melhor atuação profissional e ressaltam a necessidade de se usar de forma consciente alguns modos de comunicação verbal e não-verbal com vistas ao estabelecimento de uma interação terapêutica para o cuidar na prática do enfermeiro (SILVA, 2001; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Comumente, a comunicação também está presente nos processos gerenciais e com interface no exercício da liderança, que contribuem para reforçar o caráter relacional do cuidado de enfermagem e a posição do cliente. Ela é vista como sujeito deste cuidado e expressa suas necessidades e reivindicações no processo dialógico entre este e a equipe, por meio da conversa, entendida como cuidado expressivo da enfermagem (BARCELOS; ALVIN, 2003; GELBCKE et al., 2009).

Estas inquietações estão motivando capacitações no sentido de se caminhar para mudanças quanto à percepção da importância de novas estruturas das anotações de enfermagem que permitam uma estreita relação com uma prática mais humanizada e representem o fruto de uma ação mais dialogada da prática do enfermeiro (FORTALEZA, 2003).

Embora os enfermeiros idealizem, em suas práticas, ações efetivas, participativas e integradoras, há um consenso segundo o qual investimentos acerca de uma discussão mais profunda em torno de modelos de comunicação ainda incipientes se fazem urgentes e indispensáveis.

Um dos desafios atuais encontrados pela enfermagem é o de oferecer atendimento de melhor qualidade, mais humanizado, conciliando variáveis como custo e qualidade em proporções adequadas. Para enfrentar esse desafio, novos caminhos são desvelados em estudos sobre novos modelos de comunicação que sejam facilitadores para aquisição de habilidades e competências em enfermagem (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

A enfermagem é uma profissão voltada para a promoção do ser humano, com toda sua liberdade, unicidade e dignidade. Neste sentido, a comunicação reveste-se de um significado essencial tanto no transcorrer do processo de enfermagem, quanto no seu produto,

constituindo-se também como um componente fundamental do tratamento (MENDES et al., 2000).

Conforme é possível constatar, os enfermeiros concordam que na temática liderança a variável "comunicação" destaca-se como ponto forte e passa a esboçar a dimensão do papel do enfermeiro líder como fonte central de comunicação, isto é, na direção de um processo comunicativo mais participativo, mais ao encontro do "outro" como sujeito que interage em seu contexto. Dessa forma, a comunicação torna-se instrumento principal de sua prática (SIMÕES; FÁVERO, 2003). A preocupação com a comunicação na enfermagem não se limita à prática. Ela se estende às instituições de ensino, bem como aos docentes e pesquisadores.

Na interação professor-aluno, o professor exerce papel decisivo e seu desempenho está na relação da sua consciência e habilidade na comunicação verbal e não-verbal. Segundo os mesmos autores, este fato interfere na interação com os alunos em seu cotidiano de sala de aula. Como enfatizam, o desenvolvimento das habilidades de comunicação nos alunos varia em formas no contexto e de acordo com suas percepções quanto à comunicação desenvolvida com o paciente (CASTRO; SILVA, 2001).

No referente à percepção dos enfermeiros sobre sua comunicação, especialmente a não-verbal, como apontam certos estudos, esta é falha, pouco explorada e indica a necessidade de investimentos contínuos na qualidade de ensino proporcionada aos alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem, pois, inegavelmente, o comportamento não-verbal, psicobiológico determina o ser individual (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

O uso da comunicação como instrumento para melhorar a humanização e o cuidado em enfermagem foi observado em estudos com discentes que têm aplicado este instrumento em sua prática, especialmente na frequência da utilização das técnicas de comunicação terapêutica e do comportamento oral neste ensino. Sobre o assunto, Roncal (2003) apresentou uma pesquisa na qual se preocupava com a competência comunicativa na formação dos estudantes de enfermagem na Universidade Nacional de Santa (Peru). Ao analisar as competências comunicativas no currículo formal do curso de graduação dos estudantes de enfermagem, percebeu uma falha nesse processo, e levantou possibilidades de integrar essas competências em uma proposta pedagógica a ser implementada na referida instituição.

O conteúdo de comunicação é tratado ao longo dos cursos clínicos, cada curso (ou disciplina) desenvolve o ensino com uma abordagem própria não sendo adequadamente tratado o aspecto da complexidade das relações humanas (CARVALHO et al., 1997).

Outros estudos relacionam essa mesma preocupação com o comportamento comunicativo do docente de enfermagem e sua influência na aprendizagem do educando, motivando o aluno a novas aprendizagens. Como relatado em estudos, o ensino de habilidades comunicativas deve ser feito ao longo de todo o curso de graduação e não se limitar à responsabilidade apenas de uma disciplina ou período (ROCHA; SILVA, 2001).

Seguindo esta tendência, emerge das salas de aula das academias e escolas de enfermagem uma expressão diferenciada e mais preocupada com a temática "comunicação", utilizada por estas de forma mais inovadora e participativa, incluindo-a cada vez mais em seus currículos escolares (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007; BRAGA; DYNIEWICZ; CAMPOS, 2008).

Em estudo sobre a experiência de um grupo de docentes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina no ensino de comunicação no módulo habilidades do currículo integrado, identificou-se a importância da comunicação no relacionamento médico-paciente e na evolução de doenças. Isto levou à elaboração de uma estrutura focada nas dificuldades progressivas ao longo dos quatro primeiros anos do curso. Os conteúdos abordados variam desde a observação de pacientes em sala de espera até a discussão técnica sobre a abordagem da transmissão de informações, adesão ao tratamento e manejo de grupos especiais de pacientes em diferentes fases da vida. Como estratégias utilizadas incluem-se observação de pacientes, entrevistas, discussões em grupo, dramatizações, filmes, mesas-redondas, conferências e depoimentos de pacientes. A avaliação é feita em duas partes, formativa e cognitiva, e o treinamento da comunicação visa desenvolver a competência do aluno em aprimorar seu vínculo com o paciente, potencializar os processos de obtenção e transmissão de informações, o manejo do paciente e a promoção da adesão ao tratamento (TURINI et al., 2008).

De acordo com a literatura, o processo de formação em habilidades de comunicação é fundamentado em três premissas básicas: primeiro, boas habilidades de comunicação durante a assistência em saúde estão relacionadas de forma importante aos resultados, tanto para pacientes como para profissionais; segundo, a habilidade de comunicação nem sempre é

adequada e, portanto, alguns resultados para estes profissionais e pacientes podem ser melhorados; terceiro, a habilidade de comunicação pode ser ensinada (BROWN; BYLUND, 2008).

Hoje a educação requer um aluno mais comprometido e reflexivo e há encaminhamentos para uma proposta na qual professor e aluno desenvolvam uma atitude positiva e de autoconhecimento como via de amadurecimento pessoal e profissional, onde a variável comunicação melhorará o relacionamento interpessoal e terapêutico independentemente do lugar onde estarão atuando (CESTARI, 2002).

Com base na comunicação desenvolvida com o paciente, a enfermeira identifica suas necessidades, informa sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, estimula o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros. Essas são algumas das funções da comunicação em que a enfermeira pode estar envolvida, mas o paciente também poderá ser sujeito ativo dessas ações (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Ao se discutir sobre o significado de comunicação eficaz com a equipe de enfermagem na percepção do familiar do paciente crítico, essa é compreendida como aquela na qual as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários da visita e são transmitidas de maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão até de pessoas com menos escolaridade (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Portanto, ao estabelecer uma relação social com o cliente, o profissional de enfermagem deve, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em relação ao que é falado pelo cliente, para facilitar a compreensão ampliada da sua história de vida. Nessa relação, algumas características são fundamentais, sobretudo a linguagem verbal e a não-verbal, em que a palavra, apresentada como signo, possibilita inter-relação entre os domínios, e permite avançar na abordagem dos discursos do cotidiano, da cultura e da ciência (HOLANDA; LEITÃO; MACHADO, 2005).

Apesar de algumas conquistas, muitas vertentes ainda são encontradas no âmbito da comunicação em saúde. Entre estas, aquelas sobre políticas, práticas e estratégias de comunicação em consonância com os princípios constitucionais de equidade, universalidade e

integralidade, assim como suas diretrizes, principalmente as de descentralização e participação social. Incluem-se, ainda, o desenvolvimento de metodologias e métodos de análise sobre os dispositivos pelos quais a mídia participa da produção social dos sentidos da saúde, como o uso das tecnologias de comunicação, de modo isolado ou convergente, e o de criação de tecnologias de comunicação, como os meios de comunicação em massa na prevenção de doenças. Mais recentemente a educação a distância vem sendo estudada e aprimorada como tecnologia de comunicação em vários contextos da saúde (ARAÚJO; CARDOSO; LERNER, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo, Local e Período de Realização**

Trata-se de estudo quantitativo no qual as observações e os testes quantitativos tornam os conceitos mais precisos e dão mais informações sobre os fenômenos, contribuindo para a constante busca da objetividade (MAZZOTTI; GEWANDZNAIDER, 1998). Como afirma Leopardi (2001), o interesse está em fatos objetivamente detectáveis e observáveis, seja na produção, seja no desenvolvimento.

Além disso, pode ser classificado como pesquisa metodológica, pois se volta a estudar métodos ou questões metodológicas (BARROS; LEHFELD, 2000). Nesse sentido, conforme Demo (2003) esclarece, a pesquisa metodológica é uma estratégia de pesquisa, que não se restringe a decorar estatística com seus testes áridos, mas alcança a capacidade de discutir criativamente caminhos alternativos para a ciência e mesmo criá-los.

Realizado no Laboratório de Comunicação em Saúde (LabCom\_Saúde) no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e financiado pelo CNPq, o estudo desenvolveu-se no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. Referido laboratório compõe-se fisicamente de três salas, uma copa e um banheiro. Para registro de som e imagem, o ambiente recebeu isolamento térmico e acústico adequado. O cenário de pesquisa foi montado na sala central do laboratório, dotada de três filmadoras fixas conectadas a computadores com programa próprio para registro e tratamento de som e imagem. Localizados na sala denominada Aquário, estes propiciaram ao pesquisador operar o equipamento sem interferir no cenário preparado para a investigação.

### **4.2 Sujeitos da Pesquisa e Aspectos Éticos**

Com vistas a um grupo homogêneo em relação à experiência, os sujeitos do estudo foram enfermeiros recém-formados e concludentes do curso de graduação em Enfermagem de duas universidades públicas do Estado do Ceará. O contato com essas pessoas fez-se por meio dos centros acadêmicos que disponibilizaram número de telefone e endereço eletrônico e, dessa forma, tornou possíveis o convite e a explicação da pesquisa e dos seus objetivos.

Também participaram como sujeitos da pesquisa indivíduos cegos de ambos os olhos e seus acompanhantes. Esses foram contatados por meio da Associação de Cegos do Estado

do Ceará (ACEC), local de atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas pelos integrantes do Projeto Saúde Ocular da Universidade Federal do Ceará, incluindo a autora desse estudo e sua orientadora, e outros alunos de graduação e pós-graduação. Inicialmente, o presidente da associação foi informado sobre os objetivos da pesquisa e depois fez-se o convite formal e prestaram-se os devidos esclarecimentos aos cegos. Na associação, divulgou-se o convite aos cegos para participar de pesquisa, esclarecendo-os que seriam submetidos à consulta de enfermagem para triagem e identificação de diabetes, quer fossem ou não portadores da doença. Apesar de haver 120 cegos associados, apenas 35 em média freqüentam esse local com assiduidade. Além desses, colaboraram na pesquisa os especialistas que avaliaram o modelo de comunicação e os juízes que analisaram as filmagens realizadas no LabCom\_Saúde.

Como critérios de seleção dos especialistas constaram a titulação, a produção científica e a atuação na temática em discussão. Deveriam ser doutores, enfermeiros, ter amplo conhecimento sobre comunicação e possuir publicação em periódicos nacionais e internacionais, livros e orientações em mestrado e doutorado a respeito do tema, conhecimento sobre construção e validação de instrumentos (MACÊDO, 2005). Esses especialistas foram contatados pela orientadora e o convite efetuou-se via email. As três especialistas que satisfizeram os critérios preestabelecidos e concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento enviado por meio eletrônico. Elas receberam a síntese do projeto, do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego e de um instrumento a ser preenchido após a leitura e avaliação do modelo.

Conforme recomendado, esse estudo atendeu aos princípios éticos e legais vigentes no Brasil de acordo com o determinado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao criar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e com base na Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996), que regulamenta as atividades de pesquisa no país. Tributária da Bioética, esta resolução encampa os princípios da beneficência, autonomia, não maleficência e justiça e estabelece os critérios a serem observados pelos pesquisadores em todos os estudos que envolvem seres humanos, aplicáveis a experimentos clínicos ou não, no decurso da investigação (FRANÇA; PAGLIUCA, 2004).

Em consonância com o exigido, encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), e após sua aprovação (ANEXO A) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos sujeitos da pesquisa

(Apêndices A, B, C, D e E), deu-se início à coleta de dados. Ainda como exigido, os sujeitos receberam informações sobre os objetivos do estudo, foram esclarecidos sobre possíveis dúvidas e informados sobre o direito de desistir em qualquer fase da coleta de dados, sem prejuízo presumível para sua vida e saúde. Quanto aos sujeitos cegos, receberam estas explicações na presença do seu acompanhante que se certificava da veracidade das informações constantes no TCLE.

### **4.3 Construção do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego**

Na construção desse modelo pensou-se numa forma que permitisse ao enfermeiro maior habilidade para se comunicar verbalmente com a pessoa cega.

O Modelo de Comunicação Verbal com o Cego (Apêndices F e G) foi construído com base nos princípios de Jakobson (2001) lembrando: o enfermeiro deve estar atento no processo comunicativo, desde o primeiro momento, iniciando sua apresentação e a do cego. Este procedimento possibilita a familiarização dos interlocutores no referente ao ambiente onde está sendo realizada a consulta de enfermagem; além disso, permite ao remetente e destinatário construir linguagem própria. Para tal, o enfermeiro deve se comportar e expressar de maneira adequada, no intuito de compartilhar com o paciente uma linguagem em comum com vistas à compreensão da mensagem. Durante a comunicação, o profissional permanecerá atento às respostas dadas pelo cego. Assim ele poderá perceber mais claramente se está havendo efetivação no processo. Mencionado modelo sugere passos sobre como o enfermeiro deve se comunicar verbalmente com o paciente cego. Esses passos estão divididos em diretrizes gerais e etapas do processo de enfermagem.

Nas diretrizes gerais abordaram-se condutas gerais a serem adotadas pelo enfermeiro ao se comunicar com uma pessoa cega. São elas: dirigir-se predominantemente à pessoa cega, mesmo que ela esteja acompanhada; empregar o termo cego, se necessário; evitar usar palavras no diminutivo, sobretudo se não se tratar de uma criança; ao falar, permanecer numa posição diretamente à frente do cego, fazendo com que ele se sinta o foco da atenção; ao introduzir um diálogo, tocar ligeiramente o braço ou ombro da pessoa cega; empregar termos que indiquem a direção desejada, como, por exemplo, “à sua direita”, “à sua esquerda”, “à sua frente”; evitar gesticular e indicar direções expressas com palavras como “ali”, “lá” ou “acolá”; embora o cego não enxergue, a enfermeira deve olhar para ele denotando a importância por ela atribuída à sua fala. E apesar do paciente não poder confirmar o olhar da

enfermeira, ele pode percebê-lo pelo direcionamento da fala desta; falar com voz audível, clara, suave para que o cego possa compreender a mensagem.

Nas etapas do processo de enfermagem encontram-se informações de ações de enfermagem na interação com o cego desde o acolhimento, investigação, coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação, finalização da interação. Essas informações sobre comunicação ocorreram de acordo com cada etapa do processo de enfermagem para que o enfermeiro tivesse uma compreensão sistematizada.

O acolhimento corresponde ao contato inicial entre o enfermeiro e o cego e baseou-se nos seguintes passos: o enfermeiro deve se manter atento, desde o primeiro momento, a partir da sua apresentação; identificar-se ao iniciar a consulta; ao começar o diálogo, apertar a mão ao encontrar o cego, pois este gesto é percebido por este como correspondente ao significado do sorriso para os seres humanos que não têm essa deficiência; comunicar-se andando um ou dois passos à frente do paciente, com a mão dele sobre seu cotovelo/ombro, sempre que precisar deslocá-lo de um lugar para outro; acomodar o cego; descrever o ambiente; informar a existência de alguém além de si próprio no ambiente; pedir que o cego se apresente caso o enfermeiro não o conheça; chamá-lo pelo nome e/ou, se ele preferir, por algum apelido; manter a voz em tom audível, pois os sentidos remanescentes encontram-se aguçados.

Desta etapa, passa-se à coleta de dados. Este é o momento no qual o enfermeiro buscará coletar informações subjetivas e objetivas do cego e baseou-se nos seguintes passos: atentar na comunicação para a solidariedade, a satisfação, a tranqüilidade, a empatia, entre outros; o enfermeiro deve avisar ao cego sempre que chegar ou ausentar-se, pois ele pode não perceber seus movimentos; o enfermeiro atua como remetente em parte da comunicação, mas, em outros momentos, assume o papel de destinatário, dando oportunidade de fala; informar o momento em que começa e termina tal atividade. Ao realizar algum procedimento ou exame físico, explicar a finalidade do material utilizado e como eles estão dispostos; ao usar um instrumento oferecer ao cego para tateá-lo, caso ele não o conheça.

Outra etapa é o diagnóstico de enfermagem, isto é, a fase na qual os dados são processados, classificados, interpretados e confirmados. Dela constam os passos: seguir o protocolo de enfermagem; fazer as anotações diagnósticas informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação. O planejamento, mais uma etapa, é baseado em

princípios científicos e individualizado a situações específicas. Inclui oportunidades de ensino e aprendizagem para o paciente, e o enfermeiro deve atentar para os seguintes passos: seguir o protocolo de enfermagem; fazer as anotações de enfermagem informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação; evitar o silêncio prolongado.

Inclui-se, ainda, a implementação. É a fase do cumprimento do plano de cuidados de enfermagem e traz como passos: seguir o protocolo de enfermagem; executar plano de cuidados com a cooperação do paciente e, se necessário, do acompanhante; estimular o paciente a falar; aguardar que o paciente conclua sua fala para continuar a comunicação ou propor outra questão; usar linguagem apropriada e comum entre remetente e destinatário; permanecer atento às reações do cego durante a comunicação do plano de cuidados, pois, assim, o cego poderá perceber mais claramente se está havendo efetivação no processo; priorizar o uso da comunicação verbal.

Por motivos óbvios, a comunicação não-verbal por meio de gestos, movimentos corporais e expressões faciais é pouco percebida pelo cego. Diante desta limitação, cabe ao enfermeiro solicitar informações e/ou sugestões mais detalhadas, evitando apenas dar orientação, ou discordar de algo; o conteúdo da comunicação deve abordar aspectos como tratamento e prevenção de complicações; assuntos do cotidiano, mas sem interferência nos objetivos da consulta; assuntos da vida pessoal do paciente, mas sem interferência nos objetivos da consulta; atentar para que a consulta seja agradável e prevenir-se quanto à quantidade exagerada de informações contidas nas interações verbais; manter-se aberto ao mundo do outro. Em inúmeras circunstâncias, o paciente procura no profissional conforto e atenção, e espera respeito a seus valores e crenças; conscientizar-se de que o cego pode ter dificuldades para avaliar as intervenções técnicas do enfermeiro por não conhecê-las; estar atento às emoções contidas na fala do interlocutor e as utilizar como fonte de orientação na decodificação da mensagem.

A avaliação é um processo constante, utilizado para o julgamento de cada componente do processo de enfermagem e traz como passos: seguir o protocolo de enfermagem da instituição; contar com a cooperação do paciente e, se necessário, do acompanhante; atentar para os itens anteriormente descritos. Concluídas estas etapas, vem o encerramento, a finalização da interação, quando a comunicação verbal será finalizada. Adotam-se, então, os seguintes passos: reforçar as informações mais importantes da consulta; ao se despedir, apertar a mão do cego, pois este gesto substitui um sorriso que não pode ser

visto por ele; acompanhar o cego até a porta; atentar para a continuidade da assistência a cada paciente.

#### **4.4 Validação do Conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego por especialistas**

Validar refere-se a um instrumento de medição; mede exatamente o que deve medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A validade envolve um componente operacional e um conceitual. De maneira operacional, a validade pode ser avaliada em três aspectos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. Neste estudo será avaliada apenas a validade de conteúdo.

Na validade de conteúdo, os itens do instrumento devem representar fielmente seus objetivos. Essa validade não é determinada estatisticamente nem pode ser expressa por um coeficiente de correlação. É obtida por questionamento feito a diferentes juízes que, por sua vez, apontam os objetivos relevantes a medir e analisam a representatividade dos itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, após construído, esse modelo foi submetido à avaliação de três especialistas na área da comunicação, para validação aparente e de conteúdo. O número ímpar de profissionais justifica-se, pois alguns trabalhos vêm mostrando a importância desta condição para não haver questionamentos dúbios na circunstância de empate (SAWADA, 1993; LOPES, 2004).

Segundo descrição dos níveis de aquisição de habilidade de Dreyfus, especialista é a pessoa que não depende da racionalização consciente para passar à compreensão de uma situação para a tomada de decisão, tem uma bagagem repleta de exemplos de situações reais, um reconhecimento intuitivo da situação e centra-se imediatamente sobre os aspectos importantes sem formular hipóteses não produtivas (BENNER; TANNER, 1987).

Ao avaliarem o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, os especialistas consideraram aspectos quanto à clareza, facilidade de leitura e compreensão, forma de apresentação do modelo, abrangência e a representatividade do conteúdo sobre as competências do enfermeiro para a comunicação verbal (STEIN et al., 2005). Nesse processo utilizaram um instrumento e avaliaram o modelo (Apêndice H). Para essa etapa, tiveram um prazo de quinze dias.

O modelo foi reformulado a partir das sugestões dos especialistas. Após o julgamento, foram incorporadas as modificações e se estabelecem como critério de aceitação a concordância entre os especialistas superior ou igual a 80% (SAWADA, 1993; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Concluída essa etapa, ocorreu o teste do modelo.

#### **4.5 Coleta de Dados**

Na etapa da coleta de dados foi realizado o teste do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, subdividido em: Ambiente e procedimentos para filmagem; Grupo não-treinado; Grupo treinado.

##### **4.5.1 Teste do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego**

Para o teste do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, realizaram-se 30 consultas de enfermagem no atendimento à pessoa cega, as quais foram filmadas. Destas, 15 foram realizadas inicialmente com enfermeiros não-treinados e 15 posteriormente com enfermeiros treinados. Os enfermeiros que participaram desse primeiro momento das consultas ficaram à vontade na decisão de participarem do treinamento e do grupo de enfermeiros treinados. A seguir a descrição detalhada dessa etapa.

###### **4.5.1.1 Ambiente e procedimentos para filmagem**

As filmagens foram feitas no LabCom\_Saúde, cujo ambiente foi organizado com vistas a se aproximar das condições ideais de uma sala de consulta de enfermagem para triagem de pessoas com suspeita de diabetes. Teve-se como escolha a consulta a essa clientela por ser uma atividade realizada com frequência durante a formação acadêmica e de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem. Havia três cadeiras, uma para o enfermeiro, outra para o cego e outra para um possível acompanhante, além de uma mesa com materiais necessários para a realização da consulta, como: algodão, álcool a 70%, luvas de procedimento, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, agulhas, fitas-reagentes, glicosímetro, formulário de registro e caneta. Abaixo da mesa encontravam-se o lixeiro e uma caixa de descarte de material perfurocortante, usado para verificação da glicemia capilar. Estavam disponíveis uma balança digital e uma poltrona, caso fosse necessário uma avaliação mais detalhada do paciente, como o exame físico dos membros inferiores.

Todas as consultas foram filmadas. Para isso, utilizaram-se três câmeras filmadoras, dispostas em tripés fixos, em pontos estratégicos da sala, sendo possível uma visualização total dos participantes. Essas filmadoras eram controladas pela pesquisadora, instalada na terceira sala do laboratório, de onde monitorava os equipamentos e observava a comunicação verbal por um vidro protegido por película fumê que impede as pessoas da segunda sala visualizarem quem se encontra nessa terceira sala.

#### 4.5.1.2 Grupo não-treinado

Este grupo foi formado por 15 enfermeiros, que realizaram consultas a pessoas cegas. Referidos profissionais não receberam orientação ou capacitação para desempenhar essa atividade. Conduziram a consulta apoiados nos conhecimentos adquiridos durante sua formação acadêmica.

Para tal, disponibilizou-se um formulário de triagem para diabetes (Apêndice I) no qual constavam dados de identificação (nome e telefone) e dados demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação); antecedentes patológicos e familiares; histórico de terapias medicamentosas; fatores predisponentes ao desenvolvimento de diabetes (tabagismo, etilismo, obesidade); necessidades humanas básicas (locomoção, sono e repouso, alimentação e ingestão de líquido, atividade física, higiene corporal, eliminações urinárias e intestinais); sinais vitais, exame físico geral e teste de glicemia capilar. Para as consultas não foi determinado tempo, assim os enfermeiros tinham autonomia para conduzi-las como achassem necessário.

#### 4.5.1.3 Grupo treinado

Tal como o grupo não-treinado, este grupo foi formado por 15 enfermeiros que realizaram consultas de enfermagem a cegos. Esses profissionais foram treinados pela pesquisadora para utilização do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego. Eles receberam uma fotocópia do modelo e de capítulos do livro de Jakobson (2001), particularmente sobre a teoria adotada como referencial nesse estudo. Para essa leitura concedeu-se um prazo de quinze dias.

Em seguida os enfermeiros tiveram aula expositiva sobre deficiências, especificamente a visual, e sobre a sistematização da consulta de enfermagem. Também receberam um protocolo de assistência para essa consulta. Nessa oportunidade, foram

expostas a Teoria da Comunicação Verbal de Jakobson e o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, seguidos da discussão detalhada de cada etapa. Ainda no treinamento, simularam-se consultas em dupla: um estava com os olhos vendados simulando ser uma pessoa cega e o outro como enfermeiro; logo após invertiam os papéis. Cada enfermeiro nesse momento realizou três consultas, o que permitiu verificar se os enfermeiros estavam aptos para iniciar a coleta de dados utilizando o modelo, e, também, propiciou reflexão sobre a experiência de não enxergar. Nesse treinamento usou-se uma carga horária de quarenta horas e os profissionais receberam certificado.

Por fim, os enfermeiros foram convidados a executar a consulta de enfermagem com vistas à triagem de diabetes à pessoa cega, aplicando o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego. Também foi disponibilizado o mesmo formulário de triagem para diabetes. Quanto ao tempo de consulta, ficou a critério dos profissionais.

#### **4.6 Análise das Filmagens**

As filmagens foram analisadas por três juízes, enfermeiras treinadas de acordo com Macêdo (2005), conforme os seguintes passos: apresentação do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego; projeto da tese; teoria de Jakobson; utilização do instrumento de análise da comunicação verbal do enfermeiro com o cego (Apêndice J) e do instrumento de validação do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego (Apêndice K).

No primeiro instrumento os juízes assinalavam com um "X" cada opção escolhida e, no segundo, eles marcariam de um a cinco em cada item. A opção um referia-se à péssimo, a dois a ruim, a três a regular, a quatro a bom e a cinco a excelente. Como mencionado, o número ímpar de juízes é recomendado para se poder observar o índice de concordância entre eles sem risco de empate nas respostas.

No início de cada análise das filmagens, fazia-se uma revisão da teoria e dos dois instrumentos utilizados para análise. Em seguida, iniciava-se a análise das filmagens, na qual assistia-se à filmagem completa para entendimento do contexto onde se passava a consulta e para registro no instrumento de validação do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego. Depois o vídeo era exposto novamente para registro no instrumento de análise da comunicação verbal (FACOVE), quando a imagem era pausada a cada minuto.

Para evitar influência nas respostas, os juízes não foram informados sobre qual grupo estavam avaliando, ou seja, dos enfermeiros treinados e não-treinados, e, além disso, não havia troca de informações entre os juízes. O preenchimento e a análise individual eram realizados simultaneamente.

Vale ressaltar que o instrumento de análise da comunicação verbal foi criado pela pesquisadora de acordo com a teoria da comunicação verbal de Roman Jakobson (2001) e avaliado em trabalho anterior (MACÊDO, 2005) por três enfermeiras doutoras, especialistas em comunicação. O instrumento foi nomeado de Formulário de Análise da Comunicação Verbal em Enfermagem (FACOVE).

O FACOVE consta de 11 itens. Os três primeiros referem-se respectivamente ao número da filmagem, ao tempo em segundos no qual está sendo analisado, à identificação do juiz (1,2,3) e ao treinamento. Nos itens de cinco a onze os juízes marcam um “X” para cada resposta. O item de número cinco identifica o remetente da cena, no qual os juízes puderam marcar como resposta: enfermeira, cego, acompanhante ou ausente. Em referência à função conativa da comunicação verbal, esta pôde ser classificada em vocativa ou imperativa (JAKOBSON, 2001). No instrumento o item seis trata de aspectos da função vocativa, enquanto o sete da imperativa. Assim os juízes optaram por uma destas possibilidades para cada interação. Nas ações vocativas as respostas foram: indica modo de ação, solicita informação/orientação, solicita sugestão ou concorda. Para representar a função imperativa houve as opções: dá orientação, dá sugestão e não concorda de forma taxativa.

No item oito encontra-se a função emotiva/expressiva. Nessa função classificam-se como aspectos positivos a solidariedade, a satisfação, a tranquilidade e a empatia. Já nos aspectos negativos foram consideradas a tristeza e a apatia. Correspondente ao item nove encontra-se o referencial/contexto. Quanto às opções analíticas, serão: tratamento; prevenção; assuntos pessoais, assuntos do cotidiano e outros. O item dez refere-se ao contato/canal pelo qual a comunicação se estabeleceu. Neste as respostas serão audição, tato, visão e olfato. Enfim, no item onze encontra-se o código pelo qual os juízes têm de optar por linguagem comum ou linguagem técnica.

O controle do tempo para registro das análises era feito pela pesquisadora. Para evitar cansaço por parte dos juízes, se analisaram no máximo quatro filmagens por dia, e havia sempre um intervalo entre uma filmagem e outra (SAWADA, 1993; MADÊDO, 2005).

#### 4.7 Análise dos Dados

Como referido, os dados foram processados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 14.0 e analisados por meio de duas tabelas univariadas com frequência relativa e porcentagens. Para se analisar a associação entre as variáveis segundo Jakobson (2001) e os juízes, empregaram-se os testes de qui-quadrado ( $X^2$ ) e de máxima verossimilhança. Para verificar a confiabilidade das avaliações entre os itens do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach, haja vista esse coeficiente levar em consideração a probabilidade de concordância decorrente do acaso. Para todas as análises estatísticas inferenciais, fixou-se o nível de significância de 5% (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

## 5 RESULTADOS

Nas sessões a seguir expõem-se os resultados referentes a: Perfil dos enfermeiros e dos cegos; Validação do modelo de comunicação verbal; Análise de confiabilidade do modelo de comunicação verbal; e Análise da comunicação verbal entre enfermeiro e cego. Posteriormente, será descrito e discutido o que chamou mais atenção em cada tabela.

### 5.1 Perfil dos Enfermeiros e dos Cegos

Ilustrativamente, na tabela 1, constam as características dos 30 enfermeiros componentes da amostra, divididos entre os dois grupos, com 15 enfermeiros cada um: grupo A (treinado) e grupo B (não- treinado).

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa. Fortaleza, 2009

Enfermeiros (N=30)	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
22-25	17	56,7
26-29	8	26,6
>30	5	16,6
<b>Sexo</b>		
Feminino	26	86,7
Masculino	4	16,6

Dos enfermeiros que participaram do estudo, 17 (56,7%) tinham idade entre 22 e 25 anos, 8 (26%) entre 26 e 29 e 5 (16,6%) idade superior a 30 anos. No referente ao sexo, a maioria 26 (86,7%) era do sexo feminino e 4 (16,6%) do sexo masculino.

Quanto ao perfil dos cegos, que também compuseram a amostra num total de 30 participantes, distribuídos entre os dois grupos (treinado e não-treinado), está detalhado na tabela 2.

Tabela 2 - Perfil dos cegos participantes da pesquisa. Fortaleza, 2009

Cegos (N=30)	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
19-28	8	26,7
29-38	14	46,6
39-49	8	26,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	53,4
Masculino	14	46,6
<b>Tempo de cegueira (anos)</b>		
6-20	3	10
21-35	20	66,7
36-43	7	23,3

Em relação aos cegos, 8 (26,7%) estavam na faixa etária entre 19 e 28 anos, 14 (46,6%) entre 29 e 38 anos e 8 (26,7%) entre 39 e 49 anos. Quanto ao sexo, 16 (53,4%) eram do sexo feminino e 14 (46,6%) do sexo masculino. No tocante ao tempo de cegueira, 3 (10%) ficaram cegos entre 6 e 20 anos, 20 (66,7%) entre 21 e 35 anos e 7 (23,3%) entre 36 e 43 anos.

## 5.2 Validação do Modelo de Comunicação Verbal

No teste do Modelo de Comunicação Verbal foram descritas as variáveis de acordo com cada interação entre o enfermeiro e o cego. Por terem sido realizadas 15 filmagens com um grupo de enfermeiros treinados e 15 com enfermeiros não treinados, nas tabelas, em cada grupo, será apresentado um total de 45, pois foram analisados por três juízes. Para essas análises estatísticas utilizaram-se os testes de qui-quadrado e de máxima verossimilhança bem como o resultado de p. Este, quando apresentar valor inferior a 0,05, evidenciará ter havido diferenças entre o grupo treinado e o não- treinado, confirmando assim a validação do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.

A seguir serão apresentadas as ações de enfermagem, a partir de comparações entre o grupo de enfermeiros treinados e o de não-treinados. A tabela 3 retrata essa comparação de acordo com as diretrizes gerais encontradas no modelo.

Tabela 3 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de acordo com as diretrizes gerais. Fortaleza, 2009

Ação *	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste **	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Dirige-se ao cego</b>										
Não-treinado	3	6,7	8	17,8	28	62,2	6	13,3	-	0,0001
Treinado	-	-			4	8,9	41	91,1		
<b>2. Emprega termo cego</b>										
Não-treinado	-	-	16	35,6	21	46,7	8	17,8	35,22	0,0001
Treinado	-	-			11	24,4	34	75,6		
<b>3. Evita palavras no diminutivo</b>										
Não-treinado	-	-	8	17,8	22	48,9	15	33,3	14,53	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	12	26,7	32	71,1		
<b>4. Posiciona-se em frente ao cego</b>										
Não-treinado	8	17	15	33,3	16	35,6	6	13,3	46,31	0,0001
Treinado	1	2,2	-	-	7	15,6	37	82,2		
<b>5. Toca ligeiramente braço ou ombro</b>										
Não-treinado	43	95,6	1	2,2	1	2,2	-	-	82,87	0,0001
Treinado	-	-	6	13,3	12	26,7	27	60,0		
<b>6. Emprega palavras que indicam a direção</b>										
Não-treinado	44	97,8	1	2,2	-	-	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-			10	22,2	27	60,0		
<b>7. Evita gesticular</b>										
Não-treinado	31	68,9	13	28,9	1	2,2	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-			5	11,1	40	88,9		
<b>8. Fala olhando para o cego</b>										
Não-treinado	10	22,2	19	42,2	15	33,3	1	2,2	63,6	0,0001
Treinado	-	-			9	20	36	80,0		
<b>9. Fala com voz audível/clara</b>										
Não-treinado	2	4,4	17	37,8	22	48,9	4	8,9	-	0,0001
Treinado	-	-			15	33,3	27	60,0		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Ao se observar a tabela 3 percebeu-se que na ação dirige-se ao cego o enfermeiro do grupo treinado apresentou excelência em 91,1% das interações, enquanto o não-treinado em 13,3%. Ainda no grupo treinado, na ação evita gesticular, verificou-se excelência em 88,9%; na ação encontra-se na posição em frente ao cego ao falar, em 82,2%; na fala olhando para o

cego, em 80%; na emprega termo cego, em 75,6%; evita palavras no diminutivo, em 71,1%; toca ligeiramente braço ou ombro, em 60%; emprega palavras que indica a direção, em 60%; e fala com voz audível, em 60%.

As ações consideradas péssimas/ruins estiveram ausentes em oito dos nove itens avaliados no grupo treinado. O único item a apontar essa classificação foi na posição em frente ao cego, e ocorreu apenas em 2,2% das ações. Em todas as ações de enfermagem o grupo treinado apresentou melhor desempenho do que o não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ . A seguir a tabela 4 mostrará as comparações das ações dos dois grupos de acordo com o acolhimento do paciente.

Tabela 4 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas ao acolhimento do paciente. Fortaleza, 2009

Ação*	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste**	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Durante comunicação enfermeiro fica atento</b>										
Não-treinado	12	26,7	13	28,9	14	31,1	6	13,3	56,61	0,0001
Treinado	-	-	-	-	4	8,9	41	91,1		
<b>2. Identifica-se</b>										
Não-treinado	19	42,2	4	8,9	13	28,9	9	20	37,66	0,0001
Treinado	-	-	2	4,4	7	15,6	36	80		
<b>3. Fala apertando a mão</b>										
Não-treinado	33	73,3	3	6,7	4	8,9	5	11,1	-	0,0001
Treinado	4	8,9	-	-	8	17,8	33	73,3		
<b>4. Comunica-se andando na frente do paciente</b>										
Não-treinado	45	100	-	-	-	-	-	-	-	0,0001
Treinado	1	2,2	2	4,4	7	15,6	35	77,8		
<b>5. Acomoda o cego</b>										
Não-treinado	39	86,7	5	11,1	1	2,2	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	-	-	7	15,6	38	84,4		
<b>6. Descreve ambiente</b>										
Não-treinado	45	100	-	-	-	-	-	-	90	0,0001
Treinado	-	-	-	-	8	17,8	37	82,2		
<b>7. Informa existência de outra pessoa</b>										
Não-treinado	45	100	-	-	-	-	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	10	22,2	34	75,6		
<b>8. Solicita apresentação</b>										
Não-treinado	43	95,6	-	-	2	4,4	-	-	84	0,0001
Treinado	-	-	-	-	6	13,3	39	86,7		
<b>9. Chama pelo nome ou apelido</b>										
Não-treinado	10	22,2	10	22,2	18	40	7	15,6	21,63	0,0001
Treinado	-	-	3	6,7	20	44,4	22	48,9		
<b>10. Mantém voz audível</b>										
Não-treinado	4	8,9	11	24,4	21	46,7	9	20	26,31	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	13	28,9	31	68,90		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Com base no resultado da tabela 4, ao se comparar as ações relacionadas ao acolhimento do cego, constatou-se excelência em todos os itens avaliados dos enfermeiros treinados, entre eles: durante comunicação enfermeiro fica atento (91,1%); solicita apresentação (86,7%); acomoda o cego (84,4%); descreve o ambiente (82,2%); identifica-se (80%); comunica-se andando à frente do cego (77,8%); informa existência de outra pessoa (75,6%); fala apertando a mão (73,3%); mantém voz audível (68,9%); chama pelo nome ou apelido (48,9%). Neste grupo houve uma predominância na porcentagem acima de 70%.

No referente ao grupo não-treinado, identificaram-se ações péssimas/ruins em 100% de três itens, a saber: comunica-se andando à frente do cego, descreve ambiente e informa existência de outra pessoa. Como mostram os dados, em todas as ações de enfermagem o grupo treinado apresentou melhor desempenho do que o não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ . A seguir a tabela 5 mostrará as comparações das ações dos dois grupos participantes.

Tabela 5 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à coleta de dados. Fortaleza, 2009

Ação *	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste **	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Comunicação com solidariedade</b>										
Não-treinado	8	17,8	8	17,8	20	44,4	9	20,0	47,14	0,0001
Treinado	-	-	-	-	4	8,9	41	91,1		
<b>2. Avisa quando chega</b>										
Não-treinado	44	97,8	-	-	-	-	1	2,2	86,17	0,0001
Treinado	-	-	6	13,3	17	37,8	22	48,9		
<b>3. Remetente em parte da comunicação</b>										
Não-treinado	19	42,2	16	35,6	5	11,1	5	11,1	54,35	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	14	31,1	30	66,7		
<b>4. Informa momento atividade</b>										
Não-treinado	41	91,1	3	6,7	1	2,2	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	-	-	9	20	36	80,0		
<b>5. Explica finalidade do material</b>										
Não-treinado	40	88,9	2	4,4	3	6,7	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	3	6,7	4	8,9	38	84,4		
<b>6. Descreve instrumento</b>										
Não-treinado	43	95,6	-	-	2	4,4	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	5	11,1	7	15,6	33	73,3		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Como exposto nesta tabela, observou-se no grupo treinado excelência em cinco das seis ações avaliadas, assim especificadas: comunicação com solidariedade (91%); explica finalidade do material (84,4%); informa momento da atividade (80%); descreve o ambiente (73,3%); e remetente em parte da comunicação (66,7%).

Apenas a opção avisa quando chega teve atitude de excelência inferior a 50%, apesar de ficar claro na tabela que 48,9% dessa ação referiu-se a excelência, 37,8% a bom, 13,3% a regular e nenhuma atitude péssima/ruim. Isto também se confirmou no grupo treinado em todas as ações expostas nessa tabela. Em todas as ações de enfermagem o grupo treinado apresentou melhor desempenho do que o grupo não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ . Na tabela 6 consta a comparação das ações relacionadas aos diagnósticos e planejamentos de enfermagem.

Tabela 6 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas aos diagnósticos e planejamentos de enfermagem. Fortaleza, 2009

Ação*	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste**	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Segue Protocolo</b>										
Não-treinado	9	20	17	37,8	15	33,3	4	8,9	25,15	0,0001
Treinado	-	-	2	4,4	30	66,7	13	28,9		
<b>2. Anotações informando motivo de silêncio</b>										
Não-treinado	45	100	-	-	-	-	-	-	-	0,0001
Treinado	-	-	3	6,73	17	37,8	25	55,6		
<b>3. Evita silêncio</b>										
Não-treinado	41	91,1	1	2,2	1	2,2	2	4,4	-	0,0001
Treinado	-	-	-	-	16	35,6	29	64,4		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

No concernente aos resultados obtidos na tabela 6, evidenciaram-se no grupo treinado as ações: segue protocolo com ausência de atitudes péssimas/ruim, regular em 4,4%, bom em 66,7% e excelente em 28,9%. Na ação faz anotações informando o motivo do silêncio, ausência de atitudes péssima/ruim, regular em 6,73%, bom em 37,8% e excelente em 55,6%. Na ação evita silêncio também não houve atitude péssima/ruim e regular, mas houve bom em 35,6% e excelente em 64,4%. Em todas as ações de enfermagem o grupo treinado teve melhor desempenho do que o grupo não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ . A seguir apresenta-se a comparação das ações relacionadas à implementação de enfermagem.

Tabela 7 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à implementação de enfermagem. Fortaleza, 2009

Ação*	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste**	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Segue protocolo de enfermagem</b>										
Não-treinado	11	24,4	14	31,1	16	35,6	4	8,9	38,71	0,0001
Treinado	-	-	-	-	23	81,1	22	48,9		
<b>2. Executa plano de cuidado</b>										
Não-treinado	18	40	17	37,8	7	15,6	3	6,7	58,14	0,0001
Treinado	-	-	-	-	22	48,9	23	51,1		
<b>3. Estimula paciente a falar</b>										
Não-treinado	25	55,6	11	24,4	8	17,8	1	2,2	47,57	0,0001
Treinado	1	2,2	6	13,3	12	26,7	26	57,8		
<b>4. Aguarda cego concluir fala</b>										
Não-treinado	8	17,8	13	28,9	16	35,6	8	17,8	50,42	0,0001
Treinado	-	-	-	-	4	8,9	41	91,1		
<b>5. Usa linguagem comum</b>										
Não-treinado	1	2,2	8	17,8	23	51,1	13	28,9	-	0,0001
Treinado	-	-	-	-	13	28,9	32	71,1		
<b>6. Atenta para reações do cego</b>										
Não-treinado	9	20	20	44,4	14	31,1	2	4,4	63,73	0,0001
Treinado	-	-	-	-	7	15,6	38	84,4		
<b>7. Prioriza comunicação verbal</b>										
Não-treinado	4	8,9	10	22,2	17	37,8	14	31,1	29,24	0,0001
Treinado	-	-	-	-	7	15,6	38	84,4		
<b>8. Solicita informação/sugestão</b>										
Não-treinado	16	35,6	12	26,7	9	20,0	8	17,8	38,37	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	16	35,6	28	62,2		
<b>9. Conteúdo sobre doença</b>										
Não-treinado	13	28,9	13	28,9	-	-	-	-	41,00	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	19	42,2	16	35,6		
<b>10. Assunto sobre cotidiano</b>										
Não-treinado	32	71,1	9	20	3	6,7	1	2,2	66,87	0,0001
Treinado	-	-	3	6,7	18	40	24	53,3		
<b>11. Assunto sobre vida pessoal</b>										
Não-treinado	33	73,3	7	15,6	5	11,1	-	-	63,26	0,0001
Treinado	-	-	4	8,9	17	37,8	24	53,3		
<b>12. Propicia consulta agradável</b>										
Não-treinado	18	40	9	20,0	14	31,1	4	8,9	65,50	0,0001
Treinado	-	-	-	-	3	6,7	42	93,3		
<b>13. Aberto ao mundo</b>										
Não-treinado	10	22,2	13	28,9	18	40	4	8,9	57,48	0,0001
Treinado	-	-	-	-	6	13,3	39	86,7		
<b>14. Conscientiza-se das dificuldades do cego</b>										
Não-treinado	24	53,3	10	22,2	9	20,0	2	4,4	69,52	0,0001
Treinado	-	-	-	-	5	11,1	40	88,9		
<b>15. Atenta para emoções do interlocutor</b>										
Não-treinado	10	22,2	21	46,7	11	24,4	3	6,7	56,97	0,0001
Treinado	-	-	-	-	11	24,4	34	75,6		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Como demonstrado na tabela 7, além de resultados positivos em todos os itens avaliados do grupo treinado, nove tiveram alto índice de excelência, com porcentagens entre 62,2% e 93,3%. São eles: propicia consulta agradável (93,3%); aguarda cego concluir fala (91,1%); na fala conscientiza-se das dificuldades do cego (88,9%); aberto ao mundo (86,7%); atenta para reações do cego (84,4%); prioriza comunicação verbal (84,4%); atenta para as emoções do interlocutor (75,6%); usa linguagem comum (71,1%), solicita informação/sugestão (62,2%).

Neste grupo, as ações consideradas péssimas/ruins não foram encontradas em 14 dos 15 itens avaliados. O único item assim identificado foi estimula paciente a falar (2,2%) . Em todas as ações de enfermagem o grupo treinado apresentou melhor desempenho do que o não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ .

Na tabela 8, pode-se observar a comparação das ações relacionadas à avaliação de enfermagem.

Tabela 8 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas à avaliação de enfermagem. Fortaleza, 2009

Ação*	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste**	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Segue protocolo</b>										
Não-treinado	8	17,8	12	26,7	19	42,2	6	13,3	24,39	0,0001
Treinado	-	-	1	2,2	26	57,8	18	40		
<b>2. Conta com a cooperação do paciente</b>										
Não-treinado	14	31,1	17	37,8	12	26,7	2	4,4	58,45	0,0001
Treinado	-	-	-	-	12	26,7	25	55,6		
<b>3. Atenta aos itens anteriores</b>										
Não-treinado	11	24,4	20	44,4	13	28,9	1	2,2	44,28	0,0001
Treinado	-	-	2	4,4	26	57,8	17	37,8		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Pelos dados da tabela 8, não houve ações péssimas/ruins em nenhum dos itens do grupo treinado. Em segue protocolo, 57,8% foram avaliados como bom, 40% excelente e 2,2% regular. No item conta com cooperação do paciente, 55,6% excelente e 26,7% bom. E para finalizar, no item atenta aos itens anteriores, 57,8% bom, 37,8% excelente e 4,4% regular. Em

todas as ações de enfermagem o grupo treinado teve melhor desempenho do que o não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ .

Na tabela 9, consta a comparação das ações dos grupos relacionadas ao encerramento da consulta de enfermagem.

Tabela 9 - Comparação das ações de enfermagem entre o grupo treinado e o não-treinado de enfermeiros relacionadas ao encerramento da consulta de enfermagem. Fortaleza, 2009

Ação*	Péssimo/Ruim		Regular		Bom		Excelente		Teste**	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>1. Reforça as informações</b>										
Não-treinado	33	73,33	7	15,6	3	6,7	2	4,4	43,15	0,0001
Treinado	8	17,7	6	13,3	12	26,7	19	42,2		
<b>2. Despede-se falando e apertando a mão</b>										
Não-treinado	32	71,1	2	4,4	8	17,8	3	6,7	54,30	0,0001
Treinado	3	6,7	9	20,0	5	11,1	28	62,2		
<b>3. Acompanha o cego à porta</b>										
Não-treinado	32	71,1	5	11,1	7	15,6	1	2,2	71,17	0,0001
Treinado	-	-	-	-	8	17,8	37	82,2		
<b>4. Atenta para a continuidade do cuidado</b>										
Não-treinado	21	46,7	14	31,1	6	13,3	4	8,9	50,76	0,0001
Treinado	-	-	2	4,4	30	66,7	13	28,9		

\*As ações de enfermagem são enunciadas de acordo com o instrumento de comunicação verbal.

\*\* (1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Pelos resultados obtidos na tabela 9 foi possível perceber excelência do grupo treinado nos itens comunica-se acompanhando o cego até a porta (82,2%); despede-se falando e apertando a mão (62,2%); reforça as informações (42,2%) e atenta para a continuidade do cuidado (28,9%). Além disso, observou-se na opção péssimo/ruim alto índice pelo grupo não-treinado em três dos quatro itens, com porcentagens variáveis de 71,1% a 73,33%. Em todas as ações de enfermagem o grupo treinado apresentou melhor desempenho do que o não-treinado, quando para todas elas encontrou-se  $p < 0,05$ .

### 5.3 Análise de Confiabilidade do Modelo de Comunicação Verbal

Na tabela 10, constam os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach do modelo de comunicação proposto.

Tabela 10 - Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, do modelo de comunicação verbal do enfermeiro com o cego. Fortaleza, 2009

<b>Ação</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Dirige-se ao cego	0,907
Emprega termo cego	0,910
Evita palavras no diminutivo	0,919
Posição frente ao cego	0,907
Toca ligeiramente braço ou ombro	0,891
Palavras que indicam a direção	0,888
Evita gesticular	0,891
Fala olhando para o cego	0,839
Fala com voz audível/clara	0,911
Enfermeiro fica atento	0,851
Identifica-se	0,854
Fala apertando a mão	0,950
Comunica-se andando na frente do paciente	0,943
Acomoda o cego	0,943
Descreve ambiente	0,942
Informa existência de outra pessoa	0,842
Solicita apresentação	0,944
Chama pelo nome ou apelido	0,958
Mantém voz audível	0,958
Comunicação com solidariedade	0,858
Avisa quando chega	0,934
Remetente em parte da comunicação	0,950
Informa momento atividade	0,929
Explica finalidade do material	0,829
Descreve instrumento	0,929
Segue protocolo	0,943
Anotações informando silêncio	0,637

Evita silêncio	0,574
Segue protocolo de enfermagem	0,956
Executa plano de cuidado	0,855
Estimula paciente falar	0,955
Aguarda cego concluir fala	0,956
Usa linguagem comum	0,960
Atenta para reações do cego	0,955
Prioriza comunicação verbal	0,959
Solicita informação/sugestão	0,856
Conteúdo sobre doença	0,958
Assunto sobre cotidiano	0,855
Assunto sobre vida pessoal	0,954
Propicia consulta agradável	0,953
Aberto ao mundo	0,853
Conscientiza-se das dificuldades cego	0,954
Atenta para emoções do interlocutor	0,956
Segue protocolo	0,851
Conta com a cooperação do paciente	0,802
Atenta aos itens anteriores	0,750
Reforça as informações	0,863
Despede-se falando e apertando a mão	0,859
Acompanha o cego à porta	0,815
Atenta para a continuidade do cuidado	0,876

---

Conforme se observa na tabela 10, todos os itens contribuem para a confiabilidade interna do Modelo de Validação da Comunicação Verbal do Enfermeiro com o Cego. Os valores mostrados nesta tabela revelam uma excelente confiabilidade no grupo treinado, pois a maioria dos alfas foi  $> 0,80$ .

#### **5.4 Análise da Comunicação Verbal entre o Enfermeiro e Cego**

Para explicitar esses resultados, na tabela 11 fez-se a distribuição das interações.

Tabela 11 - Distribuição das interações de acordo com os elementos/ funções da comunicação verbal. Fortaleza, 2009

Comunicação verbal	Não-Treinado		Treinado		Teste	p
	N	%	N	%		
<b>Remetente</b>						
Enfermeiro	497	32,4	699	53,2		
Cego	339	22,1	447	34,0	353,0 <sup>1</sup>	0,0001
Ausente/Silêncio	693	45,1	169	12,9		
<b>Função vocativa</b>						
Não houve	212	13,8	282	21,4		
Indica modo de ação	406	26,4	519	39,5		
Solicita informação/orientação	173	11,3	233	17,7	8,66 <sup>1</sup>	0,070
Solicita sugestão	7	0,5	17	1,3		
Concorda	45	2,9	95	7,2		
<b>Função imperativa</b>						
Dá orientação	142	9,3	206	15,7		
Dá sugestão	33	2,1	50	3,8	0,03 <sup>1</sup>	0,983
Não concorda	27	2,1	39	2,5		
<b>Função emotiva</b>						
Solidariedade	90	5,8	387	29,4		
Satisfação	180	11,7	582	44,2		
Tranquilidade	471	30,7	653	49,6		
Empatia	341	22,2	910	69,2		
Raiva	08	0,5	-	-	-	0,0001 <sup>2</sup>
Desprezo	40	2,6	-	-		
Tristeza	35	2,3	16	1,2		
Apatia	154	10	16	1,2		
<b>Referencial/contexto</b>						
Coleta de dados	400	26	443	33,7		
Tratamento	38	2,48	103	7,8		
Prevenção	244	15,9	270	20,5	83,7 <sup>1</sup>	0,0001
Assuntos pessoais	105	6,8	185	14		
Assuntos cotidianos	62	4	159	12		
<b>Contato/canal</b>						
Audição	535	34,8	753	52,3		
Tato	70	4,5	147	11,2		
Visão	225	14,7	639	48,6	-	0,0001 <sup>2</sup>
Olfato	07	0,4	10	0,8		
Fala	832	54,6	1142	86,9		
<b>Código</b>						
Linguagem comum	769	50,1	1125	85,6		
Linguagem técnica	74	4,8	21	1,6	51,5 <sup>1</sup>	0,0001

(1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Com base nesta tabela foi possível observar a comunicação de acordo com os seguintes elementos: remetente, função vocativa, função imperativa, função emotiva,

referencial/contexto, contato/canal e código. Confirmou-se, portanto, associação estatisticamente significativa em todos os itens avaliados.

No que diz respeito a remetente, o silêncio ocorreu em quase metade das interações (45%) do grupo não-treinado e em apenas 12,4 % do grupo treinado. Em relação à função vocativa, no grupo não-treinado as ações indicam modo de ação, solicita informação/orientação, solicita sugestão totalizaram 41,1% e no treinado 65,7%. Na função imperativa as ações dá orientação, dá sugestão, não concorda atingiram 13,5% e no treinado 22%.

Na função emotiva, no grupo não-treinado sobressaiu a tranquilidade (30,7%), seguida de empatia (22,2%), satisfação (11,7%), apatia (10%), desprezo (2,6%), solidariedade (5,8%), tristeza (2,3%) e raiva (0,5%). Nesta mesma função, no grupo treinado sobressaiu a empatia (69,2%), seguida da tranquilidade (49,6%), satisfação (44,2%), solidariedade (29,4%), tristeza e apatia (1,2%). No grupo treinado inexistiram os sentimentos de raiva e de desprezo.

No campo referencial/contexto, as ações quanto à coleta de dados, tratamento e prevenção do grupo não-treinado totalizaram 43,3 % e assuntos pessoais e do cotidiano 10,8%; no treinado, 62% e 26%, respectivamente.

No contato/canal do grupo não-treinado, a fala apareceu em 54,1%, a audição em 34,8%, a visão em 14,6% e o tato em 4,5%. No treinado, a fala em 86,8%, a audição em 57,3%, a visão em 48,6% e o tato em 11,8%. A linguagem comum no grupo não-treinado ocorreu em 50,1% das interações e a técnica em 4,8%. No grupo treinado, a linguagem comum em 85,6% e a técnica em 1,6%.

## **6 DISCUSSÃO DOS DADOS**

Feita a apresentação dos resultados, passa-se à discussão dos dados referentes a: Validação do conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com Cegos por especialistas; Perfil dos enfermeiros e cegos; Validação do Modelo de Comunicação Verbal e da Análise da comunicação verbal enfermeiro-cego. Para a referida discussão, buscou-se suporte na literatura pertinente.

### **6.1 Validação do Conteúdo do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego por Especialistas**

Após a construção do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego, este foi submetido à avaliação por especialistas em comunicação que propuseram sugestões referentes ao seu conteúdo. Todas as sugestões foram acatadas e serão descritas a seguir.

Durante a análise do modelo, uma especialista sugeriu se deixassem explícitos os sujeitos envolvidos nesse processo de comunicação. Tal sugestão é procedente pois na elaboração de instrumentos, modelos ou protocolos, os pesquisadores precisam inferir a que população está direcionada, porquanto, na validação de cada um, usa-se uma amostra com características específicas. No caso dessa tese, a população constituiu-se do enfermeiro e do cego. Em todos os momentos do cuidado de enfermagem, ocorre a comunicação interpessoal visto que enfermeiro e cliente são pessoas em interação. Cabe ao enfermeiro ajudar e incentivar o paciente a se expressar verbalmente, sobretudo porque a comunicação caracteriza-se como base ou suporte da prática de enfermagem.

Para efetivar essa relação, o enfermeiro vale-se da sua competência e do seu conhecimento sobre comunicação humana, e comunicação terapêutica, além da avaliação do seu uso conforme cada situação e cliente específico (CHAVES et al., 2008). Com vistas a resultados mais satisfatórios, os profissionais de enfermagem necessitam sempre melhorar a qualidade do cuidado prestado, em especial, quanto à comunicação, a partir da conscientização inerente às possíveis falhas e barreiras existentes (MACEDO; PAGLIUCA, 2005). Para minimizar essas falhas, o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego tem como sujeitos enfermeiros e cegos e pode ser aplicado e validado em outras realidades de ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

Na comunicação de enfermagem com o cego, alguns comportamentos devem ser introduzidos no intuito de reduzir comportamentos não-verbais (o sorriso, expressões como olhe ali, inclinação da cabeça, aceno de mão como adeus), e ampliar manifestações verbais (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2008). Segundo uma das especialistas enfatizou, os aspectos não-verbais, mesmo não sendo o foco principal do modelo, devem estar presentes. Acredita-se que na comunicação verbal com o cego, muitas mensagens se complementam com o uso do toque, principalmente.

Ao analisar o papel da comunicação na interação dos profissionais de enfermagem com os pacientes em uma unidade de emergência, percebe-se uma interação dispersa, na qual o atendimento é centralizado nos procedimentos a serem efetuados. Nestes se resume todo o cuidado a ser prestado ao paciente. Como evidenciado, há uma distorção do conceito de comunicação, ao ser reconhecida somente como o domínio verbal utilizado para comunicar ao paciente os procedimentos sobre ele realizados ou para sanar dúvidas. Seguramente não se pode afirmar se existe desconhecimento sobre o não-verbal ou se este foi “abandonado” (não observado conscientemente) para agilizar o atendimento, ou, ainda, se foi ignorado, como um mecanismo de defesa, para evitar maior contato com o sofrimento do outro (SOUZA; SILVA; NORI, 2007). Muitas vezes, porém, as ações não-verbais estão presentes e são necessárias para efetivar a comunicação com o cego, como o toque no braço ou no ombro e o aperto de mão como significado de aceitação social.

Outro aspecto referido por uma das especialistas que validaram o modelo diz respeito à orientação e reflete a questão da localização no espaço físico. Ela ressaltou a necessidade do profissional se localizar e localizar o outro como um ponteiro de relógio. E sempre utilizar expressões como à sua direita, à sua esquerda, à sua frente.

Na sociedade dos videntes, a visão é fundamental para receber informações escritas, e particularmente sobre o ambiente, como localização de objetos e pessoas e, também, a localização do próprio indivíduo no espaço (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2008). Quando um portador de deficiência visual penetra em um ambiente desconhecido com pessoas desconhecidas, pode surgir uma situação de insegurança e de estresse, somada à sua dificuldade visual.

Nesse sentido, muitos profissionais enfermeiros ainda estão despreparados para atender essas especificidades advindas da perda da visão. Uma questão interessante inferida

pelos especialistas que avaliaram o modelo de comunicação foi o uso correto do canal da fala, a qual deve ser clara, audível e suave em todo o processo de enfermagem.

Também importante foi uma avaliação ressaltada por uma das especialistas quanto ao uso do termo processo de enfermagem ao invés de consulta de enfermagem para titulação do modelo. Por processo de enfermagem entende-se uma forma de prestar cuidados de enfermagem de maneira sistemática, rentável, humanizada e individualizada (JARVIS, 2002). Este termo é utilizado ainda como método de assistência durante consulta de enfermagem. Conforme se enfatiza, essa consulta sistematizada teve como marco teórico Jakobson na condução da comunicação em enfermagem com cegos.

Após a avaliação das especialistas, procederam-se a mudanças referentes a alguns termos utilizados, alterados segundo o marco teórico e os conceitos de Roman Jakobson, pois as especialistas consideraram adequado não mudar a linguagem e essência da teoria. Contudo, as expressões “emissor e receptor” foram substituídas por “remetente e destinatário”.

Conceitos são guias para sistematizar observações do mundo (KING, 1981). Há quem afirme que os conceitos são abstrações, imagens mentais de fenômenos. Refletem o senso de observações, inferências, saltos intuitivos e uma sistemática representação do fenômeno (MELEIS, 1997). Para King (1981), o termo conceito se refere ao nível lingüístico atribuído às coisas, eventos, idéias e outras realidades que são percebidas. De modo geral, as teóricas de enfermagem vêem os conceitos como blocos para a construção da teoria.

Os conceitos de uma teoria são aqueles pertencentes ao fenômeno e que são desenvolvidos através do processo de conceitualização dentro da ciência. Requerem compreensão e reconhecimento intersubjetivo para serem aplicados no trabalho científico (KING, 1981). Desse modo, segundo se observa, através da temporalidade da construção e reconstrução do conhecimento científico, os conceitos são continuamente modificados e, assim, adquirem novos significados e aplicabilidade. Considerou-se, dessa forma, a análise da especialista quando se refere ao uso dos marcos conceituais e teóricos de Roman Jakobson, sendo necessário que todos os termos e expressões remetessem a essa teoria comunicativa.

Sugestões sobre aspectos ortográficos da língua portuguesa foram propostas por duas especialistas, com enfoque na revisão por profissionais da área. Bacelar et al. (2004) relatam a importância da língua portuguesa para a área médica e/ou saúde. A exemplo de outros

profissionais, os da saúde, como responsáveis pela assistência ao paciente, orientação, realização de procedimentos e técnicas, devem possuir a capacidade de se expressar adequadamente, seja de forma oral ou escrita. Assim, o modelo foi lido exhaustivamente pela pesquisadora e, em seguida, submetido à devida revisão por profissional específico.

## **6.2 Perfil dos Enfermeiros e dos Cegos**

Ao se analisar o perfil dos enfermeiros, na tabela 1, a maioria era do sexo feminino (86,7%) e jovem, com a prevalência da faixa etária entre 22 e 25 anos (56,7%). Para Bruschini (2007) em 2005, de toda a população ativa brasileira na área da saúde, cerca de 70% é ocupada pelo gênero feminino e jovem. Porém a expansão das escolas de enfermagem e do mercado de trabalho cada vez mais vem agregando o gênero masculino. Nesse estudo, também se pode comprovar um quantitativo maior das mulheres quando comparado aos homens.

Como mostra a tabela 2, dos 30 cegos que participaram da pesquisa, a maior parte era jovem entre 29 e 38 anos (46,6%), sem predominância de sexo. Como assevera a literatura, o maior quantitativo de casos de cegueira está presente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, prevalecendo as mulheres aos homens (FEBRABAN, 2006). Diferentemente do constante na literatura, não se encontrou diferença de gênero ao se traçar o perfil desses cegos.

O tempo de cegueira dos cegos filmados foi de 21 a 35 anos (66,7%), havendo uma variedade de causa da deficiência, desde as doenças crônicas degenerativas às congênitas. Segundo Febraban (2006), a população com deficiência é representada por todas as faixas etárias; o que se modifica é a causa em cada uma.

No Brasil, a principal causa de cegueira é a catarata, com aproximadamente 40% dos casos. Em seguida, o glaucoma, com 15%, a retinopatia diabética, com 7%, e a cegueira na infância, com 6,4% do total. A degeneração macular relacionada à idade, com 5% dos casos de cegueira, é a quinta maior causa de cegueira, diferentemente da proporção mundial na qual esta aparece em terceiro lugar (OMS, 2005). Quanto à cegueira congênita, pode-se caracterizá-la como a que se manifesta no nascimento ou logo depois dele, está geralmente relacionada com pigmentação difusa atípica, diminuição dos vasos da retina e atrofia do nervo óptico (OJEDA; QUIROZ; SOLARI, 2003).

### 6.3 Validação do Modelo de Comunicação Verbal

Ao avaliar os dados estatísticos do Modelo de Comunicação Verbal, observa-se claramente nas diretrizes gerais que o grupo treinado apresentou excelência em todos os itens, com uma porcentagem variável de 60% a 91,1%, conforme a tabela 3. Os três itens mais próximos de 100% foram: dirige-se predominantemente ao cego (91,1%); evita gesticular ao falar (88,9%); encontra-se falando na posição frente ao cego (82,2%).

Já no grupo não-treinado, uma comunicação péssima/ruim ocorreu com maior frequência em alguns itens, como: empregar palavras que indicam a direção (97,8%); tocar ligeiramente braço ou ombro (95,6%); evitar gesticular (68,9%); falar olhando para o cego (22,2%).

Quando duas ou mais pessoas conversam, ambas processam as palavras e as mensagens e constroem seus próprios sentidos para aquilo que foi conversado, (re)construem seus conhecimentos e ampliam suas idéias. Logo, a comunicação imprime marcas nos sujeitos, tanto na comunicação verbal como na não-verbal, pois a linguagem do corpo se manifesta nos gestos, nas expressões e nas emoções (FERREIRA, 2006).

É notório como as pessoas, de modo geral, incluindo-se os enfermeiros não-treinados, não sabem como se comunicar com o cego. Apesar da importância da comunicação não-verbal, essa, em forma de gestos, alterará a qualidade da mensagem ao destinatário final, por este não possuir o canal visual. Assim, o enfermeiro durante sua interação deve evitar ao máximo esse tipo de comunicação não-verbal.

Em pesquisa anterior, clientes referiram não se sentirem percebidos pelo olhar do profissional durante a assistência de enfermagem. Segundo interpretaram, estes profissionais estavam acostumados à situação de cuidar e não se incomodavam mais com a exposição dos clientes no decorrer do cuidado. Não se sentir “visto” em uma situação na qual se está totalmente presente e exposto marcava negativamente o cuidado porque interceptava a possibilidade da relação humana entre o enfermeiro e o cliente (FERREIRA, 2006).

Assim, a comunicação que ocorre pelo olhar é uma dimensão fundamental no cuidado e, para o cego, o “ser visto” é primordial durante esse processo, embora tenha sido pouco exercida pelo grupo não-treinado. Para efetivar esse tipo de comunicação, o enfermeiro deve se posicionar de frente para o cego durante a assistência. Desse modo,

denotará valorização naquilo que ele expõe e sente. Com o canal da audição, o cego localiza o direcionamento da voz do locutor. Caso o locutor não se posicione de tal maneira, o cego deduzirá que a mensagem está sendo transmitida sem a devida importância.

Conforme se sabe, os pacientes portadores de deficiência visual não podem perceber as mensagens enviadas na forma não-verbal, como gestos e expressões faciais, que por vezes complementam o significado do verbalizado, mas percebem a movimentação, acompanhada de ruídos ou mudança da direção da voz.

Na comunicação com esta clientela, evitar palavras no diminutivo e falar com voz audível são questões essenciais a serem observadas. No grupo treinado houve excelência em 71,1% no primeiro item citado e em 60% no segundo. Já no não-treinado, em 33,3% e 8,9%, respectivamente. Um aspecto importante das falas a ser considerado na comunicação verbal é a clareza daquilo que se deseja informar. Ao interagir verbalmente com alguém é necessário tentar se expressar, clarificar ou validar a compreensão de algo (BRAGA; SILVA, 2007).

Seidel et al. (2007) corroboram estas afirmações. Como mencionam, durante a interação, seja na anamnese, na avaliação dos segmentos corporais ou em outra situação, o avaliador (enfermeiro) deve evitar palavras no diminutivo, pois isso pode ser pejorativo, antiprofissional. Na deficiência visual a tonalidade de voz deve permanecer sempre audível, sobretudo porque esse sentido é bastante aguçado nesses pacientes.

Em referência ao grupo não-treinado, as ações péssimas/ruins, nas diretrizes gerais, expostas na tabela 3, eram previstas, pois nenhum dos enfermeiros deste grupo participante do estudo teve contato profissional com pessoas cegas ou participou de cursos, oficinas e/ou capacitações. Evidenciam-se, assim, o despreparo do profissional e a ausência do cego nos serviços de saúde, decorrente, às vezes, de uma reação a situações inadequadas de atendimento em suas experiências. Nesse aspecto das diretrizes gerais, destacou-se a importância do modelo sugerindo uma melhor comunicação entre enfermeiro e cego.

Após essa análise, parte-se para a consulta propriamente dita. No modelo, existem algumas etapas necessárias à sua aplicação dentro da sistematização da assistência. Segundo consta, a assistência de enfermagem prestada a um paciente deve ser planejada, implementada e avaliada. O planejamento é baseado no levantamento de dados obtidos por meio do histórico de enfermagem, com a entrevista e o exame físico. Com isto, os diagnósticos de enfermagem

são identificados e o plano de cuidados elaborado. Nessa assistência, o relacionamento interpessoal e a comunicação devem ser efetivos em razão da sua importância para o processo de enfermagem. Assim, é preciso desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal que efetivem o processo de comunicação, o qual deve ser priorizado como atividade de enfermagem relevante e essencial (PONTES; LEITAO; RAMOS, 2008).

Na etapa de acolhimento, todos os enfermeiros treinados foram capazes de desempenhá-la com êxito, como demonstrado na tabela 4. Já o grupo não-treinado foi péssimo ou ruim em 100% em alguns itens, como: comunicar-se andando na frente do cego, descrever o ambiente e informar a existência de outra pessoa. Estes índices repetiram-se em outras ações, como: solicita apresentação do cego (95,6%); acomoda o cego (86,7%); fala e apresenta-se apertando a mão (73,3%); identifica-se (42,2%). Para iniciar o atendimento à pessoa cega, o enfermeiro precisa conduzi-la até o local específico da assistência. Tal situação muitas vezes não ocorreu durante as ações dos enfermeiros não-treinados, os quais estavam retraídos, exatamente por nunca terem vivenciado essa situação. Ficou, então, difícil comunicar-se com o cego andando à sua frente.

Em relação ao ambiente, poucas vezes os profissionais atentam para sua descrição. Para o paciente cego, essa informação deve ocorrer com maior riqueza de detalhes, como também a presença de outras pessoas no ambiente. Quando adentra em um local desconhecido ou mesmo conhecido, uma pessoa vidente usa a visão para explorá-lo. No caso do cego, em virtude da ausência desse canal, ele não consegue identificar o ambiente imediatamente. Com esta finalidade, ainda irá reunir o maior número de informações, como o eco, as vozes, o olfato, o tato e os ruídos. Tudo isso pode gerar desconforto, preocupação e muitas vezes desatenção.

Outro fator de desconforto é a presença de pessoas estranhas em face do risco de inibir as respostas durante uma anamnese ou mesmo durante um exame. Uma forma de minimizar esses constrangimentos diz respeito à descrição de todo o ambiente e seus componentes, incluindo os profissionais e/ou demais pessoas. Em muitas situações é dispensável a presença de um acompanhante para o cego.

A visão é fundamental para receber informações, tanto escritas quanto verbais sobre o ambiente, como localização de objetos e pessoas e, também, a localização do próprio indivíduo no espaço (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2008). Como mencionado, o

novo pode gerar temores, expressos sob diversas formas. Cabe ao profissional identificar seus significados e utilizar-se de artifícios para minimizá-los. Frequentemente, o medo do desconhecido é o pior de todos, mas o enfermeiro deve usar a linguagem como poderosa ferramenta para compreender e se fazer compreendido e assim atingir as metas na interação humana.

Para facilitar a comunicação, o enfermeiro deve identificar-se e solicitar a apresentação do paciente, como ocorreu na interação dos enfermeiros treinados com os cegos. O enfoque das habilidades de comunicação é fundamental. Deve-se começar com questões básicas, como o procedimento de obtenção de informações do paciente, e progredir até tópicos relacionados à negociação do plano de tratamento (COELHO-FILHO, 2007).

Em pesquisa realizada com pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca, conforme a pesquisadora observou, os profissionais se referiam aos pacientes pelos nomes, confirmando que esta linguagem caracteriza a individualidade do cuidar, na qual, apesar de se adotar uma linguagem técnica, se respeita cada ser humano (CAVALCANTI; COELHO, 2007). Chamar alguém pelo nome valoriza a pessoa no contexto da comunicação verbal. Dessa forma, ao iniciar a interação, ambos devem se apresentar e cada um deve verbalizar como deseja ser chamado, sinalizando um contrato que direcionará para uma relação paciente-profissional (SEIDEL et al., 2007).

Ao abordar especificamente o acolhimento ao cego, a apresentação surge como um momento mais íntimo no qual o profissional deve tocar a mão do cego. Essa atitude é reconhecida por ele como sorriso e a valorização da pessoa humana. Em seguida, acomodá-lo refletirá a importância da sua presença no local de exame. No Brasil e em outros países da América Latina o toque é culturalmente muito bem aceito. É importante usá-lo, sobretudo porque o cego possui um canal a menos de comunicação. Isso facilita a interação a ser estabelecida na assistência de enfermagem.

De modo geral, os enfermeiros constantemente invadem a intimidade e a privacidade dos pacientes ao realizar os cuidados de enfermagem. Raramente, porém, discutem os aspectos que envolvem esse problema. O paciente, sujeito do processo de trabalho da enfermagem, é um ser humano e, como tal, tem personalidade, dignidade, honra, pudor e preconceito. Com vistas à interação entre enfermeiro e paciente, é preciso conhecer sua natureza física, cultural, espiritual, social e psicológica. Esses aspectos são significativos ao se

tentar firmar uma relação de confiança, no sentido de transmitir segurança e apoio. Atitudes de respeito à individualidade, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade podem minimizar o estresse gerado pela doença e/ou internação e tratamento, ou mesmo a realização de exames de rotina (PUPULIM; SAWADA, 2002). Embora a literatura de enfermagem sobre esse tema ainda seja escassa, é necessário refletir de forma mais profunda sobre todas essas questões.

Em continuidade às discussões, de acordo com a tabela 5, pode-se avaliar a fase da coleta de dados, que remete à anamnese. Esta, segundo Jarvis (2002), é a fase de elaboração de um histórico ou levantamento de dados, e consiste no acúmulo de informações sobre um cliente para dar prosseguimento ao processo e elaboração dos diagnósticos. Nessa etapa, o grupo treinado teve excelente atuação em cinco das ações propostas. São elas, em ordem decrescente das porcentagens apresentadas na tabela: comunicação com solidariedade (91,1%), explica finalidade do material (84,4%); informa momento da atividade (80%); descreve o instrumento (73,3%); e o remetente em parte da comunicação (66,7%).

Apesar de o cuidado humanizado ser conceituado como respeito, amor, carinho, solidariedade, mantendo o diálogo, a privacidade, dando atenção à família, e representar uma das diretrizes da assistência de enfermagem, parece ainda estar muito distante de se tornar uma realidade unânime. Frequentemente, o enfermeiro ouve pouco, fala muito e não presta a devida atenção aos pacientes sob seus cuidados (PUGGINA; SILVA, 2005).

Ao retomar as consultas dos enfermeiros treinados, pode-se observar que houve principalmente a comunicação com solidariedade. Isto confirma diferenças na prática mediante a utilização e conhecimento sobre o Modelo de Comunicação Verbal com o Cego.

Ao enfermeiro compete mostrar-se merecedor de confiança; expressar-se sem ambigüidades; mostrar-se seguro e consistente; apresentar sentimentos positivos para com o outro; ser caloroso, atencioso, afetivo, interessado e respeitoso; ser autêntico e forte o suficiente para ser independente do outro; permitir ao outro ser independente e estimular sua autonomia; entrar no mundo dos sentimentos e concepções do outro (empatia); aceitá-lo totalmente; evitar sentimentos que representem ameaça ao outro (CHAVES et al., 2008).

Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso o enfermeiro querer envolver-se e acreditar que sua presença é tão importante quanto

a realização de procedimentos técnicos, porquanto, nem sempre, os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem diante de situações de estresse como os conhecimentos subjetivos revelados na comunicação. Assim, urge reconhecer: ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Segundo se conclui, a efetividade da comunicação sustenta-se na empatia estabelecida entre os sujeitos na relação do cuidado, como também no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição de participante no processo da comunicação.

A comunicação se concretiza através daquilo que nos faz sentido. O sujeito escuta a mensagem e a traduz de acordo com seu referencial social. Desta forma, consoante foi possível constatar, o estilo de falar e a escolha das palavras fazem diferença na qualidade da comunicação com o cliente e isto é decisivo no processo de negociação do cuidado junto a ele. Em estudo anterior, na dinâmica de um hospital foi possível identificar que muitos profissionais conseguem mais efetividade no cuidado exatamente por manter uma relação empática com os clientes (FERREIRA, 2006).

Comunicar não é algo simples; requer várias competências, como, por exemplo, a habilidade de escutar, que é um instrumento valioso no desenvolvimento de uma relação de ajuda, e a capacidade de evitar a diretividade e deixar que a própria pessoa conduza o conteúdo da sua comunicação (CHAVES et al., 2008; BRAGA; SILVA, 2007). Como percebeu-se, os resultados surgidos deste estudo também permitem se considerar a competência em comunicação interpessoal com o cego como uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, quer seja ele docente ou atuante em outra atividade da prática do cuidar. Ademais, esta lhe possibilitará um cuidar consciente, verdadeiro e transformador.

As relações de enfermagem constituem um processo interpessoal, simbólico e complexo, no qual o enfermeiro precisa ter consciência da relação dos comportamentos verbais e não-verbais nas interações e reconhecer que as emoções, as expectativas e os estereótipos interferem na comunicação, tal como o conhecimento prévio dos emissores. Acredita-se na motivação como fundamental para a aquisição da habilidade em comunicação (BRAGA; SILVA, 2007).

A linguagem usada e os tipos de relações interpessoais desenvolvidos mostram claramente o quanto há de alteridade dentro de cada uma. O enfermeiro é um educador, tanto em relação à equipe quanto em relação aos pacientes. Contudo, como afirmam Puggina e

Silva (2005), muitas vezes, na sua assistência, existem apenas monólogos impessoais e anônimos. É preciso exercitar a capacidade de ouvir. No grupo treinado isso ocorreu quando ele agiu como remetente em parte da comunicação. Houve equilíbrio entre os interlocutores.

Ainda como se enfatiza, na assistência ao cego, compete ao enfermeiro descrever detalhadamente todos os procedimentos antes de qualquer intervenção, de forma oral, nítida e clara. Cabe-lhe mencionar seu nome, função, qual procedimento será executado, como será realizado e sua finalidade. Isto proporciona segurança, tranquilidade e familiaridade ao paciente, sobretudo àquela com cegueira. Comunicação adequada é conversar e receber informações pertinentes aos interesses do paciente; é entender o que o outro quer transmitir e fazê-lo sentir-se bem atendido.

De acordo com a literatura, a comunicação ocorre mais facilmente quando há informações claras e objetivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. É indispensável as famílias e pacientes se comunicar com a equipe de enfermagem, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como ter satisfeita suas necessidades de conforto, receber palavras carinhosas e atenção (INABA; SILVA; TELLES, 2005). Todas essas ações podem ser desempenhadas nos vários contextos de atuação do enfermeiro, não apenas nas unidades hospitalares, mas também durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem.

Conforme percebeu-se, foi muito interessante o discurso dos cegos ao tocarem nos instrumentos utilizados para o exame. Segundo relataram, quando atendidos nos centros de saúde, jamais haviam tateado os objetos utilizados pela equipe de saúde. Eles não compreendiam a finalidade de cada um, nem seu funcionamento. Alguns enfermeiros explicaram em linguagem lúdica e simples como esses auxiliavam na assistência de enfermagem. Muitas dúvidas advindas dos cegos foram esclarecidas nesse sentido. De acordo com o constatado, a falta de uma comunicação mais adequada implica a inadequação do cuidado, que passa a ser definido como mera rotina de procedimentos, o fazer pelo fazer, e os funcionários não conseguem atingir todo seu potencial (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Ainda analisando o grupo não-treinado, como mostra a tabela 5, o item avisa quando chega ocorreu em apenas uma circunstância. Em 97,8% das interações nas quais o enfermeiro saiu de perto do cego para buscar algum material ou exercer outra atividade distante do local da interação, esta se fez em silêncio: o enfermeiro saiu e voltou sem proferir palavra alguma.

Em virtude das especificidades do cego, ele percebe a ausência do outro. Esta ausência pode caracterizar uma comunicação frágil, sem comprometimento profissional. Pela experiência vivenciada pela autora, os cegos adquiridos muitas vezes requerem maior tempo para adaptar-se à cegueira. Isto explicaria por que este se comunica verbalmente sozinho, mesmo na ausência do enfermeiro. Mas se o cego já está adaptado à sua deficiência, ele se perceberá sozinho sem motivo aparente, o que não deixa de ser uma situação desagradável.

Na assistência de enfermagem, seja qual for o paciente, a sistematização conduz a uma atuação mais diretiva e individual. Esse método científico de trabalho pode auxiliar também nas ações ao paciente cego. Conforme a literatura relata, para muitos enfermeiros a sistematização da assistência bem como o uso do processo de enfermagem são ensinados fora da realidade. Ademais, ainda é muito forte a presença do modelo biotecnista. Dessa forma, os enfermeiros voltam sua atenção para o cumprimento de ordens médicas e atividades administrativas e burocráticas. Por isso, muitas vezes, pode-se observar a falta de uma seqüência lógica no atendimento feito por estes profissionais (SOARES, 2002).

A partir do momento em que os registros indicam mudanças, capazes de provocar novas intervenções, o processo de enfermagem torna-se um elemento dinamizador e otimizador da assistência (BACKES et al., 2005).

No concernente às ações relacionadas aos diagnósticos e planejamentos de enfermagem, como mostra a tabela 6, o grupo treinado apresentou ações boas e excelentes nos seguintes itens: seguir protocolo (95,6%); fazer anotações informando o motivo do silêncio (93,4%); e evitar silêncio prolongado (100%). No grupo não-treinado observou-se péssimo em dois itens: anotações informando o motivo do silêncio (100%); e evitar o silêncio prolongado (91%).

Consoante percebeu-se, a comunicação não-verbal entre os profissionais aconteceu quanto os profissionais lateralizam a face e se mantiveram em silêncio. Mesmo sem palavras o corpo fala e expressa a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Os gestos indicam a forma como o corpo fala sem palavras, atitude utilizada com freqüência no cotidiano do profissional enfermeiro. Estes gestos, porém, não são percebidos pelo cego, pois falta-lhe a visão, e ele fica impedido de avaliar as ações através de gestos. O silêncio, o espaço mudo entre uma palavra e outra, entre um olhar e uma ação, pode ser a oportunidade para que algo

inédito se instale. Nele pode surgir o momento para a concretização do encontro entre profissional e paciente (PUGGINA; SILVA, 2005; CAVALCANTI; COELHO, 2007).

Assim é essencial que o profissional saiba usar terapêuticamente o silêncio, considerado uma das técnicas mais difíceis de serem postas em prática, pois em geral o enfermeiro tem uma série de perguntas a fazer ao paciente. O silêncio usado pelo profissional, por si só, encoraja o paciente a falar, transmite-lhe a expectativa de que ele pode falar e vai ser ouvido; oferece tempo, tanto para o paciente como para o enfermeiro, para organizarem e avaliarem seus pensamentos e sentimentos (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ao se avaliar os dados relacionados às intervenções de enfermagem propriamente ditas (tabela 7), estes apresentaram excelência pelo grupo treinado em todos os itens, sobretudo para propicia consulta agradável (93,3%); aguarda cego concluir a fala (91,1%); conscientiza-se das dificuldades do cego (88,9%); encontra-se aberto ao mundo (86,7%); prioriza comunicação verbal (84,4%); fica atento às reações do cego (84,4%); atenta para emoções do interlocutor (75,6%); usa linguagem comum (71,1%); solicita informação/sugestão (62,2%); estimula paciente a falar (57,8%); aborda assunto sobre cotidiano (53,3%) e aborda assunto sobre vida pessoal (53,3%).

Na implementação do cuidado, é importante se realizar todas essas ações encontradas no grupo treinado para que ambos os interlocutores se envolvam com o processo da comunicação eficaz. Ao ouvir o paciente, o enfermeiro deve estar atento para não julgar o conteúdo do pensamento então expresso, concentrar-se no discurso do cego, refletir e compreender o conteúdo da mensagem e atentar para suas reações e emoções. O enfermeiro precisa encorajar a verbalização do cliente, ouvi-lo, ser compreensivo e proporcionar-lhe informações que o ajudem a aliviar suas preocupações. Consoante a literatura menciona, o enfermeiro pode solicitar esclarecimentos sobre a significação do conteúdo expressado pelo cego; de posse deste conhecimento e do que foi dito no momento, o profissional adquire mais segurança para estimular a manifestação verbal dos sentimentos e outros conteúdos (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Cuidar é aplicar conhecimentos científicos no dia-a-dia, associados à habilidade de utilizar a emoção e a sensibilidade como bases da comunicação para executar cuidados de enfermagem, considerando o cliente como um ser humano a ser respeitado (CAVALCANTI;

COELHO, 2007). Apesar de todos os profissionais estarem inseridos no mesmo cenário, a forma de se comunicar, ou seja, a linguagem utilizada pelos atores sociais depende da inter-relação entre remetente e destinatário, da situação social e profissional na qual acontece.

De modo geral, no processo de comunicação profissional – cliente predomina a linguagem técnica, caracterizada por palavras científicas, conhecidas como termos técnicos, aprendidos durante a formação profissional. Também se usam as siglas e abreviações como recurso para tornar rápida a escrita e a fala. A linguagem sugerida do cotidiano profissional de enfermeiros envolve símbolos e significados oriundos da prática. Eles fazem parte das situações vividas e conhecidas por membros desse grupo. Contudo, a linguagem pode ser uma fonte de mal-entendidos, sobretudo a linguagem técnica e científica. Por não ser de domínio do cliente, este não compreende, devidamente, a linguagem adotada entre profissionais de saúde. Desse modo, ele pode fazer interpretações errôneas dos cuidados prestados (CAVALCANTI; COELHO, 2007). Este estudo corrobora estas afirmações ao evidenciar a validade do modelo quando o grupo treinado privilegiou o uso da linguagem comum, fazendo emergir uma reflexão sobre a importância de se utilizar no cotidiano uma linguagem compreendida não só pelos profissionais de saúde, mas também pelo cliente, sociedade e família.

Quando a enfermagem se insere nesse contexto é capaz de oferecer uma assistência de acordo com as necessidades do cliente, utilizando um referencial especializado que mantém e respeita uma relação solidária entre enfermeiro-cliente (CHAVES et al., 2008). Na ótica de Cavalcante e Coelho (2007), a vida social se constitui através da linguagem, não a linguagem dos gramáticos e dos lingüistas, mas a linguagem do cotidiano. Ou seja, mesmo durante a atuação profissional, o enfermeiro tenta equilibrar informações técnicas de saúde e doença com assuntos sobre o cotidiano e a vida pessoal do paciente cego. Isso gera um relacionamento mais humano sem perder o foco da finalidade real da consulta.

Com vistas à prática da arte do diálogo em toda e qualquer relação interpessoal, deve ser observada a linguagem como principal forma de comunicação e informação sobre conhecimento, idéias, crenças e até emoções. Sua expressão no processo do relacionamento social é determinante e deve se manifestar de maneira gentil e atenciosa, pois o modo como se fala algo a alguém traz sempre resultados compatíveis à sua natureza; o convívio coletivo para garantir a saúde do grupo e enriquecer, sobremaneira, o indivíduo que se dispõe a dedicar-se a ele, seja em encontros formais ou informais; a conversa como meio para se fazer entender.

Tudo isto facilita as relações interpessoais, sejam elas técnicas, acadêmicas, sociais, não importa, é a conversa que cria o elo que ativa a sociabilidade (BRAGA; DYNIEWICZ; CAMPOS, 2008).

Em prosseguimento à discussão dos dados, quanto à avaliação (tabela 8), não houve ações consideradas péssimas/ruins em nenhum dos itens do grupo treinado. Na assistência sistematizada de enfermagem, a avaliação é uma etapa do processo de enfermagem que mensura a resposta do cliente às ações de enfermagem como o processo deste na direção do alcance das metas. Assim, verifica-se a qualidade do cuidado de enfermagem com ênfase sobre os resultados dos clientes, a prática profissional. Além disso, o cliente deve participar ativamente dessa etapa e construí-la junto com o enfermeiro para o alcance das metas preestabelecidas (JARVIS, 2002).

Segundo revela determinado estudo canadense sobre o envolvimento de pacientes na tomada de decisão sobre seu tratamento, estes têm interesse na informação, e poucos desejam que a tomada de decisão caiba exclusivamente ao médico. Há a sugestão de que médicos exerçam dois papéis principais: assistir os pacientes na resolução de problemas de modo a estruturar escolhas possíveis e apoiá-los na tomada de decisões difíceis (DEBER; KRAETSCHMER; IRVINE, 1997). Nesse contexto, a participação do cego nessa etapa deve ser estimulada, pois muitas vezes ele tem dúvidas decorrentes da complicada verbalização de muitos enfermeiros.

No encerramento da consulta (tabela 9), foi possível perceber o maior índice de excelência do grupo treinado nos itens: comunica-se acompanhando o cego até a porta (82,2%); despede-se falando e apertando a mão (62,2%) e reforça as informações (42,2%). Além disso, ficou claro, como mostra esta tabela, a falta de experiência dos enfermeiros em se comunicar com cegos, pois apenas 2,2% obtiveram excelência na ação acompanha o cego até a porta, o que seria imprescindível para essas pessoas, e 6,6% despede-se falando e apertando a mão do cego. Ao se despedir de uma pessoa cega o profissional de enfermagem deve ter consciência da necessidade de levá-la até a porta do consultório e orientá-la na sua saída da unidade de saúde, principalmente se for o primeiro contato do cego com aquele local.

Consoante se acredita, o cuidar de modo transformador é um cuidar que, na interação e nas trocas, vê o outro, aluno, paciente e colega, de maneira inteira (BRAGA; SILVA, 2007). O desenvolvimento de uma comunicação eficaz pode propiciar um cuidado integral e de mais

qualidade, sobretudo em ambientes hospitalares, ambulatoriais, ou seja, em qualquer lugar onde as situações de estresse são constantes para os envolvidos no processo de comunicação (FERMINO; CARVALHO, 2007).

Ainda conforme os dados, na tabela 10, apesar dos valores terem mostrado uma excelente confiabilidade no grupo treinado, pois a maioria dos alfas foi  $> 0,80$ , os itens anotações informando silêncio e evitam silêncio revelaram-se baixo. Acredita-se que isso tenha ocorrido por dúvidas entre os juízes no entendimento dos itens, sendo, portanto, necessário em outra ocasião se explicar mais detalhadamente essas ações.

#### **6.4 Análise da Comunicação Verbal entre o Enfermeiro e o Cego**

Na função vocativa no grupo treinado, 65,7% apresentou as seguintes ações: indica modo de ação, solicita informação/orientação, solicita sugestão, enquanto no não-treinado as mesmas ações ocorreram em 26,9%. Na função imperativa, nas ações dá orientação, dá sugestão, o grupo treinado obteve 19,5% e o não-treinado, 11,4%.

Conforme se pode observar, a função vocativa superou a imperativa, e o diálogo foi mais de troca entre remetente e destinatário. Nesse processo, em alguns momentos uma informação “nua e crua” pode provocar antagonismo, ressentimento e frustrar a própria finalidade. Habitualmente não se pode provocar uma ação usando apenas o imperativo; exigem-se métodos sutis para estimular a ação desejada (JAKOBSON, 2001). Como exemplo de discursos diretos mencionam-se as ordens e pedidos e esses, nessa situação, não podem ser considerados como verdadeiros ou falsos, apenas devem ser ou não obedecidos pelo destinatário na comunicação. Portanto, ao se dar uma ordem é preciso compreender a opinião do outro sobre esta e tentar se chegar a um entendimento comum.

Entre o enfermeiro e o cego, como em qualquer outra interação, o objetivo da comunicação é a compreensão da mensagem mediante interação entre ambos. Por deter os conhecimentos científicos necessários ao tratamento do cliente, o enfermeiro atuará como remetente em parte da comunicação, mas, em outros momentos, deverá atuar como destinatário. Esse profissional precisa compreender que a troca de papéis no ato comunicativo existe e é constante. Caso contrário forçará um unidirecionamento da mensagem, sem a influência do comportamento do paciente. Essas questões foram evidenciadas na tabela 11, na qual o silêncio ocorreu em quase metade (45%) das interações do grupo não-treinado e em

12,4% do treinado. Quando não usado de forma terapêutica, o silêncio pode unidirecionar a comunicação.

Jakobson (2001) relata também a importância da função emotiva em uma interação. No grupo treinado, no referente a essa função, a empatia apareceu em 69,2%, a tranquilidade em 49,6%, a satisfação em 44,2%, a solidariedade em 29,4%. Nas interações desse grupo, não ocorreram os sentimentos de raiva e desprezo. O não-treinado apresentou o maior índice na função empatia (22,2%). Segundo Potter e Perry (2005), as expressões representam os sentimentos subjetivos de uma pessoa sobre os eventos que acontecem em seu meio e influenciam o modo como ela utilizará suas capacidades e se relacionará com outras pessoas.

Essa função deve estar presente na prática e nas intervenções da enfermeira, pois apenas o conhecimento em saúde não é suficiente para atingir os objetivos em relação ao paciente. Em inúmeras circunstâncias, o cliente procura no profissional conforto e atenção e espera respeito a seus valores e crenças. Dessa forma, as orientações referentes a prevenção e tratamento da doença poderão ser mais facilmente compreendidas e aceitas.

Como o cego pode ter dificuldades para avaliar as intervenções técnicas do enfermeiro por não conhecê-las, certamente estará atento às expressões emotivas contidas na fala do interlocutor, e as utilizará como fonte de orientação na decodificação da mensagem. Além disso, a função emotiva pode auxiliar o destinatário a reconhecer se uma mensagem é verdadeira ou não, ao observar as interjeições usadas pelo remetente. No tocante ao remetente, a supracitada função possibilitará que, mediante o recurso da entonação de voz, chame a atenção para a verbalização de palavras consideradas importantes na mensagem.

Em um ato comunicativo são usados um ou mais canais associados. Entretanto, no atendimento ao cego, a comunicação deve explorar a fala e a audição e pontualmente o toque. Nesse aspecto, no grupo treinado a fala apareceu em 86,8%, a audição em 57,3%, a visão em 48,6% e o tato em 11,8%. Em virtude da condição do cego, o profissional precisa evitar falhas nesse processo, como a utilização da comunicação não-verbal por meio de gestos, movimentos corporais, expressões faciais, entre outros, pois o cego não os perceberia. Portanto, o enfermeiro deve se utilizar da comunicação verbal e executá-la de forma clara, eficiente, respeitando as particularidades do paciente cego que perceberá a real disponibilidade e receptividade na fala do remetente por meio da função emotiva.

Para o cego, um dos principais sentidos é a audição. Eles não perdem tal sentido, ao contrário, normalmente este se torna mais aguçado. Mas a voz do enfermeiro quanto à intensidade deve ser audível, clara, suave para que o paciente cego possa compreender a mensagem. Não se pode esquecer também do olfato, pois no caso da pessoa cega este tende a desempenhar função importante na dinâmica da sua orientação no ambiente onde se encontra (MACÊDO, 2005).

Embora o cego não enxergue, ele percebe o direcionamento da fala do outro, e o fato da enfermeira olhar para ele retrata a importância atribuída na comunicação. Tratando-se de cegueira, esse ato advindo dos profissionais é muito significativo, e induz o paciente a se sentir realmente parte do processo comunicativo. Quando o enfermeiro sabe conduzir a comunicação e olha para o cego, ajuda-o a participar de maneira mais positiva na consulta, e ele responde com mais entusiasmo aos questionamentos, e os discute, auxiliando assim na conduta terapêutica.

Ainda como parte das discussões, analisou-se o assunto encontrado nas interações e obteve-se, no referente ao tratamento e prevenção, os assuntos pessoais e do cotidiano, com 26,1% no treinado e 10,8% no não-treinado. Esses assuntos não devem apenas estar ancorados no tratamento e na prevenção, mas também na individualidade do cego (JAKOBSON, 2001). Para isso, é preciso o profissional ter habilidade de se comunicar com o cego de acordo com o contexto. Como asseveram Silva e Castro (2003), cuidado de enfermagem eficiente é aquele que visa contemplar a dimensão holística do paciente, não se baseando somente na avaliação da enfermeira, mas, sobretudo, nas necessidades e expectativas relatadas pelo próprio cliente, indivíduo que efetivamente vivencia a doença.

Mais uma vez se enfatiza a linguagem. A linguagem comum favorece a efetivação da mensagem que a enfermeira pretende transmitir ao paciente. Sobre a linguagem comum foi identificada em 85,6% das interações do grupo treinado e em 50,1% do não-treinado. Nem sempre, porém, o profissional, precisa usar apenas esse tipo de linguagem. Tudo dependerá do nível de conhecimento do paciente. Consoante se acredita, isto é muito favorável durante a assistência de enfermagem, mas quando se trata de promover a saúde da clientela, o profissional deve estar atento para certificar-se de que esses termos realmente foram compreendidos por ela.

Atualmente a interação profissional-paciente é entendida como atividade fundamental para a qual se exigem tecnologias específicas em virtude da sua alta complexidade. Para atender essas novas visões sobre o trabalho no âmbito da saúde, tem sido estudada a comunicação durante a prática médica e ministrados cursos de treinamento (TURINI et al., 2008). Na enfermagem também não é diferente. Se treinado, mesmo o profissional formado e afastado da academia tem possibilidades de melhorar essas questões, principalmente no concernente à cegueira, como mostrado nos dados estatísticos.

Ao buscar os significados para uma comunicação competente, nas entrevistas com enfermeiros atuantes como docentes e com experiência comprovada na área da comunicação e enfermagem, os resultados propiciaram compreender o seguinte: uma comunicação é competente quando constitui um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores; pressupõe terem eles conhecimentos básicos de comunicação; consciência do verbal e do não-verbal nas interações; clareza e objetividade; promove também o autoconhecimento, além de favorecer uma vida autêntica. Competência comunicativa implica, portanto, crescimento de diferentes formas dos sujeitos envolvidos no processo, pois as pessoas estão inseridas num campo interacional único, e a habilidade delas se percebe em cada contexto. Esta competência se confirma pela capacidade de compartilhar idéias, pensamentos e propósitos, modificando-as (BRAGA; SILVA 2007).

## 7 CONCLUSÕES

Ao retomar os objetivos propostos, pode-se concluir que estes foram atingidos, pois o estudo possibilitou desenvolver e validar o conteúdo de um Modelo de Comunicação Verbal com o Cego e o enfermeiro à luz da Teoria de Roman Jakobson.

A construção do Modelo de Comunicação Verbal com o Cego resultou de estudos referentes à comunicação verbal e à Teoria de Jakobson (2001). Esta construção dividiu-se em quatro momentos, a saber: diretrizes gerais; acolhimento; processo de enfermagem; encerramento da consulta. Após construído, o modelo foi avaliado por especialistas em comunicação e recebeu sugestões em relação a clareza, facilidade de leitura, compreensão, forma de apresentação, abrangência e representatividade do conteúdo, todas acatadas.

A aplicação do Modelo de Comunicação Verbal foi realizada entre grupos de enfermeiros treinados e não-treinados. Segundo constatou-se pelos resultados, dos enfermeiros participantes do estudo, 17 (56,7%) tinham idade entre 22 e 25 anos, a maioria, 26(86,7%), era do sexo feminino. Dos cegos, 8 (26,7%) estavam na faixa etária entre 39 e 49 anos e a maioria, 16 (53,4%), era do sexo feminino; 20 (66,7%) ficaram cegos entre 21 e 35 anos.

Na validação do modelo, nas diretrizes gerais, o grupo treinado apresentou excelência em todos os itens, variável de 60% a 91,1%. Três itens totalizaram quase 100%, a saber: dirige-se predominantemente ao cego (91,1%); evita gesticular ao falar (88,9%) e encontra-se falando na posição frente ao cego (82,2%). Quando o foco foi o grupo não-treinado, uma comunicação péssima/ruim ocorreu em maior freqüência nos seguintes itens: empregar palavras que indicam a direção (97,8%); tocar ligeiramente braço ou ombro (95,6%); evitar gesticular (68,9%); falar olhando para o cego (22,2%).

Na etapa de acolhimento todos os enfermeiros treinados foram capazes de realizá-la com êxito, diferentemente do ocorrido no grupo não-treinado: péssimo ou ruim em 100% em alguns itens, como: comunicar-se andando na frente do cego, descrever o ambiente e informar a existência de outra pessoa. Estes índices se repetiram em outras ações, como: solicita apresentação do cego (95,6%); acomoda o cego (86,7%); fala e apresenta-se apertando a mão (73,3%); identifica-se (42,2%).

Na etapa da coleta de dados, que remete à anamnese, o grupo treinado teve excelente atuação em cinco ações, expostas em ordem decrescente das porcentagens: comunicação com solidariedade (91,1%); explica finalidade do material (84,4%); informa momento da atividade (80%); descreve o instrumento (73,3%); remetente em parte da comunicação (66,7%).

Quanto às ações relacionadas aos diagnósticos e planejamentos de enfermagem, o grupo treinado apresentou ações boas e excelentes nos itens: seguir o protocolo (95,6%), fazer anotações informando o motivo do silêncio (93,4%) e evitar silêncio prolongado (100%). No concernente ao desempenho do grupo não-treinado, foi considerado péssimo nas anotações informando o motivo do silêncio (100%) e evitar o silêncio prolongado (91%).

Na etapa das intervenções de enfermagem observou-se excelência pelo grupo treinado em todos os itens, sobretudo para propicia consulta agradável (93,3%); aguarda cego concluir a fala (91,1%); conscientiza-se das dificuldades do cego (88,9%); encontra-se aberto ao mundo (86,7%); prioriza comunicação verbal (84,4%); fica atento às reações do cego (84,4%); atenta para emoções do interlocutor (75,6%); usa linguagem comum (71,1%); solicita informação/sugestão (62,2%); estimula paciente a falar (57,8%); aborda assunto sobre cotidiano (53,3%); aborda assunto sobre vida pessoal (53,3%).

Em relação à etapa de avaliação em enfermagem, inexistiram ações consideradas péssimas/ruins em todos os dos itens do grupo treinado. E na etapa de encerramento da consulta, identificou-se que o maior nível de excelência do grupo treinado ocorreu nos itens: comunica-se acompanhando o cego até a porta (82,2%); despede-se falando e apertando a mão (62,2%) e reforça as informações (42,2%). Apenas 2,2% tiveram excelência na ação acompanha o cego até a porta, o que seria imprescindível para essas pessoas, e 6,6% em despede-se falando e apertando a mão do cego.

Na análise da comunicação verbal entre o enfermeiro e o cego, especificamente na função vocativa, o grupo treinado apresentou, todas com 65,7% excelência nas seguintes ações: indica modo de ação, solicita informação/orientação, solicita sugestão. Já no não-treinado as mesmas ações ocorreram em 26,9%. Na função imperativa, nas ações dá orientação, dá sugestão, o grupo treinado teve 19,5% e o não-treinado, 11,4%. O silêncio manifestou-se em quase metade (45%) das interações do não-treinado e em 12,4% do treinado. A empatia apareceu em 69,2%, a tranquilidade em 49,6%, a satisfação em 44,2%, a solidariedade em 29,4% para o grupo treinado. Como observado, os sentimentos de raiva e

desprezo não ocorreram nas interações desse grupo. O não-treinado apresentou o maior índice na ação empatia (22,2%). Dos canais, o mais evidenciado foi a fala, 86,8%, seguido da audição, 57,3%, visão, 48,6%, e do tato, 11,8% no treinado. Na comunicação verbal o assunto abordado referiu-se ao tratamento e prevenção. Os assuntos pessoais e do cotidiano apareceram em 26,1% no treinado e em 10,8% no não-treinado. E a linguagem comum ocorreu em 85,6% das interações do treinado e em 50,1% do não-treinado.

Quanto à utilização de filmagem, ao mesmo tempo em que se caracteriza como recurso para registro de dados com inúmeros benefícios em virtude da sua fidedignidade, também compromete a espontaneidade dos sujeitos. Neste estudo, o ambiente favorável para a realização das filmagens não comprometeu os dados coletados, pois embora eles soubessem da presença de filmadoras, essas se localizavam em pontos não visíveis e para os enfermeiros e acompanhantes videntes proporcionou maior naturalidade. No caso dos cegos, eles também não puderam “ver” as filmadoras, não tocaram nelas. Diante desta situação, os sujeitos as ignoraram e se concentraram no processo de comunicação.

Outra observação é pertinente. Conforme se sabe, o tratamento humanizado não se concretiza se estiver centralizado unicamente no paciente, e os profissionais de saúde também devem dispor das devidas condições para desenvolver suas habilidades. Ademais, são evidentes as dificuldades e barreiras de comunicação entre o paciente cego e o profissional. Obter as condições necessárias para a melhoria deste ambiente requer tempo e exige mudanças estruturais nos níveis local e nacional. Talvez o primeiro passo para a conquista dessas mudanças seja a conscientização dos profissionais em relação ao cuidado, em todos os seus aspectos. Com base na conscientização, se passará à aplicação deste por meio de mudanças comportamentais.

O conhecimento e a utilização da comunicação pela enfermagem podem ser melhorados e aprofundados através de cursos de aperfeiçoamentos e/ou treinamentos. O treinamento da comunicação com ênfase na relação profissional-paciente visa desenvolver a competência do aluno ou profissional em aprimorar seu vínculo com o paciente, potencializar os processos de obtenção e transmissão de informações, viabilizar o manejo do paciente de forma respeitosa e promover a adesão ao tratamento e prevenção de doenças. De acordo com os dados apresentados e analisados, existe a necessidade de aperfeiçoamento da enfermagem no âmbito da comunicação, particularmente com o cego, sejam alunos, assistenciais, docentes ou pesquisadores. Nesse estudo fica evidente como é falha a comunicação com esta

população, na qual o grupo treinado estatisticamente foi melhor em todos os pontos abordados no modelo.

Ademais, a competência comunicativa, adquirida por meio da educação, pode gerar estratégias úteis na atuação dos enfermeiros. Com esta finalidade, sugere-se a introdução na matriz curricular de disciplinas voltadas para tal. A comunicação não pode ser reduzida a um mero instrumento ou meio de difusão e transmissão de informações. Cabe ainda abandonar pretensões de comportamentos paradigmáticos reducionistas de prevenção e proteção da saúde, para buscar mediante a comunicação, como diálogo, a compreensão, a negociação de entendimentos e conseqüentemente a inclusão das pessoas cegas, bem como a reflexão crítica sobre as ações de enfermagem a esse grupo de pacientes.

Portanto, pelos resultados obtidos, pode-se confirmar que o Modelo de Comunicação Verbal com Cegos é eficaz. Desse modo, recomenda-se sua utilização no atendimento de enfermagem a pessoas cegas. É interessante também ser aplicado a outras realidades para que sua validação e seus coeficientes mostrem-se fidedignos e aplicáveis aos vários contextos da prática de enfermagem, na assistência a essas pessoas. Acrescido a isso, a comunicação deve ser encarada, de fato, como instrumento básico de cuidar, como Wanda Horta já explicitava. Mais do que construir e validar um modelo de comunicação, é importante compreender que a comunicação em sua complexidade acarreta especificidades no caso da cegueira.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Palavras e sinais: modelos críticos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALMEIDA, C. B. **Característica da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2005.

ALMEIDA, P. R. **A gestão da comunicação na sociedade da informação: o caso de uma agência reguladora**. 171f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2001.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY; AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS; AMERICAN ASSOCIATION OF CERTIFIED ORTHOPTISTS; COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE SECTION ON OPHTHALMOLOGY. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. **Ophthalmology**, v. 110, n. 4, p. 860-865, Apr. 2003.

ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C.; PEDRAZZANI, J. C. Conceitos teóricos acerca das anotações de enfermagem. **Enferm atual**, v.3, n.13, p. 21-24, 1981.

ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C.; TAKAKURA, M. S. A composição das anotações de enfermagem sob o ponto de vista da equipe médica. **Rev Paul Enf**, v.2, n.1, p. 27-32, 1982.

AOBCSC – American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course. **Section 12: Retina and vitreous**. 2000. Disponível em: [http://149.142.138.19/jseiweb/Education/educ\\_educact\\_basicandclinical.htm](http://149.142.138.19/jseiweb/Education/educ_educact_basicandclinical.htm). Acesso em: 10 jul. 2007.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M.; LERNER, K. Comunicação e saúde: um olhar e uma prática de pesquisa. **Rev Eco-Pós** v.10, n.1, p.79-92, 2007.

ARAUJO, M. A. L. de; GALVAO, M. T. G.; SARAIVA, M. M. M.; ALBUQUERQUE, A. D. de. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Rev Esc Anna Nery**, v.10, n.2, p.323-327, 2006.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: o processo de comunicação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BACELAR, S.; ALMEIDA, W. M. D.; ANDRADE, G. M. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário do paciente. **Brasília Méd**, v.39, n.1/4, p.42-51, 2002.

BACELAR, S.; GALVÃO, C. C.; ALVES, E.; TUBINO, P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. **Acta Cir Bras**, v.19, n.5, p.582-584, 2004.

BACHION, M. M.; CARVALHO, E. C.; BELISÁRIO, V. L. Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais orais e seu emprego pela enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.3, n.1, p.118-124, 1998.

BACKES, D. S.; ESPERANÇA, M. P.; AMARO, A. M.; CAMPOS, I. E. F.; CUNHA, A. O. da. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci Health Sci**, v.27, n.1, p.25-29, 2005.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIN, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v.56, n.3, p.236-241, 2003.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Makron, 2000.

BATTISTELLA, L. R.; BRITO, C. M. M. de. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiatr**, v.9, n.2, p.98-101, 2002.

BENNER, P.; TANNER, C. How expert nurses use intuition. **M J Nurs**, v.87, n.1, p.23-31, 1987.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e à prática. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BOELTER, M. C.; AZEVEDO, M. J. de, GROSS, J. L.; LAVINSKY, J. Fatores de risco para retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol**, v.66, n.2, p.239-247, 2003.

BOLONHINI JÚNIOR, R. **Portadores de necessidades especiais**: as principais prerrogativas dos portadores de necessidades especiais e a legislação brasileira. São Paulo: Arx, 2004.

BRAGA, E. M. **Competência em comunicação**: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2004.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.4, p.410-414, 2007.

BRAGA, J. P.; DYNIEWICZ, A. M.; CAMPOS, O. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. **Cogitare Enferm**, v. 13, n.2, p. 290-295, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro 1988. Brasília: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRODY, M. **The nurse-client relationship**. 2003. Disponível em: [http://www.delmarlearning.com/companions/content/0766838366/sample/Daniels\\_Ch04\\_068-089\\_lr.pdf](http://www.delmarlearning.com/companions/content/0766838366/sample/Daniels_Ch04_068-089_lr.pdf). Acesso em: 25 out. 2007.

BROWN, R. F.; BYLUND, C. L. Communication skills training: describing a new conceptual model. **Acad Med**, v.83, p.37-44, 2008.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cad Pesq**, v.37, n. 132, p.537-572, 2007.

CAMPOS, A. do C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; ROSSI, L. A. Comunicação: instrumento básico da enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. **Rev Rene**, v.9, n.1, p.18-26, 2008.

CARDOSO, A. F.; SILVEIRA, R. C. C. P.; CARVALHO, E. C. Comunicação como instrumento terapêutico para pacientes submetidos ao transplante de medula óssea: revisão. **Online Braz J Nurs**, v.7, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1512/353> Acesso em: 23 mai. 2009.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M.; ALMEIDA, L. C. P.; MEDEIROS, R. N. O ensino de comunicação em enfermagem- um desafio. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 5, n. 3, p.27-34, 1997.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M.; BRAGA, M. R. Comunicação oral com pacientes hematológicos: comportamentos facilitadores e bloqueadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 31, n. 1, p.68-79, 1997.

CASTRO, R. K. F.; SILVA, M. J. P. Influências do comportamento comunicativo. **Cogitare Enferm**, v.6, n.2, p.7-16, 2001.

CAVALCANTI, A. C. D.; COELHO, M. J. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc Anna Nery Enferm**, v.11, n.2, p.220-226, 2007.

CESTARI, M. E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Rev Bras Enferm**, v.55, n.4, p.430-433, 2002.

CEZÁRIO, K. G.; MARIANO, M. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Comparando o comportamento sexual de cegos e cegas diante das DSTs. **Rev Eletr Enferm**, v. 10, n.2, p. 686-694, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a14.pdf> Acesso em: 25 mar. 2009.

CHAVES, E. C. L.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M.; CARVALHO, E. C. Uma interação enfermeiro-cliente aplicando princípios do relacionamento não diretivo. **Rev Ciênc Cuid Saúde**, v.7, n.2, p.248-255, 2008.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2002.

COELHO-FILHO, J. M. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface Comunic Saúde Educ**, v.11, n.23, p.619-35, 2007.

CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA (CBPC). Relatório Oficial. In: IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, 2., 1980, **Anais...** Belo Horizonte (BH). 1980. p.38.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTAMOLOGIA (CBO). 2007. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/site/index.php?mostra=quemsomos>. Acesso em: 25 mar. 2008.

CROWFORD, P.; BROWN, B.; CATER, R. **Evidence-based health communication**. EUA: McGraw-Hill, 2004.

DEBER, R. B.; KRAETSCHMER, N.; IRVINE, J. What role do patients wish to play in treatment decision-making? **Arch Intern Med**, v.156, n.13, p.1414-1420, 1997.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 120p.

DOBRO, E. R. L.; SOUSA, J. M.; FONSECA, S. M. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. **Rev Esc Enferm USP**, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.

FARACO, C. A. M.; TEZZA, C.; CASTRO, O. **Uma introdução à Bakhtin**. Curitiba: Hatier, 1988.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.2, p.187-193, 2005.

FAVRETTO, D. O.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficientes visuais. **Rev Rene**, v.9, n.3, p.68-73, 2008.

FEBRABAN. Federação Brasileira dos Bancos. **População com deficiência no Brasil: fatos e percepções**. São Paulo: Febraban, 2006. 48p.

FERMINO, T.; CARVALHO, E. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeitos de estratégias educativa. **Cogitare Enferm**, v.16, n. 4, p. 287- 295, 2007.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.3, p.327-330, 2006.

FIDALGO, A. **A semiótica e os modelos de comunicação**. Disponível: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/fidalgo-semiotica-modelos.html>. Acesso em: 29 jul. 2007.

FISKE, J. **Introdução ao estudo da comunicação**. Portugal: ASA, 1990.

FORTALEZA, F. R. Estudio lingüístico-comunicativo de los planes de cuidado de enfermería como género: perspectivas didáticas. **Acimed**, v.11, n.2, p.44-49, 2003.

FRANÇA, I. S. X. de. (Re) socialização da pessoa com deficiência adquirida. João Pessoa: Idéia, 2000.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev Rene**, v. 9, n.2, p.129-137, 2008.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F. Passos, caminhos e estradas do agir bioético na pesquisa com seres humanos. **Acta Paul Enferm**, v. 17, n.1, p. 87-94, 2004.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Policies for the inclusion of disabled people: limits and possibilities. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n.1, p. 112-116, 2008.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F.; SOUZA, R. A. Discurso político-acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n.4, p.24-33, 2003.

GELBCKE, F. L.; SOUZA, L. A. de, DAL, S. G. M.; NASCIMENTO, E.; BULB, M. B. C. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.1, p.136-139, 2009.

GODOY, A.; NUNES, P. F.; REIS, D. A.; HATEM, D. S.; LORENTZ, L. N.; FERREIRA, M. J. et. al. **Cartilha da inclusão das pessoas com deficiência**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2000. 96p.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 438p.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Relógio D' água, 1986.

HOLANDA, F. U. X.; LEITÃO, G. C. M.; MACHADO, M. M. T. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.5, p.723-728, 2005.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HUGONNIER-CLAYETTE, S.; MAGNARD, P. **As deficiências visuais-deficiências e readaptação**. São Paulo: Manole, 1989.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p.423-429, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF OPHTHALMOLOGY (ICO). Disponível em: <http://www.icoph.org/>. Acesso em: 13 ago. 2007.

JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 2001.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JESUS, M. C. P.; CUNHA, M. H. F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.6, n.1, p.15-25, 1998.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley Medical Publications, 1981.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2004.

LÚCIO, I. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.1, p. 73-80, 2008.

MACÊDO, K. N. F. **A comunicação verbal entre a enfermeira e o cego: aspectos observados durante consulta de enfermagem**. 2005. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2005.

MACÊDO, K. N. F. **Acessibilidade do portador de deficiência visual aos serviços básicos de saúde**. 2003. 63f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2003.

MACÊDO, K. N. F.; PAGLIUCA, L. M. F. Características da comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e deficientes físicos. **Rev Paul Enferm**, v.23, n.3/4, p.221-226, 2004.

MASINI, E. F. S.; CHAGAS, P. A. C.; COVRE, T. K. M. Facilidades e dificuldades encontradas pelos professores que lecionam para alunos com deficiência visual em universidades regulares. **Rev Benjamin Constant**, 34. ed. Rio de Janeiro: IBCENTRO/MEC, 2006.

MATTOS, E. A. de. **Deficiente mental: integração/inclusão/exclusão**. Disponível em: <http://www.hottopos.com/videtur13/edna.htm>. Acesso em: 15 mai. 2007.

MAZZOTTI, A. I. A.; GEWANDSZNAIDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 203p.

MELLEIS, A. I. **Theoretical nursing, development and progress**. 3 ed. New York (USA): Lippincott, 1997.

MELO, J. M. de. **Teoria da comunicação: paradigmas latino-americanos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; ÉVORA, Y. D. M. Comunicação e enfermagem: tendências e desafios para o próximo milênio. **Rev Esc Anna Nery**, v.4, n.2, p. 217-224, 2000.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; HAYASHIDA, M.; SONOBE, H. M. Comunicação com o paciente: o teórico e o concreto na enfermagem de âmbito hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v.44, n.2, p. 98-102, 1991.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; NOGUEIRA, M. S. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. **Rev Gaúcha Enferm**, v.8, n.2, p.204-219, 1987.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem: o caso de uma adolescente hospitalizada. **Rev Bras Enferm**, v.53, n.1, p.7-13, 2000.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; TAKAKURA, M. S. M. S.; NOGUEIRA, M. S. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem: o caso de uma adolescente hospitalizada. **Rev Bras Enferm**, v.53, n.1, p.7-13, 2000.

NOGUEIRA, A. R.; CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Interpretação da comunicação não verbal de um grupo de surdos. **Rev Rene**, v.1, n.1, p.41-45, 2000.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; ROSSI, L. A.; HAYASHIDA, M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.35, n.4, p.390-398, 2001.

OJEDA, C. C.; QUIROZ, F. G.; SOLARI, F. M. Estudio de los factores de riesgos de ceguera infantil y la participación del pediatra en su manejo. **Rev Paediatr**, v.5, n.1, p. 21-24, 2003.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. CID –10.** Tradução do Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 12. ed. São Paulo: EDUSP, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev Eletr Enferm**, v.6, n.2, p. 292-297, 2004. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/808/922> Acesso em: 25 mar. 2008.

ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente:** função, processo e princípios. São Paulo: EDUSP, 1978. 110p.

PAGLIUCA, L. M. F.; FIUZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.3, p. 411-418, 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; MACÊDO, K. N. F.; SILVA, G. R. F. Material tátil para prevenção de hipertensão arterial entre profissionais de saúde e deficientes visuais. **Rev Rene**, v.4, n.2, p.75-81, 2003.

PAGLIUCA, L. M. F.; REGIS, C. G.; FRANÇA, I. S. X. Análise da comunicação entre cego e estudante de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n.3, p.296-301, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería:** un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.

PERUZZO, C. M. K. Televisão comunitária: mobilização social para democratizar a comunicação no Brasil. **Em Questão**, v.14, n. 2, p.177-189, 2008.

PINTO, C. M. de S.; ROCHA, E. A.; SILVA, M. J. P. da. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing**, v.5, n.47. p.31-34, 2002.

POLIT, D. F.; BEEK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** método, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.3, p.312-318, 2008.

PORTO, C. C. **Exame Clínico:** bases para a prática médica. 4. ed. São Paulo: Editora Guanabara, 2005.

PORTUGAL. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Secretariado Nacional de Reabilitação. **Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens** (handicaps). Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1989.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 6. ed. São Paulo: Livraria Editora, 2005.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. A alteridade nas relações de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5, p.573-759, 2005.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.3, p.433-438, 2002.

REBOUÇAS, C. B. A. **Construção e validação de um modelo de comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos**. 2008, 117f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2008.

ROCHA, E. M. **Comportamento comunicativo do docente de enfermagem e sua influência na aprendizagem do educando**. 1999. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 1999.

ROCHA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comportamento comunicativo do docente de enfermagem e sua influência na aprendizagem do educando. **Nursing**, v.4, n.32, p.30-34, 2001.

RONCAL, D. B. E. S. **A competência comunicativa na formação dos estudantes de enfermagem da Universidade Nacional do Santa - Peru**. 2003. 136f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2003.

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de enfermagem**. 3. ed. Lisboa: Mcgraw-Hill, 1993.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina - uma abordagem. **Interface Comunic Saúde Educ**, v.10, n.19, p.93-102, 2006.

SAMPAIO, I. S. V. **Conceitos e modelos da comunicação**. Ciberlegenda. 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/mestcii/ines1.htm>. Acesso em: 9 nov. 2008.

SANTOS, K. M. A. B. dos.; SILVA, M. J. P. Pacientes idosos e sua percepção da comunicação verbal e não-verbal com a equipe de saúde em uma instituição hospitalar. **Rev Paul Enferm**, v. 22, n.1, p.43-50, 2003.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 5. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; GALVÃO, C. M. Perfil de interação não-verbal: enfermeiros e pacientes cirúrgicas em situação pré-operatória. **Rev Paul Enferm.**, v.12, n.2, p. 87-92, 1993.

SEIDEL, H. M.; BALL, J. W.; DAINS, J. E., et al. **Mosby guia de exame físico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SENAC. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial. Santos. 2006.

SHANNON-WEAVER. **The mathematical theory of communication**. Urbana: University of Illinois Press, 1949.

SILVA, D. R. da. **A educação de pessoas com deficiência visual**: requisitos básicos para o desenvolvimento de um aplicativo educacional. 2005. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2005.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Rev Bras Edu**, v.11, n.33, p.242-561, 2006.

SILVA, M. F. da; SILVA, M. J. P. da. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.2, p.206-216, 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M. J. P. Percebendo o ser humano além da doença o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, v. 41, n. 4, p.14-20, 2001.

SILVA, M. J. P.; CASTRO, R. K. F. Influências do comportamento comunicativo verbal e não verbal do docente em sala de aula-visão dos alunos e docentes de enfermagem. **Enfermería Global**, n.3, 2003. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/621/669> Acesso em: 25 mar. 2008.

SIMÕES, A. L. L.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.5, p.63-69, 2003.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.39-44, 2009.

SOARES, M. C. P. **Sistematização da assistência de enfermagem**: contribuições para a prática profissional. 2002. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2002.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev Gaúcha Enferm**, v.28, n.2, p.242-249, 2007.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1603-1610, 2007.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente** - teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. 200p.

STEFANELLI, M. G; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

STEIN, L.M.; FALCKE, D.; PREDEBON, J. C.; ROCHA, K. B.; ÁVILA, L. M.; AZAMBUJA, M. P. R. A construção de um instrumento de avaliação discente de um programa de pós-graduação. **Psico-USF**, v.10, n.2, p.141-147, 2005.

TANAKA, E. D. O. Acessibilidade: um dos caminhos para auxiliar na inclusão. **Rev Bras Educ Esp**, v.12, n.1, p.139-142, 2006.

TAVARES, G. A. A. **Comunicação entre os agentes comunitários de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família**. 2002. 59f. Monografia [Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem] – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2002.

TEIXEIRA, A. L.; BRAGA, A.; ESTEVES, M. C. A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. **Rev Nascer Crescer**, v.38, n.3, 298-306 2004.

TEXEIRA, L. C. Ética e subjetividade: indagações em Habermas e Rorty. **Est Psicol**, v.8, n.1, p.147-153, 2003.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; FÁVERO, N.; MELO, M. R. A. C. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.6, n.5, p.77-82, 1998.

TRIGUEIRO, O. O estudo científico da comunicação: avanços teóricos e metodológicos ensejados pela escola latino-americana. **Pcla**, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www2.metodista.br/unesco/pcla/revista6/artigo%206-3.htm>. Acesso em: 1º ago. 2007.

TURINI, B; TAVARES, M. de S.; NUNES, S.O.V; SILVA, V.L.M. de; THOMSON, Z, et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Rev. bras.edu.med.** v.32, n.2, p. 264-270, 2008.

VASCONCELLOS, D. N.; FONSECA, J. M.; LEITE, J. L.; MOREIRA, M. C. Comunicação da equipe de enfermagem com os clientes HIV/Aids na ótica dos acadêmicos de enfermagem. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8., 2002, **Anais...** São Paulo (SP). 2002. Disponível em [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200054&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200054&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 28 mai. 2009.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

ZAGO, M. M. F.; CASAGRANDE, L. D. R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.5, n.4, p.72-78, 1997.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.326-332, 2003.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE ESCLARECIMENTO (ESPECIALISTA)**

Eu, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo, enfermeira, aluna regular do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio deste convidá-lo a participar de um estudo intitulado **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**. Trata-se da minha tese que objetiva validar um modelo de comunicação verbal entre o enfermeiro e o cego à luz da Teoria de Roman Jakobson. Após a sua aceitação em participar deste estudo irei entregar-lhe um modelo de comunicação verbal, para que este recurso seja avaliado quanto a: clareza, facilidade de leitura e compreensão, forma de apresentação do modelo, abrangência e a representatividade do conteúdo sobre as competências do enfermeiro para a comunicação verbal. Dessa forma será muito importante sua participação neste estudo, pois o modelo será reformulado segundo suas sugestões, para posteriormente ser aplicado junto às enfermeiras no atendimento a pessoas cegas.

Como sujeito da pesquisa, lhe será garantido:

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**.

Fortaleza,        de        de 2009.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
Rua Eduardo Sabóia, 600, apto. 103  
Bairro Papicu - CEP: 60145-175  
Telefone: 8801 2884

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366 8346.

## APÊNDICE B

### TERMO DE ESCLARECIMENTO (JUIZ)

Eu, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo, enfermeira, aluna regular do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio deste convidá-lo a participar de um estudo intitulado **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**. Trata-se da minha tese que objetiva validar um modelo de comunicação verbal entre o enfermeiro e o cego à luz da Teoria de Roman Jakobson. Após a sua aceitação em participar deste estudo irei ministrar um treinamento sobre uma teoria de comunicação e um modelo de comunicação verbal desenvolvido por mim. Posteriormente lhe entregarei um instrumento para que você possa fazer análise de consultas filmadas de enfermeiras no atendimento a pessoas cegas. Dessa forma será muito importante sua participação neste estudo.

Como sujeito da pesquisa, lhe será garantido:

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**.

Fortaleza,        de        de 2009.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
 Rua Eduardo Sabóia, 600, apto. 103  
 Bairro Papicu - CEP: 60145-175  
 Telefone: 8801 2884

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366 8346.

## APÊNDICE C

### TERMO DE ESCLARECIMENTO (ENFERMEIRO)

Eu, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo, enfermeira, aluna regular do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio deste convidá-lo a participar de um estudo intitulado **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**. Trata-se da minha tese que objetiva validar um modelo de comunicação verbal entre o enfermeiro e o cego à luz da Teoria de Roman Jakobson. Após a sua aceitação em participar deste estudo irei ministrar um treinamento sobre comunicação verbal, de acordo com um modelo desenvolvido por mim, e depois filmar sua consulta no atendimento ao cego, observando a sua comunicação com ele.

Dessa forma será muito importante sua participação neste estudo, para que eu possa validar o modelo e utilizá-lo na prática de enfermagem, no atendimento a pessoas cegas.

Como sujeito da pesquisa, lhe será garantido:

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: **MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM**.

Fortaleza,        de        de 2009.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
Rua Eduardo Sabóia, 600, apto. 103  
Bairro Papicu - CEP: 60145-175  
Telefone: 8801 2884

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366 8346.

## APÊNDICE D

### TERMO DE ESCLARECIMENTO (CEGO)

Eu, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo, enfermeira, venho por meio deste convidar o (a) senhor (a) participar de um estudo no qual irei observar a enfermeira o (a) atendendo durante a consulta.

Após a sua autorização irei filmar a sua consulta. Estas filmagens serão usadas para observar como a enfermeira fala com o (a) senhor (a) durante o atendimento. Isso para saber se ela está se comunicando adequadamente. Dessa forma será muito importante sua participação.

Caso aceite, fica claro que seu nome e as imagens não serão revelados publicamente, sendo de uso apenas do estudo. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar no momento que desejar, sem prejudicar o tratamento, e ainda poderá ter acesso às informações relacionadas ao estudo. Não haverá risco para o (a) senhor (a) e sua participação não será remunerada.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM.

Fortaleza, de de 2009.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Testemunha \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
Rua Eduardo Sabóia, 600, apto. 103  
Bairro Papicu - CEP: 60145-175  
Telefone: 8801 2884

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366 8346.

## APÊNDICE E

### TERMO DE ESCLARECIMENTO (ACOMPANHANTE)

Eu, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo, enfermeira, venho por meio deste convidar o (a) senhor (a) participar de um estudo no qual irei observar a enfermeira atendendo a pessoa que o (a) senhor (a) está acompanhando.

Após a sua autorização irei filmar a sua consulta. Estas filmagens serão usadas para observar como a enfermeira fala com o paciente e com o (a) senhor (a) durante o atendimento. Isso para saber se ela está se comunicando adequadamente. Dessa forma será muito importante sua participação

Caso aceite, fica claro que seu nome e as imagens não serão revelados publicamente, sendo de uso apenas do estudo. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar no momento que desejar, sem prejudicar o tratamento, e ainda poderá ter acesso às informações relacionadas ao estudo. Não haverá risco para o (a) senhor (a) e sua participação não será remunerada.

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM.

Fortaleza,        de        de 2009.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo  
Rua Eduardo Sabóia, 600, apto. 103  
Bairro Papicu - CEP: 60145-175  
Telefone: 8801 2884

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação à sua participação no referido estudo. COMEPE (85) 3366 8346.

## APÊNDICE F

### MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO

#### DIRETRIZES GERAIS PARA A COMUNICAÇÃO VERBAL ENTRE O ENFERMEIRO E O CEGO

1. Dirija-se predominantemente à pessoa cega, mesmo que ela esteja acompanhada.
2. Empregue o termo cego se necessário. Isso usualmente não causa a ele nenhum constrangimento.
3. Evite usar palavras no diminutivo, sobretudo se não se tratar de uma criança.
4. Permaneça numa posição diretamente à frente do cego. Assim, ele se sentirá o foco da atenção. Toque ligeiramente o braço ou ombro da pessoa cega sempre que for introduzir um diálogo.
5. Empregue termos que indiquem a direção desejada, como, por exemplo, “à sua direita”, “à sua esquerda”, “à sua frente”. Evite gesticular e indicar direções expressas com palavras como “ali”, “lá” ou “acolá”. Mantenha-se sempre atento à posição em que o cego se encontra e não à sua.
6. Embora o cego não enxergue, o fato de o enfermeiro olhar para ele denota a importância por ela atribuída à sua fala. E apesar do paciente não poder confirmar o olhar da enfermeira, ele pode percebê-lo pelo direcionamento da fala da profissional.
7. Falar com voz audível, clara, suave para que o paciente cego possa compreender a mensagem

**1º Momento: Acolhimento.** Esse primeiro momento corresponde ao contato inicial entre o enfermeiro e o cego e deve basear-se nos seguintes passos:

#### *1. Cumprimento social*

Durante o processo comunicativo, o enfermeiro deverá manter-se atento, desde o primeiro momento, a partir da sua apresentação. Essa situação poderá possibilitar a familiarização do cego com o ambiente onde está sendo realizada a consulta de enfermagem.

- Identificar-se ao iniciar a consulta. Embora, normalmente, o cego tenha uma ótima memória auditiva, algumas vezes torna-se difícil identificar alguém apenas pela voz.
- Apertar-lhe a mão ao encontrá-lo, pois este gesto é percebido pelo cego como correspondente ao significado do sorriso para os seres humanos que não têm essa deficiência.
- Andar um ou dois passos à frente do paciente, com a mão dele sobre seu cotovelo/ombro. E sempre que precisar deslocá-lo de um lugar para outro.
- Acomodar o cego e descrever o ambiente para que ele possa se familiarizar com o local.
- Informar a existência de alguém além de você no ambiente.
- Pedir que o cego se apresente caso você não o conheça.
- Chamá-lo pelo nome e/ou, se ele preferir, por algum apelido.
- Ser cego não implica ser deficiente auditivo. Portanto, mantenha a voz em tom audível, pois os sentidos remanescentes encontram-se aguçados.

**2º Momento: Processo de enfermagem.** Trata-se da consulta propriamente dita. Nessa o profissional deve abordar o protocolo assistencial de enfermagem:

### 1. Investigação/Coleta de dados

Trata-se do momento no qual o enfermeiro buscará por meio da entrevista e da observação os dados objetivos e subjetivos para seu plano assistencial.

- Atentar na comunicação para a solidariedade, a satisfação, a tranquilidade, a empatia, entre outros.
- Avisar ao cego sempre que você chegar ou ausentar-se, pois ele pode não perceber seus movimentos, por distração ou por qualquer outro motivo.
- Nesse momento o enfermeiro atuará como remetente em parte da comunicação, mas, em outros momentos, deve atuar como destinatário, dando oportunidade de fala ao paciente.
- Informar o momento em que começar e terminar tal atividade, sempre que realizar algum procedimento ou exame físico.
- Explicar a finalidade dos materiais utilizados e como eles estão dispostos, ao mesmo tempo, fazer o cego tateá-los, caso ele não os conheça.
- No caso do cego, ele perceberá a real disponibilidade e receptividade na fala do remetente e das emoções transmitidas na comunicação.

### 2. Diagnósticos de Enfermagem

Nessa fase, os dados são processados, classificados, interpretados e confirmados.

- Seguir o protocolo de enfermagem.
- Fazer as anotações diagnósticas informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.

### 3. Planejamento

É baseado em princípios científicos e individualizado a situações específicas. Inclui oportunidades de ensino e aprendizagem para o paciente.

- Seguir o protocolo de enfermagem da instituição.
- Fazer o planejamento ou as anotações sempre informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.
- Manter-se atento, pois o silêncio poderá causar ansiedade ao cego. Com isso, evitar o silêncio prolongado

### 4. Implementação

É a fase do cumprimento do plano de cuidados de enfermagem.

- Executar plano de cuidados com a cooperação do paciente e, se necessário, do acompanhante.
- Conscientizar-se de que a troca de papéis no ato comunicativo existe e é constante. Deste modo se evitará unidirecionamento das mensagens. Logo, é importante estimular o paciente a falar; aguardar que o paciente conclua sua fala para continuar a comunicação ou colocar outra questão.
- Usar linguagem apropriada e comum entre remetente e destinatário.
- Permanecer atento às reações do cego durante a comunicação do plano de cuidados, pois, assim, ele poderá perceber mais claramente se está havendo efetivação no processo.
- Priorizar o uso da comunicação verbal. Como é notório, a comunicação não-verbal por meio de gestos, movimentos corporais e expressões faciais é pouco percebida pelo cego
- Solicitar informações e/ou sugestões mais detalhadas, evitando apenas dar orientação, sugestão ou discordar de algo.

- Lembrar-se de que o conteúdo da comunicação deve abordar aspectos como tratamento e prevenção de complicações.
- Abordar assuntos do cotidiano, mas sem interferência nos objetivos da consulta. Por se tratar de um ser holístico, pode-se ter também como conteúdo aspectos sobre a vida pessoal do paciente.
- Atentar para que a consulta seja agradável. Ter precaução quanto à quantidade de informações contidas nas interações verbais.
- Manter-se aberto ao mundo do outro. Muitas vezes apenas o conhecimento em saúde não é suficiente para atingir os objetivos da assistência. Em inúmeras circunstâncias, o paciente procura no profissional conforto e atenção, e espera respeito a seus valores e crenças.
- Conscientizar-se de que o cego pode ter dificuldades para avaliar as intervenções técnicas do enfermeiro por não conhecê-las. Mas certamente estará atento às emoções contidas na fala do interlocutor, e as utilizará como fonte de orientação na decodificação da mensagem.

### 5. Avaliação

É um processo constante, utilizado para o julgamento de cada componente do processo de enfermagem.

- Seguir o protocolo de enfermagem da instituição.
- Contar com a cooperação do paciente e se necessário do acompanhante.
- Atentar para os itens anteriormente descritos.

**3º Momento: Encerramento.** Trata-se do momento de finalização da consulta de enfermagem.

#### 1. Finalização da interação interpessoal

Instante em que a comunicação verbal será finalizada.

- Reforçar as informações mais importantes da consulta.
- Ao se despedir, apertar a mão do cego, pois este gesto substitui um sorriso que não pode ser visto por ele.
- Atentar para a continuidade da assistência a cada paciente.
- Desse modo, espera-se cumprir todas as etapas do processo de enfermagem.

## APÊNDICE G

### MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO

**Autoras:** Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa; Lorita Marlena Freitag Pagliuca

#### DIRETRIZES GERAIS PARA A COMUNICAÇÃO VERBAL ENTRE O ENFERMEIRO E O CEGO

1. Dirija-se predominantemente à pessoa cega, mesmo que ela esteja acompanhada.
2. Empregue o termo cego se necessário. Isso usualmente não causa a ele nenhum constrangimento.
3. Evite usar palavras no diminutivo, sobretudo se não se tratar de uma criança.
4. Permaneça numa posição diretamente à frente do cego. Assim, ele se sentirá o foco da atenção. Toque ligeiramente o braço ou o ombro da pessoa cega sempre que for introduzir um diálogo.
5. Empregue termos que indiquem a direção desejada, como, por exemplo, “à sua direita”, “à sua esquerda”, “à sua frente”. Evite gesticular e indicar direções expressas com palavras como “ali”, “lá” ou “acolá”. Mantenha-se sempre atento à posição em que o cego se encontra e não à sua.
6. Embora o cego não enxergue, o fato de a enfermeira olhar para ele denota a importância por ela atribuída à sua fala. E apesar do paciente não poder confirmar o olhar da enfermeira, ele pode percebê-lo pelo direcionamento da fala da profissional.
7. Fale com voz audível, clara, suave para que o paciente cego possa compreender a mensagem.

Etapas do processo de enfermagem	Definição de cada etapa
<b>1ºMomento: Acolhimento</b>	Esse primeiro momento corresponde ao contato inicial entre o enfermeiro e o cego e deve basear-se nos seguintes passos:
<p style="text-align: center;"><i>1. Cumprimento social</i></p> <p>Durante o processo comunicativo, o enfermeiro deverá manter-se atento, desde o primeiro momento, a partir da sua apresentação. Essa situação poderá possibilitar a familiarização do cego com o ambiente onde está sendo realizada a consulta de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar-se ao iniciar a consulta. Embora, normalmente, o cego tenha uma ótima memória auditiva, algumas vezes torna-se difícil identificar alguém apenas pela voz.</li> <li>- Apertar-lhe a mão ao encontrá-lo, pois este gesto é percebido pelo cego como correspondente ao significado do sorriso para os seres humanos que não têm essa deficiência.</li> <li>- Andar um ou dois passos à frente do paciente, com a</li> </ul>

	<p>mão dele sobre seu cotovelo/ombro. E sempre que precisar deslocá-lo de um lugar para outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acomodar o cego e descrever o ambiente, para que ele possa se familiarizar com o local.</li> <li>- Informar a existência de alguém além de você no ambiente.</li> <li>- Pedir que o cego se apresente caso você não o conheça.</li> <li>- Chamá-lo pelo nome e/ou, se ele preferir, por algum apelido.</li> <li>- Ser cego não implica ser deficiente auditivo. Portanto, mantenha a voz em tom audível, pois os sentidos remanescentes encontram-se aguçados.</li> </ul>
<b>2ºMomento: Processo de Enfermagem</b>	Trata-se da consulta propriamente dita. Nessa o profissional deve abordar o protocolo assistencial de enfermagem.
<p><u>1. Investigação/Coleta de dados</u></p> <p>Trata-se do momento no qual o enfermeiro buscará por meio da entrevista e da observação os dados objetivos e subjetivos para seu plano assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar na comunicação para, a solidariedade, a satisfação, a tranquilidade, a empatia entre outros.</li> <li>- Avisar ao cego sempre que você chegar ou ausentar-se, pois ele pode não perceber seus movimentos, por distração ou por qualquer outro motivo.</li> <li>- Nesse momento o enfermeiro atuará como remetente em parte da comunicação, mas, em outros momentos, deve atuar como destinatário, dando oportunidade de fala ao paciente.</li> <li>- Informar o momento em que começar e terminar tal atividade, sempre que realizar algum procedimento ou exame físico</li> <li>- Explicar a finalidade do material utilizado e como eles estão dispostos; ao mesmo tempo, fazer o cego tateá-los, caso ele não os conheça.</li> <li>- No caso do cego, ele perceberá a real disponibilidade e receptividade na fala do remetente e das emoções transmitidas na comunicação.</li> </ul>
<p><u>2. Diagnósticos de Enfermagem</u></p> <p>Nessa fase, os dados são processados, classificados, interpretados e confirmados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir o protocolo de enfermagem.</li> <li>- Fazer as anotações informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.</li> </ul>
<p><u>3. Planejamento</u></p> <p>É baseado em princípios científicos e individualizado a situações específicas. Inclui oportunidades de ensino e aprendizagem para o paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir o protocolo de enfermagem da instituição.</li> <li>- Fazer o planejamento ou as anotações sempre informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.</li> <li>- Manter-se atento, pois o silêncio poderá causar</li> </ul>

	ansiedade ao cego. Com isso, evitar o silêncio prolongado.
<p><i>4. Implementação</i></p> <p>É a fase do cumprimento do plano de cuidados de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir o protocolo de enfermagem.</li> <li>- Executar plano de cuidados com a cooperação do paciente e, se necessário, do acompanhante.</li> <li>- Conscientizar-se de que a troca de papéis no ato comunicativo existe e é constante. Deste modo se evitará uni direcionamento das mensagens. Portanto, é importante estimular o paciente a falar; aguardar que o paciente conclua sua fala para continuar a comunicação ou colocar outra questão.</li> <li>- Usar linguagem apropriada e comum entre remetente e destinatário.</li> <li>- Permanecer atento às reações do cego durante a comunicação do plano de cuidados, pois, assim, ele poderá perceber mais claramente se está havendo efetivação no processo.</li> <li>- Priorizar o uso da comunicação verbal. Como é notório, a comunicação não-verbal por meio de gestos, movimentos corporais e expressões faciais é pouco percebida pelo cego</li> <li>- Solicitar informações e/ou sugestões mais detalhadas, evitando apenas dar orientação, sugestão ou discordar de algo.</li> <li>- Lembrar-se de que o conteúdo da comunicação deve abordar aspectos como tratamento e prevenção de complicações.</li> <li>- Abordar assuntos do cotidiano, mas sem interferência nos objetivos da consulta. Por se tratar de um ser holístico, pode-se ter também como conteúdo aspectos sobre a vida pessoal do paciente.</li> <li>-Atentar para que a consulta seja agradável. Ter precaução quanto à quantidade de informações contidas nas interações verbais.</li> <li>- Manter-se aberto ao mundo do outro. Muitas vezes apenas o conhecimento em saúde não é suficiente para atingir os objetivos da assistência. Em inúmeras circunstâncias, o paciente procura no profissional conforto e atenção, e espera respeito a seus valores e crenças.</li> <li>- Conscientizar-se de que o cego pode ter dificuldades para avaliar as intervenções técnicas do enfermeiro por não conhecê-las. Mas certamente estará atento às emoções contidas na fala do interlocutor, e as utilizará</li> </ul>

	como fonte de orientação na decodificação da mensagem.
<p><i>5. Avaliação</i></p> <p>É um processo constante, utilizado para o julgamento de cada componente do processo de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir o protocolo de enfermagem da instituição.</li> <li>- Contar com a cooperação do paciente e se necessário do acompanhante.</li> <li>- Atentar para os itens anteriormente descritos.</li> </ul>
<b>3ºMomento: Encerramento</b>	Trata-se do momento de finalização da consulta de enfermagem.
<p><i>1. Finalização da interação interpessoal</i></p> <p>Instante em que a comunicação verbal será finalizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar as informações mais importantes da consulta.</li> <li>- Ao se despedir, apertar a mão do cego, pois este gesto substitui um sorriso que não pode ser visto por ele.</li> <li>- Atentar para a continuidade da assistência a cada paciente.</li> <li>- Desse modo, espera-se cumprir todas as etapas do processo de enfermagem.</li> </ul>

## APÊNDICE H

1. Referente a cada item desse modelo, coloque A na coluna aprovado ou AP para não aprovado. Caso o item seja classificado como não aprovado, justifique abaixo:

Passos do modelo de comunicação verbal	Clareza	Facilidade de leitura/compreensão	Forma de apresentação	Abrangência	Representatividade do conteúdo
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					

Justificativa

Passo \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Passo \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Passo \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**APÊNDICE I**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**CONSULTA DE ENFERMAGEM****IDENTIFICAÇÃO**

Nome \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Sexo \_\_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Estado civil \_\_\_\_\_

4. Escolaridade \_\_\_\_\_

5. Ocupação \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

1. Você possui alguma doença? Qual(is)? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

2. Faz tratamento? \_\_\_\_\_

3. Alguém na sua família possui alguma doença? Quais? \_\_\_\_\_

**FATORES PREDISPOONENTES**

	Sim	Não
Tabagismo	( )	( )
Alcoolismo	( )	( )
Etilismo social	( )	( )
Obesidade	( )	( )
Sedentarismo	( )	( )

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

1. Locomoção

Deambula ( ) Cadeira de rodas ( )

2. Sono e Repouso

	Sim	Não
Sono ininterrupto	( )	( )
Vários despertares à noite	( )	( )
Dificuldade em iniciar o sono	( )	( )
Sonolência durante a noite	( )	( )

3. Alimentação e Ingesta

Manhã \_\_\_\_\_

Tarde \_\_\_\_\_

Noite \_\_\_\_\_

4. Atividade Física

4.1 Tipo de atividade

Caminhada ( ) Hidroginástica ( ) Natação ( )

Bicicleta ( ) Prática esportiva ( ) Não realiza ( )

## 4.2 Frequência da atividade física

Eventualmente ( )      3 a 5 vezes por semana ( )      Diariamente ( )

4.3 Se não. Por que não pratica? \_\_\_\_\_

## 5. Higiene Corporal

Satisfatória ( )      Insatisfatória ( )

## 6. Eliminações

6.1 Urinária: Poliúria ( )      Disúria ( )      Sem alteração ( )      Alteração na cor ( )

6.2 Intestinal: Evacuações diárias de consistência normal ( )      Fezes endurecidas ( )

Constipação ( )      Diarréia ( )      Cólicas ( )

## 7. Se mulher, filhos

7.1 Você tem filhos? \_\_\_\_\_

7.2 Número de gestações? \_\_\_\_\_

7.3 Abortos? \_\_\_\_\_

7.4 Adquiriu diabetes durante a gestação? \_\_\_\_\_

7.5 Adquiriu hipertensão durante a gestação? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

## 8. Sinais vitais

P= \_\_\_\_\_      T= \_\_\_\_\_

R= \_\_\_\_\_      P.A= \_\_\_\_\_

8.1 Cabeça \_\_\_\_\_

8.2 Boca \_\_\_\_\_

8.3 Olhos \_\_\_\_\_

8.4 Pescoço \_\_\_\_\_

8.5 Tórax \_\_\_\_\_

8.6 Abdome \_\_\_\_\_

8.7 Membros superiores \_\_\_\_\_

8.8 Membros inferiores \_\_\_\_\_

8.9 Pele \_\_\_\_\_

GLICEMIA CAPILAR

Horário da última alimentação \_\_\_\_\_ horas      \_\_\_\_\_ mg/dl

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

## APÊNDICE J

### FACOVE-FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO VERBAL SEGUNDO JAKOBSON (2001)

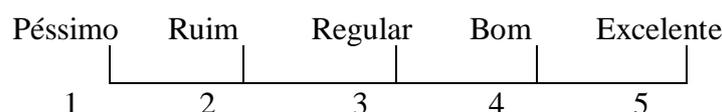
- |   |         |
|---|---------|
| 1. FILMAGEM_____  | 1_____  |
| 2. SEGUNDO_____   | 2_____  |
| 3. JUIZ_____  | 3_____  |
| 4. TREINAMENTO ( ) 1. sim ( ) 2. não                              | 4_____  |
| 5. REMETENTE  | 5_____  |
| 1( ) Enfermeira 2( ) Cego 3( ) Acompanhante 4( ) Ausente-silêncio |         |
| 6. FUNÇÃO CONATIVA VOCATIVO                                       | 6_____  |
| 1( ) indica modo de ação  |         |
| 2( ) solicita informação/orientação                               |         |
| 3( ) solicita sugestão  |         |
| 4( ) concorda   |         |
| 7. FUNÇÃO CONATIVA IMPERATIVO                                     | 7_____  |
| 1( ) dá orientação  |         |
| 2( ) dá sugestão  |         |
| 3( ) não concorda   |         |
| 8. FUNÇÃO EMOTIVA/EXPRESSIVA                                      | 8_____  |
| 1( ) solidariedade                      6( ) raiva                |         |
| 2( ) satisfação                          7( ) desprezo            |         |
| 3( ) tranquilidade                      8( ) tristeza             |         |
| 4( ) empatia                                9( ) apatia           |         |
| 5( ) outros_____                      10( ) outros_____           |         |
| 9. REFERENCIAL/CONTEXTO   | 9_____  |
| 1( ) tratamento   |         |
| 2( ) prevenção  |         |
| 3( ) assuntos pessoais  |         |
| 4( ) assuntos cotidianos  |         |
| 5( ) outros   |         |
| 10. CONTATO/CANAL   | 10_____ |
| 1( ) audição  |         |
| 2( ) tato   |         |
| 3( ) visão  |         |
| 4( ) olfato   |         |
| 11. CÓDIGO  | 11_____ |
| 1( ) linguagem comum  |         |
| 2( ) linguagem técnica (termos técnicos)                          |         |

## APÊNDICE K

### VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO DE COMUNICAÇÃO VERBAL COM O CEGO

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Filmagem _____  | 1. _____ |
| 2. Juíz _____  | 2. _____ |
| 3. Relacionado ao enfermeiro                                     |          |
| 1. Grupo 1. ( ) Treinado      2. ( ) Não-Treinado                | 1. _____ |
| 2. Idade _____   | 2. _____ |
| 3. Sexo    1. ( ) Feminino                      2. ( ) Masculino | 3. _____ |
| 4. Relacionado ao cego   |          |
| 1. Idade _____   | 1. _____ |
| 2. Tempo de cegueira _____                                       | 2. _____ |

Para cada item marque apenas um número de acordo com a graduação abaixo descrita:



#### DIRETRIZES GERAIS - COMUNICAÇÃO VERBAL - ENFERMEIRO E O CEGO

5. Dirije-se predominantemente à pessoa cega, mesmo que ela esteja acompanhada.	5. _____
6. Emprega o termo cego se necessário.	6. _____
7. Evita usar palavras no diminutivo, sobretudo se não se tratar de uma criança.	7. _____
8. Ao falar permanece numa posição diretamente à frente do cego, fazendo com que ele se sinta o foco da atenção.	8. _____
9. Ao introduzir um diálogo toca ligeiramente o braço ou ombro da pessoa cega.	9. _____
10. Emprega termos que indiquem a direção desejada, como, por exemplo, “à sua direita”, “à sua esquerda”, “à sua frente”.	10. _____
11. Evita gesticular e indicar direções expressas com palavras como, “ali”, “lá” ou “acolá”.	11. _____
12. Embora o cego não enxergue, a enfermeira olha para ele. Denota a importância por ela atribuída à sua fala. E apesar do paciente não poder confirmar o olhar da enfermeira, ele pode percebê-lo pelo direcionamento da fala da profissional.	12. _____
13. Fala com voz audível, clara, suave para que o paciente cego possa compreender a mensagem.	13. _____

### 1º MOMENTO: ACOLHIMENTO

14. Durante o processo comunicativo, o enfermeiro se mantém atento, desde o primeiro momento, a partir da sua apresentação.	14. ____
15. Identifica-se ao iniciar a consulta.	15. ____
16. Ao iniciar o diálogo aperta a mão ao encontrá-lo, pois este gesto é percebido pelo cego como correspondente ao significado do sorriso para os seres humanos que não têm essa deficiência.	16. ____
17. Comunica-se andando um ou dois passos à frente do paciente, com a mão dele sobre seu cotovelo/ombro, sempre que precisar deslocá-lo de um lugar para outro.	17. ____
18. Acomoda o cego.	18. ____
19. Descreve o ambiente.	19. ____
20. Informa a existência de alguém além de você no ambiente.	20. ____
21. Pedir que o cego se apresente caso o enfermeiro não o conheça.	21. ____
22. Chama-o pelo nome e/ou, se ele preferir, por algum apelido.	22. ____
23. Mantém a voz em tom audível, pois os sentidos remanescentes encontram-se aguçados.	23. ____

### 2º MOMENTO: PROCESSO DE ENFERMAGEM

#### 1. Investigação/Coleta de dados

24. Atenta na comunicação para a solidariedade, a satisfação, a tranquilidade, a empatia, entre outros.	24. ____
25. O enfermeiro avisa ao cego sempre que chega ou se ausenta, pois ele pode não perceber seus movimentos.	25. ____
26. O enfermeiro atua como remetente em parte da comunicação, mas, em outros momentos, atua como destinatário, dando oportunidade de fala ao paciente.	26. ____
27. Informa o momento em que começa e termina tal atividade, sempre que realiza algum procedimento ou exame físico.	27. ____
28. Explica a finalidade dos materiais utilizados e como eles estão dispostos.	28. ____
29. Ao falar ou utilizar um instrumento, faz o cego tateá-los caso ele não o conheça.	29. ____

#### 2. Diagnósticos de Enfermagem

30. Segue o protocolo de enfermagem.	30. ____
31. Faz as anotações diagnósticas informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.	31. ____

#### 3. Planejamento

32. Segue o protocolo de enfermagem.	32. ____
33. Faz as anotações diagnósticas informando os motivos de pequenas pausas de silêncio na comunicação.	33. ____
34. Evita o silêncio prolongado.	34. ____

#### 4. Implementação

35. Segue o protocolo de enfermagem.	35. ____
36. Executa plano de cuidados com a cooperação do paciente e, se necessário, do acompanhante.	36. ____

37. Estimula o paciente a falar.	37. ____
38. Aguarda que o paciente conclua sua fala para continuar a comunicação ou colocar outra questão.	38. ____
39. Usa linguagem apropriada e comum entre remetente e destinatário.	39. ____
40. Permanece atento às reações do cego durante a comunicação do plano de cuidados, pois, assim, o cego poderá perceber mais claramente se está havendo efetivação no processo.	40. ____
41. Prioriza o uso da comunicação verbal. Como é notório, a comunicação não-verbal por meio de gestos, movimentos corporais e expressões faciais é pouco percebida pelo cego.	41. ____
42. Solicita informações e/ou sugestões mais detalhadas, evitando apenas dar orientação, sugestão ou não concordar com algo.	42. ____
43. O conteúdo da comunicação aborda aspectos como tratamento e prevenção de complicações.	43. ____
44. Aborda assuntos do cotidiano, mas sem interferência nos objetivos da consulta.	44. ____
45. Aborda assuntos da vida pessoal do paciente, mas sem interferência nos objetivos da consulta.	45. ____
46. Atenta para que a consulta seja agradável, tendo precaução quanto à quantidade exagerada de informações contidas nas interações verbais.	46. ____
47. Mantém-se aberto ao mundo do outro. Em inúmeras circunstâncias, o paciente procura no profissional conforto e atenção, e espera respeito a seus valores e crenças.	47. ____
48. Conscientiza-se de que o cego pode ter dificuldades para avaliar as intervenções técnicas do enfermeiro por não conhecê-las.	48. ____
49. Está atento às emoções contidas na fala do interlocutor, e as utiliza como fonte de orientação na decodificação da mensagem.	49. ____

### 5. *Avaliação*

50. Segue o protocolo de enfermagem da instituição.	50. ____
51. Conta com a cooperação do paciente e se necessário do acompanhante.	51. ____
52. Atenta para os itens anteriormente descritos.	52. ____

## 3º MOMENTO: ENCERRAMENTO

### 1. *Finalização da interação interpessoal*

53. Reforça as informações mais importantes da consulta.	53. ____
54. Ao se despedir, aperta a mão do cego, pois este gesto substitui um sorriso que não pode ser visto por ele.	54. ____
55. Acompanha o cego até a porta.	55. ____
56. Atenta para a continuidade da assistência a cada paciente.	56. ____

# **ANEXO**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)