



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

JAQUELINY RODRIGUES SOARES GUIMARÃES

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA CEGA:
AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
COMUNICAÇÃO POR MEIO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

CRATO
2016

JAQUELINY RODRIGUES SOARES GUIMARÃES

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA CEGA:
AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
COMUNICAÇÃO POR MEIO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem

Área de concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem no contexto da promoção da saúde à pessoa com deficiência.

Orientadora: Prof^a. Dra. Evanira Rodrigues Maia

Guimarães;Jaquelyny Rodrigues Soares.

G963c Consulta de enfermagem à pessoa cega: avaliação da aquisição de conhecimento sobre comunicação por meio de educação à distância/ Jaquelyny Rodrigues Soares Guimarães. – Crato-CE, 2016
128p.; il.

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde; Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem no contexto da promoção da saúde à pessoa com deficiência.

Orientadora: Prof.^aDra. Evanira Rodrigues Maia

2. Enfermagem; 2. Comunicação; 3. Cego; 4. EaD;
5. Conhecimento; I. Título.

CDD: 610.73

JAQUELINY RODRIGUES SOARES GUIMARÃES

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA CEGA:
AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE
COMUNICAÇÃO POR MEIO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Apresentada em: ____/____/____

Conceito obtido: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Evanira Rodrigues Maia
Universidade Regional do Cariri – URCA
Orientadora

Profa. Dra. Ana Maria Parente Garcia Alencar
Universidade Regional do Cariri – URCA
1º membro

Profa. Dra. Dayanne Rakelly de Oliveira
Universidade Regional do Cariri – URCA
2º membro

Profa. Dra. Eryjosity Marculino Guerreiro Barbosa
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Suplente

*Ao meu amado esposo, Eduardo Guimarães,
pelo afeto, parceria e compreensão nesta fase
de intenso trabalho e aprendizado. Você é
minha alma gêmea. E à minha pequena, Maria
Tereza, minha razão nesta existência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por encher meus dias de fé e perseverança diante das atribuições neste caminho. Pelas bênçãos no meu lar e no meu trabalho.

Ao **meu Edu**, pela presença em amor e espírito, mesmo a continentes de distância, dando o suporte emocional e pessoal necessários para enfrentar os desafios nesta trajetória de pesquisadora.

À **minha filha Maria Tereza**, por ser a razão de minhas lutas e conquistas e por renovar minhas forças com um simples sorriso.

Aos **enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Triângulo CRAJUBAR**, pela disponibilidade e carinho desde o processo de divulgação do curso e no transcorrer das atividades. Agradeço-lhes pela compreensão e por contribuírem com louvor neste estudo.

À professora **Evanira Maia**, orientadora deste trabalho, pelo exemplo de mulher, de mãe, de profissional e educadora, pelos ensinamentos e orientações na construção deste estudo, e por me fazer acreditar que sou capaz de alçar voos cada vez mais altos na minha vida acadêmica.

À professora **Lorita Marlena Freitag Pagliuca**, pelo exemplo de serenidade, sabedoria e parceria. Sou grata por fazer parte de tão importante projeto para a promoção da acessibilidade no SUS.

À professora **Cristiana Brasil Rebouças**, pelo suporte científico, pelo apoio e parceria nesta pesquisa.

À professora **Antonia Alizandra Gomes dos Santos**, que teve papel fundamental na construção do Corpus para a análise.

Aos **docentes** da pós-graduação em Enfermagem da URCA, pela experiência ímpar de convivência e crescimento profissional e pessoal.

Aos **funcionários** do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, pelo zelo, atenção, disponibilidade e carinho nestes dois anos de pós-graduação.

Aos professores membros da **banca examinadora**, por aceitarem avaliar este estudo, pelas contribuições e parceria para a finalização desta pesquisa.

Às estimadas **colegas do mestrado**, pela parceria, amizade e crescimento coletivo, pelo elo de colaboração e cuidado que se formou neste grupo.

À **minha família**, que me apoiou de forma exemplar, em especial, a minha mãe que esteve comigo tantas noites auxiliando com a Maria Tereza, permitindo que me dedicasse aos estudos.

RESUMO

GUIMARÃES, Jaqueline Rodrigues Soares. Consulta de enfermagem à pessoa cega: avaliação da aquisição de conhecimento sobre comunicação através de educação à distância (EaD). 2016. 135f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato, 2016.

A comunicação representa ferramenta essencial para o cuidado de enfermagem, entretanto, evidências científicas apontam lacunas no conhecimento dos enfermeiros nesta temática, em especial, no tocante à consulta com o paciente cego. Nesta perspectiva, as tecnologias de informação e comunicação representam uma opção inovadora de ensino-aprendizagem para promover a aquisição deste saber, e garantir a acessibilidade aos deficientes visuais nos serviços de saúde. Neste sentido, um grupo de pesquisadores com financiamento do Programa Pesquisadores para o Sistema Único de Saúde criou o Curso “Comunicação entre o enfermeiro e o paciente cego”, para capacitar profissionais de saúde na temática. Objetivou-se avaliar a aquisição de conhecimento sobre comunicação com o cego, mediante a aplicação de uma tecnologia de educação à distância para enfermeiros da Atenção Primária em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, avaliativa, exploratória, com amostra intencional, não probabilística de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Triângulo CRAJUBAR – CE. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2015 através de questionários. Para análise de dados, utilizou-se o software Alceste 4.10 e a Teoria das Representações Sociais. Participaram do estudo, 24 enfermeiros no pré-teste e 11 no pós-teste, em que predominaram mulheres (95,8%) do município de Juazeiro do Norte-CE (70,8%). A partir da análise do Alceste, foram identificadas 6 Classes, divididas em dois blocos temáticos, o primeiro denominado “Conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação com o cego antes da Educação à Distância”, que evidenciou que os enfermeiros apresentavam conhecimentos limitados na diferenciação das formas de comunicação, predominando os saberes e o uso da forma verbal na consulta de enfermagem; o grupo se auto avaliou negativamente quanto ao domínio da comunicação com o cego, expressando sua importância para a interação e o apoio emocional do paciente e para a coleta de dados no histórico de enfermagem. O segundo bloco temático denominado “Conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação com o cego após a Educação à Distância” comprova o impacto positivo do Curso no grupo em estudo, que desenvolve o conhecimento sobre os elementos e funções da comunicação verbal; bem como sobre as teorias proxêmica e paralinguagem na comunicação não verbal com o cego e ressaltam a comunicação como ferramenta para a acessibilidade na Atenção Primária em Saúde. Demonstrou-se a eficácia do programa educacional para a aquisição de conhecimentos sobre comunicação com o paciente cego, o que representa uma oportunidade para a formação em larga escala do profissional enfermeiro na temática e garantia da acessibilidade de comunicação para esta população.

Descritores: Enfermagem; Comunicação; Cego; EaD; Conhecimento.

ABSTRACT

GUIMARAES, Jaqueline Rodrigues Soares. Consultation nursing the blind person: assessment of the acquisition of knowledge about communication through distance education (DE). 2016. 112f. Dissertation (Academic Master in Nursing) - Nursing Department, Regional University of Cariri, Crato, 2016.

Communication is an essential tool for nursing care, however, scientific evidence shows gaps in knowledge of nurses on this subject, in particular with regard to consultation with the blind patient. In this regard the information and communication technologies represent an innovative option of teaching and learning to promote the acquisition of this knowledge and ensure accessibility to the visually impaired in health services. In this regard, a group of researchers with funding Researchers Programme Health System created the course "Communication between the nurse and the blind patient," to train health professionals in the subject. This study aimed to evaluate the acquisition of knowledge about communication with the blind, through the application of education technology at a distance to the primary health care nurses. This is a qualitative research, evaluative, exploratory, with intentional non-probabilistic sample of nurses from Health Strategy Family Triângulo Family Crajubar - CE. Data collection took place between August and November 2015 through questionnaires. For data analysis used the Alceste software 4.10 and the Theory of Social Representations. Participated in the study, 24 nurses in the pretest and 11 at posttest, women predominated (95.8%) of Juazeiro Municipality North-EC (70.8%). From the Alceste analysis, 6 classes were identified, divided into two thematic blocks, the first called "Knowledge of nurses about communication with the blind before the Distance Education" showed that nurses had limited knowledge in differentiating forms of communication, predominating the knowledge and the use of the verb in the nursing consultation; the group itself assessed negatively as the communication area with the blind expressing its importance to the interaction and the patient's emotional support and data collection in nursing history. The second theme entitled: "Knowledge of nurses about communication with the blind after the Distance Education" demonstrates the positive impact of the course in the study group, which develops knowledge on the elements and functions of verbal communication, as well as theories proxemic and paralinguage in non-verbal communication with blind and emphasize communication as a tool for accessibility in primary health care. It has been demonstrated the effectiveness of the educational program for the acquisition of knowledge about communication with the blind patient, which is an opportunity to form large-scale professional nurse in the subject and ensuring communication accessibility for this population.

Keywords: Nursing, Communication, blind, distance education, knowledge.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Região Metropolitana do Cariri Cearense.....	54
Figura 2 - Seleção da amostra para o estudo.....	57
Figura 3 - Diagrama das Fases da Pesquisa. CRAJUBAR – CE, 2016.....	58
Figura 4 - Esquematização da construção das UCIs para análise do Alceste CRAJUBAR-CE, 2016.....	65
Figura 5 – Fases da análise lexical do Alceste.....	68
Figura 6 – Síntese das Classes geradas pelo Alceste, CRAJUBAR – CE, 2016.....	75
Figura 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) das 3 classes do Pré-teste analisadas pelo Alceste.....	77
Figura 8 - Denominação das classes do pré-teste. CRAJUBAR – CE, 2016.....	79
Figura 9 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) das 3 classes do Pós-teste analisado pelo Alceste.....	86
Figura 10 – Denominação das Classes do Pós-teste, CRAJUBAR - CE, 2016.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise lexical do pré-teste e pós-teste gerada pelo Alceste. CRAJUBAR – CE, 2016.....	74
Tabela 2 – Classificação das unidades elementares de contexto do pré-teste pelo Alceste. CRAJUBAR - CE, 2016.....	76
Tabela 3 - Sujeitos e suas representatividades por Classe. CRAJUBAR - CE, 2016.....	78
Tabela 4 – Classificação das UCE do Pós-teste, Alceste 4.10, Crato-CE.....	85
Tabela 5 – Sujeitos e suas representatividades por Classe no pós-teste CRAJUBAR–CE, 2016.....	87

LISTA DE SIGLAS

- ABEn** – Associação Brasileira de Enfermagem
- ABRASCO**- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- AFC**- Análise Fatorial de Correspondência
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- AVA** – Ambiente Virtual de Aprendizagem
- CEEEnf** – Comissão de Especialistas de Ensino em Enfermagem
- CEI** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CHA** – Classificação Hierárquica Ascendente
- CHD** – Classificação Hierárquica Descendente
- CIF** – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
- CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- DCNs**- Diretrizes Curriculares Nacionais
- DCNs/ENF** – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem
- DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DSTs** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- DV** – Deficiência Visual
- EaD** – Educação à Distância
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FMJ**– Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte
- FUNCAP** – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- LABCOM**- Laboratório de Comunicação da UFC
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPECE** – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
- IES** – Instituição de Ensino Superior
- MEC** – Ministério da Educação e Cultura
- NTIC** – Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-americana de Saúde

PcD – Pessoa com Deficiência

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNEPSUS- Política Nacional de Educação Popular em Saúde

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização

PMAE – Programa de Pós-graduação em Enfermagem

ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNE – Plano Nacional de Educação

PPSUS – Programa Pesquisadores para o SUS

RMC – Região Metropolitana do Cariri

SENADen – Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem

SESU – Secretaria de Educação Superior

SEED- Secretaria de Educação à Distância

TICs – Tecnologias de Informação e Comunicação

TRS – Teoria das Representações Sociais

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI- Unidades de Contexto Iniciais

UCE – Unidades de Contexto Elementares

UFCA– Universidade Federal do Cariri

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira

UNILEÃO – Centro Universitário Leão Sampaio

URCA – Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivos gerais.....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Políticas Públicas de Saúde para Pessoas com Deficiência.....	23
3.1.1 O desafio da promoção da saúde à pessoa com deficiência.....	27
3.2 Comunicação como Ferramenta para o Cuidado de Enfermagem.....	32
3.2.1 Compreendendo a comunicação e seus elementos.....	32
3.2.2 A Comunicação verbal na Consulta ao Paciente Cego.....	35
3.2.3 A Comunicação não verbal na Consulta ao Paciente Cego.....	37
3.3 Educação à Distância (EaD) como estratégia para qualificação profissional.....	39
3.3.1 Compreendendo a Educação à Distância.....	39
3.3.2. Breve Histórico sobre Educação à Distância.....	40
3.3.3 Processo de Ensino-Aprendizagem na EaD.....	42
3.4 Pedagogia das Competências.....	44
3.4.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem... 46	
4. MÉTODO.....	53
4.1 Delineamento do estudo.....	53
4.2 Local da Pesquisa.....	54
4.3 Período da pesquisa.....	56
4.4 População e amostra.....	56
4.5 Fases do estudo.....	57
4.5.1 Fase preparatória.....	58
4.5.2 Fase de captação da amostra.....	59
4.5.3 Fase de implantação e coleta de dados.....	59
4.6 Fase de análise dos dados.....	61
4.6.1 Alceste como ferramenta para análise lexical.....	61
4.6.2 Preparação do Corpus Alceste.....	64
4.6.3 Etapas da análise lexical do Alceste no estudo.....	67

4.6.4 Teoria de análise: teoria das representações sociais.....	68
4.7 Aspectos éticos.....	72
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	73
5.1 Caracterização do grupo avaliado.....	73
5.2 Síntese da análise lexical e Classes geradas pelo Alceste.....	73
5.3 Conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação com o cego antes da EaD.....	75
5.3.1 Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal e sua importância para a enfermagem.....	79
5.3.2 Percepção dos enfermeiros sobre comunicação não verbal e importância para a enfermagem.....	81
5.3.3 Comunicação na consulta de enfermagem com a pessoa com deficiência.....	83
5.4 Conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação com o paciente cego após a EaD.....	84
5.4.1 Comunicação não verbal na assistência de enfermagem ao paciente cego.....	88
5.4.2 Elementos e funções da comunicação verbal na consulta de enfermagem ao paciente cego.....	89
5.4.3 – Formas de Comunicação verbal na consulta ao paciente cego.....	90
6 DISCUSSÕES.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O aumento da população com algum tipo de deficiência sensorial, física e/ou mental é um fenômeno mundial. As estatísticas sobre a incidência e prevalência das deficiências são escassas e tal fato deve-se à amplitude de formas de deficiências e ao limitado conhecimento sobre suas classificações, registros e cadastramentos em estudos demográficos (BRASIL, 2006; MAIA, 2011).

Em 2004, a Pesquisa Mundial de Saúde e Carga Global de Doenças realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou que 15% da população mundial apresenta alguma deficiência. Desta, 3,8% enfrentam dificuldades funcionais significativas, superando assim, uma prevalência global de 10% nos anos de 1970 (OMS, 2012).

A prevalência de pessoas com deficiência (PcD) no Brasil é de 23,9%, totalizando 45.606.048 de brasileiros. A deficiência visual apresenta a maior ocorrência, afetando 18,6% da população, seguida pela deficiência motora (7%), auditiva (5,10%) e mental ou intelectual (1,4%). Ao se considerar a população no âmbito regional no Ceará, observa-se 27,7% da população, correspondendo a 2.340.150 cearenses, apresentando alguma forma de deficiência. Este percentual supera os índices do Brasil (23,9%) e do Nordeste (26,6%) (IBGE, 2010). Cada deficiência específica varia em grau de severidade, já que nem todas são acompanhadas de incapacidades. Contudo, quanto maior for a severidade, maiores serão as dificuldades e desafios encontrados e que necessitam de atenção peculiar (BRASIL, 2012a).

No tocante às deficiências severas no Brasil, seus indicadores também são preocupantes. Em 2010, 8,3% da população apresentou alguma de suas formas, a deficiência visual novamente destacou-se com uma incidência de 3,46%, dos quais 1,6% apresentaram cegueira; seguindo-se a surdez (1,12%); a deficiência motora severa (2,33%) e a deficiência mental ou intelectual (1,4%)(IBGE, 2010).

As deficiências podem ser congênitas ou adquiridas. A maior prevalência das formas adquiridas é atribuída ao aumento da expectativa de vida, dos indicadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dos acidentes (trabalho, trânsito, domésticos, etc) e das formas de violência. O último censo do IBGE de 2010 aponta que no Brasil, 54% dos idosos apresentam alguma deficiência e/ou incapacidade (SANTOS *et al.*, 2012;BRASIL, 2012b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório mundial sobre as deficiências, estima para 2020, 76 milhões de pessoas cegas no mundo. Atribui-se esta incidência ao declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, e a uma mudança nos padrões

de adoecimento observando-se redução na ocorrência das doenças infecciosas e aumento da morbidade por DCNTs. É preocupante o percentual da deficiência visual em idosos (49,8%), acometendo quase metade desta população (OMS, 2012; VERAS, 2012; MALTA *et al.*, 2010; MENDES, 2015).

Sabe-se que 70% das formas de deficiência adquiridas poderiam ser evitadas por ações primárias como: aconselhamento genético, melhor nutrição, prevenção de infecção ou doença materna, programa de imunização, melhoria no cuidado de saúde pré-natal, perinatal e pós-natal; ações secundárias podendo-se citar: a triagem neonatal, exames clínicos, bioquímicos, manipulação genética e cirurgias intra-útero para erradicar anormalidades bioquímicas e anatômicas; e terciárias que são: prevenir complicações de doenças como o diabetes "mellitus" e promover a reabilitação de pacientes após acidente vascular cerebral evitando-se amputações de membros e perda da função ocular (VIEIRA; GIUGLIANI, 2013; BRASIL, 2010).

Historicamente, o conceito de pessoa com deficiência (PcD) sofreu mudanças e evoluiu por influências históricas e políticas. Outrora, considerava-se deficiente todo indivíduo "inválido" ou "considerado sem valor para a sociedade", sendo esta expressão utilizada até o século XX. Conceito que foi amplamente discutido e revisado, pois limitava o indivíduo à sua deficiência dentro de uma concepção puramente médica, ficando associado exclusivamente à doença (SASSAKI, 2002; BRASIL, 2011).

As denominações anteriores carregadas de estigmas, estereótipos, preconceitos e/ou discriminações, que atribuíam expressões como "pessoas com necessidades especiais" ou "portadoras de deficiências" passaram a ser consideradas impróprias (BRASIL, 2008).

Partindo-se desta discussão, um movimento global para a garantia dos direitos universais e humanos de todos os cidadãos, ocorrido na Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência das Nações Unidas em dezembro de 2006, discute-se um novo conceito com foco no sujeito e não na sua deficiência. Assim, o termo adequado passa a ser "pessoa com deficiência"(CINTRA;SOUZA, 2012; BRASIL, 2008a).

O artigo 1º desta Convenção considera pessoas com deficiência, aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009a).

O conceito de deficiência visual (DV) também sofreu mudanças por influências históricas, culturais e sociais. Esta terminologia é utilizada para definir uma situação

irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas, hereditárias e adquiridas mesmo após tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos e uso de óculos convencionais (MARANGONI, 2009; BRASIL, 2007; BRASIL, 2014).

A cegueira, forma severa da deficiência visual, é considerada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), como a acuidade visual menor que 0,05° no melhor olho (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Diante da problemática evidenciada, surgem movimentos sociais em prol da inclusão social da PcD, culminando com a Constituição Federal de 1988 que no artigo 23, Capítulo II, determina-se como “competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia de direitos das pessoas com deficiência (PcD)” (BRASIL, 1988, p.27).

As Leis nº 7.853/1989, que dispõem sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), a Lei nº 10.048/00 que estabelece prioridades no atendimento e a Lei nº 10.098/00 que determina critérios para a promoção da acessibilidade, bem como os Decretos nº 3.298/99 que dispõem sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e nº 5.296/04, que regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00 colocam o Brasil em posição de igualdade legal perante o ideário da Convenção da ONU sobre os direitos da pessoa com deficiência (BRASIL, 2008b).

Outro importante aporte legal para viabilizar e regulamentar a inclusão desta população foi Portaria do Ministério da Saúde, nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Em 2011, a Presidência da República assume como prioridade do governo, o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, denominado Plano Viver sem Limites, que envolve mais de 15 pastas ministeriais e conta com investimentos previstos da ordem de 14 bilhões de reais até 2014 (FRANÇA, PAGLIUCA, 2012; BRASIL, 2010; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

O Plano Viver sem Limites apresenta quatro eixos prioritários: atenção à saúde; acesso à educação; inclusão social; e acessibilidade. No campo da saúde, sua efetivação ocorreu por meio da sua criação pelo Ministério da Saúde da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, regulamentada pela Portaria Nº 793, de 25 de abril de 2012 (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é considerada marco na saúde pública por seu caráter pluralista e ascendente, indo ao encontro das necessidades de saúde desta população no SUS. Desta forma, são garantidas ações que gerem tecnologias para

produção qualificada de saúde; oferta de cuidados pautados na integralidade da assistência; universalidade do acesso; equidade do cuidado e controle social (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). Esta rede pressupõe a atenção em saúde focada no contexto do território, com ampliação das possibilidades de equidade e de cuidado integral às pessoas com deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Neste sentido, se propõem programas educacionais para a promoção da acessibilidade de comunicação para o paciente cego no âmbito do SUS, visando a inclusão social e igualdade de oportunidades (BRASIL, 2016).

A comunicação representa uma necessidade humana básica, intensamente relacionada com as demais necessidades. Faz, portanto, parte do todo integrado de cada indivíduo. E como instrumento básico do cuidado na enfermagem, deve estar presente nas ações realizadas com pessoas, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades (HORTA, 1979; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Apenas através da comunicação é viabilizada uma assistência à saúde humanística e personalizada de acordo com as necessidades da pessoa atendida, tornando a implementação da assistência de enfermagem holística e individualizada (SANTOS; D'AMARAL, 2011; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

A comunicação é ferramenta essencial para a socialização, sendo indispensável para a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. Apenas através de uma comunicação efetiva, onde a mensagem a ser transmitida é compreendida pelo receptor, é que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, poderá auxiliar a pessoa com deficiência a identificar seus problemas, torná-lo participativo e encontrar alternativas para a solução destes, desenvolvendo padrões de comportamento promotores de saúde (PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2008).

O diálogo é considerado competente quando no processo interpessoal atinge os objetivos dos comunicadores. Para tal, os enfermeiros precisam dominar os elementos e técnicas da comunicação verbal e não verbais conforme as necessidades do paciente cego (REBOUÇAS *et al.*, 2012; REBOUÇAS; PALGIUCA; ALMEIDA, 2007).

A enfermagem utiliza cotidianamente diversas técnicas de comunicação. Porém, na maioria das vezes, sem conhecê-las e diferenciá-las, e por não compreender a comunicação como um processo, estabelece um diálogo pouco eficaz e não direcionado com o paciente (NEGREIROS *et al.*, 2010).

É visível que o enfermeiro deve aprimorar seus conhecimentos nesta temática, pois apresenta dificuldade na comunicação, demonstrando falhas no processo de identificação e acolhimento do paciente cego. Em especial, porque as experiências vivenciadas por estes profissionais na graduação são, por vezes, inexistentes ou insuficientes para torná-los agentes comunicadores por excelência. Esta aquisição de saberes e conceitos possibilitará a promoção de cuidados de saúde eficazes, autoconhecimento e autenticidade durante a consulta de enfermagem (REBOUÇAS *et al.*, 2011; SANTOS; D'AMARAL, 2011).

Assim, o domínio dos métodos e técnicas da comunicação com o paciente cego gera uma relação de confiança e facilita a interação profissional/paciente, o que promoverá uma assistência de qualidade (PUPULIM; SAWADA, 2002; WANDERLEY *et al.*, 2012; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Portanto, a aquisição destes conhecimentos viabilizará uma relação de confiança e credibilidade na consulta de enfermagem (MAIA; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2014; NEGREIROS, 2010; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Para a difusão destes conceitos de deficiência e técnicas de comunicação verbal e não verbal de acordo com as necessidades da pessoa com deficiência visual, são necessárias tecnologias em saúde que proporcionem esta formação (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2012). Entendem-se estas tecnologias como os medicamentos, procedimentos médicos, equipamentos, recursos, além de programas de cuidados para saúde (BRASIL, 2009).

Nos últimos anos, as escolas de enfermagem têm se aperfeiçoado na oferta de tecnologias de saúde inovadoras, que são os cursos de educação à distância (EaD). Esta modalidade de ensino representa uma possibilidade inovadora, capaz de capacitar profissionais em larga escala, pela sua característica não presencial e facilidade de acesso por não apresentar limites geográficos e temporais (ABAAD; ZERBINI; SOUZA, 2010).

A EaD é considerada uma tecnologia em saúde, pois possibilita a capacitação de recursos humanos para ações estratégicas do SUS, atendendo às necessidades da população, sendo uma excelente opção para formação profissional, formação docente, implantação de novos processos de trabalho, qualificação, aprofundamento em temáticas pouco exploradas na graduação, atendimento às demandas do setor saúde, recurso de inclusão digital e social (BASTOS; GUIMARAES, 2003).

Desta forma, promove profissionalização, disseminação de informações, desenvolvimento de estudos inovadores, e geração de estratégias de educação continuada para profissionais da saúde e da enfermagem (BRASIL, 2009; LIMA *et al.*, 2012).

No tocante à pessoa com deficiência visual, a EaD é capaz de promover saberes e valores para sua efetiva inclusão social em diferentes cenários. No campo da saúde, um grupo de pesquisadores criou um curso intitulado “Comunicação do enfermeiro com o paciente cego” propondo conteúdos para a apreensão das técnicas, elementos, formas e funções da comunicação verbal e não verbal baseadas em pesquisas no campo da enfermagem e da educação (REBOUÇAS, 2008; COSTA, 2009).

O curso integra o projeto “Pessoa com deficiência: estudo da acessibilidade física e de comunicação às unidades de saúde”, aprovado pelo Programa Pesquisadores para o SUS (PPSUS), voltado à promoção da acessibilidade física e de comunicação para o paciente cego, fruto de uma parceria entre a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Regional do Cariri (URCA) e a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). O curso foi destinado aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Triângulo CRAJUBAR, Maciço de Baturité e Fortaleza - Ceará.

Observa-se que para o sucesso da EaD, além de disponibilizar oportunidades para o alcance de seus objetivos se exigida uma avaliação criteriosa do processo de aprendizagem e da tecnologia educativa em aplicação. Estas ações exigem ferramentas de avaliação fundamentadas cientificamente, em consonância com a literatura e com os objetivos da aprendizagem baseadas em competências (BOLLELA, MACHADO, 2010).

A avaliação da aprendizagem permite identificar os conhecimentos adquiridos pelos alunos antes, no transcurso ou após um processo de ensino-aprendizagem e, desta forma, emitir juízo de valor, avaliar uma tecnologia educativa, neste caso, a EaD (FILATRO, 2008).

Vislumbra-se através deste estudo responder a um movimento da comunidade científica de investigação da aprendizagem baseada na web, através da aquisição de conhecimentos do aprendiz (ANETTA; FOLTA e KLESATH, 2010; NUNES, 2014).

Para tal, nosso estudo busca responder aos seguintes questionamentos: O enfermeiro adquire conhecimentos sobre comunicação com o paciente cego através da EaD? O enfermeiro é capaz de identificar as formas, funções e elementos da comunicação ao final o curso? O enfermeiro compreende a importância da comunicação na consulta com o paciente cego?

Desta forma, a incorporação de novas tecnologias de ensino estará atrelada a investigações dos seus padrões de qualidade, independente da combinação de recursos, ou da

modalidade, semipresencial, virtual ou à distância (RODRIGUES; PERES, 2008; BRASIL, 2002).

Os estudos nesta temática, especialmente no campo da saúde e da enfermagem, e embora este tema seja pouco difundido, é de inegável relevância (BRASIL, 2016), com potencial para gerar novas tecnologias para promoção de uma assistência de qualidade à pessoa com deficiência visual. Pois, mesmo diante de um cenário de inúmeras inovações tecnológicas e da transição de saúde, esta população ainda persiste com dificuldade de acesso aos serviços e informações de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Sabe-se que investimentos para capacitar profissionais de saúde no tocante à pessoa com deficiência são escassos. Desta forma, urge programas educacionais no âmbito do SUS, que promovam a aquisição de saberes que atendam às necessidades desta população desenvolvendo suas potencialidades para o autocuidado (MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015).

Portanto, cursos e programas pautados nos conceitos e técnicas de comunicação com o paciente cego, destinados ao enfermeiro da Atenção Primária em Saúde, conduzirão à acessibilidade e à equidade na assistência à pessoa com deficiência. Destarte, a avaliação do impacto do programa educacional proposto permitirá sua aplicação em larga escala no âmbito do SUS para atender às demandas desta população, garantindo sua efetiva inclusão na rede de serviços de saúde.

A avaliação da aquisição do conhecimento proposta neste estudo segue o desenho pré/pós-teste bem conhecido pelos educadores, e desta forma avalia o impacto de um curso EaD, para a promoção da acessibilidade de comunicação para o paciente cego no SUS. Assim, ao demonstrar a eficácia desta tecnologia, é possível validá-la ampliando o escopo do cuidado de enfermagem para o deficiente visual (FRYER, HAMMER, 2012; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Este estudo resgata a discussão na academia da comunicação como competência essencial na enfermagem, e aprofunda a reflexão no tocante ao paciente cego, para a promoção de mudanças de paradigmas e atitudes para um desenvolvimento sustentável e inclusivo, para impulsionar novas formas de agir, pensar, construir, comunicar e utilizar recursos públicos, garantindo o direito e a cidadania da pessoa com deficiência (BRASIL, 2016).

Neste sentido, a Enfermagem como ciência em construção necessita refletir sobre sua prática, através de estudos que incorporem novas tecnologias de ensino-aprendizagem que

promovam o atendimento às especificidades da pessoa cega (PAGLIUCA; CEZARIO; MARIANO, 2009), e desta forma pode-se estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática na assistência à PcD.

Por fim, pretende-se demonstrar que a EaD é uma ferramenta de ensino-aprendizagem eficiente para a aquisição de conhecimento, desmistificando sua visão negativa na academia. Para tal, lançamos a seguinte hipótese: O enfermeiro capacitado adquire conhecimentos sobre comunicação verbal e não verbal com o cego através da educação à distância.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a aquisição de conhecimento do enfermeiro para estabelecer comunicação com a pessoa cega após aplicação de tecnologia educativa de ensino à distância (EaD).

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os enfermeiros quanto às variáveis socioeconômicas e de formação profissional;
- Analisar os conhecimentos sobre comunicação verbal e não verbal adquiridos pelo enfermeiro na EaD;
- Averiguar as percepções dos enfermeiros sobre comunicação verbal e não verbal, e sua importância para a enfermagem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas Públicas de Saúde para Pessoas com Deficiência

O incremento na prevalência das deficiências física, sensorial e mental é decorrente do aumento da expectativa de vida e das doenças crônico-degenerativas, bem como, da elevação do consumo de álcool e drogas de acidentes de trânsito e da violência urbana (BRASIL, 2008).

Agregam-se a esses fatores as limitadas ações de prevenção destes agravos. Para tal, formularam-se políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos fundamentais das PcD. Estas têm sido progressivamente incorporadas à agenda política promovendo o acesso aos bens e serviços para todos, com equiparação de oportunidades (BRASIL, 2012a).

Diversos movimentos políticos e populacionais convergiram na construção de um arcabouço político e legal que atendesse às necessidades da PcD. A evolução dos direitos desta população pôde ser visualizada inicialmente na mudança histórica do seu conceito, que antigamente eram consideradas como “inválidas”, “indivíduos sem valor” tanto para suas famílias, quanto para a sociedade; sendo este termo utilizado até o século XXI (SASSAKI, 2002).

Ainda na década de 1960, as PcD passaram a ser classificadas de “incapacitadas”, iniciando-se reflexões acerca da relação existente entre as limitações que estas pessoas vivenciam, a concepção de deficiência, a estrutura do meio ambiente (acessibilidade) e a atitude da população em geral com relação a essa questão (BRASIL, 2008b).

Neste período, o tema deficiência passou a ser amplamente discutido por ativistas e organizações de pessoas com deficiência ao redor do mundo, trazendo maior visibilidade e importância à discussão desta temática, por agentes políticos e pela sociedade em geral. Vários países criaram medidas para assegurar os direitos das pessoas com deficiência (PcD) (BRASIL, 2008a).

Entre as décadas de 1960 e 1980, expressões carregadas de preconceito e estigmas como “os defeituosos” (os indivíduos com deformidade física) e “deficientes” (os indivíduos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla), foram comumente empregadas. Posteriormente, a expressão “os excepcionais” foi associada às pessoas com deficiência intelectual, expressando uma visão reducionista da sociedade (SANTOS *et al.* 2012).

Outras denominações foram utilizadas: entre os anos 1981 e 1987, o termo “pessoas deficientes” esboça um tratamento adequado para esta população, entre 1988 e 1993, denominações como “portadores de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais” e “portadoras de necessidades especiais”. Mas, somente a partir de 1994, a expressão “pessoas com deficiência”, passa a ser considerada e utilizada no Brasil e no mundo (BRAGA; SILVA, 2007), sendo adotada por todos os países a partir do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas na área e aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982 (BRASIL, 2008a).

A ONU fixou o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência, colocando em evidência e em discussão, a situação dessa população em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação (BRASIL, 2008a).

O mais importante resultado das discussões ocorridas no Ano Internacional da PcD foi a aprovação, na Assembléia Geral da ONU da Resolução nº 37/52 em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências. Nesse programa foram estabelecidas diretrizes que atendiam diversas áreas de atenção à PcD, como a da saúde, educação, emprego, renda, seguridade social, etc (BRASIL, 2008a).

Esse novo campo de discussões gerou a necessidade de mudanças estruturais em relação às políticas públicas voltadas a esse segmento. As medidas curativas e assistencialistas tiveram que ser revistas e modificadas para dar lugar ao protagonismo das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a).

A mobilização de vários segmentos da sociedade em prol do reconhecimento do direito da PcD, possibilitou um avanço no processo de politização dos sujeitos e contribuiu para que o Estado assumisse a responsabilidade em desenvolver políticas públicas destinadas a esse grupo (SANTOS *et al.* 2012).

Alguns instrumentos legais foram regulamentados para atender às necessidades da PcD, dentre estes, se destaca a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua integração social (BRASIL, 2008b). Esta Lei regulamenta como dever do Estado: promover ações preventivas; criar uma rede de serviços especializados em habilitação e reabilitação; garantir acesso aos estabelecimentos de saúde, com tratamento adequado, segundo normas técnicas e padrões apropriados; garantir atendimento domiciliar ao deficiente grave não internado e desenvolver programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência (PcD) (BRASIL, 2008b).

A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) que rege as características do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatiza seus princípios como universalidade, integralidade e equidade; e destaca o relativo à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 1990).

Dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a capacitação de recursos humanos em saúde para o cuidado a esta clientela é prioritária. Devem-se formar profissionais em saúde capacitados para atender esta população desde a atenção primária até o nível terciário (REBOUÇAS *et al.*, 2011).

Com vistas à inserção social e à acessibilidade da pessoa com deficiência à saúde, o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei nº 3.298/99), na qual se constituíram normas para promoção e proteção dos direitos da pessoa deficiente no que concerne ao bem-estar pessoal, social e econômico, estabelecendo ainda, os princípios de respeito às pessoas com deficiência, conferindo-lhes igualdade de oportunidades, sem privilégios ou paternalismos (BRASIL, 1999).

Em 2000, foi estabelecida a Lei nº 10.048 que previa a adequação dos espaços públicos, equipamentos e veículos de transporte coletivo para pessoas com deficiência (BRASIL, 2009). Esta Lei estabeleceu normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (SANTOS *et al.*, 2012).

No ano de 2001, foi aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF) da OMS, cuja finalidade foi constituir um novo método de avaliação, padronizando informações sobre pessoas com deficiência em todo o mundo, e os princípios estabelecidos dão ênfase e suporte às pessoas com deficiências, nos contextos ambientais e na capacidade do indivíduo (BRASIL, 2009).

O novo percurso traçado para as práticas assistenciais da pessoa com deficiência propõe analisar a saúde desta população em cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades do cotidiano e ambiente social (BRASIL, 2009).

A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), elaborada em 2001, contribuiu com o aperfeiçoamento da avaliação de potenciais, inserindo dados no contexto da gestão da saúde pública (BRASIL, 2008b). Em associação com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

(CID), a CIF considera que as condições de saúde relacionada às doenças, aos transtornos ou às lesões na pessoa com deficiência constituem-se instrumentos úteis para as estatísticas de saúde (BRASIL, 2008c).

No Brasil, a discussão do conceito de PcD e seus direitos no âmbito da saúde foram ampliados através da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, através da Portaria MS/GM nº 1.060 do dia 05 de junho de 2002, que define como propósitos gerais um leque de possibilidades que vão desde a prevenção de agravos à proteção e promoção da saúde, passando pela reabilitação. Uma das diretrizes dessa política visa o fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua de acessibilidade e da inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 2009).

No dia 19 de dezembro de 2000, a Lei nº 10.098 forneceu amparo legal e estabeleceu normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade para pessoas com deficiências. Em 2004 foi elaborado o Decreto nº 5.296, que ficou conhecido como decreto da acessibilidade, que teve por função regulamentar as leis, o que ampliou o tema a espaços, mobiliários, sistemas e meios de comunicação e informação (BRASIL, 2012).

O Art. 2 do Decreto nº 7.508/11 preenche uma lacuna na Lei Orgânica dispendo sobre a ampliação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde para a Pessoa com Deficiência, e dispõe sobre serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011). A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 institui as Disposições Gerais quanto à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

A rede de cuidados à pessoa com deficiência deve ampliar o acesso e qualificar os profissionais de saúde para o atendimento desta população no SUS, tendo como foco a organização dos pontos de atenção à pessoa com deficiência, a garantia de atenção integral à saúde, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias (BRASIL, 2012).

Dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a capacitação de recursos humanos em saúde para o cuidado a esta clientela é prioritária. Desta forma, é preconizada a formação de profissionais para o acolhimento e assistência desta população desde a atenção primária até o nível terciário (REBOUÇAS *et al.*, 2011).

Apesar de mais de duas décadas de implementação do SUS, há quase três décadas permanece a dificuldade de acesso da PcD nos serviços públicos, em especial, nas regiões menos favorecidas socioeconomicamente. Esta insuficiência e precariedade dos sistemas de

informações dificulta a construção dos indicadores necessários para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos serviços de saúde com ações voltadas às necessidades da PcD (AMARAL *et al.*, 2012).

Torna-se um desafio, na atualidade, garantir que a Política Nacional de Saúde para as Pessoas com Deficiência seja implementada tal qual propõe a legislação vigente. As disposições legais têm determinado avanços no que tange a acessibilidade, tais como aprovações de projetos de natureza arquitetônica e urbanística, percursos acessíveis, adaptação de transporte público, facilidades relacionadas à comunicação e informação (GOMES; RESENDE; TORTORELLI, 2010).

Embora esteja posto este direito, ele precisa ser materializado através de investimentos em tecnologias leve/duras, ajudas técnicas e medidas que eliminem as barreiras físicas e de comunicação existentes nos serviços de saúde, e desta forma promover a saúde para a pessoa com deficiência, configurando um desafio à promoção da saúde desta população.

O Brasil apresenta um arcabouço legal para promover os direitos da pessoa com deficiência. No entanto, esse ainda precisa ser implementado e carece de fiscalização para que possa ser efetivado na perspectiva de construir ações conjuntas para prevenção de deficiências e facilitação da acessibilidade, o que possibilitará inclusão social (GOMES; RESENDE; TORTORELLI, 2010).

3.1.2 O desafio da promoção da saúde à pessoa com deficiência

A promoção da saúde é uma estratégia promissora para enfrentar múltiplos problemas de saúde que afetam as populações, articulando saberes técnicos e populares para a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos ou privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000; SUCUPIRA; MENDES, 2013). Brasil (2010) considera-a como um conjunto de ações articuladas desenvolvidas no sistema público de saúde para suprir as necessidades de saúde da sociedade, ampliar e qualificar as ações nos serviços e na gestão do SUS.

Historicamente, a promoção da saúde tem sido uma nova forma de produzir conhecimento. Como modelo ideológico, critica as práticas de saúde hegemônicas, propondo a transformação do modelo de atenção à saúde vigente e a organização do contexto social em que se vive (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

A promoção da saúde das pessoas com deficiência deve ser pautada na concepção de saúde ampliada, que considera múltiplos fatores sociais, ambientais, educacionais e econômicos, no processo saúde-doença, impactando diretamente na sua qualidade de vida (BUSS, 2000; SUCUPIRA; MENDES, 2013).

A qualidade de vida promove saúde e previne as deficiências, pois ambientes desfavoráveis e hábitos de vida prejudiciais como o sedentarismo, o uso de álcool e drogas, entre outros; geram doenças crônicas, o que predispõe a ocorrência de deficiências físicas, mentais e/ou sensoriais (BRASIL, 2012b).

Entende-se que a saúde resulta de uma série de determinantes sociais, como os ambientes favoráveis, o acesso às informações, as experiências, as habilidades pessoais e a incorporação de hábitos de vida saudáveis. Desta forma, é dever de toda a sociedade, do poder público, das entidades não governamentais e privadas, das associações, dos conselhos, das comunidades, das famílias e dos indivíduos, atuar sobre os fatores que causam as deficiências (GIRONDI; SANTOS, 2011). Estimativas apontam que 90% dos casos de deficiência visual poderiam ser evitados com ações de promoção da saúde e prevenção. Uma vez instalada tal situação, devem-se direcionar ações aptas a gerar promoção da saúde e inclusão destas pessoas (CEZARIO *et al.*, 2012).

A promoção da saúde tem seu marco norteador na Saúde Pública a partir da década de 1970, e desde então, vem evoluindo e se consolidando nas ações de saúde (MACHADO *et al.* 2007). As cartas de promoção da saúde influenciaram a implementação do modelo de saúde vigente na atualidade. A declaração de Alma-Ata em 1978 difundiu grandes avanços nas políticas e práticas de saúde: discutindo o uso de tecnologias de saúde simplificadas e de baixo custo, propondo saúde para todos (BRASIL, 2010).

Desde então, o conceito de promoção da saúde é entendido como um processo de capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida e saúde, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: “modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p.17).

Este eixo da promoção da saúde requer mudanças na formação dos profissionais envolvidos no processo saúde-assistência das pessoas com algum tipo de deficiência, sobretudo os deficientes visuais (CEZARIO *et al.*, 2012).

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu no ano de 1986, e teve como resultado a publicação da Carta de Ottawa, um dos documentos norteadores da

promoção da saúde. Após sua realização, outras conferências como a de Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde em vigor para reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Estas Conferências Internacionais de Saúde influenciaram no âmbito individual e coletivo a instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), através da portaria ministerial Nº 687, no dia 30 de março de 2006. Esta política transita entre o conjunto das ações e programas voltados à saúde e propõe com a sua implantação que o protagonismo do processo de promoção da saúde passa a ser dos profissionais e usuários do sistema (BRASIL, 2006).

Em 2014, houve uma atualização e aprimoramento desta política, movida pelas mudanças nos contextos mundial e nacional da saúde, e através da Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, a PNPS prevê a articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, baseando-se na participação social e nos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2014).

Este processo de revisão da PNPS desencadeado pelo Ministério da Saúde (MS) foi coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, iniciando-se em 2013, por meio do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Houve também a participação de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior e representantes de instituições fora do setor Saúde comprometidos com ações de promoção da saúde (BRASIL, 2015).

Desta forma, a reelaboração da PNPS estabelece o diálogo com as demais políticas públicas conquistadas pela população, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPSUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros (LGBT) (BRASIL, 2014).

Assim, a PNPS reconhece a necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e trabalhadores do SUS, revendo o papel do setor Saúde na articulação e indução de outras políticas públicas (BRASIL, 2014).

O Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de programas para promoção, proteção e recuperação da saúde e, tendo em vista a importância e a amplitude, prevê ações intra e intersetoriais para a efetiva participação social (BRASIL, 2010). A intersetorialidade permite a articulação entre diversos setores sociais unidos por um mesmo objeto de interesse. Por sua vez, a participação social configura-se como mecanismos de parceria entre a população alvo dos cuidados de saúde, e os organismos responsáveis pela sua promoção (CEZARIO *et al.*, 2010).

No tocante à pessoa com deficiência, é dever do Estado desenvolver ações que proporcionem a sua inclusão em todos os seus níveis de atenção à saúde (CEZARIO *et al.*, 2010; MACHADO *et al.* 2007). Desta forma a promoção da saúde será mediadora entre os indivíduos e o ambiente, na perspectiva de aumentar sua participação na modificação de hábitos determinantes do processo saúde-doença, tais como emprego, educação, cultura, lazer, hábitos de vida no geral (INTERDONATO; GREGUOL, 2012).

É imprescindível salientar que pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo, que reúne em uma mesma categoria indivíduos que podem ter diferentes condições motoras, sensoriais, intelectuais ou múltiplas. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento da população têm que levar em conta um mosaico de diferentes necessidades e especificidades (BERNARDES *et al.* 2009).

Neste sentido, dispositivos legais foram necessários para a efetivação destes direitos. Podem-se citar, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que destina-se a “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, 2015), no qual merece destaque o seu art. 3º denominado Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que traz a discussão da acessibilidade e junto aos Decretos-Lei nº 7.853/89 e nº 914/96 assegura este direito no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A acessibilidade é um atributo essencial em qualquer ambiente, devendo estar presente em meios físicos, no transporte, na informação e comunicação, em especial em serviços e instalações abertos ao público, na cidade e no campo (BRASIL, 2016).

Considera-se acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados, de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015).

A fim da pessoa com deficiência gozar plenamente de seus direitos com igualdade de oportunidades é necessário que as barreiras de acessibilidade físicas e de comunicação sejam minimizadas e eliminadas (BRASIL, 2016; FEBRABAN, 2006). Para tal, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve dispor de profissionais com competência para estabelecer comunicação adequada às necessidades desta população (CASTRO *et al.*, 2011).

Sabe-se que a situação da acessibilidade no Brasil é caótica, tanto nas barreiras físicas da rede de atenção à saúde, podendo-se citar as rampas de acesso, os banheiros adaptados e barreiras geográficas, a ausência de medidas e estratégias para solução destes problemas que ferem claramente o princípio da equidade no SUS (CASTRO *et al.*, 2011).

Neste intento, o acesso aos serviços de saúde é importante na determinação da qualidade de vida e de saúde de pessoas com algum tipo de deficiência. As barreiras arquitetônicas, a falta de profissionais capacitados para atenderem as demandas dessa população, dentre outras, retratam a fragilidade da rede de serviços, sistemas, e políticas destinadas a prestar apoio a essa população (INTERDONATO; GREGUOL, 2012).

A assistência à PcD no Brasil ainda apresenta fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações de saúde nas esferas pública e privada. A acessibilidade limitada aos serviços de saúde fere os princípios e valores da solidariedade, humanização, justiça e equidade (BRASIL, 2015).

Esta realidade é observada nos serviços de saúde, evidenciando-se nos ambientes hospitalares, e serviços de saúde públicos ou privados. É notório que a maioria parece não ter sido planejado para receber pessoas com deficiência, quer seja pelos aspectos arquitetônicos ou pela falta de habilidade dos profissionais em atender as necessidades desse grupo (AMARAL *et al.*, 2012).

A acessibilidade não diz respeito somente às barreiras físicas. Existe a amplitude sócio organizacional que engloba: o acesso às informações de saúde, à comunicação e à rede de serviços do SUS (BRASIL, 2016). Desta forma, não se limita à dimensão geográfica, a qual está relacionada à distância e ao deslocamento (AMARAL *et al.*, 2012).

Neste sentido, a acessibilidade é o produto da relação entre a disponibilidade efetiva dos serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços. Ela acontece efetivamente na saúde quando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam a disposição dos equipamentos e projetos arquitetônicos adaptados às necessidades das pessoas com deficiência, somada a informações de saúde e comunicação adaptadas às necessidades da PcD (BRASIL, 2016).

O desconhecimento quanto às necessidades desta população, no tocante à comunicação gera o preconceito, a discriminação e a negligência, impondo importante barreira à acessibilidade. Deve-se, portanto, promover o amplo acesso das PcD às informações acerca de seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimentos de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, e/ou no lazer (BRASIL, 2008b).

Sendo assim, a atenção básica deve funcionar como uma das portas de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolutividade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA; SILVA, 2010).

A inserção da assistência à saúde da PcD nas ações das equipes de saúde constitui estratégia fundamental para a implementação dos procedimentos de prevenção das deficiências e reabilitação e reintegração social nos diferentes níveis de atendimento (BRASIL, 2008b). Para garantir o acesso às informações e orientações de saúde de qualidade, a PcD deve ser acolhida por uma equipe capacitada quanto às formas de comunicação, seus elementos e funções, o que garantirá uma interação profícua entre profissional e paciente. Neste sentido, é essencial a discussão e compreensão destes conceitos para seu uso na prática assistencial.

3.2 Comunicação como Ferramenta para o Cuidado de Enfermagem

3.2.1 Compreendendo a Comunicação e seus Elementos

A comunicação é elemento essencial para a existência humana, desde o nascimento, influenciando e sendo influenciada pelo meio em que vivemos. Envolve uma gama de fenômenos como elementos psicológicos e sociais em contextos diversos determinados pelas organizações grupais e contextos individuais; tendo como finalidade

básica entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade (SILVA, 2010).

A comunicação faz parte do cotidiano da humanidade desde suas origens, por conduzir a construção e a interação das civilizações. É entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, através das quais pessoas partilham idéias, pensamentos e propósitos (COSTA *et al.*, 2009).

Comunicar-se é uma necessidade evolutiva, que rege as interações sociais, às quais sofrem influências culturais e históricas (DAMASCENO *et al.*, 2012; BRAGA; SILVA, 2007). A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico, “o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano.” (FREIRE, 2009, p.03).

O termo comunicação provém do latim “*communicatio*” derivada de “*munis*” que significa “estar encarregado de”, e que acrescido do prefixo “*co*” expressa idéia de simultaneidade, reunião, “atividade realizada conjuntamente”, e é completada pela terminação “*tio*” que reforça a idéia de atividade. Este é o primeiro significado religioso desta terminologia (HOHLFELDT; MARTINO; FRANÇA, 2010).

A partir desta etimologia, entende-se que a comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Os seus elementos essenciais são: 1- a realidade e/ou situação (contexto no qual ocorre a interação), 2- os interlocutores (emissor e receptor da mensagem em processo de interação), 3- a mensagem (são informações e/ou emoções que queremos passar), 4- os signos (são os sinais ou símbolos utilizados na emissão das mensagens), 5- os meios (veículos que utilizamos para passar a informação. Ex: gestos, palavras, expressões faciais, etc). Para que qualquer interação seja analisada, estes cinco elementos devem ser observados (SILVA, 2010).

O domínio destes elementos do processo de comunicação permite a compreensão e o compartilhamento das mensagens enviadas e recebidas entre profissional de saúde e paciente (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007), o que estabelece uma relação de ajuda ao indivíduo e à família para que sejam buscadas possíveis soluções para os problemas de saúde e estimulados novos padrões de comportamento.

É através da comunicação que se estabelece a interação e o vínculo entre o enfermeiro e o paciente, sendo a comunicação elemento-chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado (RAMOS; BORTAGARAI, 2012). Desta forma o profissional pode compreender o paciente como ser holístico percebendo seu contexto de vida, seu pensar, fazer e ouvir, minimizando seu sofrimento através de um cuidado individualizado e integral. Neste processo, a comunicação ocupa lugar singular e insubstituível (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007).

Nesta ótica, a comunicação contribui para a formação do vínculo enfermeiro-paciente, humanizando a assistência e permitindo o estabelecimento de um plano de cuidado individualizado, sendo tarefa do enfermeiro, portanto, decodificar, decifrar e perceber o significado das mensagens que o paciente emite, para fundamentar uma assistência de qualidade e coerente às necessidades deste paciente (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008; SILVA, 2010).

No tocante à pessoa com deficiência, em especial o deficiente visual, antecedendo qualquer discussão do processo de comunicação, convém a compreensão do conceito de deficiência visual.

A deficiência visual subdivide-se em duas formas: a cegueira e a baixa visão. Considera-se cegueira a acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. O termo “cego” refere-se ao indivíduo que apresenta ausência total da visão ou da simples percepção da luz, ou a baixa visão (BRASIL, 2016).

A baixa visão caracteriza-se pela acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, também os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2016). Dentre os diversos tipos de deficiência, a visual compreende uma situação irreversível mesmo após tratamentos cirúrgicos e clínicos, além do uso de óculos convencionais (BRASIL, 2008b).

A pessoa com deficiência visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas (LIMA *et al.*, 2012).

Vale ressaltar que a assistência à pessoa cega implica que o enfermeiro apresente competências e habilidades de comunicação, voltadas às limitações e necessidade da pessoa cega (RAMOS; BORTAGARAI, 2012). Estas restrições representam barreiras para o acesso a informações essenciais de saúde e interferem no vínculo com o profissional enfermeiro.

A visão é fundamental para receber informações verbais (escritas) e não verbais (informações do ambiente, localização de objetos e pessoas e, também, a localização do próprio indivíduo no espaço), exercendo um papel relevante na comunicação, pois é responsável por perceber as expressões faciais, os movimentos e as posturas corporais (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI; 2008). O paciente cego apresenta limitações na comunicação devido às suas limitações sensoriais, o que exige do profissional de saúde o domínio de técnicas de acordo com as necessidades e características deste paciente (REBOUÇAS *et al.*, 2011).

Neste sentido, o enfermeiro deve ampliar seus saberes sobre a comunicação no tocante à deficiência visual. Para tal, deve-se ampliar a fundamentação teórica e conceitual sobre as suas formas, verbal e não verbal, seus elementos e funções, para o uso na consulta de enfermagem com o paciente cego, permitindo assim, a acessibilidade de comunicação nesta assistência.

3.2.2 A Comunicação Verbal na Consulta ao Paciente Cego

Dentro do processo de enfermagem, a comunicação enfermeiro-paciente, se estabelece nas formas verbal e não verbal (LIMA *et al.*, 2012).

A comunicação verbal se apresenta como a base das interações cotidianas, sendo a mais utilizada no cotidiano da assistência em enfermagem. Nesse processo, o conhecimento dos mecanismos de comunicação pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, facilita o bom desempenho das suas funções, bem como melhora o relacionamento entre os sujeitos envolvidos na assistência à saúde (COSTA, 2009).

A fala, a escrita e o braile (linguagem específica para o deficiente visual) são as formas de expressão da comunicação verbal. Na comunicação com o cego, geralmente o enfermeiro explora a fala e a audição para estabelecer o diálogo (MARTINS, 2014).

Ao procurar o serviço de saúde, o paciente cego busca ser orientado através da sua linguagem específica, o braile, entretanto, sabe-se que seu uso é inexistente na prática assistencial do SUS.

Entretanto, algumas técnicas podem auxiliar neste processo de comunicação com o deficiente visual, sendo elas: durante a fala do receptor, o emissor deve permanecer em silêncio, verbalizar aceitação, repetir as últimas palavras ditas pela pessoa, ouvir reflexivamente e verbalizar interesse (SILVA, 2010).

Outro aspecto importante para se estabelecer a comunicação verbal efetiva é a fala em tom audível, com linguagem clara quanto ao que desejamos informar. Desta forma, o emissor irá expressar (transmitir mensagem), clarificar um fato (entender um raciocínio) ou validar a compreensão de algo (verificar se a compreensão está correta e nos fazemos entender) (SILVA, 2010).

Para entender as necessidades do paciente, o enfermeiro deve estimular comparações, devolver as perguntas feitas, esclarecer dúvidas e termos incomuns e finalmente validar a mensagem dita, solicitando ao paciente para repetir o que foi compreendido. Observa-se que a comunicação verbal se expressa de forma voluntária, consciente. Desse modo, ela pode ser controlada pelo emitente e isso pode beneficiá-lo para que ocorra uma melhor troca de informação (COSTA, 2009).

Para a inclusão social e acessibilidade do deficiente visual no SUS, é importante que o enfermeiro conheça os elementos da comunicação verbal e estabeleça um diálogo que permita ao paciente, e não apenas ao acompanhante, a decodificação das mensagens expressas.

Infelizmente, a realidade da enfermagem demonstra escassez de profissionais de saúde com competência para estabelecer comunicação verbal voltada às necessidades do paciente cego, interferindo na relação (paciente-enfermeiro). Muitos profissionais de saúde sentem-se despreparados para estabelecer esta comunicação (REBOUÇAS, 2007).

Estudos apontam que, em situações comuns de comunicação, alunos e enfermeiros apresentam dificuldade para abordar o paciente cego, desde o fornecimento de informações como orientações de rotinas diárias, levantamento das necessidades do paciente, fornecimento de orientações até informar sobre os procedimentos a serem executados ou, simplesmente, ouvi-lo (AZEVEDO, 2002).

Outro aspecto da comunicação verbal que precisa ser aprofundado pelo enfermeiro são suas funções, que são: referencial, emotiva e conativa. E a aplicação destas para o paciente cego na consulta de enfermagem (SANTEE; TEMER, 2015; JAKOBSON, 2008). Estas funções exigem a presença dos seis elementos no processo de comunicação: mensagem, remetente, destinatário, contexto, código e contato (LIMA *et al.*, 2012).

Sabe-se, entretanto, que nos serviços de saúde os mecanismos de informação (canais) de comunicação mais utilizados são os visuais: expressos pelos meios televisivos, textos e panfletos; o que limita o acesso e a incorporação de informações significativas pelo deficiente visual (FRANÇA; PAGLIUCA, 2012). Esta realidade é ainda mais preocupante no

tocante à forma não verbal de comunicação, menos conhecida no cotidiano de trabalho, e pouco explorada na graduação em saúde. Neste sentido, é importante discorrermos sobre seu conceito e formas de expressão.

3.2.3 A Comunicação não verbal na Consulta ao Paciente Cego

A comunicação não verbal representa um desafio na interação entre o enfermeiro e o paciente cego, no que se refere à transmissão de mensagens sem o uso de palavras. Esta barreira é resultado de uma lacuna na formação do enfermeiro na temática durante a graduação e da dificuldade dos profissionais de saúde de interpretar suas nuances durante a consulta com o cego, por desconhecerem suas técnicas e formas de utilizá-la na consulta (PAGLIUCA *et al.*, 2014).

A forma de comunicação não verbal caracteriza-se pelo envio de mensagens por ações humanas e comportamentos, sem o uso de palavras, representando a maioria das mensagens enviadas e recebidas durante um diálogo. Nesta, os interlocutores utilizam expressões faciais, gestos, voz, atitude e roupas (REBOUÇAS, 2008). Estudos demonstram que 55% dos sentimentos são expressos através da comunicação não verbal; 38%, pela voz, e somente 7% são representados por palavras (BROCA, FERREIRA, 2012; SILVA, 2010).

O campo da comunicação não verbal é vasto e contempla aspectos importantes, o da comunicação e o do conjunto de meios não verbais que os indivíduos utilizam para se comunicar (MESQUITA, 1997). Estabelecem-se, através de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, entre outras. Também por meio das mãos, da cabeça, do rosto, da boca, enfim, ocorre pela expressão de todo corpo, demonstrando, assim, muitos significados (SILVA, 2010).

No campo da comunicação não verbal destacam-se grandes teorias que estudam suas abordagens e formas de expressão. Merecem destaque as teorias cinética, proxêmica e paralinguística (REBOUÇAS; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2007). Estudo recente que valida um instrumento de comunicação entre o enfermeiro e o paciente cego, utilizou como referência a Teoria Proxêmica de Hall (1986), a qual avalia a distância interpessoal como um instrumento expressivo da interação entre os interlocutores (REBOUÇAS, 2008). Na Teoria Proxêmica, o espaço é observado em três aspectos: nas suas características fixas (Ex.: paredes); nas características semifixas (Ex.: disposição dos mobiliários, obstáculos e adornos); e no espaço informal (o território pessoal ao redor do corpo do indivíduo) (SAWADA *et al.*, 2000).

Na consulta com o cego, a disposição do mobiliário, a ampliação do espaço de circulação do paciente e remoção de obstáculos é essencial para o conforto e segurança do deficiente visual. Vale destacar que a cultura de cada povo define percepções de distância e a proximidade resultante dos sistemas sensoriais (visual, auditivo, olfativo, tato) de cada indivíduo (REBOUÇAS, 2008).

Para a apreensão e avaliação das técnicas de comunicação não verbal, baseadas na teoria Proxêmica, adaptada ao cego, oito elementos analíticos são propostos: relação postura-sexo, eixo sociofugal e sociopetal, cinestesia, comportamento de contato, código visual, código térmico, código olfativo e volume de voz, descritos a seguir (HALL, 1986).

Este modelo de comunicação não verbal fundamenta-se nas expressões, posições corporais e nas relações espaciais considerando aspectos como a distância entre emissor e receptor (MACEDO *et al.*, 2009).

A relação postura-sexo: analisa o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores (de pé, sentado, deitado). O eixo sociofugal-sociopetal: analisa o ângulo dos ombros entre interlocutores, o eixo sociofugo desencoraja a interação e o eixo sociopetal o inverso. Essa dimensão analisa o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa; a posição dos interlocutores (face-a-face, de costas um para o outro, ou qualquer outra angulação) (HALL, 1986).

Inclui-se também acinestesia, que analisa o contato físico a curta distância, como o toque ou o roçar da pele e o posicionamento das partes do corpo; o comportamento de contato: este fator analisa as formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico. O código visual verifica o modo de contato visual que ocorre nas interações como o olho-no-olho ou ausência de contato. O código térmico investiga o calor percebido pelos interlocutores. Já o código olfativo analisa as características e o grau de odor percebido pelos interlocutores. E finalmente o volume de voz que analisa a percepção dos interlocutores em relação ao espaço interpessoal (HALL, 1986).

Pode-se observar, através destes elementos de análise, que a Teoria Proxêmica estuda os sinais e traços distintos relativos ao uso do espaço nas relações humanas. Outros estudos foram influenciados por esta teoria, evidenciando que o espaço entre os interlocutores indica o tipo de relação existente entre eles (SILVA, 2010).

No cuidado de enfermagem, a comunicação não verbal representa um instrumento de ajuda terapêutica. Neste sentido, o enfermeiro precisa dominar suas técnicas para garantir uma interação profícua e o bem-estar do paciente.

Busca-se na comunicação verbal e não verbal, uma ação bidirecional, que apresente resposta e validação da mensagem transmitida, valorizando as mensagens verbais e nãoverbais recebidas. Portanto, a comunicação adequada depende da compreensão da linguagem corporal, especialmente nos aspectos da proximidade, postura e contato pessoal. Nesta comunicação, o conteúdo (fato ou informação) e o sentimento (o que você quer comunicar e como se sente a respeito desta informação) devem estar presentes (SILVA, 2010).

Sabe-se que os profissionais de saúde desconhecem estas técnicas de comunicação e seus elementos (COSTA, 2009). Neste sentido, são propostas tecnologias de ensino-aprendizagem para educação permanente dos profissionais de saúde nesta temática, como solução para a apropriação deste conhecimento na Estratégia Saúde da Família (ESF), na busca pela inclusão do deficiente visual no SUS.

3.3 Educação à Distância (EaD) como Estratégia para Qualificação Profissional

3.3.1 Compreendendo a Educação à Distância

A estratégia de trabalhar através de sistemas de educação à distância vem sendo cada vez mais adotada no Brasil e no mundo, devido aos avanços das tecnologias de informação e comunicação. Esta realidade é reflexo de uma sociedade que está intimamente ligada ao uso de tecnologias, desde atividades rotineiras às mais complexas. Nesse formato de sociedade, a informação torna-se objeto de grande valor, levando a educação a assumir papel fundamental (NOGUEIRA, 2011).

A Educação à Distância (EaD) é uma modalidade educacional na qual o processo de ensino-aprendizagem ocorre por meio da utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) em que a interação para o desenvolvimento das atividades educativas são realizadas em locais distintos, não havendo o contato direto entre os estudantes e os professores (BRASIL, 2005).

No Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2009b), a educação à distância é entendida como estratégia de ensino-aprendizagem para a democratização do acesso à educação, em especial àquela do nível superior. A intensificação do uso desta tecnologia

educativa tem relação com a facilidade de acesso do educando pela internet e ajuste dos horários às necessidades do aluno, tornando-se importante ferramenta para aquisição de conhecimentos e habilidades na assistência a PcD (NOGUEIRA, 2011).

No SUS, a EaD permite pensar processos formativos com todos os princípios norteadores da educação presencial, desde a elaboração do Projeto Político-Pedagógico da instituição, definição do modelo de gestão, até a inserção de tecnologias de comunicação e informação no processo de educação-saúde. Desta forma, a informática torna-se uma ferramenta interessante e desafiadora, e no campo da saúde atende às dimensões: pedagógica, técnica e gerencial (GARCIA; BAPTISTA, 2014).

Neste sentido, a Educação à distância amplia as oportunidades, orientada pelo princípio da equidade nos processos de ensino, exige um planejamento de todas as suas ações e uma gestão compartilhada compatível com as especificidades da modalidade de ensino e do conteúdo a ser apreendido. Além de promover a atualização profissional e o progresso social, na medida em que atende às necessidades intelectuais do grupo que precisam, continuamente, de atualização e educação permanente (MAFTUM; CAMPOS, 2008).

Outro benefício da EaD é permitir a educação continuada, essencial à sobrevivência profissional no mercado de trabalho competitivo atual, tornando-se uma escolha interessante, pois o profissional não precisa deixar emprego ou casa para ter acesso à capacitação (LIMA *et al.*, 2012).

Diante do exposto, a EaD é uma modalidade de ensino que traz uma nova modalidade de ensino-aprendizagem e tem sido vista como uma oportunidade para realizar capacitações profissionais continuadas, tornando-se portanto uma tecnologia viável, passível de ser aplicada para a Enfermagem oferecer o cuidado que atenda as necessidades da pessoa cega, em especial, a de se comunicar (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2012).

Para aprofundar a discussão do seu uso na capacitação de recursos humanos na saúde, convém um resgate histórico de sua aplicação como TIC.

3.3.2. Breve Histórico sobre Educação à Distância

A origem da EaD está nas experiências de educação por correspondência, desenvolvidas a partir do século XVIII. No ano de 1904, a EaD começou a ser utilizada como nova metodologia de ensino aqui no Brasil, a partir das escolas internacionais que criaram cursos à distância, popularizando-as no país. No entanto, somente por volta da década de 1970, é que a EaD desperta discussões entre estudiosos da época, após ter sido colocada em

pauta no âmbito governamental. Entretanto, apenas na década de 1990 que ela foi considerada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), como uma modalidade educacional (HORA; GONÇALVES; COSTA, 2008).

Em seu processo histórico, a EaD pode ser dividida em três gerações a partir do uso de meios tecnológicos. A primeira geração ocorreu por meio do ensino por correspondência, a partir do desenvolvimento da imprensa, no final do século XIX.

A segunda geração é desenvolvida ainda nos anos 1960, a partir de orientações behavioristas e industrialistas da época, na qual o ensino acontecia através de multimeios, sendo os principais, o impresso e programas de áudio e vídeo difundidos via fita cassete e/ou via antena. A terceira geração começa a partir dos anos 90, com o avanço tecnológico e a disseminação das novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC), que vem mostrando uma proposta educacional que utilizará os recursos anteriores mais programas informatizados, redes telemáticas com suas potencialidades (e-mails, banco de dados, sites), dentre outros (HORA; GONÇALVES; COSTA, 2008).

No Brasil, a Educação à Distância foi regulamentada através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº. 9.394, em 20 de dezembro de 1996. À posteriori, em 19 de dezembro de 2005, o Decreto nº. 5.622 atualiza o regimento da EaD, caracterizando-a como uma modalidade educacional com mediação didático-pedagógica alicerçada em meios e tecnologias de informação e comunicação, estando os sujeitos envolvidos em lugares ou tempos diversos (BRASIL, 1996).

Com a intenção de investir na EaD, democratizando seu acesso e elevando o seu padrão de qualidade, foi criada pelo Governo Federal em 1996, a Secretaria de Educação à Distância (SEED) (TIJIBOY *et al.*, 2009). Desta forma, a EaD passa a ser incorporada nos processos de educação permanente dos trabalhadores do SUS, consolidando-se na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), além das Escolas de Saúde Pública de alguns estados, como o Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (PAIM, ALVEZ, RAMOS, 2009).

Como prática educativa, a EaD é vista como uma alternativa eficiente em relação às necessidades de qualificação profissional. E com o apoio das TIC's, atende às demandas atuais de formação e de qualificação. Destacando-se como uma modalidade embasada em teorias, concepções e metodologias que também dão sustentação à educação presencial (PRETI, 1996, p.126), o que vem ao encontro do objetivo deste estudo, que é avaliar a EaD como ferramenta de ensino-aprendizagem capaz de gerar conhecimento sobre comunicação do enfermeiro com a pessoa cega.

A necessidade de construção de um novo perfil de trabalhadores que atenda às demandas de saúde do país (RODRIGUES; ANDERSON, 2011), somada a necessidade da formação e capacitação de grande contingente de profissionais em saúde da família nos mais distantes recantos do país, na temática, impõe à EaD o desafio de integrar novos modelos pedagógicos que transformem a realidade, mediante a adoção de novos paradigmas sobre o conhecimento e a aprendizagem (PAIM; GUIMARÃES, 2012).

Neste sentido, busca-se compreender o processo de ensino-aprendizagem e as possíveis mudanças de paradigmas em resposta ao uso da EaD como ferramenta de ensino no SUS.

3.3.3 Processo de Ensino-Aprendizagem na EaD

A EaD é muito mais do que uma estratégia, técnica ou método de ensino. Ela contempla: estrutura curricular, o processo de ensino-aprendizagem, multiplicidades de materiais didáticos e interativos, acompanhamento e monitoramento da gestão do processo, concepção de avaliação, logística do curso e avaliação institucional (GARCIA; BAPTISTA, 2014).

Para a construção do conhecimento envolve diversos atores: coordenadores, professores (tutores) e alunos. Nesta tecnologia de ensino, a relação professor/aluno é diferenciada, pois as atividades pedagógicas são desenvolvidas à distância. Neste contexto, o tutor contribui ativamente para o processo de ensino-aprendizagem, em três dimensões:

A dimensão pedagógica – corresponde à orientação, aconselhamento e tutoria. A tecnológica – diz respeito à produção, avaliação, seleção e definição de estratégias de uso dos materiais pedagógicos. E a didática – refere-se à formação específica e à necessidade de constante atualização profissional dos professores e tutores (GARCIA; BAPTISTA, 2014). Neste sentido, o tutor deve dispor de habilidades e competências para promover o aprendizado contemplando estas três dimensões.

O Guia do tutor à distância sinaliza como competências do tutor: ser responsável pelo acompanhamento e o desenvolvimento das atividades propostas pelo professor, verificar a participação dos alunos e identificar os avanços e dificuldades no sentido de fornecer o máximo de subsídios aos mesmos, informar ao professor sobre a evolução do aluno, facilitar a interação dos sujeitos envolvidos por meio de recursos como: agenda, fórum, *chat*, e-mail e biblioteca, entre outros (PLAGEDER, 2007).

Nas perspectivas pedagógicas atuais, respaldadas por trabalhos de investigação no campo da didática, foi demonstrado que o papel do tutor difere do modelo tradicional de ensino. Na EaD, são propostas atividades para reflexão do aluno, fornecendo fontes de informação alternativas e explicações, que favorecem os processos de compreensão, isto é, o tutor deve guiar, orientar e apoiar o aluno. Essa profunda mudança nas concepções pedagógicas que se encontravam na origem da EaD, garantem a autonomia do aluno e o tutor monitora este processo de aprendizagem (LITWIN,2001).

Portanto, ao ser proposto um curso ou capacitação em EaD, o tutor deve diagnosticar o conhecimento prévio do grupo de alunos, através de ferramentas de interação para estabelecer conteúdos e formas de avaliação. Desta forma, o nível de desenvolvimento potencial do aluno é estabelecido (TIJIBOY *et al.*, 2009).

Uma sugestão para o levantamento destas informações é um diagnóstico inicial da turma, o nível de domínio do conteúdo a ser explorado no curso através de um instrumento (fórum, atividade programática) a ser aplicado antes da explanação dos conteúdos propostos. Portanto, para a efetividade do processo educativo, o tutor deve ser um especialista na área de conhecimento em que atuará e possuir domínio no uso dos recursos computacionais e internet (TIJIBOY *et al.*, 2009).

Em síntese, o tutor deve apresentar um *roll* de competências na EaD, como formação teórica e metodológica no tema a ser abordado no curso, maturidade emocional, capacidade de liderança, bom nível cultural, empatia, cordialidade, habilidade de ouvir, experiência em educação e formação de adultos, conhecer e saber utilizar as novas tecnologias educacionais, de informática e materiais didáticos (SILVA, 2004).

Neste sentido, a implantação de um curso EaD para enfermeiros da ESF, exige tutores capacitados na temática e com competência técnica para condução do ensino à distância. Outro ponto relevante a salientar é a seleção rigorosa do conteúdo a ser disponibilizado para a aquisição do conhecimento buscado. Neste contexto, os recursos informacionais devem favorecer a assimilação deste conteúdo (SILVA, 2004).

Outro ponto relevante a salientar na EaD são os recursos de ensino, que constituem "o conjunto de meios materiais, físicos e humanos que auxiliam o professor e o aluno na interação do processo ensino-aprendizagem" (SANT'ANNA,SANT'ANNA 2004, p. 23). Estes recursos devem favorecer a assimilação do conteúdo, a criatividade e o desenvolvimento cognitivo do aluno.

Desta forma, nos Referenciais de Qualidade para a Educação Superior à Distância, o estudante encontra-se no centro do processo educacional, devendo o sistema de tutoria pautar-se em recursos informacionais que promovam a interação e atendam às necessidades dos estudantes. Assim, aspectos como o conteúdo programático e recursos

informativos, devem ser norteadores na escolha do ambiente virtual de aprendizagem e na criação/caracterização da sala de aula virtual (MEC, 2007).

Para a seleção do conteúdo didático, o professor deve levar em consideração não apenas os objetivos do aluno e do professor, mas também outros aspectos, como: a qualidade do material a ser explorado (tanto do ponto de vista do material em si quanto do fator de significação para o educando); a atualidade do material (deve-se verificar se o assunto é atual, inovador e desafiador como nova aprendizagem); o conteúdo necessita estar de acordo com as aptidões cognitivas do aluno e haver adequabilidade de conteúdo, objetivos do curso e clientela (SANT'ANNA, SANT'ANNA, 2004).

Neste sentido, Garcia e Baptista (2014), sinalizam que a elaboração e implantação de um projeto de EaD requer recursos tecnológicos que otimizem o aprendizado e promovam a interação dos cursistas; uma equipe multidisciplinar na construção e *designer* do material didático; material didático com conteúdos relevantes e problematizações relacionadas ao objetivo do curso; acessibilidade ao material didático, considerando as especificidades do local e dos diferentes estilos de aprendizagem e finalmente agregar profissionais com experiência de docência para acompanhar e monitorar o processo de aprendizagem.

Entretanto, mesmo com todo este aparato tecnológico e pedagógico, sem um mínimo de maturidade e de motivação dos alunos para a autoaprendizagem, não haverá aquisição dos conhecimentos propostos (LIMA *et al.*, 2012; PETRI, 2000; ABBAD; ZERBINI; SOUZA, 2010).

Como ferramenta de ensino, os cursos de EaD devem garantir a aprendizagem baseada em competências, garantindo aos profissionais de saúde domínio nas dimensões do saber-conhecer, saber-fazer, saber-ser, no tocante à comunicação com o paciente cego. Neste sentido convém aprofundar os aspectos da pedagogia das competências.

3.4 Pedagogia das Competências

Para uma assistência adequada à pessoa cega, o enfermeiro deve desenvolver competências de comunicação. Associado a esfera jurídica comum às cortes e tribunais, o termo competência é oriundo da Idade Média (FERREIRA; LAGES, 2013). A palavra competência deriva do latim "*competentia*", possuindo vários significados, entre os quais, a capacidade de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, ter capacidade, habilidade, aptidão (PINHEL; KURCGANT, 2007).

No início do século XX, em vista à expansão industrial, a competência aparece associada ao conceito de administração científica cujos pilares científicos podem ser atribuídos a Frederick Taylor, e se baseava na racionalização do trabalho visando a eficiência produtiva, estando vinculados ao capitalismo (FERREIRA; LAGES, 2013).

O entendimento de competência, perpassada pelo senso comum, é associada a sucesso, ao domínio que o indivíduo tem sobre determinado assunto, sendo empregado, indistintamente, ao conceito de qualidade (PINHEL & KURCGANT, 2007).

A discussão sobre os modelos das competências se iniciou na década de 1980, em um contexto em que se vivia crise estrutural do capitalismo nos países centrais. A noção de competência, segundo a lógica capitalista, representa uma atualização do conceito de qualificação (FERRETTI, 1997).

Diante dos questionamentos feitos sobre as exigências do sistema produtivo, as competências passaram a ser foco de discussão também no sistema educacional (MARQUES; EGRY, 2011). Tanto na esfera do trabalho quanto na esfera da educação, o termo competência tem um conceito polissêmico associado à qualidade de quem é capaz de resolver algo, de fazer determinada coisa. O termo é sempre associado à idéia de ação, e esse fator decorre das diferentes visões teóricas, sustentadas em matrizes epistemológicas diversas (PINHEL; KURCGANT, 2007).

A competência fundamenta-se em três dimensões diferentes: o conhecimento, as habilidades e as atitudes. O conhecimento refere-se às informações apreendidas pelo sujeito que lhes dão saber para a compreensão da realidade e dos contextos; as habilidades correspondem à aplicabilidade adequada do conhecimento da ação, seja por treinamento, ou talento em fazer uma determinada ação. E, por fim, as atitudes relacionam-se às ações que apontam o grau de comprometimento e desenvoltura do profissional no local de trabalho (SPAGNOL; SOARES; SILVEIRA, 2012).

Domenico e Ide (2005) afirmam que a competência integra vários saberes, atitudes e habilidades que envolvem a postura mental, curiosidade, paixão, busca de significados, relação com o tempo, o desejo de formar laços, cautela, ousadia, união da intuição e da razão, que partem do indivíduo como fruto da experiência vivenciada por este.

Diante disso, a noção de competência aplica-se como a capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos, habilidades e atitudes em uma determinada situação de forma crítico-reflexiva (DIAS & PAIVA, 2011).

Nesta direção, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) define competências como sendo: ações e operações que utilizamos para estabelecer relações entre situações, fenômenos e pessoas, são modalidades estruturais de inteligência. As habilidades, conseqüentemente provêm de competências adquiridas, à medida que as habilidades se aperfeiçoam por meio do fazer, é gerada uma nova reorganização das competências (BRASIL, 2001).

Considerando essa polissemia de definições, existem várias visões sobre competência: competência de processo (para os processos de trabalho); competência técnica (performativa); competência sobre a organização (competência técnica); competência de serviço (utilidade dos serviços para usuários finais); competência social (relações humanas); competência técnica (domínio do conhecimento); competência metódica (resolução sensata); competência de ação (competência técnica); competência participativa (co-organização do trabalho) (PINHEL; KURCGANT, 2007).

A pedagogia das competências não trata o currículo como objeto; enfoca-o na qualidade de sujeitos dos processos didáticos problematizadores, por meio da construção de projetos (FERREIRA; LAGES, 2013).

A pedagogia das competências é parte de um novo contexto social, surge associada à necessidade objetiva de um tipo de formação desvinculada da noção de postos de trabalho e capaz de responder às demandas do setor saúde. Esta mudança de paradigma baseia-se no fato de o enfermeiro estar predominantemente lidando/cuidando de indivíduos em situação de saúde-doença, onde a pessoa necessita de cuidados de um profissional (DIAS & PAIVA, 2011).

Neste sentido, as instituições de ensino organizaram seus currículos, com vistas à educação tecnicista e/ou humanista baseada em competências. Pela primeira vez na história, a matriz curricular passa a ter um projeto político pedagógico explícito, voltado para as necessidades locais. Na enfermagem, estas mudanças trouxeram grandes avanços na prática e no cuidado.

3.4.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem

O objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) é proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para implantação de projetos políticos pedagógicos, permitindo autonomia e flexibilidade para, de

forma independente, construir seus currículos, já que cada instituição está alocada em um contexto sócio-político-cultural diferente (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde se constituem como uma mudança paradigmática na educação superior, orientadas pelo binômio saúde/doença em seus diferentes níveis de atenção, com foco nas ações de promoção, recuperação, prevenção e de reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência de forma coletiva; na elaboração de currículos flexíveis e modulares, direcionados a construir um perfil profissional que atenda às necessidades sociais, de acordo com as competências de cada profissão, a partir de novas e modernas metodologias de aprendizagem, atitudes e habilidade, a serem desenvolvidos nos mais diversos cenários de ensino (BRASIL, 2009).

A construção das DCNs dos cursos de graduação se iniciou na década de 60, a partir dos questionamentos sobre o ensino superior, onde foi evidenciado o isolamento do mundo do trabalho, e a formação de profissionais não adequados ao perfil e as necessidades da sociedade (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Segundo Pereira, Lopes, Lugarzinho (2006), a construção das DCN ocorreu em um momento privilegiado da nossa sociedade. De um lado, a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu um Sistema Único de Saúde (SUS) regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento integral e com a participação da comunidade. Por outro lado, a homologação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), em 1996, que permitia a flexibilização dos currículos.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, definiu as diretrizes e bases para a educação nacional, e mostrou a responsabilidade do Estado e da União em assegurar o processo avaliativo, com o objetivo de definir as prioridades e a melhoria na qualidade do ensino no Brasil, configurando-se como um novo paradigma para a formação (PEREIRA; LOPES; LUGARZINHO, 2006).

Na área da Saúde, a LDB possibilitou a concretização do Parecer 1.133 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNS/CES), em 07 de agosto de 2008, que apontava e reforçava a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, cujo objetivo era a formação geral e específica de egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e na reabilitação em saúde (NETO *et al.*, 2007).

Em 10 de dezembro de 1997, a Secretaria de Educação Superior (SESU) do MEC, atendendo a Lei Federal nº 9.131, promulgada em 1995, e à LDB, lança o edital nº 4/97, em

que solicita que as universidades, cursos, sociedades científicas, ordens e conselhos profissionais, isoladamente ou em conjunto, ofereçam contribuições para a elaboração das diretrizes nacionais dos cursos de graduação (STELLA; PUCCINI, 2008).

Sob essa nova perspectiva na educação e diante da aprovação da LDB, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu encontros e seminários por todo o país com a finalidade de discutir e estabelecer diretrizes gerais para a educação em Enfermagem, articulando os diversos níveis de formação.

No ano de 1998 foi realizado o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), que teve como principal finalidade discutir sobre o processo de ensino-aprendizagem no curso de graduação em enfermagem, com base na LDB, tendo como objetivo a formulação de diretrizes curriculares específicas para a formação de profissionais de Enfermagem (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Ainda conforme os mesmos autores, em abril do ano 2000 foi realizado em Fortaleza - CE, o 4º SENADEn, que teve como tema central as tendências e as perspectivas político-pedagógicas na enfermagem, cujo relatório final foi agregado às propostas encaminhadas à Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem (CEEEnf).

Dia 07 de novembro de 2001 foi aprovada a Resolução nº 03/01, elaborada a partir da Resolução 1.133 do CNS/CES, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (NETO *et al.*, 2007). A formulação das DCN/ENF foi resultado de uma construção coletiva, como resultado de vários debates nacionais de diferentes segmentos da área da saúde e da educação, dentre eles, ABEn, Rede Unida, Movimento Estudantil.

As diretrizes constituem-se como um instrumento norteador na construção de Projetos Pedagógicos para cursos de graduação em Enfermagem, trazendo como princípios: orientar os conteúdos mínimos para a formação profissional, formação integral, incorporação de atividades complementares, interdisciplinaridade, flexibilidade na organização do curso, articulação teórico-prática, formação sobre informação e indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2001).

Essas diretrizes objetivam a construção de um perfil acadêmico e profissional para a enfermagem com competências e habilidades para sua atuação. A sua intencionalidade volta-se para o fornecimento de diretrizes gerais para que a formação possibilite e/ou garanta a capacitação de profissionais com autonomia e conhecimento teórico-científico de forma que

possa garantir à integralidade, a qualidade, a eficiência e a resolutividade na atenção à saúde (BRASIL, 2001).

A formação em enfermagem vem sofrendo, com o passar dos anos, por um processo de constante discussão e reformulação em função das mudanças políticas da saúde e nos modelos assistenciais. Diante dessa (re) estruturação, fica evidente que os profissionais, a partir de sua formação, devem compreender a necessidade da integralidade e continuidade dos cuidados demandados pela população, capaz de atuar nos diferentes cenários sociais (ALMEIDA *et al.*, 2007).

O perfil do profissional de enfermagem, delineado pelo artigo 3º das DCN/ENF está voltado para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautado em princípios éticos e baseado no rigor científico, capaz de conhecer e intervir sobre problemas de saúde mais prevalentes, de acordo com o perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

Partindo do perfil apontado pelas DCN/ENF sobre o profissional de enfermagem, segundo Santos (2006), destaca-se como generalista aquele que incorpora em seu conhecimento, o saber epidemiológico sobre os riscos e as vulnerabilidades da população, de forma que o auxilie na articulação de projetos de intervenção, seja individual ou coletivamente.

A formação humanista congrega a pesquisa, o ensino e a extensão, e tem como eixo de construção dessa formação o respeito à vida humana e não humana, levando em consideração os aspectos sociais, educacionais, emocionais e físicos na intervenção em saúde. Propõe-se, portanto, a incorporação aos currículos de graduação em saúde da temática “deficiência” objetivando-se uma melhoria na assistência a esta clientela, seja no âmbito do Sistema Único de Saúde ou da assistência suplementar (BRASIL, 2008c).

Busca-se, portanto, um profissional de enfermagem crítico, preparado para desenvolver suas atividades e tomar decisões com competência, baseando suas decisões em evidências. É conhecedor de suas próprias limitações e mantém a mente aberta para o conhecimento atualizado, considerando os avanços científicos e tecnológicos e se adaptando às novas e constantes mudanças (TEIXEIRA *et al.*, 2013). Propõe-se uma formação reflexiva, pautada em pesquisas que ampliem conhecimentos quanto a postura, as técnicas de comunicação, e a capacidade de analisar a situação de saúde da PcD com atuação efetiva e pautada em princípios éticos.

As DCN/ENF trazem ainda algumas competências e habilidades, tanto gerais, quanto específicas para o perfil do profissional de enfermagem. Desenvolver competências para o pleno exercício de um ofício requer interagir no âmbito ou contexto em que se realiza esse ofício, aferindo a progressiva qualificação do aprendiz para o desempenho desse mesmo ofício (SILVA; SOUZA, FREITAS, 2011).

As competências e habilidades gerais explicitadas no artigo 4º apontam para: a atenção à saúde; a tomada de decisões; a comunicação (verbal/ não verbal); dentro das amplitudes de liderança (compromisso, responsabilidade, empatia, tomada de decisão, gerenciamento e comunicação); administração e gerenciamento (força de trabalho, como nos recursos físicos, materiais e de informação); educação permanente (compromisso com a sua educação e futuras gerações profissionais) (BRASIL, 2001).

Em relação às competências e habilidades específicas, todas as 33 competências pontuadas das DCN, estão pautadas nas concepções do aluno como sujeito de seu processo de formação, a partir da articulação técnico-científica, ético-política e sócio-educativa (BRASIL, 2011).

Destaca-se neste estudo a aquisição de competência de comunicação com a pessoa cega, que será promovida através de tecnologia educativa (EaD). Corroboram Fernandes; Rebouças (2013), propondo metodologias de ensino em que o aluno seja sujeito da sua aprendizagem e o professor atue como facilitador dessa aprendizagem.

No artigo 6º, as DCN/ENF trazem conteúdos essenciais que estão indicados a partir dos eixos temáticos e devem contemplar as ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais, e ciências da enfermagem, onde se incluam os fundamentos da enfermagem, assistência de enfermagem, administração em enfermagem, e ensino em enfermagem (BRASIL, 2001).

O parágrafo 1º do Art. 7º indica a obrigatoriedade do Estágio Curricular Supervisionado não só na rede hospitalar e/ou ambulatorial, mas também nas redes de atenção básica a serviço da saúde da comunidade, assumindo o caráter de atividade terminal, síntese da formação, que será realizado nos dois últimos semestres do curso. O parágrafo 2º aponta a necessidade da participação de enfermeiros, na programação e na supervisão dos alunos nos serviços de saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Quanto à organização dos cursos e avaliação do aluno, as DCN/ENF apontam para a necessidade de definição de estratégias que articulem e se baseiem nas competências, habilidade e os conteúdos curriculares a serem desenvolvidos e avaliados. Portanto, as

instituições de ensino, formadoras de futuros profissionais, devem incluir na matriz curricular conteúdos que capacitem o enfermeiro para assistência e comunicação com a pessoa cega (FAVRETTO; CARVALHO; CANINI, 2012).

Embora as DCN/ENF tragam as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, lacunas precisam ser discutidas, como exemplo, a assistência da enfermagem voltada a PcD no serviço de saúde. Existe uma carência, em todo o sistema de saúde, nos diversos níveis em relação ao cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PcD), a capacitação de recursos humanos em saúde para o cuidado a esta clientela é prioritária. Formar profissionais capacitados para atuar, nos demais níveis da rede de saúde é uma das principais estratégias (REBOUÇAS *et al.*, 2011).

Apesar de, conforme as DCN/ENF, o enfermeiro ser um profissional com um perfil generalista, capaz de atuar nas mais diversas formas de assistência, desde a de ação promotora à reabilitadora de saúde, muitos profissionais/estudantes não se sentem adequadamente preparados para assistir essa população, com base nas demandas de cada indivíduo, sendo a primeira das barreiras na assistência, a comunicação, em especial nos casos nos quais as deficiências são auditivas e/ou cognitivas, como é o que afirma Rebouças *et al.*, (2011).

A assistência de enfermagem a PcD se dá nas mais variadas possibilidades, desde a orientação em relação ao autocuidado, higiene pessoal, até o desenvolvimento de oficinas e tecnologias para promoção da saúde e prevenção de doenças infectocontagiosas, como as infecções sexualmente transmissíveis (IST), abuso de álcool e drogas, cânceres, hipertensão arterial, prevenção de acidentes, dentre outros (PAGLIUCA; CEZARIO; MARIANO, 2009).

Diante desta realidade, é necessária uma proposta mais explícita de ensino sobre a habilidade de atuação dos enfermeiros com PcD, durante o curso de enfermagem, de forma que seja no período da graduação a capacitação dos futuros enfermeiros para atuar eficazmente em relação as necessidades das PcD.

Existem lacunas na integração entre serviços de saúde e instituições formadoras, em que o primeiro oferece assistência e emprega profissionais com conhecimentos que nem sempre atendem às necessidades da população com a população que irá prestar assistência (MAFTUM; CAMPOS, 2008).

Esse fato tomará maior relevância e visibilidade quando mais pesquisas começarem a ser desenvolvidas sobre a relação profissional – paciente e a partir da

recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais, impondo como campo de conhecimento a assistência a Pessoa com Deficiência nos projetos pedagógicos de formação profissional (REBOUÇAS *et al.*, 2011).

O exercício da ciência de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população. A excelência no exercício da profissão exige a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, face às demandas da saúde (CARVALHO, 2011).

Neste sentido, acredita-se que os cursos EaD voltados para a assistência das pessoas com deficiências devem pautar-se na pedagogia das competências, aprofundando conceitos e técnicas da comunicação com o cego. O aprender a aprender deve ter um arcabouço crítico e reflexivo ampliado do cuidado de enfermagem, expandindo o escopo para além da simples reprodução de saberes. Desta forma, a qualificação do enfermeiro terá impacto nas ações e serviços de saúde, possibilitando a inclusão do deficiente visual no SUS.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Tendo em vista que o objeto deste estudo é avaliar aquisição de conhecimento de enfermeiros que fizeram um curso EaD sobre comunicação com o paciente cego à luz da Teoria das Representações Sociais, optou-se por realizar pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

A investigação na pesquisa qualitativa permite explorar o espectro das opiniões e suas diferentes representações na prática dos sujeitos, desta forma, emite um olhar crítico para a compreensão de uma realidade no universo dos sujeitos (MINAYO e SANCHES, 1993; BAUER e GASKELL, 2002).

Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois a mesma permite descrever a complexidade de um fenômeno através da compreensão e classificação dos processos dinâmicos vividos em um grupo de enfermeiros, na apreensão de saberes e conceitos sobre comunicação com o paciente cego, promovidos por um curso à distância (EaD).

Seu caráter avaliativo baseia-se “nos resultados e efeitos da intervenção (programa educacional) a longo termo e que se mantêm mesmo após o término da intervenção” (BAUER, 2010, p.233). Observam-se outras características pertinentes à análise de impacto neste estudo: definição das questões essenciais da avaliação relativas aos impactos como resultados esperados e comparação dos participantes do programa antes e depois de terem recebido a intervenção, a fim de verificar se houve ganhos de acordo com os resultados esperados (BAUER, 2010), e por fundamentar-se no modelo de avaliação pré e pós-teste, considera-se um desenho de pesquisa adequado para a aferição de impactos (WILLIAM; COOK; CAMPBELL, 2002).

Quanto aos fins, a pesquisa foi de ordem descritiva com caráter exploratório, pois apresenta o impacto de um programa educacional na aquisição de conhecimentos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre comunicação com o paciente cego, descrevendo suas percepções e opiniões na temática, antes e após uma tecnologia educativa à distância. Seu caráter exploratório proporciona uma visão geral e aproximativa acerca deste fenômeno, buscando desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideais, identificando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL; 2006).

Este estudo foi fundamentado na Teoria de Representações Sociais (TRS), conforme proposta por Moscovici (2004), na tentativa de acessar o conhecimento técnico-

profissional adquirido pelos enfermeiros, a partir de uma tecnologia em saúde. As representações sociais são consideradas uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado e que tem como finalidade a interpretação de uma realidade comum de um dado grupo social, neste caso, os enfermeiros que realizaram curso de EaD integrantes da equipe da ESF de Juazeiro do Norte e Crato – CE (MANTOVANI *et al.*, 2014).

4.2 Local da Pesquisa

Estudo realizado no triângulo CRAJUBAR, expressão criada para denominar a conurbação física de três municípios do sul do Estado do Ceará: Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha.

Localizado ao sul do Estado do Ceará, o Triângulo Crajubar integra a Região Metropolitana do Cariri – RMC, junto com outros seis municípios (Caririáçu, Farias Brito, Jardim, Missão Velha, Nova Olinda e Santana do Cariri).

A RMC foi criada pela Lei Complementar Estadual Nº 88, sancionada em 29 de junho de 2009 (CEARÁ, 2009), esta região é divisa com os Estados de Pernambuco, Piauí e Paraíba.

Figura 1 - Mapa da Região Metropolitana do Cariri Cearense, 2016.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2013.

Com um clima agradável e favorecida pelo Geoparque Araripe e turismo religioso, esta região tem um crescimento econômico comprovado. Temos as cidades de

Juazeiro do Norte e Crato entre os 10 municípios com maior PIB do Estado do Ceará (IPECE, 2013).

O crescimento econômico gerado pela indústria calçadista que se destaca nacionalmente como o terceiro maior pólo do país com grande volume de exportação, somado a grande quantidade de universidades públicas e privadas: Universidade Federal do Cariri (UFC), Universidade Regional do Cariri (URCA), Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN), Centro Universitário Leão Sampaio (UniLeão), Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), entre outras, que atraem jovens de várias cidades próximas para estudar e ingressar no mercado de trabalho atraiu grandes empresas nacionais e internacionais para a RMC. O Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) aponta esta região como detentora dos maiores percentuais de urbanização da região e dos melhores indicadores socioeconômicos regionais, sendo o segundo maior contingente populacional do Estado do Ceará, com cerca de 450 mil habitantes em 2011 e urbanização de 72,3% (IPECE, 2013; IBGE, 2010).

Optou-se pelo triângulo CRAJUBAR por apresentar a maior concentração de profissionais enfermeiros na Macrocariri por ser sede da Universidade Regional do Cariri – URCA e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PMAE). Desta forma, facilitando o acesso dos pesquisadores aos sujeitos da pesquisa na fase de coleta de dados, tendo em vista a residência dos mesmos na região.

A Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil é o centro das ações estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) para a sua completa constituição e implantação, neste sentido, torna-se um cenário prioritário de ensino e pesquisa em habilidades de comunicação. Portanto, para conhecer as práticas assistenciais e o conhecimento dos enfermeiros sobre a comunicação com o paciente cego, priorizou-se este cenário (STARFIELD, 2011; MAIA, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2014).

Neste cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o lócus de estudo, pois representa o primeiro contato da pessoa cega com os serviços de saúde, em especial, com o enfermeiro. A ESF é considerada o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, coordenando os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Desta forma, representa o ponto de atenção à saúde principal da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS (MENDES, 2015).

A ESF é responsável pelo primeiro contato dos usuários e da PcD no SUS, como também pelo seu mapeamento, registro, acolhimento, acompanhamento e referência aos demais pontos de atenção da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2010).

4.3 Período da Pesquisa

O presente estudo foi realizado de agosto de 2015 a março de 2016, abrangendo as fases da coleta, consolidação, análise e interpretação das informações, para posterior consolidação e apresentação do estudo.

4.4 População e Amostra

A amostra foi do tipo intencional e por conveniência composta por 24 enfermeiros (pré-teste) na fase inicial do estudo, e 11 enfermeiros (pós-teste) após aplicação do programa educacional. Sabe-se que na pesquisa qualitativa é frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, uma pequena parcela da população que represente e componha o universo. Desta forma, o pesquisador deve criar critérios para a seleção dos possíveis participantes (GIL, 2008).

Neste sentido, os critérios de inclusão deste estudo foram: ser enfermeiro da ESF atuando no Triângulo CRAJUBAR, estar inscrito no curso “Comunicação entre o enfermeiro e o paciente cego”, ter disponibilidade para responder ao instrumento de pré-teste (ANEXO B) na aula presencial, cumprir 75% das atividades propostas pelo curso e desta forma estar apto a responder ao instrumento pós-teste (ANEXO C).

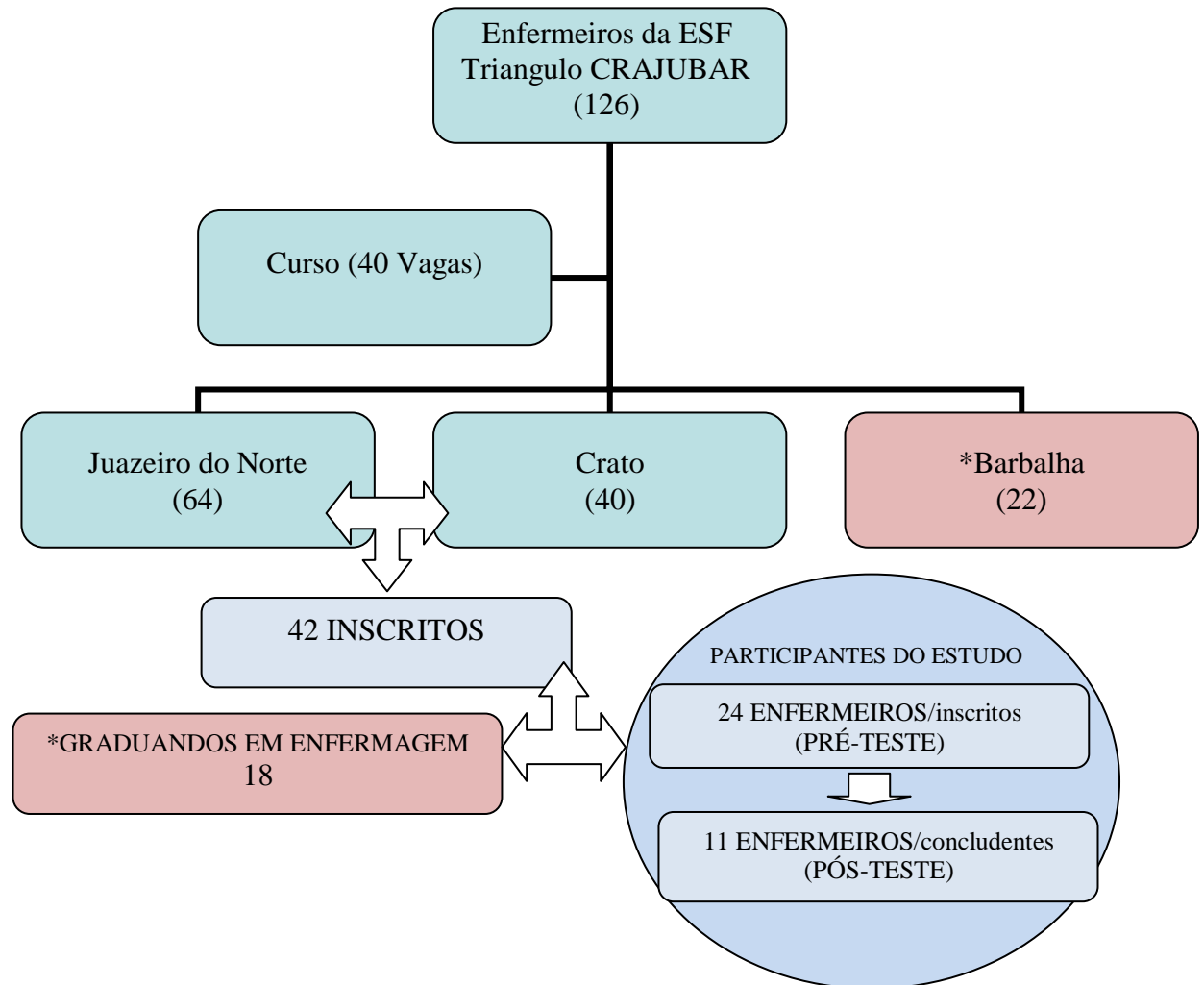
O curso foi divulgado nos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha através de reuniões nas Coordenadorias da Atenção Básica. Na oportunidade, foram efetuadas pré-inscrições para atender a uma demanda de 40 inscritos, número máximo de alunos a serem acompanhados por turma. Na oportunidade, foram excluídos os enfermeiros de Barbalha por encontrarem-se de greve e não comparecerem a reunião de divulgação, e, portanto, não realizarem a inscrição *on line* para o curso.

O número reduzido de inscritos (24 enfermeiros) possibilitou incluir alunos da graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA na turma para coleta de dados. Vale salientar que o grupo de graduandos foi excluído da amostra, bem como os enfermeiros ausentes na aula inaugural, momento em que foi aplicado o pré-teste.

Desta forma, os participantes do estudo restringiram-se aos enfermeiros da ESF, o que possibilitou uma visão ampliada de seus conhecimentos sobre comunicação com o paciente cego. Ao final do programa educacional, apenas 11 profissionais responderam ao

pós-teste aplicado no ambiente virtual de aprendizagem (AVA). Os critérios de seleção da amostra estão expressos na Figura 2, a seguir:

Figura 2 - Seleção da amostra para o estudo



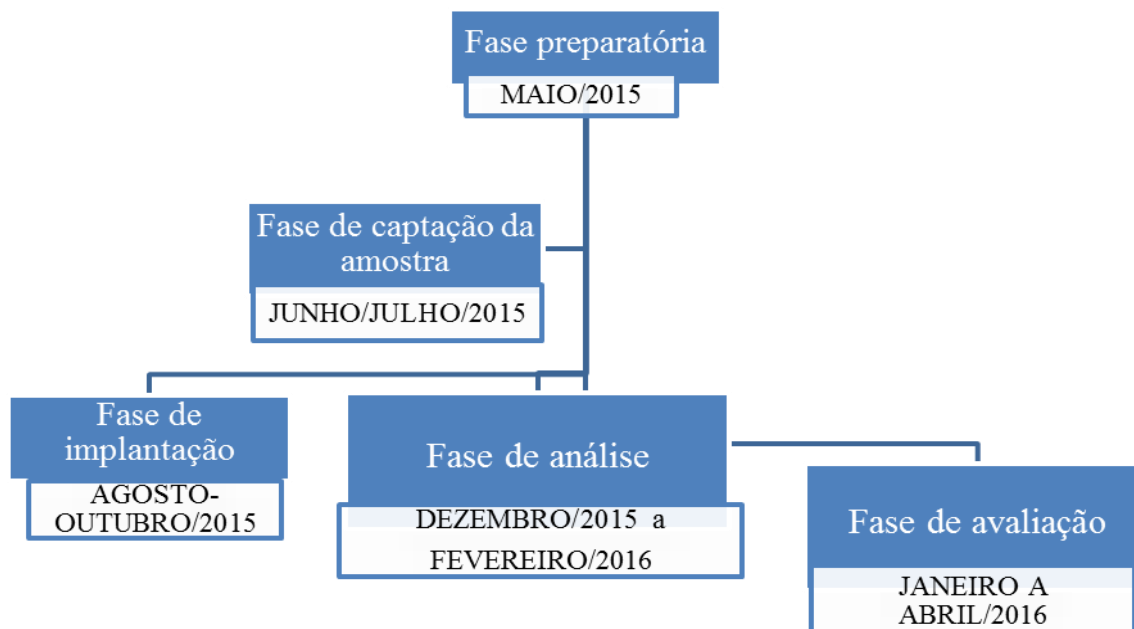
*Excluídos da seleção

4.5 Fases do Estudo

Esta pesquisa ocorreu em 5 fases: fase de preparatória (capacitação do tutor em educação à distância e apropriação da temática através do curso “piloto” de tutores); fase de captação dos sujeitos do estudo (divulgação do curso e inscrição dos interessados); fase de implantação (realização do curso e coleta de dados); fase de análise (análise lexical, de unidade de contexto e de dados sócio profissionais) e fase de avaliação (discussão dos achados à luz da literatura fundamenta na Teoria das Representações Sociais).

Pretende-se, através desta divisão, facilitar a compreensão do processo de avaliação da aquisição de conhecimentos dos enfermeiros na temática “comunicação com o paciente cego”, a partir de uma tecnologia de educação à distância. A figura 3 permite uma visão global destas etapas:

Figura 3 - Diagrama das Fases da Pesquisa. CRAJUBAR – CE, 2016.



4.5.1 Fase Preparatória

A fase preparatória compreende a capacitação do pesquisador para tutoria à distância do curso “Comunicação entre o enfermeiro e o paciente cego”, finalizando com a inscrição dos enfermeiros para início das atividades à distância. O tutor/pesquisador foi capacitado quanto à temática do curso “comunicação com o paciente cego”, sendo introduzido nos conceitos e característica do ensino à distância e treinado quanto ao uso da plataforma, ambiente virtual de aprendizagem (AVA), na sede do Laboratório de Comunicação em Saúde (LABCOM saúde) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 02 de maio de 2015. O curso de tutoria com carga horária de 8 horas/aula, permitiu ao pesquisador dominar as ferramentas para promover o curso consoante os objetivos deste e competências propostas.

Na capacitação, o tutor foi orientado a planejar as atividades de divulgação e inscrição dos alunos no Triângulo CRAJUBAR.

4.5.2 Fase de Captação dos Participantes do Estudo

Nos meses de junho e julho de 2015, foram agendadas reuniões com os Secretários de Saúde dos Municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha para apresentar a proposta do curso e seus benefícios na promoção à saúde da pessoa com deficiência. A partir de então, formou-se parcerias e agendaram-se reuniões com os enfermeiros da atenção primária à saúde para divulgação e apresentação da proposta do curso esclarecendo carga horária, conteúdo proposto e procedimentos para efetuação das inscrições.

Ao final das reuniões, os interessados disponibilizaram o endereço eletrônico e telefone de contato para a realização das inscrições *On line*. Com a previsão do início das aulas para primeira quinzena de agosto, o tutor enviou carta convite eletrônico, via email, para os enfermeiros interessados no curso em julho de 2015, e criou um grupo do *whatsapp* para facilitar a comunicação e esclarecer dúvidas dos inscritos.

Os enfermeiros receberam ligações do tutor responsável para acessar nos seus e-mails o *link* para a finalização das inscrições. Neste momento, foi orientado sobre o local da primeira aula do curso e seu caráter presencial. Ao final das atividades de divulgação havia 42 inscritos, de um curso no qual foram disponibilizadas 40 vagas.

4.5.3 Fase de Implantação e Coleta de Dados

Partindo do princípio que a coleta de dados perpassa a aplicação do curso, estas atividades tornam-se simultâneas.

A fase de implantação compreendeu todo o processo de aplicação do Curso (ANEXO A) desde a aula inaugural/presencial em 17 de agosto de 2015 até as atividades de avaliação dos enfermeiros cursistas. Esta fase encerrou-se no dia 28 de outubro, ao final da aula 4.

A aula inaugural/presencial ocorreu no Laboratório de informática da Universidade Regional do Cariri – URCA com a presença da coordenação geral do projeto junto ao PPSUS. Este momento permitiu aos enfermeiros conhecerem as ferramentas de acesso ao ambiente virtual (SOLAR), as peculiaridades e características de um curso de EaD com o esclarecimento de dúvidas inerentes a esta tecnologia de ensino.

Optou-se pelo laboratório de informática da URCA devido ao vínculo do pesquisador e orientador com o Programa de Pós-graduação e Enfermagem (PMAE) desta instituição e facilidade de acesso dos sujeitos da pesquisa para aula presencial.

O Curso de “Comunicação enfermeiro com o paciente cego” teve carga horária de

60 horas, apresentando quatro módulos, com duração entre 7 e 15 dias cada, o qual foi certificado pela Universidade Federal do Ceará (UFC). O prazo previsto para o encerramento das atividades do curso foi no final de setembro. Entretanto, houve a extensão deste tempo por mais 30 dias, oportunizando a todos os cursistas a participação nas atividades de avaliação.

O conteúdo programado (Anexo A) foi dividido em 4 módulos, que foram: Aula 1 – Introdução à EaD; Aula 2 - Comunicação verbal e não-verbal; Aula 3 - A deficiência visual e a comunicação com o paciente; Aula 4 - Comunicação na Consulta de enfermagem com o cego. Durante as 4 aulas ministradas à distância, foram aplicadas 5 avaliações: um pré-teste, dois fóruns com discussões sobre a comunicação verbal e não-verbal na assistência de enfermagem ao paciente cego, e um chat para discussão sobre as técnicas de comunicação na consulta de enfermagem, e como atividade avaliativa final aplicou-se um pós-teste.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo foram dois questionários, o pré-teste (ANEXO B) e o pós-teste (ANEXO C). O questionário atende aos objetivos deste estudo por ser uma “técnica de investigação composta por [...] questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (GIL, 2008, p.128).

Os questionários trouxeram no cabeçalho perguntas para exploração de dados sócio-econômico-profissionais dos enfermeiros, contemplando as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação profissional, instituição de ensino superior de origem, curso de pós-graduação, experiência em EaD, área de formação complementar e experiência acadêmica em assistência à PcD.

As questões norteadoras dos dois instrumentos investigaram os conhecimentos dos enfermeiros sobre as formas, elementos e funções da comunicação verbal e não-verbal; e a importância da comunicação para a consulta de enfermagem com o paciente cego (ANEXO B e ANEXO C).

Vale salientar, que o instrumento do pré-teste contemplou apenas as formas de comunicação e sua importância para a consulta com o cego. Tendo em vistas a necessidade de um contato prévio com o conteúdo na EaD, procedeu-se a investigação dos demais aspectos da comunicação ao final do curso. Desta forma, os instrumentos permitiram levantar o perfil sócio profissional dos enfermeiros inscritos no curso e avaliar o conhecimento destes acerca da comunicação com o paciente cego (AMARO; PÓVOA; MACEDO, 2005).

Baseando-se no método de avaliação de programas educacionais pré e pós-curso,

os questionários foram aplicados na aula inaugural (pré-teste) e em atividade à distância no período de 28 de setembro a 12 de outubro de 2015 (pós-teste), no AVA.

4.6 Fase de Análise dos Dados

4.6.1 Alceste como Ferramenta para Análise Lexical

A crescente complexidade dos objetos de estudo nas pesquisas qualitativas (MORIN, 2004) desafia as vertentes atuais e propõe a formulação de novas técnicas de investigação baseadas em recursos informacionais (BOSI, 2012). Os avanços da tecnologia da informação e a sua crescente aceitação pela comunidade científica internacional, permitiu o uso de softwares estatísticos como uma alternativa promissora nas análises em pesquisas qualitativas (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

As análises de conteúdos textuais podem ser feitas de forma manual com base nos significados envolvidos nos textos (semântica), ou por meio de recursos eletrônicos que avaliam a sua estrutura gramatical (léxica) (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006).

A análise textual é um tipo de análise de dados, que infere sobre material verbal transcrito, ou seja, analisa textos produzidos em diferentes condições, tais como: textos originalmente escritos, entrevistas, documentos, redações etc., fontes usadas tradicionalmente em ciências humanas, sociais e da saúde (NASCIMENTO & MENANDRO, 2006).

Atualmente, uma série de programas computacionais auxilia na análise estatística de dados textuais ou linguísticos, agrupados em quatro domínios: análises de semelhanças; escalas multidimensionais; análises fatoriais de correspondências; análises hierárquicas. Tal organização permite ao pesquisador ampliar sua amostra em estudos qualitativos (PEREIRA, 2005).

O Software “Alceste” foi adquirido por meio de recurso financeiro do PPSUS, em novembro de 2015, sendo encaminhado para pesquisa satélite da URCA em dezembro de 2015. Entretanto, apenas em janeiro de 2016 pôde ser instalado no laboratório de informática do PMAE/URCA, através de instalação remota por empresa responsável por sua venda/fabricação, devido a incompatibilidade com o Windows 8.0 no computador financiado para uso nesta pesquisa. No mês de dezembro preparou-se o Corpus da pesquisa, baseando-se em manuais e publicações para o uso do Alceste (REINERT, 1990; SOUSA *et al.*, 2009; SOARES 2005). Para tal, contou-se com a colaboração de docente do departamento de enfermagem da URCA, doutoranda em enfermagem, com expertise no uso do software.

O Alceste foi escolhido por ser o software disponível para o PPSUS, capaz de realizar uma análise lexical dos questionários aplicados no pré e pós-teste aos enfermeiros que participaram do curso sobre “Comunicação do enfermeiro com o cego”. Este possibilita um agrupamento das raízes semânticas, gerando classes, considerando a função das palavras dentro de um dado texto. Na base do funcionamento do programa encontra-se a idéia de relação entre contexto linguístico e representação coletiva ou entre unidade de contexto e contexto típico (REINERT, 1990).

O uso do conceito raízes semânticas, surgiu a partir de estudos de J. Terrier e Charles Bally, ambos de meados de 1950. O primeiro previu que as palavras formavam campos associativos, como por ex: aniversário associa-se a bolo, festa, etc. O segundo ampliou essa noção para aquilo que chamou de campo associativo, que seria composto por semas virtuais e genéricos. Nessa perspectiva, os virtuais seriam aqueles ligados aos aspectos metafóricos para determinados empregos dos termos, já os genéricos são aplicados aos traços (semânticos) que identificam o termo em sua aplicação denotativa. Por exemplo: Touro= semas genéricos: chifre, macho, animal, bovino; semas virtuais= trabalho pesado, homem que fecunda muitas mulheres, etc.

O agrupamento de raízes semânticas do Alceste permite compilar raízes genéricas e, a partir destas, trazer conceitos e percepções individuais em classes que representam uma construção coletiva, denotativa desta realidade. Neste sentido, este software é considerado pioneiro no uso da informática para análise de conteúdo. Tornando-se uma técnica computadorizada e também uma metodologia para análise de textos amplamente utilizada em trabalhos que utilizam como referencial teórico a teoria das Representações Sociais (RS) (REINERT, 1986).

Desta forma, o Alceste permite identificar classes semânticas, que são definidas em função da ocorrência e da coocorrência das palavras (mesma classe semântica), além de definir a função textual destas, categorizando-as tal qual a análise de conteúdo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Possibilita, portanto, uma análise quantitativa de dados em um texto, com no mínimo 70 mil caracteres, ou seja, 12 kilobytes, denominado de corpus de análise com base na distribuição lexical (conjunto de vocábulos) delimitando as classes semânticas (significado das palavras) (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Considera-se lexical, a análise baseada no conjunto de traços que retratam as propriedades fonéticas, semânticas e propriedades gramaticais das formas e/ou palavras

(AUGUSTO; CORRÊA, 2015). O objetivo de reduzir as palavras a seus radicais significativos é o de permitir maior enriquecimento das ligações estatísticas implicadas na análise destas ocorrências (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Neste sentido, o Alceste criado na França em 1979, por Max Reinert, permite diferentes formas de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a análise lexical básica até análises multivariadas, baseadas em testes estatísticos (classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial) (LEBART & SALEM, 1994).

Para esta pesquisa, todas as quatro fases de análise do software foram contempladas, e para sua maior compreensão, convém descrevê-las, assim como suas principais terminologias:

As Unidades de Contexto Iniciais (UCIs) são unidades a partir das quais o programa efetuará a fragmentação inicial. Pode ser um capítulo de livro, uma matéria jornalística, uma resposta de entrevista, etc. (REINERT, 1998, p. 17). Neste estudo trata-se de cada questionário respondido pelo grupo de enfermeiros.

Na fase A, primeira fase da análise do Alceste, o software realiza uma leitura detalhada do texto e calcula o seu dicionário, neste momento, o programa gera a lista de todo vocabulário do corpus, que permite listar todas as formas reduzidas e palavras representadas do Corpus. Em seguida, é quantificada a frequência destas formas, as quais são agrupadas em categorias de adjetivos, substantivos, pronomes e artigos.

Na Fase B ocorre a seleção das Unidades de Contexto Elementares (UCEs) a serem consideradas e o cálculo da matriz: formas reduzidas em cruzamento com as UCEs, que permite gerar a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

As UCEs são pequenos segmentos dos discursos do sujeito que serão agrupados e sua frequência calculada, fornecendo assim uma análise hierárquica e descendente das classes léxico-semânticas. Desta forma, ocorre uma análise quantitativa do Corpus, com a frequência das palavras calculadas e significância estatística através do teste Quiquadrado (Q) (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA 2008). “É a partir do pertencimento das palavras de um texto a uma UCE, que o programa Alceste vai estabelecer as matrizes a partir das quais será efetuado este trabalho de classificação” (REINERT, 1998, p. 17).

Desta forma, na análise gerada, a Unidade de Contexto (UC) “representa um agrupamento de UCEs sucessivas dentro de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise”. Este limiar é proporcional ao número de palavras analisadas (REINERT, 1998, p.

18). Desta forma, as UCs apresentam homogeneidade semântica e tamanhos comparáveis, portanto, são unidades estatísticas de pesos idênticos (REINERT, 1998, p. 18).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) nesta fase é gerada a partir do cruzamento destes segmentos de textos e palavras significantes em repetidos testes do tipo *quadrado* (Q^2), que permitem obter uma classificação estável e definitiva (REINERT, 1990).

Em seguida, na Fase C ocorre a definição das Classes escolhidas, a descrição destas e a análise fatorial de correspondência (SOUSA *et al.*, 2009). Conforme Nascimento; Menandro (2006) a AFC é uma representação gráfica em plano cartesiano, gerada a partir do cruzamento entre o vocabulário e as classes, considerando a frequência das palavras. Este processo possibilita a visualização das oposições entre classes ou formas.

Finalmente na Fase D, o Alceste seleciona as UCEs características de cada classe baseando-se nesta AFC (SOUSA *et al.*, 2009). Nesta pesquisa, optou-se por analisar o material obtido nas fases A, B e D, por permitirem a visualização do objeto em estudo e, por trazerem informações suficientes para avaliar a aquisição de conhecimentos dos enfermeiros, sobre comunicação com o paciente cego a partir da implantação do programa educacional.

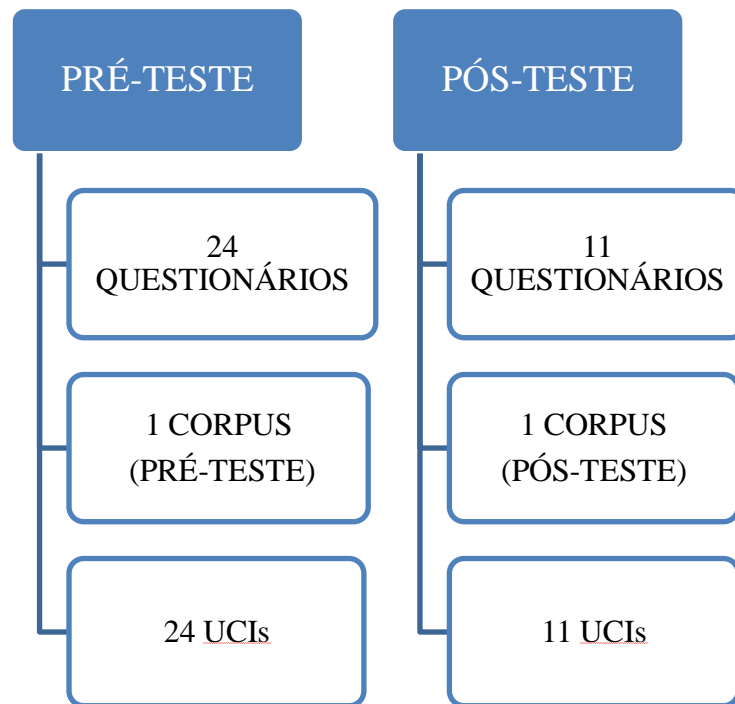
4.6.2 Preparação do Corpus Alceste

A construção do Corpus é ação que precede toda a análise do Alceste. É necessário converter o discurso verbal em um texto que seja possível de ser analisado pelo *software*, o que exige eliminar os vícios de linguagem, erros de português, identificar a fala do entrevistador através do uso de caixa alta e reduzi-la ao máximo no corpo do texto para não interferir na análise (FREITAS, 2014).

O Corpus adequado à análise do Alceste deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. Nesta pesquisa, observou-se o conhecimento dos enfermeiros sobre as formas, elementos, funções e importância da comunicação com o paciente cego (REINERT, 1990).

Neste estudo, utilizaram-se dois Corpus: um derivado dos 24 questionários pré-teste, e o segundo proveniente dos 11 questionários pós-teste. A figura 4 expressa esta lógica de forma didática.

Figura 4 - Esquemática da construção das UCIs para análise do Alceste. CRAJUBAR-CE, 2016



Existem regras essenciais para o sucesso do Corpus na análise lexical do Alceste (FONSECA, 2010). Para tal, nesta pesquisa seguiram-se as orientações do manual que acompanha o *software* e recomendações de publicações científicas atuais sobre o seu uso na área da saúde (REINERT, 1990; SOARES, 2005; FONSECA, 2010; VALOIS, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013). O sucesso do Alceste depende de um corpus bem construído. Para serem indexados ao software, alguns passos são essenciais. Os textos são separados por linhas de comando, também chamadas de "linhas com asteriscos" (FONSECA, 2010; CAMARGO; JUSTO, 2013).

As linhas de comando são iniciadas com asteriscos (****) e precedem às respostas de cada sujeito. Nosso corpus contou com 24 linhas de comando e sujeitos respectivamente enumerados em casas decimais: *suj01, *suj02, *suj03, etc. O *software* exige neste enunciado no máximo 6 variáveis, e cada uma destas deve estar ligada na linha de comando por aspas (“_”) ou “*underline*”. A soma dos caracteres que identificam as variáveis na linha de comando não deve ultrapassar 18 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nos Corpus deste estudo, variáveis como sexo, idade e local de atuação profissional não foram incluídas na linha de comando por apresentarem menor variância (Apêndice A), entretanto, foram descritas nos resultados. As entrevistas foram separadas pelas

linhas de comando, que representam cada um dos sujeitos. Foram atribuídas siglas para identificar as variáveis desta análise e, desta forma, foi possível contemplar o número de caracteres recomendado pelo manual do Alceste.

As seis variáveis selecionadas para análise foram: sujeito (SUJ), ano de formação (AF), instituição de ensino superior de graduação (IEF), anos e local de atuação profissional (AA), tema da pós-graduação (TP), instituição de ensino da pós (IEP). A seguir, expomos um modelo de linha de comando deste Corpus: **** *suj_02 *af_13 *inf_15 *aa_29*tp_35 *iep_47. Observa-se que cada uma delas deve iniciar-se com quatro asteriscos (*), e cada variável ser precedida por um asterisco.

É desejável certo balanceamento das modalidades das variáveis da linha de comando, e parcimônia quanto ao seu uso, não excedendo seis variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2013). Estes mesmos autores apontam que, deve-se corrigir e revisar todo o arquivo, para que os erros de digitação e pontuação não sejam tratados como palavras diferentes. A pontuação deve ser observada, excluindo-se excessos de parágrafos e pontuações.

No caso de entrevistas ou questionários, as perguntas e o material verbal produzido pelo pesquisador (intervenções e anotações) devem ser suprimidos para não entrar na análise. Desta forma, apenas as variáveis e respostas entram na construção do Corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Não se deve justificar o texto, não usar negrito, nem itálico ou outro recurso semelhante. É desejável certa uniformidade em relação às siglas, ou as usa sempre ou coloque tudo por extenso unido por “*underline*”. Por exemplo: ou psf ou programa_saude_da_familia (FONSECA, 2010).

As palavras compostas hifenizadas quando digitadas com hífen são entendidas como duas palavras (o hífen vira espaço em branco). Caso se necessite analisar palavras compostas hifenizadas ou não, é recomendado o uso do “*underline*”. Ex: "alto-mar" fica "alto_mar"; “terça-feira” fica “terça_feira”; e “bate-papo” fica “bate_papo” (FONSECA, 2010).

O Alceste possibilita a associação de palavras, agrupadas pelo pesquisador para evitar corte de sentido. Por exemplo, a expressão: “começou_a_ficar_doente” é ligada por um traço embaixo da linha para que termos compostos sejam analisados como uma única noção (FONSECA, 2010).

Todos os verbos que utilizem pronomes devem estar na forma de próclise, pois o dicionário não prevê as flexões verbo-pronominais. Ex: No lugar de “tornei-me”, a escrita

deve ser: “me tornei”. Não usar em nenhuma parte do arquivo dos textos os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%) e nem asterisco (*). Este último é usado somente nas linhas que antecedem cada texto (linhas de comando).

4.6.3 Etapas da Análise Lexical do Alceste neste Estudo

Na fase A, o Corpus que correspondeu ao conjunto textual de todos os questionários, dividiu-se em UCIs. Cada UCI representou um questionário respondido, desta forma, foram 24 UCIs no pré-teste e 11 UCIs no pós-teste.

Após o reconhecimento das UCIs, o texto foi dividido em segmentos de algumas linhas, dimensionadas pelo programa em função do tamanho do corpus. Esses segmentos são denominados unidades de contextos elementares (UCE) e correspondem ao material discursivo ou escrito referente à formação das classes (CAMARGO, 2005; FONSECA *et al.*, 2015).

As UCEs são os segmentos do texto, na maior parte das vezes organizados em um padrão de três linhas, dimensionadas pelo *software* em razão do tamanho do Corpus e, em geral, respeitam a pontuação (CAMARGO, 2005). Cada UCE foi constituída de enunciados linguísticos, definidos com proposições e frases nos quais o pensamento é anunciado. Ainda na fase A desta pesquisa foi calculado o vocabulário e gerada uma lista em ordem alfabética de todo o corpus da análise (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Posteriormente, na fase B, as UCEs foram agrupadas em classes, conforme a aderência lexical dos dados, viabilizada por meio de análises estatísticas e matemáticas do *software*, e através destas foram fornecidos o número de classes e as relações entre elas. Neste momento, o Alceste gerou a análise hierárquica descendente (AHD).

Em seguida, foram formadas as classes contendo as palavras e os radicais associados, com os respectivos valores de *quiquadrado* (Q^2), sempre se baseando também no contexto semântico de cada classe (FONSECA, 2010). Nesta etapa é gerado um *dendograma* pelo Alceste que possibilita visualizar o conteúdo lexical de cada uma das classes e suas representações fatoriais.

Na fase C, gerou-se a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permitiu verificar as inter-relações entre as classes (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Ao final, na Fase D, as UCEs de cada Classe foram apresentadas na síntese da análise em quadros contendo as falas e palavras agrupadas em textos por classes, o que tornou possível a interpretação de seus conteúdos.

As quatro fases da análise lexical do Alceste deste estudo, conforme Oliveira, Gomes, Marques (2005), estão detalhadas na Figura 5:

Figura 5 – Fases da análise lexical do Alceste.

Fases da análise	Atividade realizada pelo software
Fase A – Leitura do texto e cálculo dos dicionários	
A1	Reformatação e divisão do texto em seguimentos de tamanho similar (UCE - unidades elementares de contexto)
A2	Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com bases nas raízes (formas reduzidas)
A3	Criação do dicionário de formas reduzidas
Fase B – Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs	
B1	Seleção das UCEs e cálculo das matrizes reduzidas
B2	Cálculo das matrizes de dados para classificação hierárquica descendente (CHD)
B3	Classificação hierárquica descendente em dendograma
Fase C – Descrição das UCEs escolhidas (seleção de vocabulário predominante)	
C1	Comparação de duas classificações e definição das classes escolhidas
C2	Descrição dos perfis das classes
C3	Análise fatorial de correspondência (AFC)
Fase D – Seleção das UCEs características de cada classe baseado na AFC	
D1	Seleção de chaves de contexto e das UCE de cada Classe
D2	Pesquisa de duplas de palavras e segmentos repetidos

É visível a versatilidade do Alceste, embora seja preciso reconhecer a complexidade do seu uso. Este *software* permite uma ampla análise dos resultados de uma pesquisa, visto que produz uma gama de arquivos gráficos e tabelas permitindo várias formas de interpretação do nosso objeto, se adequando a qualquer domínio de investigação (AZEVEDO *et al.*, 2013; KRONBERGER; WAGNER, 2004).

4.6.4 Teoria de análise: teoria das representações sociais

Para alcançar o objetivo desse tipo de análise, aspectos semânticos e psicossociológicos suscitados pelo discurso são conjugados e traduzem em significantes e significados, coadunados com a proposta de estudo das Teorias das Representações Sociais (TRS). A Análise de Conteúdo oportuniza compreender o sentido e o conteúdo, que pode estar evidente ou latente nas falas e comunicações de um grupo (COUTINHO; SALDANHA, 2005).

A TRS possibilita a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial (SÊGA, 2000), fundamentando-se nas crenças, tradições, opiniões e atitudes relacionadas a um objeto social, que contribui para compreensão de uma realidade comum a um grupo. A Teoria das Representações Sociais são significações de sujeitos ligadas ao seu modo de pensar e suas condutas individuais e coletivas, que permitem a criação de categorias cognitivas que estabelecem as relações de sentidos (HERZILICH, 2005).

A TRS reconhece o indivíduo como um ser psicossocial, que se apropria de um conhecimento, e nele imprime o seu toque pessoal, compartilhando-o com seu grupo, ou seja, cada sujeito possui uma história pessoal, influenciada por determinantes sociais e culturais (MOSCOVICI, 2004). Portanto, a representação social é um conhecimento prático, que dá sentido aos eventos do cotidiano, e a partir de uma realidade consensual gera a realidade social (VALA; MONTEIRO, 2000).

Vale destacar que estas representações são uma tentativa de explicar determinados comportamentos da sociedade e suas relações com o mundo, nas quais o fator determinante é a natureza coletiva e não individual dos objetos (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

Sua dinâmica de apreensão do conhecimento baseia-se na familiarização, na qual os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas (MOSCOVICI, 2004). A partir destes pressupostos e experiências, os indivíduos e grupos se posicionam em relação a situações, eventos, objetivos e comunicações (SÊGA, 2000). Evidencia-se, portanto, uma estreita relação entre as representações sociais e o contexto de vida dos sujeitos (GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Desta forma, os contextos histórico, ideológico, social, as formas de pensar e agir dos grupos influenciam a construção, a partilha e a estabilidade das representações sociais (MARQUES *et al.*, 2004). Reconhecer a comunicação com o paciente cego, tema deste estudo, como objeto de representação social exige a expressão dos saberes adquiridos pelas experiências, heranças culturais e através de uma tecnologia de ensino (EaD) como forma de gerar um conhecimento coletivo com o objetivo de explicar esta experiência social.

Neste sentido, Jodelet (2001, p.22) afirma que “as representações sociais são sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, que orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais”. Portanto, este estudo está alinhado com o que propõe a TRS, pois está voltado para a compreensão de conceitos, idéias,

noções, crenças e atitudes de enfermeiros envolvidos em uma capacitação sobre comunicação com o paciente cego (ABRIC, 2000; SÁ, 2002).

O percussor das TRS foi o psicólogo social francês, Serge Moscovici, que na década de 50, publicou a obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, que lhe concedeu o título de “criador da Teoria das Representações Sociais”. Este estudo trouxe avanço significativo nas ciências sociais, pois permitiu compreender como um objeto científico (psicanálise) torna-se objeto do senso comum (SÁ, 2002).

Pode-se dizer que “a representação social é sempre de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), e tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações)” (JODELET, 2001, p. 27). Desta forma, quatro elementos se destacam: o sujeito, a população ou grupo, o objeto e a sua significação para o grupo.

Neste sentido, para falar da representação de um sujeito social precisamos especificar os objetos representados. Moscovici (2004, p. 58) destaca que “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar”.

Estas representações podem se apresentar: no contexto que se situam os grupos e pessoas, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelo quadro de apreensão que fornece sua bagagem cultural, pelos códigos, símbolos, valores e ideologias ligadas às posições e vinculações sociais específicas” (SÊGA, 2000).

Neste contexto, Abric (2000) sinaliza que a representação social (RS) traz uma visão funcional do mundo, que permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, desta forma, pode se adaptar e apreender uma realidade.

Da mesma forma, as RS intervêm em processos variados, “tais como a difusão e a assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais” (JODELET, 2001, p. 22).

Logo, o processo de ensino-aprendizagem estabelecido por meio de uma tecnologia de comunicação e informação (TIC), que se ocupa das relações do conhecimento e seus impactos no processo de trabalho na enfermagem torna-se um campo vasto para análise a partir da Teoria das Representações Sociais. Tendo em vista que essa construção de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo entre o saber instituído, elaborado pela produção científica e sujeito a uma revisão permanente, e o senso comum resultante da

vivência cotidiana e baseado em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios (GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Quanto à construção de uma representação social, “dois grandes processos estão na base da sua formação: a objetivação e a ancoragem, que podem ser entendidos como processos cognitivos socialmente regulados” (VALA; MONTEIRO, 2000, p.465). A objetivação de uma representação social consiste em conhecer os processos que irão dar sentido a um determinado objeto em um dado contexto, identificando os elementos que irão materializar, ou seja, dar efeito de realidade às representações (VALA; MONTEIRO, 2000).

A ancoragem enquanto processo que se dá após a objetivação, esta permite que as representações sociais tenham a função de âncoras do pensamento social na medida em que “oferecem uma rede de significados e operam na atribuição de sentido a acontecimentos, pessoas, grupos e fatos sociais”. Neste contexto, a ancoragem guarda relação com o conceito de categorização, pois coloca um dado objeto dentro de um quadro de estruturas semânticas já conhecidas (VALA; MONTEIRO, 2000, p. 474).

Estas representações se estruturam em torno de três abordagens teóricas distintas e, ao mesmo tempo, complementares: a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet; a abordagem estrutural, difundida pelas concepções de Jean Claude Abric e a abordagem societal, liderada por William Doise (SÁ, 2002). Neste estudo será feita uma abordagem processual.

Segundo Jodelet (2001, p.32), “certamente, há representações que cabem em nós como uma luva ou que atravessam os indivíduos, impostas pela ideologia dominante ou as que estão ligadas a uma condição definida no seio da estrutura social”. Desta forma, a Teoria das Representações Sociais é um referencial teórico com pressupostos significantes para embasar as análises deste estudo.

Nessa intenção, elementos psicossociais, contexto cultural e o processo de produção do enunciado da mensagem, devem ser levados em consideração no proceder descritivo e analítico dos dados da pesquisa (JODELET, 2001). A técnica de compõe-se nas seguintes etapas: leitura flutuante, exploração do material, qualificação e reunião do material coletado em categorias especificadoras do tema.

Nesse processo, os sujeitos acabam produzindo, numa interface entre o individual e o coletivo, conhecimentos que são específicos e compartilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante (GAZZINELLI *et al.*, 2013). Assim, analisar estes conceitos produzidos constitui-se papel do pesquisador social.

4.7 Aspectos éticos

Trata-se de um estudo multicêntrico, integrante do Programa Pesquisadores para o SUS (PPSUS), numa parceria entre URCA, UFC e UNILAB, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFC, sob o parecer N°: 652.134 (ANEXO D) e financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Na aula inaugural, em 17 de agosto de 2015, considerada o primeiro encontro com os enfermeiros participantes do curso, os pesquisadores expuseram os principais objetivos desta pesquisa, suas implicações e aspectos éticos. Assegurando-se aos participantes o sigilo de suas identidades e garantindo sua autonomia de se retirar do estudo a qualquer momento, o pesquisador realizou uma leitura em grupo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E) e recolheu as assinaturas dos concordantes.

Este estudo atende as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012a) contemplando os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência que foram adotados em todas as suas fases.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização do Grupo Avaliado

Participaram da pesquisa 24 enfermeiros no pré-teste e, deste grupo, apenas 11 profissionais responderam ao pós-teste. Serão apresentadas as variáveis dos 24 enfermeiros que ingressaram no curso. Os dois instrumentos contemplaram variáveis sócio-econômicas que apontaram 95,8% de mulheres, com idade entre 21 a 53 anos. Predominou a faixa etária entre 30-35 anos (13), e o município de atuação que se destacou foi Juazeiro do Norte-CE (17), sendo os demais profissionais de Crato (7).

O ano de formação variou entre 1998 e 2012, destacando-se o período de 2002 a 2005 (13), o que demonstra a influência de diferentes matrizes curriculares na graduação destes profissionais. Percebe-se que os profissionais formados a partir de 2001 sofreram a influência de uma nova diretriz curricular que preconizou uma formação generalista, crítica, humanística e reflexiva. A Instituição de Ensino Superior (IES) de origem predominante foi a Universidade Regional do Cariri – URCA (7), com órgão de fomento estadual, o que demonstra a incorporação dos egressos desta IES no mercado de trabalho local.

Quanto à realização de aperfeiçoamentos/capacitações complementares à graduação, predominou a especialização (23), em IES públicas (18). A opção pelas instituições públicas pode ter relação com sua credibilidade para a inserção de novos profissionais no mercado de trabalho na região e melhores notas nas avaliações do ensino superior pelos órgãos de fomento.

As Pós-graduações foram *lato sensu* (especializações) nas áreas de: Saúde da Família (9), Saúde Pública (7), UTI (3), Administração Hospitalar (2), Enfermagem do Trabalho (1) e Gestão (1), com apenas um profissional sem capacitação complementar, o que demonstra interesse dos profissionais em aperfeiçoamento na sua área de atuação, ou seja, na Atenção Primária em Saúde. Apenas dois dos entrevistados realizaram curso para atendimento específico à pessoa com deficiência, na temática, “Libras”, com carga horária de 40 horas/aula.

5.2 Síntese da Análise Lexical e Classes Geradas pelo Alceste

A etapa 1 da análise do Alceste caracteriza-se pelo cálculo de vocabulários, redução das palavras em formas reduzidas e identificação das unidades elementares de contexto. A análise global do Corpus do pré-teste e pós-teste gerada pelo Alceste evidenciou

que os enfermeiros do curso apresentaram uma aquisição de conhecimentos significativos dos elementos, expressões, funções e formas da comunicação verbal e não verbal com o paciente cego. Destacou-se que os enfermeiros capacitados atentaram para a importância da comunicação na consulta de enfermagem, relacionando-a como ferramenta essencial do cuidado.

A Tabela 1 apresenta a análise lexical do Alceste que reforça este achado. Um exame comparativo do vocabulário geral do Corpus pré e pós-teste evidenciam uma significativa apreensão de elementos: vocábulos, palavras e classes semânticas relacionadas à comunicação, trazendo uma expressiva relação semântica entre si.

Tabela 1 – Análise lexical do pré-teste e pós-teste gerada pelo Alceste. CRAJUBAR – CE, 2016.

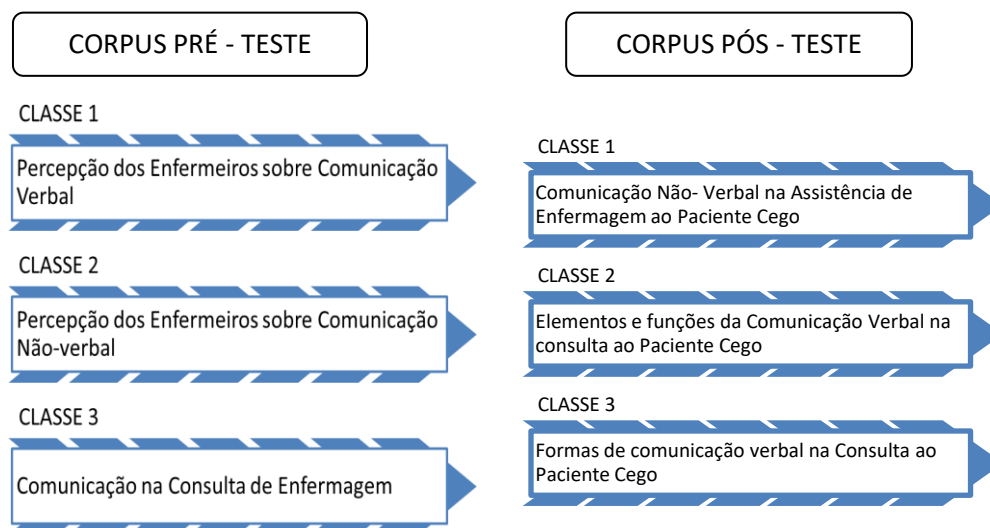
ELEMENTO DO VOCABULÁRIO	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Indivíduos (UCI)	24	11
Número Total de Palavras do Texto	2.376	2.015
Número de Palavras Analisadas	1787	1.984
Variáveis	6	6
Unidades Textuais Classificadas	61%	94%
Palavras não analisadas	589	31

Ao final do curso, apesar de uma expressiva evasão de alunos, a contagem do vocabulário demonstra uma apreensão significativa de formas e palavras consideradas relevantes da análise lexical do Alceste, demonstrada por: contagem total de palavras do pós-teste (2.015), com um número quase similar a contagem dos 24 entrevistados no pré-teste (2.376). O número maior de palavras analisadas pelo *software* no pós-teste (94) que supera o pré-teste (61), demonstrando que as palavras e expressões traziam valor semântico e significância estatística para gerar as Classes, a partir do agrupamento de Unidades Textuais (Unidades Elementares de Contexto (UCE) classificadas). Desta forma, o número de palavras não analisadas no pós-teste também foi reduzido.

Foram geradas 6 Classes, três a partir do Corpus pré-teste e três do Corpus do pós-teste. Estas classes foram denominadas conforme as palavras de maior significância estatística e idéias centrais das UCIs que as geraram.

A Figura 6 apresenta uma síntese das Classes que emergiram a partir da análise do *software* Alceste.

Figura 6 – Síntese das Classes geradas pelo Alceste, CRAJUBAR – CE, 2016.



As Classes do pré-teste foram: Classe 1 - Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal, Classe 2 - Percepção dos enfermeiros sobre comunicação não verbal e a Classe 3 - Comunicação na consulta de enfermagem.

O pós-teste ao ser analisado gerou três Classes: Classe 1 - Comunicação não verbal na assistência de enfermagem ao paciente cego; Classe 2 - Elementos e função da comunicação verbal na consulta ao paciente cego; e Classe 3 - Formas de comunicação verbal na consulta ao paciente cego.

A denominação das Classes do pós-teste evidencia a apreensão de conhecimentos significativos no tocante à comunicação com uma clara relação destes elementos na consulta com o paciente cego. O debate sobre a importância da comunicação para a consulta de enfermagem transcorre por todas as classes do pós-teste. A seguir, detalham-se as palavras significativas, sujeitos e falas representativas para a construção destas.

5.3 Conhecimento dos Enfermeiros sobre Comunicação com o Cego antes da EaD

O Corpus com o tamanho de 19Kb (kilobytes), apresentou um total de 2.376 palavras, sendo consideradas 1.787 significativas para a análise. Destas, 7 eram verbos e as 1.780 demais eram formas reduzidas (forma abreviada das palavras). Na fase A da análise do Alceste, o Corpus gerou 61 UCEs, representando 76% do material colocado em análise, 24% foram descartadas pelo *software*, consideradas sem significância. Foram excluídas 589 palavras, distribuídas em: artigos (143), pronomes (17), formas auxiliares (60) e outras formas

(369), totalizando 597 vocábulos não analisados, por não ter ligação lexical com as classes construídas (ver Tabela 1).

Posteriormente, o *software* agrupou as unidades elementares de contexto (UCE) em três classes temáticas que caracterizam o conhecimento dos enfermeiros sobre comunicação com o cego, antes da EaD. Estas classes foram numeradas e representadas pelas cores vermelha (Classe 1), azul (Classe 2) e verde (Classe 3), de acordo com sua significância estatística. A distribuição das UCEs do Corpus do Pré-teste está resumida na Tabela 2:

Tabela 2 – Classificação das unidades elementares de contexto do pré-teste pelo Alceste. CRAJUBAR - CE, 2016

CLASSE	Nº UCES	%
Classe 1	39	64
Classe 2	12	19
Classe 3	10	17
Não Classificados	00	24

Pode-se observar uma importância significativa da Classe 1 do pré-teste denominada Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal e sua importância para a enfermagem com relação às demais, totalizando 64% das Unidades de Contexto Elementares (UCEs) geradas a partir do pré-teste. A Classe 2 do pré-teste: Percepção do enfermeiro sobre comunicação não verbal, com 19% foi a segunda em representatividade no Corpus e a Classe 3, do pré-teste, Comunicação na consulta de enfermagem, com 17%. As 03 Classes geradas apresentam congruência de idéias. Portanto, há relação entre as UCEs que as compõem.

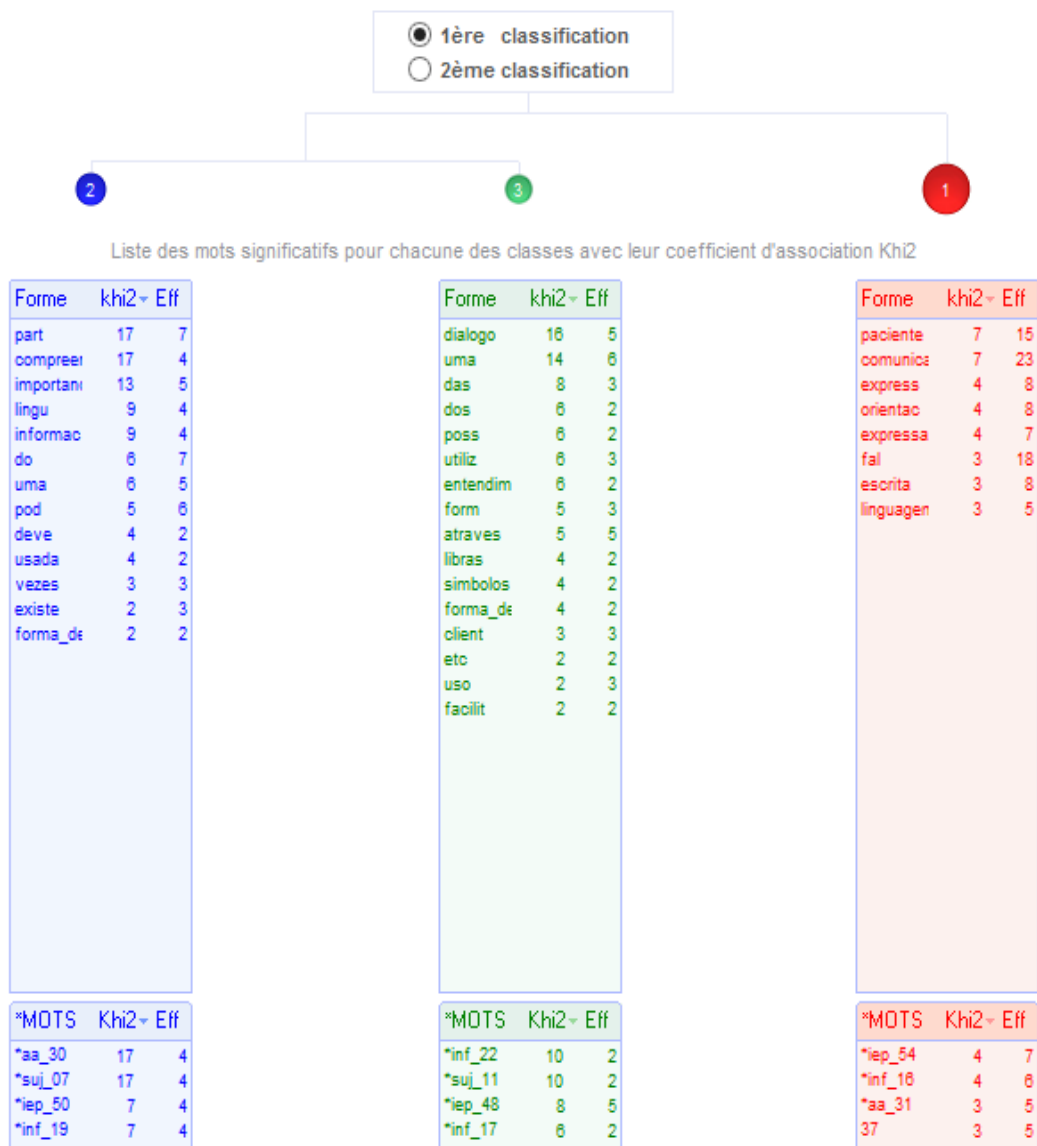
Para o agrupamento de classes, o *software* avalia a homogeneidade semântica entre as Unidades de Contexto (UC) e estas devem ser de tamanho similar, ou seja, são unidades estatísticas de pesos Q^2 idênticos. Esta fase é possível devido à lematização das palavras significantes, ou seja, o programa agrupa palavras com radical comum. Estas palavras significam aproximadamente a mesma coisa, mas diferem quanto ao gênero, ao número ou ao fato de serem substantivos, adjetivos ou advérbios, desta forma, é possível verificar a frequência e ocorrência destas nas UCEs (REINERT, 1998).

A partir da lematização, é gerada a Classificação Descendente Hierárquica (CDH), baseada na contribuição e relações de dependência entre as palavras, determinando áreas temáticas que originam as classes (FREITAS, 2014).

A Figura 7 expressa a Classificação Descendente Hierárquica CHD no Corpus do pré-teste, sendo possível uma visualização geral das classes, evidenciando suas palavras e vocábulos mais representativos, conforme a frequência do Q^2 das variáveis e palavras

selecionadas em cada classe (KRONBERGER & WAGNER, 2002). O Dendograma demonstra a relação de dependência e hierarquia entre as classes. É visível a predominância da Classe 1 “Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal”, de peso estatístico Q^2 e influência sobre as demais Classes.

Figura 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) das 3 classes do Pré-teste analisadas pelo Alceste.



Como exemplo, a forma reduzida “comunica” da Classe 1, influência na ocorrência de formas “informac” e “compreen” na Classe 2, e “dialogo” e “entendim” na Classe 3.

Na porção inferior das colunas de cada classe é possível identificar as variáveis que emergiram por pertencerem aos sujeitos de maior representatividade. As variáveis que se destacaram, e suas siglas na linha de comando do Corpus foram: anos de atuação (aa), IES de graduação (inf) e IES de pós-graduação (iep).

A Tabela 3 apresenta a distribuição de sujeitos e variáveis por classes, considerando a proporção das suas contribuições na geração das UCE. A cor vermelha representa a Classe 1, a cor azul a Classe 2, e a cor verde a Classe 3.

Tabela 3 - Sujeitos e suas representatividades por Classe. CRAJUBAR - CE, 2016

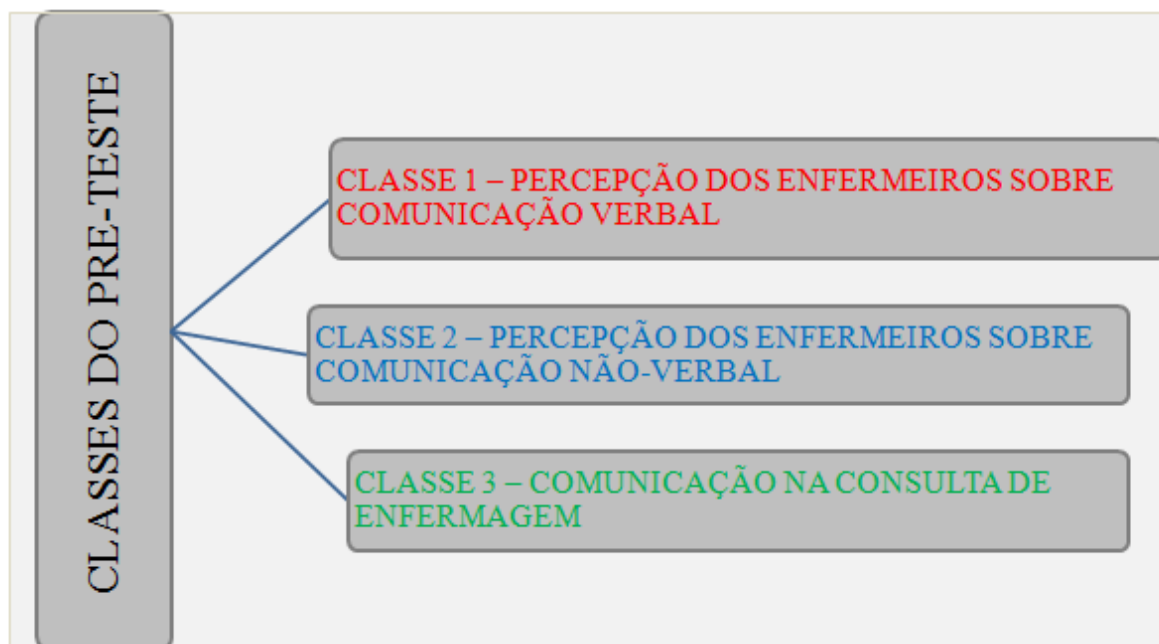
INDIVÍDUO	VALOR	RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS COM AS CLASSES
10	44%	subj_10 af_10 inf_19 aa_31 tp_35 iep_50
14	30%	subj_14 af_13 inf_18 aa_27 tp_37 iep_54
06	50%	subj_06 af_11 inf_16 aa_29 tp_40 iep_52
07	50%	subj_07 af_10 inf_19 aa_30 tp_35 iep_50
18	47%	subj_18 af_11 inf_14 aa_29 tp_36 iep_53
01	42%	subj_01 af_11 inf_20 aa_29 tp_35 iep_46
11	55%	subj_11 af_11 inf_22 aa_29 tp_36 iep_53
04	58%	subj_04 af_13 inf_17 aa_28 tp_35 iep_48
17	47%	subj_17 af_13 inf_18 aa_28 tp_34 iep_45
05	56%	subj_05 af_12 inf_18 aa_28 tp_35 iep_51

Após a seleção das palavras e formas reduzidas significantes, de maior frequência Q^2 , são eleitos os sujeitos de maior contribuição em cada Classe. As palavras e formas são agrupadas por classes semânticas, ou seja, a proximidade de idéias, significados e gêneros. Algumas unidades elementares de contexto escolhidas para expressarem a idéia central de cada Classe, pertencem a sujeitos com menor participação estatística na geração das Classes.

Na figura 8 apresenta as Classes do pré-teste, e a idéia central de cada uma delas é expressa nas suas denominações. Estas designações expressam apenas percepções dos enfermeiros baseadas em experiências adquiridas de forma empírica, em sociedade e na academia. Percebe-se na denominação destas que não há um aprofundamento nos elementos, formas e funções da comunicação na consulta com o paciente cego.

Destaca-se a comunicação verbal em detrimento da forma não-verbal como a mais utilizada na consulta de enfermagem, merecendo destaque o uso da escrita e fala como canais de comunicação preferidos pelos profissionais de saúde.

Figura 8 - Denominação das classes do pré-teste. CRAJUBAR – CE, 2016



5.3.1 Percepção dos Enfermeiros sobre Comunicação Verbal

A Fase B desta análise propõe-se à descrição das classes encontradas no dendograma, suas características e pressupostos. A Classe 1, Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal, é a mais representativa, sendo a primeira a ser separada na árvore de classificação. Seu vocabulário é o mais homogêneo, representando 64% das unidades de texto classificados. Suas palavras e vocábulos de frequência e pelos valores de Q^2 mais elevados foram: paciente(7), comunicacao_verb(7), express(4), orientac(4), expressao_corpor(4), fal(3), escrita(3), linguagem_escrit(3).

Os sujeitos que tiveram maior contribuição nesta classe foram os suj06, suj10 e suj14. As instituições de formação destes profissionais foram duas públicas (2) e 1 privada (1), e as IES onde cursaram pós-graduação foram duas particulares (2) e uma pública (1). As áreas de formação complementar destes profissionais foram Saúde da Família (suj10), UTI (suj14) e Enfermagem do Trabalho (suj06).

Após identificação das palavras e formas de maior significância estatística, e identificação dos sujeitos com maior contribuição na ocorrência das mesmas no texto, um recurso do *software* chamado de “resumo da análise do Alceste” permitiu visualizar as falas que constituíram as 37 UCEs de cada Classe gerada. Após leitura minuciosa, selecionaram-se as de maior profundidade e clareza na temática do estudo, designando-a de “Percepção dos enfermeiros sobre comunicação verbal e sua importância para a enfermagem”.

As falas expressam as concepções e saberes dos enfermeiros sobre a comunicação verbal, restritas às suas formas de expressão, limitando-se à fala e a escrita. Desta forma, percebe-se predomínio do uso da fala e da escrita na comunicação verbal. Os suj08 e suj24 apontam alguns canais da comunicação verbal, dentre os quais estão a internet, o rádio, o jornal e os livros. Entretanto, os discursos expressam que os enfermeiros não conseguem diferenciar formas e canais de comunicação verbal.

O suj06, em suas colocações, expressa uma fragilidade histórica dos profissionais de saúde quanto às competências de comunicação no SUS. Percebe-se que existe um limitado domínio deste na temática, com uma clara confusão de elementos das formas verbal e não-verbal ao considerar “o olhar” como expressão da linguagem verbal.

“[...] a comunicação verbal são a fala, conversas, escrita, bilhete, carta, registro, jornal e livros”.(suj08)

“[...]a comunicação verbal é a linguagem falada e escrita [...] a linguagem falada você consegue através do olhar detectar respostas que muitas vezes a fala não consegue expressar. A linguagem escrita, oferece muitas vezes a oportunidade de conhecer e entender algo que a fala não seria capaz de expressar [...] muitas vezes a emoção faz fugir as palavras (suj06).

“[...]a comunicação verbal é a fala, a linguagem falada é a comunicação através da fala entre duas pessoas ou um grupo de pessoas”. Tem também a linguagem escrita, que é a comunicação através da escrita ou meios de comunicação, como a internet, o rádio[...]. (suj24)

No que diz respeito à comunicação verbal com o cego, o braile, linguagem verbal para o deficiente visual, não foi citado. Este profissional sinaliza o desafio da consulta de enfermagem de qualidade sem apropriação devida dos elementos e técnicas de comunicação adaptados para a pessoa com deficiência. A fala do suj10 reforça este pensamento:

“[...] É também muito importante aprender sobre comunicação, pois no caso de atender um paciente com deficiência visual como poderei transmitir o recado ou a orientação para o paciente cego, se eu não for capacitado para tal?”(suj10)

O suj10 evidencia esta problemática ao se inquietar com esta lacuna em sua formação profissional, demonstrando insegurança para comunicar-se com o paciente cego na consulta de enfermagem.

Um elemento positivo evidenciado nas unidades de contexto elementares foi a percepção dos enfermeiros sobre a importância da comunicação verbal na consulta de enfermagem.

“A comunicação verbal é importante para a interação enfermeiro/paciente, facilita a empatia do profissional com o cliente e auxilia nos cuidados de enfermagem”. (suj12)

“[...] a forma de se comunicar vai influenciar diretamente no tipo de relação com o paciente, o que é imprescindível para um diagnóstico e plano de cuidados eficazes, através da comunicação verbal o enfermeiro expressa o interesse e o cuidado para o paciente, definindo se ele vai se sentir seguro ou não [...] tudo vai depender da construção desta comunicação”.(suj06)

“[...] através da comunicação verbal acontece o dialogo e a troca de informações relevantes para a assistência de enfermagem, bem como para as orientações de saúde”. (suj08)

“A comunicação colabora para a promoção do cuidado emocional vislumbrando a melhora da qualidade da assistência de enfermagem um olhar atencioso, o tocar os clientes, um sorriso de conforto para o paciente. O cliente fica mais seguro e confiante diante de um sorriso sincero, de um olhar seguro de um toque afetuoso”. (suj20)

A comunicação é citada como promotora da interação entre paciente/enfermeiro, estabelecendo uma relação de confiabilidade e empatia, sendo peça-chave para o diagnóstico e elaboração do plano de cuidados de enfermagem para a promoção do cuidado emocional e da qualidade da assistência. A importância da comunicação foi expressa de maneira geral. Neste momento, não houve sua relação com a consulta do paciente cego.

Os enfermeiros nas falas apresentam conhecimentos adquiridos através da convivência social, história de vida, atuação profissional e graduação, que geram percepções restritas sobre esta forma de comunicação e sua importância para a assistência como paciente cego.

5.3.2 Percepção dos Enfermeiros sobre Comunicação Não-verbal

A classe 2 é composta por 12 UCEs, ou 19% do total do Corpus analisado. Apresenta um uso excessivo de palavras auxiliares em sua construção, como: *ser, são, sendo que*, também se observa o uso de conjunções e frases no conjuntivo nas suas UCEs, destacando-se: *como, ou, isto é*.

Acredita-se que estas expressões tentam empregar às curtas falas desta classe uma maior densidade, tendo em vista uma ambiguidade nos seus discursos e conceitos sobre a comunicação não verbal. Os sujeitos com maior evidência nesta categoria, pelo volume de elementos nas UCEs, foram: suj07, suj18 e suj01. Recorrendo à Tabela 4, observam-se as suas respectivas variáveis.

Todos os sujeitos da Classe 2 apresentam mais de dez anos de formação, sendo

egressos de IES públicas e pós-graduados em instituições particulares (2) e públicas (1). As áreas temáticas das pós-graduações foram: Saúde Coletiva (suj1 e suj7) e Saúde da Família (suj18). Esta tendência na busca por IES particulares para pós-graduação pode ser reflexo do número de novas instituições na Região da Macrocariri, aumentando a oferta de cursos com carga horária reduzida, adaptada às necessidades do aluno e baixo custo nas mensalidades.

Esta classe apresenta como palavras mais significantes: part (17), compreensão (17), importância (13), lingu (9), informação(9), do(6), uma(6), pode(5), deve(5), ser(4), usada(4), vezes(3), existe(2), forma de comunicação(2).

Após a leitura detalhada destas formas, somando-se à análise minuciosa das 12 UCEs que a compõem, foi possível denominar esta classe de “Percepção dos enfermeiros sobre comunicação não verbal e sua importância para enfermagem”. As expressões citadas pelos suj05 e suj18 foram: gestos, libras, toque, expressões corporais, faciais e da escrita.

“[...]a comunicação não verbal é expressa através de gestos que precisam ser entendidos pelo receptor da informação, para a compreensão ele deve ter o conhecimento da língua do outro para responder e desta forma atender a expectativa do cliente [...]”. (suj05)

“[...] uma das formas de comunicação não verbal é a linguagem a partir do corpo [...] expressão facial, toque, gestos, ou a partir da escrita, de algo a ser lido ou de algo a ser visto, em cartazes, outdoor. O braile é outra forma de comunicação não verbal”.(suj07)

“[...] a comunicação não verbal é comportamental, representada por gestos, das mãos, pés, cabeça, faciais, ato de levantar, sentar, deitar-se, olhar [...]o movimento com as mãos e mímicas, para a compreensão de uma fala, muitas vezes a linguagem verbal e não verbal se confrontam, uma nega a outra, outra vezes há uma confirmação do que foi falado”. (suj18)

Outra falha percebida é que o suj07 considera formas de comunicação verbal erroneamente como não verbais, dentre as quais ele cita o braile, a escrita em cartazes e outdoors. Tal fato deve-se a um possível contato limitado com a temática antes do curso. Soma-se a esta problemática a concepção de que a libras é a leitura de lábios. Conforme afirma o suj18, sabe-se, entretanto, que a língua brasileira dos sinais tem um conceito bem mais complexo.

“[...] “a libras é a fala através das mãos com movimentos específicos criados para fins de comunicação. A leitura de lábios pode ser usada por quem não ouve”. (suj18)

Os depoimentos destacam que a comunicação não verbal pode reforçar ou negar a mensagem transmitida na forma verbal. O suj05 na sua fala aponta ainda a necessidade de que as mensagens emitidas sejam codificadas pelo receptor para atender aos objetivos da comunicação no diálogo:

“[...] a comunicação não verbal é expressa através de gestos que precisam ser entendidos pelo receptor da informação, para a compreensão ele (o emissor) deve ter o conhecimento da língua do outro para responder e desta forma atender a expectativa do cliente. A comunicação é de fundamental importância para a relação enfermeiro/cliente [...]”. (suj05)

A acessibilidade da pessoa com deficiência no SUS através da comunicação é enfatizada nas falas dos suj04 e suj07:

“[...] a comunicação não verbal é de suma importância na atuação do enfermeiro, visto que, facilita a compreensão dos pacientes cegos com deficiência auditiva facilita o acolhimento dos mesmos na Unidade Básica de Saúde”. (suj04)

“[...] a partir da comunicação não verbal o enfermeiro pode acessar outros aspectos do cliente e pode inclusive repassar para um número maior de pessoas a informação desejada, desde aqueles sem deficiência quanto aqueles que possuem deficiência [...]”. (suj07)

Observa-se também o despertar da curiosidade e do interesse destes enfermeiros em ampliar seus conhecimentos, nas falas acima, pois eles relatam que o domínio das técnicas de comunicação não verbal ampliaria os impactos de suas ações e orientações de saúde.

5.3.3 Comunicação na Consulta de Enfermagem com a Pessoa com Deficiência

A Classe 3, do pré-teste, Comunicação na consulta de enfermagem com a pessoa com deficiência, é composta por 10 UCEs, representando 17% do material analisado. As palavras mais significativas desta categoria de análise são: pronomes, como na, não, além de, seu, sua; e conjunções e frases no conjuntivo: como, ou, isto é, que, para, e como, são as categorias mais significativas nesta classe.

As palavras mais significantes foram: diálogo (16), uma(14), das(8), entendimento(6), dos(6), poss(6), utiliz(6),form(5), através(5), libras (4), símbolos(4), form_de_comunicac(4), cliente (3), uso(2) e facilit(1).

Os sujeitos com falas representativas foram suj11, suj4, suj17 e suj5. O tempo de atuação dos enfermeiros desta categoria variou de 1 a 15 anos. Todos são graduados em IES particulares. Um dos profissionais não tem curso de atualização (suj17), os demais são pós-graduados em instituições públicas (2) e privadas (1).

A Classe 3, Comunicação na consulta de enfermagem com a pessoa com deficiência, apresentou nos discursos exemplos de comunicação com deficiente físico, auditivo, visual e mental.

Pode-se observar nas falas dos suj05 e suj15 um destes exemplos, ao citar a libras como linguagem específica para o deficiente auditivo. Entretanto, relatam que a mesma é expressa através do tato, o que pode ser evidenciado a seguir. A libras é citada erroneamente como forma de comunicação não verbal voltada ao deficiente auditivo, em todas as falas dos sujeitos.

“[...] a comunicação falada, oral é a que permite o dialogo entre as pessoas através da audição [...] esta é a mais utilizada, é a facilitadora para o entendimento das queixas, angustias e problemas no dia a dia da clientela. A libras é uma forma de comunicação na qual o tato e o principal instrumento para sua execução, a mesma e mais utilizada para comunicação para deficientes auditivos”. (suj05)

“[...] a comunicação verbal é extremamente importante na atuação do enfermeiro em seu trabalho e no processo de cuidar ao paciente. Através da comunicação verbal é possível identificar problemas de saúde. Uma das formas de comunicação não verbal compreende a linguagem dos sinais a libras, que é utilizada para a comunicação para pessoas portadoras de deficiência auditiva”. (suj15)

Ainda no tocante à comunicação não verbal, se evidenciaram nos discursos elementos relacionados ao preparo do consultório para a consulta do paciente cego, com destaque à descrição dos equipamentos a serem utilizados durante a assistência. A fala do suj03 a seguir confirma estes achados:

“[...] no uso de objetos com o cego é importante remover barreiras ou explicar o uso dos objetos utilizados na consulta”. (suj03)

Os elementos da comunicação não verbal voltados à análise do tom de voz, postura dos interlocutores durante o diálogo, o toque, com destaque ao aperto de mão, não foram lembrados antes do programa educacional à distância.

5.4 Conhecimento dos Enfermeiros sobre Comunicação com o Paciente Cego após a EaD

A aplicação deste instrumento teve como finalidade avaliar a aquisição de conhecimento após a EaD. Dos 24 enfermeiros que responderam ao pré-teste, apenas 11 estavam aptos a responderem ao pós-teste, pois deveriam cumprir no mínimo 75% das atividades propostas pelo curso.

O Corpus do pós-teste, de tamanho 16Ko (Kbytes), apresentou um total de 2.015

palavras, um número significativo se comparado ao total de palavras do pré-teste com o dobro de entrevistados que totalizou 2.376 palavras. No pós-teste, 94% das unidades de contexto foram classificadas como relevantes para a análise e apenas 6% foram rejeitadas, expressando um volume de ideias e conceitos adquiridos significativos. As unidades de contexto elementares classificadas foram divididas em 3 classes.

Evidenciou-se um número de unidades de contexto elementares reduzido em comparação com o pré-teste, tendo em vista que o *software* realiza a divisão em unidades equivalentes em sentido e frequência de palavras, desta forma, um número menor de sujeitos refletiu em menor proporção de UCEs no pós-teste.

Na revisão do Corpus foram excluídas 31 formas, quais sejam: artigos (18), pronomes (9), formas auxiliares (6), e outras formas (8), estas por não apresentarem ligação lexical com as classes. De um total de 2015 palavras, 1984 foram classificadas em 58 UCEs que geraram 03 Classes. A Tabela 4 expressa a distribuição das Classes do pós-teste por número de unidades de contexto elementares.

Percebe-se na Tabela 4 a predominância da Classe 1 sob as demais, representando 56% do material analisado pelo software, o que demonstra a aquisição expressiva de elementos da comunicação não verbal no grupo em estudo.

Tabela 4 – Classificação das UCE do Pós-teste, Alceste 4.10, Crato-CE

CLASSE	Nº UCES	%
Classe 1	32	56
Classe 2	10	17
Classe 3	16	27
Não Classificados	04	06

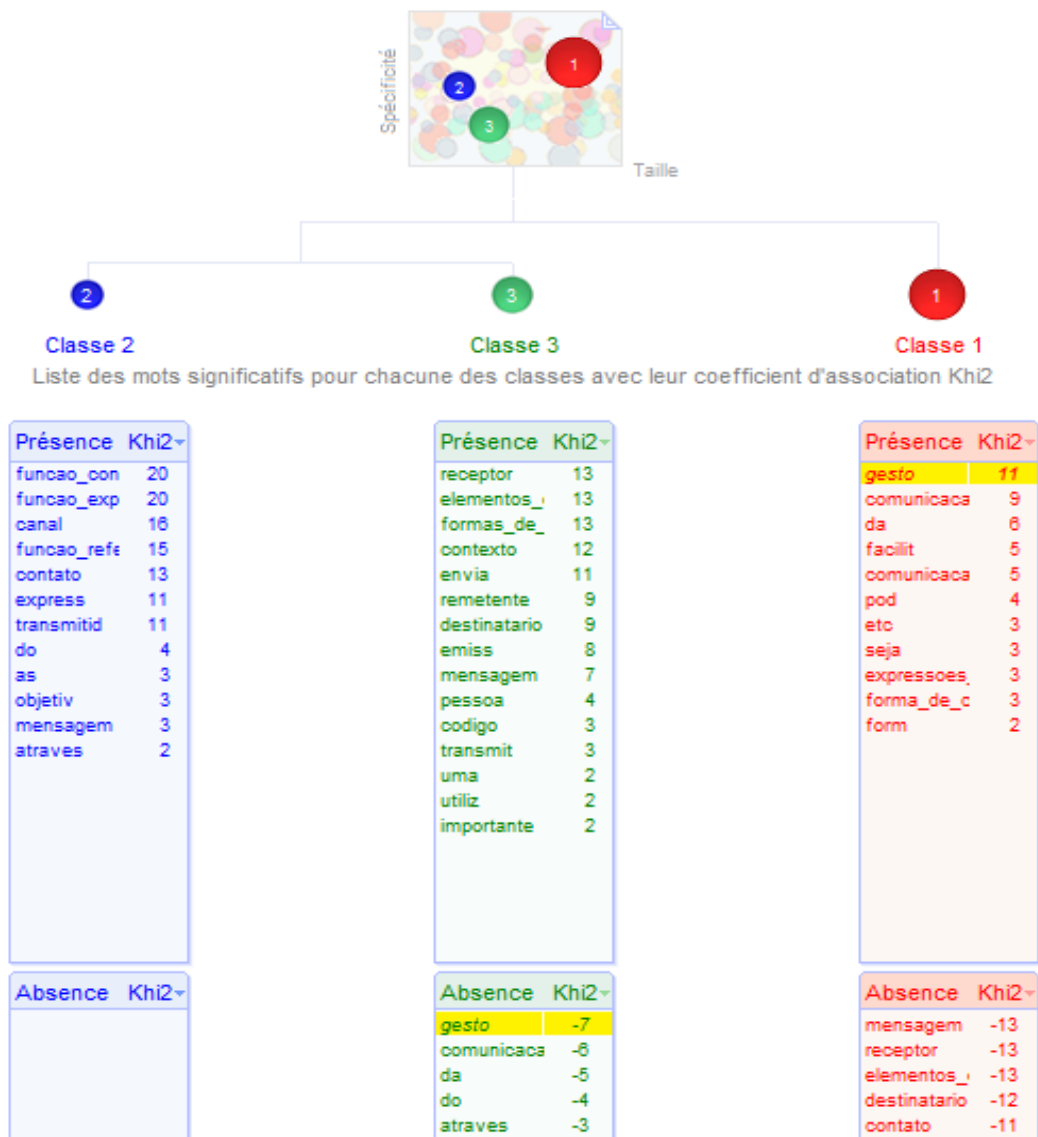
Para uma melhor compreensão da relação entre as classes, visualização das palavras significantes com respectiva frequência no Corpus, segue-se o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do pós-teste (FIGURA 9) que expressa estas relações, apresenta palavras e variáveis significantes e frequência Q^2 das mesmas em cada Classe gerada pelo software. No dendograma da CDH do pós-teste a Classe 1 “Comunicação não- verbal na assistência de enfermagem ao paciente cego”, destaca-se por ser independente e influenciar as demais.

Desta forma, no pós-teste a Comunicação não verbal apresenta influência direta na assistência de enfermagem ao paciente cego. Salienta-se que as Classes 2 e 3, com

elementos da comunicação verbal, mostram-se dependentes e com coocorrência de palavras.

Quanto às variáveis, percebe-se um número restrito de sujeitos com significância na formação das UCIs. Tal fato deve-se ao número reduzido de participantes no pós-teste. Outro ponto em destaque foi a ausência de palavras descartadas da análise na Classe 2 “Elementos e funções da comunicação verbal na consulta de enfermagem ao paciente cego”.

Figura 9– Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) das 3 classes do Pós-teste analisado pelo Alceste.



A restrição de variáveis neste Dendograma justifica-se pelo número reduzido de questionários obtidos no pós-teste, o que não permitiu selecionar um número significativo destes. Percebe-se a influência da palavra gestos na construção da Classe 1, enquanto na

Classe 3 “Formas de comunicação verbal na consulta de enfermagem ao paciente cego” sua ausência é sentida na análise do quiquadrado (Q^2), pois o software parte do princípio semântico de que os gestos também expressam comunicação verbal.

No dendograma da Figura 09, as palavras de cada Classe são diferenciadas por cores, em vermelho as que pertencem a Classe 1, azul -Classe 2 e verde -Classe 3. Esta etapa da análise do Alceste permite gerar conceitos e sentidos das falas.

A Tabela 5, a seguir, apresenta as relações dos sujeitos e suas variáveis com as três classes do Pós-teste. A cor vermelha representa a Classe 1, a cor azul a Classe 2 e a cor verde a Classe 3.

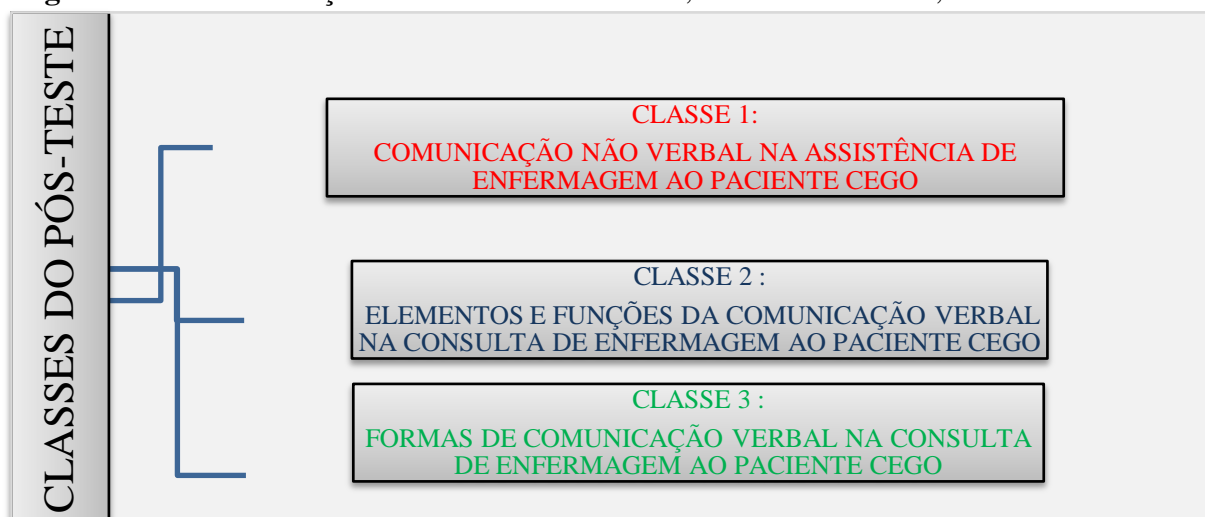
Tabela 5 – Sujeitos e suas representatividades por Classe no pós-teste. CRAJUBAR–CE, 2016.

INDIVÍDUO	VALOR	RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS COM AS CLASSES
04	50%	su_j_04 af_13 inf_17 aa_28 tp_35 iep_48
07	52%	su_j_05 af_10 inf_19 aa_30 tp_35 iep_50
09	57%	su_j_09 af_11 inf_21 aa_29 tp_35 iep_48
08	53%	su_j_08 af_10 inf_19 aa_31 tp_35 iep_50

Na Tabela 5, evidencia-se que o tema da pós-graduação de todos os sujeitos com falas relevantes nas Classes do pós-teste foi Saúde da Família, em IES particulares (50%) e públicas (50%). Predominou o ano de formação entre 1998-2000 (50%).

Um dado importante que não foi apresentado no dendograma é a capacitação na temática pessoa com deficiência. Apenas dois enfermeiros realizaram este treinamento, um curso de 40 horas sobre “Libras”, o que demonstra a limitação de conhecimentos na área da atenção à pessoa com deficiência visual no grupo em estudo.

Figura 10 – Denominação das Classes do Pós-teste, CRAJUBAR - CE, 2016.



Baseada na frequência Q^2 das palavras significativas e relações entre Classes em uma análise global é possível atribuir uma denominação que está expressa na Figura 10.

5.4.1. Comunicação Não Verbal na Assistência de Enfermagem ao Paciente Cego

A Classe 1, denominada “Comunicação não verbal na assistência de enfermagem ao paciente cego”, abrange um total de 32UCEs, sendo considerada a mais importante da árvore de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por apresentar um vocabulário mais homogêneo, com maior frequência Q^2 , representando 56% do total do Corpus de análise. As palavras significantes desta classe foram: gesto (11), comunicacao_nao_verbal (9), da (6), facilit (5), comunicação(5), pod(4), seja(3), expressao_facia(3), forma_de_comunic(3) e form(2).

As falas a seguir trazem conceitos e opiniões de sujeitos que contribuíram para a construção das UCEs da Classe 1:

“[...] as formas de comunicação não verbais são os gestos, as posturas corporais assumidas durante a emissão da mensagem, bem como mímica, gestos, feitos pelo rosto ao emitir ou receber uma mensagem, através do olhar pode se perceber a quem o emissor se dirige, os sinais são sinais de transito”.(suj01)

“[...] são importantes formas não verbais os gestos, a mímica, o olhar e o tom de voz. A comunicação não verbal contribui para reforçar uma mensagem inicialmente transmitida na comunicação verbal”. (suj02)

“[...] a forma de comunicação não verbal se dá por meio do olhar e do movimento dos olhos, mas também ocorre quando á o contato visual, que afeta o processo de comunicação. A paralíngua é uma forma de comunicação não verbal que considera características da expressão vocal, a voz pode revelar estado emocional, idade, gênero, origem geográfica. [...] já a teoria proxêmica estuda a forma de comunicação que considera a distância interpessoal”.(suj04)

“[...] comunicação não verbal são as expressões faciais, são também a forma como a pessoa demonstra suas atitudes e pensamentos, os gestos onde muitas vezes o gesto do comunicador diz muito mais do que sua fala, os movimentos do corpo que permitem expressar sentimentos de alegria, tristeza, satisfação”. (suj10)

As falas dos suj01, suj02 e do suj10, evidenciam que os enfermeiros apreenderam informações relevantes sobre a forma de comunicação não verbal, sendo citado como ela pode ser expressa: através de gestos, expressões faciais, expressões corporais, o olhar, o contato visual. O suj10 reforça a função emotiva da comunicação não verbal. Entretanto, reporta-se à comunicação não verbal com o deficiente auditivo.

Algumas das teorias da comunicação não verbal são expressas pelo suj04, que cita

a proxemia e a paralinguagem.

No curso ofertado de Comunicação com o paciente cego, aspectos como a organização do ambiente para a consulta ampliando a área de circulação, condução do paciente, orientando o sentido do deslocamento e ambientação no local da consulta são aspectos importantes no acolhimento ao cego, que foram apresentados ao enfermeiro no curso, porém, ausentes no conteúdo das falas do pós-teste.

Ressalta-se que aspectos como a preparação do espaço da consulta e o toque dos equipamentos que serão usados na assistência foram destacados no curso, entretanto, não foram citados pelos enfermeiros. A única fala (do suj04) da Classe de comunicação não verbal que relaciona a assistência de enfermagem na consulta com o cego pode ser lida a seguir:

“[...] a comunicação não verbal e vários tipos de comunicação, como fala, escrita, gestos, facilitam a comunicação com o paciente cego visando a qualidade da assistência de forma integral e igualitária e fortalecendo o vínculo do profissional com o cliente”. (suj04)

Um elemento positivo que deve ser considerado neste discurso é a percepção deste profissional sobre a importância da comunicação para o estabelecimento do vínculo enfermeiro-paciente e promoção da qualidade da assistência.

5.4.2. Elementos e Funções da Comunicação Verbal na Consulta de Enfermagem ao Paciente Cego

A classe 2, denominada de “Elementos e funções da comunicação verbal na consulta de enfermagem ao paciente cego”, é composta por 10 UCEs, ou 17% do total do Corpus analisado e caracteriza-se pela presença de elementos que anunciam uma visão ampliada dos enfermeiros sobre a comunicação verbal. Suas palavras significativas foram: funcao_conativa (20), funcao_expressiva (20), canal (16), funcao_referencial (15), contato (13), express (11), transmitir (11), do (4), as (4), objetiv (3), mensagem (3), atraves (2).

É possível observar nas falas a seguir, que os enfermeiros apresentaram um avanço significativo no domínio das funções da comunicação verbal e dos elementos deste processo de comunicação.

“As funções da comunicação são: referencial que trata sobre o que ou quem se fala. A função expressiva são expressões utilizadas para a emissão de uma mensagem, para se enfatizar algo e por último a função conativa”. (suj01)

“[...] os elementos da comunicação são a mensagem, o remetente, o destinatário, o contexto, o contato e o canal. As funções da comunicação verbal são: função referencial ou função informativa, função expressiva ou expressão do sentimento, falados diretamente para o receptor e função conativa usada no imperativo”. (suj10)

“[...] estes são os elementos da comunicação verbal: são o remetente que é a pessoa que fala a mensagem, destinatário, a pessoa que recebe a mensagem, a mensagem, o que deseja ser transmitido, o conteúdo é do que se fala, o contato é o meio por onde transmitimos a mensagem. As funções da comunicação verbal são função referencial que fornece informações sobre algo ou pessoa, função expressiva que fornece idéia de sentimentos na mensagem, função conativa que expressa a mensagem no vocativo e no imperativo”.(suj07)

O suj10 aponta em seu discurso todos os elementos da comunicação verbal: mensagem, remetente, destinatário, contexto, contato e canal. Entretanto, o suj07 não cita os canais como elementos da comunicação verbal, demonstrando uma lacuna comum ao grupo no domínio deste conteúdo.

As falas dos suj01 e suj07 balizam as principais funções da forma verbal de comunicação que são: função referencial, função expressiva e função conativa. Apesar das respostas bem elaboradas, não se observam exemplos práticos que determinem cada função. Os elementos e funções da comunicação com o paciente cego não são detalhados nas falas, e se restringem a decodificação da mensagem pelo cliente (paciente cego).

5.4.3 Formas de Comunicação Verbal na Consulta ao Paciente Cego

A Classe 3, “Formas de Comunicação verbal na consulta ao paciente cego”, é composta por 16 UCs representando 27% das unidades classificadas pelo corpus. Observa-se que é o texto temático menos contributivo. Suas palavras e vocábulos selecionados pela frequência e pelos valores de Q^2 , mais elevados na classe são: receptor (13), elementos_da_comunicac (13), formas_de_comuni (13), contexto (12), envia (11), remetente (9), destinatário (9), emiss (8), mensagem (7), pessoa (4), codigo (3), transmit (3), uma (2), utiliz (2), importante (2).

Apesar de algumas destas formas serem comuns às classes 2 e 3, foram separadas pelo software por expressarem diferentes idéias e contextos. Na classificação hierárquica descendente (CHD) é possível observar a relação lexical entre estas classes 2 e 3, o que se confirma ao analisarmos as falas. Ambas representam características da comunicação verbal, expondo seus elementos e funções.

Os discursos desta Classe evidenciam a relação entre a comunicação e a acessibilidade do paciente cego ao SUS, que pode ser constatada nas falas a seguir:

“[...] comunicação verbal se divide em linguagem falada e linguagem escrita ou braille, é fortemente influenciada pela origem das pessoas a própria linguagem”.(suj08)

“[...]as formas de comunicação verbal são a fala, onde através de palavras formamos mensagem para transmitir ao destinatário [...] é importante uso de linguagem compreensível, a escrita onde utilizamos de algo concreto para transferir a mensagem, o braille é um alfabeto utilizado por pessoas sem acuidade visual ou baixa visão para transmitir ou ter acesso a uma mensagem”.(suj03)

“[...] é falada quando o remetente utiliza da emissão de palavras para exprimir uma idéia. É através da formação de frases e da escrita que é possível para o remetente selecionar palavras [...] de forma organizada para que seja possível passar uma mensagem. O braille é uma linguagem escrita utilizada pelo cego e de grande importância na sua inclusão social”.(suj01)

As falas evidenciam que o “Braille” passa a ser considerado como uma das formas da comunicação verbal, sendo descrito como o alfabeto utilizado pelo paciente cego. Entretanto, enquanto os profissionais puderam relacionar exemplos práticos do uso das demais formas falada e escrita no processo comunicativo, o braille apenas foi citado.

Em seguida, outro elemento emerge nos discursos, a codificação da mensagem entre os interlocutores. A fala a seguir sinaliza a importância da compreensão da mensagem para a orientação em saúde:

“Sendo importante que o receptor escute a mensagem codificada pelo emissor e que este mantenha bom timbre, volume e ritmo da fala. Para que ocorra a decodificação e a compreensão por parte do receptor deve ser considerando todo o contexto, possibilitando troca de informação ou feedback imediato”.(suj07)

Neste contexto, é notória a presença de elementos, formas e funções da comunicação verbal e não verbal nos discursos após a aplicação do programa educacional, relacionando seus usos na consulta ao paciente cego. No que se refere ao tema “comunicação não verbal”, houve um aprofundamento limitado, porém expressivo.

Percebe-se que os conceitos relacionados às funções, elementos e formas da comunicação verbal foram apreendidos pelos enfermeiros, estabelecendo-se uma relação destes saberes e seu uso na prática assistencial com o paciente cego.

Os principais benefícios da comunicação apontados para a consulta de enfermagem citados foram: estabelecimento e relação de confiança entre enfermeiro/paciente, levantamento de informações para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, cuidado emocional, acolhimento e humanização da assistência.

A figura 11 apresenta os principais conceitos e idéias sobre a comunicação com o

paciente cego, que emergiram nas Unidades Elementares de Contexto após o programa educacional.

Percebe-se que o grupo tem novas representações diferentes da comunicação após o curso, agregando o olhar e o toque à forma não verbal, domínio das funções e elementos verbais.



Salienta-se que este estudo se remeteu ao primeiro nível hierárquico da pedagogia das competências, o conhecimento, sendo necessárias outras ações que desenvolvam atitudes e habilidades de comunicação ao paciente cego e, desta forma, promovam a aquisição de competência de comunicação no grupo em estudo.

6 DISCUSSÕES

Na fase de execução, o programa educacional apresentou duas fragilidades, a baixa adesão e alta evasão de cursistas. Entretanto, vale destacar que entre as três regiões do Ceará nas quais foi implantado através do PPSUS, o CRAJUBAR foi a com maior número de enfermeiros inscritos (24), enquanto Maciço de Baturité apenas dois, e Fortaleza nenhum.

O curso “Comunicação do enfermeiro com o paciente cego” baseou-se em pesquisas validadas na temática de Rebouças (2008) e Costa (2009), e foi planejado em instituições de reconhecimento nacional (URCA/UFC/UNILAB) por um grupo de pesquisadores com *expertise* na área. Seu material didático pedagógico foi selecionado criteriosamente, bem como os mecanismos de avaliação dos cursistas.

No entanto, embora a acessibilidade da pessoa com deficiência seja um tema prioritário no campo da saúde, nos *lócus* deste estudo poucos profissionais se interessaram em participar do curso proposto.

Apesar da ampla divulgação em mídia eletrônica e presencialmente nas secretarias de saúde do Triângulo CRAJUBAR, houve baixa adesão dos enfermeiros de Crato e Juazeiro do Norte ao curso. O grupo relacionou esta atitude à falta de tempo, não dispor de computador no domicílio para realização das atividades à distância, não dominar a informática para fins de estudo e impedimentos de ordem pessoal para participação da aula presencial.

Neto *et al.* (2010) apontam como causa determinante da baixa adesão à EaD, uma visão limitada do público ao considerá-la uma modalidade barata de ensino. Sabe-se que esta opinião deve ser reavaliada, pois há grande investimento em capacitação de professores, tutores, materiais de apoio, estrutura física e tecnológica para implantação de um curso à distância.

Batista *et al.* (2009) referem que muito tem sido questionado e discutido sobre o uso da EaD no ensino, no campo da saúde como Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), especialmente, pela sua principal característica, a ausência da relação presencial de professor/aluno em recintos determinados. Neste sentido, os conteúdos propostos pelo curso devem ser tratados de modo especial, ou seja, terem a estrutura ou organização que os torne passíveis de aprendizado à distância.

Sabe-se que o uso das TICs ocorreu de forma acelerada no âmbito da saúde. Assim, a inclusão digital é essencial para o aprendizado na atualidade (FROTA *et al.*, 2013), pois representa uma maneira inteligente de se manter presente em um mercado de trabalho

competitivo, possibilitando o crescimento não só intelectual, mas profissional (BATISTA *et al.*, 2009).

Entretanto, apesar do alto investimento de recursos humanos e tecnologia para sua oferta no Triângulo CRAJUBAR, e visível necessidade de atualização dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no tocante à comunicação com o paciente cego, destaca-se a baixa adesão ao curso. Tal fato pode justificar-se pelo ano de graduação que predominou no grupo em estudo, que variou entre 1998 e 2012, predominando o intervalo de 2002 a 2005 (54,1%). Freitas (2014) apontam em seu estudo que o longo tempo de formação pode contribuir para tornar os profissionais de saúde mais cansados e menos dispostos a buscar novas capacitações.

Dos 24 inscritos no programa educacional, apenas 11 enfermeiros concluíram as atividades. Ao se investigar as causas da alta evasão no grupo em estudo, citaram-se: a falta de tempo dos profissionais para estudo e responder as atividades propostas, a dificuldade em manusear o ambiente virtual de aprendizagem e problemas técnicos no site da UFC, que impediram o acesso aos conteúdos das aulas. O censo escolar da EaD (2010) e o anuário estatístico de educação aberta e à distância (2008), corroboram com os achados ao constatar a evasão dos alunos de EaD por motivos financeiros, falta de tempo e, principalmente, não adaptação ao método.

Entende-se por evasão um declínio no número de estudantes a partir do começo ao fim do curso, programa ou sistema em análise (FIUZA; SARRIERA, 2013). Em pesquisa recente, Abbad (2010) aponta como principais fatores para a evasão na EaD a falta de tempo, seguida de recursos didático-pedagógicos insuficientes, incompatibilidade do curso com as expectativas do estudante, a falta de recursos de apoio, o curso não ter objetivos claros e a ausência de interação com outros estudantes.

Fiuza, Sarriera (2013) destacam que as principais causas desta evasão são fatores externos ao curso, tais como: a priorização de outras atividades por parte do aluno, falta de habilidade para EaD, problemas de saúde e não adequação ao modelo. Em geral, os fatores internos estão relacionados à falta de acompanhamento do professor-tutor e à falta de apoio/incentivo institucional.

Neste contexto, percebe-se um desafio da EaD, que é o de manter o aluno e qualificar sua formação. Para tal, o aluno deve ser orientado sobre a importância de sua participação e corresponsabilidade na sua formação (NETTO, 2012). Neste sentido, a EaD

representa uma nova abordagem metodológica e tecnológica de aprendizagem, na qual o aluno é autodidata (BATISTA *et al.*, 2009).

Assim, para garantir uma construção coletiva de conhecimentos e promover a autonomia do cursista, na aula inaugural foram apresentados pelo tutor e equipe organizadora, os objetivos do curso (EaD), o cronograma de atividades e as formas de avaliação. Desta forma, os enfermeiros organizaram seu tempo conforme a agenda do programa educacional. Na oportunidade, os enfermeiros foram esclarecidos quanto ao seu compromisso e corresponsabilidade neste processo, sendo explicitado para o grupo deste estudo o papel do tutor na articulação e mobilização frente aos objetivos do curso.

Desta forma, o tutor assume o papel de professor numa construção coletiva do conhecimento, com a participação ativa do aluno no seu processo de qualificação, de tal modo que é garantida a autoaprendizagem (SANTOS, 2015). É notório que as TICs geram estímulos e desafios para a prática de ensino e aprendizagem (DE HOLANDA; PINHEIRO; PAGLIUCA, 2013), tanto para os alunos quanto para os tutores.

Neste sentido, Neto *et al.* (2012) reforçam que o tutor deve contribuir com sugestões concretas e significativas junto ao grupo, para aquisição de conhecimentos baseada nos objetivos do aprendizado. Assim, a atuação do tutor “ultrapassa a figura de mero repositório para ser um guia, um facilitador e um orientador do processo de aprendizagem dos seus alunos” (GIRAFFA, 2012, p.28).

No grupo em estudo predominaram mulheres graduadas e pós-graduadas em instituições públicas. Fonseca *et al.* (2012) assinalam um predomínio histórico do gênero feminino entre os trabalhadores de enfermagem, desde a origem da palavra inglesa “nurse”, do latim *nutrix*, que significa “mãe que cria”. Neste contexto, Souza *et al.* (2014) afirmam que no âmbito da formação, percebe-se que as práticas de enfermagem estão impregnadas de estereótipos, em diferentes contextos, delimitando as suas práticas dentro desta profissão, e apontam para a necessidade dos cursos de formação empreenderem uma problematização sobre as relações de gênero.

No tocante à formação baseada em competências para comunicação, em 2001 são instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da enfermagem, nas quais são propostos currículos organizados em conjuntos integrados e articulados de situações-meio, pedagogicamente concebidas para promover aprendizagens significativas (BRASIL, 2001). Nesta perspectiva, busca-se o desenvolvimento de competências para o exercício contínuo e

contextualizado dos processos de mobilização, articulação e aplicação dos saberes, por meio de esquemas mentais (RAMOS, 2002).

A formação por competências pretendida pelo Ministério da Educação (MEC) a partir destas DCNs recomenda uma ampla reforma do sistema educacional, com modernização do modelo de formação profissional, que prevê, dentre outras ações, o sistema de formação, avaliação e certificação, baseado em competências. Portanto, a formação do enfermeiro deve dotá-lo de conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidade de comunicação, entre outras (BRASIL, 2001).

A Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, considera que a competência de comunicação na enfermagem envolve o conhecimento da comunicação verbal, não verbal, habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001). Logo, ao buscar identificar no grupo em estudo, os conceitos e representações sociais da comunicação verbal e não verbal, seus elementos, funções e importância na consulta com o paciente cego, pretende-se avaliar um programa educacional capaz de promover esta competência no âmbito do SUS.

A comunicação verbal é a mais utilizada na consulta ao paciente, esta é uma das afirmações do grupo de enfermeiros antes da tecnologia educativa. Macedo *et al.* (2009) corroboram ao considerá-la 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.

O grupo em estudo cita que a comunicação verbal é expressa de forma voluntária através da fala e escrita. Os enfermeiros relataram que a fala sobressai à escrita no cotidiano da assistência. Nesta perspectiva, Costa *et al.* (2009) confirmam que a comunicação verbal é voluntária, de forma que o ser humano tem consciência do ato e da mensagem que irá transmitir, e que se evidencia a fala como a mais utilizada pelos profissionais de saúde.

Para tal, o enfermeiro deve ser orientado quanto ao uso adequado da fala na consulta de enfermagem com o paciente cego, e está ciente de que o processo de comunicação com este paciente requer cuidado especial (COSTA *et al.*, 2009).

Merece destaque a ausência do braile na maioria das falas do grupo antes da EaD, o que expressa que este canal da comunicação não faz parte das representações e do cotidiano da assistência no grupo em estudo. Um dos participantes no pré-teste aponta o braile como forma não verbal de comunicação, o que demonstra o limitado conhecimento do grupo no campo da comunicação com o cego.

A falta sentida na referência a esta forma de comunicação verbal alerta a necessidade do curso em aprofundar o uso do Braile na consulta ao paciente cego e, desta forma, através deste programa educacional, promover a discussão e divulgação das formas de comunicação verbal entre os profissionais da Atenção Primária.

Para Brasil (2016), o deficiente visual apresenta limitações na linguagem escrita e, desta forma, o braile representa o seu acesso através da leitura tátil. Infelizmente, mesmo após sua regulamentação pelo Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, o braile permanece desconhecido na prática assistencial, e inexistente como ferramenta de comunicação adaptada para o deficiente visual nas Unidades Básicas de Saúde.

Apenas após a aplicação da EaD, o grupo de enfermeiros relaciona o Braile como forma de comunicação verbal, considerando-a linguagem essencial na consulta do deficiente visual. Entretanto, é apenas citado nos discursos como forma verbal de comunicação, sem exemplos práticos de seu uso na consulta com o paciente cego. Este achado reflete uma visão reducionista, na qual historicamente os profissionais de saúde e a própria sociedade é excludente no tocante às pessoas com deficiência, apesar de afirmar o contrário.

É evidente a limitação do grupo no tocante ao domínio dos elementos e formas de comunicação verbal, em especial, para o deficiente visual. Pagliuca *et al.* (2014) confirmam que para o cego a escrita em tinta é uma folha em branco, e raramente o enfermeiro escreve em Braile. Recomenda-se que os profissionais de saúde devam dominar todas as formas da comunicação verbal, e dispor de equipamentos tais como: cartazes, folders e manuais na linguagem adaptada para o paciente cego.

Nos serviços de saúde observa-se que cartazes, pôsteres e folders com importantes informações de saúde não são adaptadas para o paciente cego. Sabe-se que esta discussão vai além da acessibilidade de comunicação, adentrando à adaptação da estrutura física para as necessidades da pessoa cega.

Antes da atividade educativa, os enfermeiros sinalizam a importância da compreensão da mensagem pelo enfermeiro/paciente, e destacam que a decodificação desta permite ao emissor perceber os sentimentos e necessidades do receptor através de expressões faciais e corporais dos pacientes. Neste sentido, é de extrema importância que o enfermeiro domine as técnicas específicas para que o contexto da mensagem seja compreendido pelo receptor (paciente), e não apenas pelo seu acompanhante, o que muitas vezes ocorre. Para tal, o enfermeiro deve entender as nuances da comunicação com o cego, bem como codificar seus sinais durante a consulta.

Nesta perspectiva, Rego *et al.* (2011) salientam que a decodificação destas mensagens apenas é possível quando os interlocutores têm experiências prévias com os mesmos objetos e suas representações.

Bax, Araujo (2012) apontam que a decodificação da mensagem do emissor para o receptor torna o cuidado singularizado, individual e efetivo. E reforçam que a comunicação é muito utilizada pelo enfermeiro em todos os momentos de cuidado, portanto, sua aplicação deve favorecer a troca de informações entre enfermeiros e pacientes.

Para facilitar a decodificação da mensagem, os enfermeiros do curso recomendam o tom de voz audível e linguagem clara. Pagliuca *et al.* (2014) corroboram com estes achados recomendando que o profissional de saúde se apresente ao receber o paciente cego, pois o mesmo não pode visualizar o seu crachá de identificação.

Apesar de não haver uma pergunta específica no pré-teste sobre os canais de comunicação verbal, foram citados: bilhetes, cartas, jornal, livros, internet e rádio. Percebe-se a presença de diversos canais da linguagem falada e escrita. Embora os cursistas possam citar exemplos de canais de comunicação no pré-teste, não sabem conceituá-los, explicá-los e classificá-los no pré-teste. Percebe-se esta lacuna no conhecimento dos canais de comunicação, pois *outdoors* e cartazes são referidos como canais de comunicação não verbal.

Sabe-se que existem seis elementos da comunicação verbal, os quais são: mensagem, remetente, destinatário, contexto, contato e canal. Cada elemento tem um papel no processo de comunicação, O REMETENTE envia uma MENSAGEM ao DESTINATÁRIO. Para ser eficaz, a mensagem requer um CONTEXTO; um CÓDIGO total ou parcialmente comum ao remetente e ao destinatário; e, finalmente, um CONTATO (JAKOBSON, 2007).

Neste processo, os canais são o suporte físico do código por onde a mensagem é transmitida. Podendo-se citar o ar na comunicação falada, o papel na escrita, os cabos na telefonia, as ondas no rádio (JAKOBSON, 2007). O contato ou canal representa o meio físico por onde passa a mensagem entre o emissor e o receptor, desta forma, representa a conexão psicológica entre os interlocutores.

Nos achados, percebe-se que após a EaD o grupo não consegue diferenciar os códigos verbais dos não verbais. O “código” é representado pela fala, gestos, escrita ou imagens, ou a combinação destes signos para a transmissão da mensagem (JAKOBSON, 2007). As palavras são representadas por códigos e expressas na forma escrita ou oral da linguagem (SILVA, 2006). Percebe-se que no curso, as atividades pedagógicas não promoveram a construção de conceitos de código e canais, determinantes para os enfermeiros

diferenciarem as formas verbais e não verbais destes. Vale salientar que conhecer os canais de comunicação e não dominar suas técnicas de uso interfere na transmissão de mensagens.

No âmbito do domínio da comunicação verbal, após a EaD, alguns enfermeiros citam os seis elementos da comunicação verbal de forma primorosa, o que demonstra impacto positivo na aquisição deste conhecimento no grupo em estudo.

No que se refere à apreensão de conhecimentos sobre as funções da comunicação verbal, os discursos dos enfermeiros possibilitam destacar as funções conativa, expressiva e referencial. Tendo como base a literatura, o grupo em estudo apreendeu todas as funções propostas pelo teórico Jakobson (2007), que referenciou o estudo. Os discursos destacam que a função referencial permite a troca de informações, e a função emotiva ou expressiva, que expressa emoção, as mais citadas pelo grupo.

Apesar de pontuarem todas as funções da comunicação verbal e descrevê-las em detalhe, os enfermeiros não demonstraram seus usos na consulta com o paciente cego, pois não há uma descrição das formas de comunicação e uma correlação com seu cotidiano na consulta de enfermagem. Evidencia-se que as funções, elementos e formas da comunicação por serem temas de grande especificidade e profundidade, representam um desafio no aprendizado à distância, pois requerem tempos e práxis para sua apreensão. Neste sentido, Costa *et al.* (2009) reforçam que o conhecimento das funções e elementos da comunicação verbal é fundamental para o estabelecimento de uma comunicação hábil às peculiaridades do paciente cego.

Nesta ótica, Melo *et al.* (2013) sinalizam que o domínio destes elementos pode tornar a comunicação mais efetiva, e seu uso adequado permitirá ao enfermeiro perceber mensagens implícitas ou explícitas dos pacientes.

Destarte, o curso permitiu a incorporação de aspectos relativos à comunicação verbal, pois gerou saberes sobre os elementos e funções da comunicação. Porém, estes saberes foram limitados e fragmentados, desta forma, propõe-se a revisão desta tecnologia educativa, baseando-a em estratégias teórico-práticas de aprendizagem que demonstrem seu uso na consulta com o cego.

O grupo em estudo cita no pré-teste, como exemplos de comunicação não verbal, os gestos, expressões faciais, corporais, “a escrita”, o toque e a libras para transmitir a mensagem. Destaca-se a escrita nas falas por representar outra forma de comunicação, a verbal. Desta forma, percebe-se no grupo uma confusão quanto aos canais da comunicação verbais e não verbais. Evidencia-se também uma visão limitada da comunicação não verbal,

na qual os enfermeiros não têm segurança para descrever seus elementos e características de forma detalhada.

A comunicação não verbal envolve manifestações do comportamento não expressas por palavras, podendo-se citar como exemplos: os gestos, o silêncio, as expressões faciais e a postura corporal (SILVA, 2010). Neste sentido, gestos, postura, e inclusive as pausas são indicadores desta comunicação (PAIVA *et al.*, 2010).

Percebe-se que no conceito de comunicação não verbal gerado pelo grupo, não há elementos que discutam aspectos do espaço entre interlocutores. Nesta perspectiva, Frankel *et al.* (2012) afirmam que aspectos do ambiente da aproximação ou distanciamento entre os interlocutores além das expressões faciais e corporais representam a comunicação não verbal.

Neste sentido, o grupo foi apresentado à teoria Proxêmica e suas nuances na comunicação com o cego durante o curso ofertado nesta pesquisa. Segundo Hall (2005), a comunicação proxêmica é uma modalidade de comunicação não verbal que estuda a estruturação inconsciente do homem pelo espaço.

Desta forma, houve um primeiro contato dos enfermeiros com a teoria Proxêmica durante o programa educacional, na perspectiva de ampliar os conhecimentos sobre a comunicação não verbal e preencher a lacuna no campo das competências de comunicação comprovadas nos discursos pré-EaD.

O grupo em estudo descreve após a EaD uma relação indissociável entre posicionamento dos interlocutores e disposição do mobiliário para o acolhimento adequado do paciente cego no consultório. Entretanto, não aprofunda a discussão no tocante à remoção de barreiras físicas e descrição dos equipamentos a serem utilizados na consulta. Neste sentido, a preparação da sala antes da consulta, com posicionamento de mesa, cadeiras e instrumentais, são aspectos não verbais que merecem ser aprofundados em futuras capacitações à distância.

Através de uma análise da comunicação humana, identificam-se dimensões básicas que algumas vezes refletem a relação entre estas duas formas: a linguagem articulada (vocal verbal), a paralinguagem (vocal e não verbal); a cinésica (não-vocal, não verbal) e a proxêmica (não-vocal, não verbal) (RECTOR; TRINTA, 1986, p.50). No grupo em estudo evidencia-se a cinésica, a proxêmica e a paralinguagem. A dimensão tacêsica, que envolve o toque no processo de interação com o cliente (SILVA, 2010), também é referida pelos cursistas.

Antes do programa educacional, o grupo de enfermeiros cita o braile como forma de comunicação não verbal, e a libras, como linguagem expressa através do toque. Desta forma, os sujeitos acreditam que a língua dos sinais são apenas gestos sem nenhuma estrutura linguística, o que expressa uma falha deste conceito no grupo antes da EaD.

Estes discursos apontam uma deficiência teórica da enfermagem no tocante às competências de comunicação com o paciente cego no SUS. Estudos de Pagliuca *et al.* (2014) corroboram com estes achados e apontam lacunas de conhecimento quanto às formas de comunicação verbal e não verbal e falta de exemplos práticos quanto ao uso destas na consulta com o cego.

A Lei 13.146/2015, que estabelece normas e critérios básicos para promover a acessibilidade das pessoas com deficiência, propõe a supressão de barreiras de comunicação através da educação continuada e promoção de tecnologias assistenciais e inclusivas. Assim, para a inclusão da pessoa com deficiência visual e auditiva é normatizado que a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e o sistema de sinalização ou de comunicação tátil (Braile) sejam disponibilizados nos serviços públicos (BRASIL, 2015).

A Libras é uma língua visual, com várias regras, como toda língua, o que difere de linguagem visual, que seria composta de sinais, gestos, expressão. Portanto, na Libras existe gramática e em seu interior há regras que precisam ser respeitadas (FARIAS, SANDERSON, PORTO, 2015). Após a aplicação da EaD, o grupo deste estudo não faz alusão a Libras como comunicação através do toque, o que representa um conhecimento adquirido pela EaD.

O toque, citado pelos enfermeiros como meio de comunicação não verbal, não foi aprofundado nas discussões do grupo em estudo. Tal fato foi evidenciado pela ausência de exemplos do seu uso na consulta com o cego.

Ramos, Bortagarai (2012) apontam o toque como essencial na comunicação não verbal e deve ocorrer por toda assistência não se limitando aos procedimentos técnicos científicos do exame clínico, por exemplo. A sua finalidade também é demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao sujeito. O cumprimento do paciente cego através do aperto de mão representa para o cego o que um sorriso representaria a um vidente. Estes aspectos da tacênica foram apresentados no curso, entretanto, não foram apreendidos ou demonstrados no conteúdo das falas (REBOUÇAS, 2008).

Ante tais limitações, a troca de informações inerentes à comunicação pode não acontecer ou acontecer apenas parcialmente. Desse modo, forma-se uma barreira entre os dois comunicantes (PAGLIUCA; REGIS; FRANÇA, 2008).

Os profissionais que participaram do curso apontam que o paciente deve ser orientado quanto à disposição do mobiliário e apresentados aos equipamentos a serem utilizados na consulta de enfermagem. Assim, os aspectos subjetivos que se apresentam na proximidade são valorizados na interação (HALL, 1986).

O uso do espaço é um meio de comunicação não verbal e influencia o relacionamento interpessoal, nesta perspectiva, a preparação do ambiente para consulta e sua descrição ao paciente são essenciais (SILVA, 2010). Vale salientar que os aspectos verbais, como a descrição do ambiente, dentre outros componentes, devem estar alinhados à preparação do espaço para consulta (REBOUÇAS *et al.*, 2012). Assim, percebe-se que a preparação da sala antes da consulta, com o posicionamento de mesa, cadeiras e instrumentais são aspectos não verbais que merecem destaque no programa educacional.

Antes da EaD, o grupo de enfermeiros desconhece a relação do ambiente com a comunicação. Ao final do curso, destacam que a organização do mobiliário no consultório, interrupções, privacidade, movimentos externos e ruídos poderão favorecer ou prejudicar a comunicação com o paciente cego.

No tocante à comunicação não verbal na consulta de enfermagem com o cego, os cursistas apontaram seu papel para a expressão de sentimentos, emoções e qualidades entre interlocutores. Neste sentido, o grupo sinaliza a importância do tom de voz na consulta, que imprime caráter imperativo ou informativo no diálogo e também expressa sentimentos. Estudos demonstram que 55% dos sentimentos são expressos através da comunicação não verbal, 38% pela voz e somente 7% são representados por palavras (SILVA, 2010; BROCA; FERREIRA, 2012). A comunicação não verbal permite perceber e compreender além das palavras, os sentimentos do interlocutor (RAMOS, BORTAGARAI, 2012).

Antes da aplicação do programa educativo, o grupo em estudo demonstrou uma visão avançada no tocante às relações entre as formas verbais e não verbais de comunicação, tendo consciência da relação permanente destas nas interações humanas. Portanto, há evidências positivas das relações entre as formas de comunicação verbal e não verbal sinalizadas nas falas do grupo. Os enfermeiros apontam que a comunicação não verbal pode reforçar ou negar a forma verbal. E, neste sentido, pode interferir na transmissão de mensagens.

Braga; Silva (2007) reconhecem que as emoções, expectativas e os estereótipos interferem na comunicação, bem como a necessidade do conhecimento prévio dos emissores sobre os canais usados na forma não verbal. Estudo de Paegle; Silva (2003) apontam que as

funções básicas da comunicação não verbal são: substituir, contradizer ou corroborar com a comunicação verbal.

Outro modelo de análise da comunicação não verbal aponta 4 funções básicas nas relações interpessoais: a primeira função é complementar a comunicação verbal, evidenciada por qualquer sinal não verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente. A segunda, substituir a comunicação verbal, que ocorre quando os sinais não verbais substituem as palavras. E a terceira, contradizer o verbal, percebida quando qualquer sinal não verbal contradiz as palavras. A última função é demonstrar sentimentos, principalmente por expressões faciais, entre outros sinais (SILVA, 2010). Portanto, os sinais não verbais podem complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também demonstrar sentimentos (STEFANELLI, 1993).

Assim, antes da aplicação do programa educacional, os enfermeiros do curso apresentam uma visão limitada sobre a comunicação não verbal, demonstrando que seus saberes sobre a temática são fruto de heranças culturais e de uma formação restrita na graduação.

O conceito de comunicação não verbal apreendido pelo grupo foi evidenciado apenas após a EaD. Após análise dos discursos, identificou-se que a comunicação verbal ocorre através do olhar, toque, tom de voz, expressões faciais e corporais. Portanto, houve a construção de um conceito de comunicação não verbal, agregando elementos das teorias Proxêmica, tacêsica e paralinguística.

Entretanto, esta forma de comunicação representa um universo de informações que precisa ser aprofundado e desvelado pelos enfermeiros nesta temática, pois é clara a deficiência do grupo quanto ao seu uso durante a consulta de enfermagem.

Neste sentido, é fundamental que o ensino das competências de comunicação não seja visto apenas como conteúdos a ser estudado, mas, uma possibilidade de melhorar a comunicação significativamente, levando em conta os diversos determinantes da situação e do processo saúde-doença do paciente, assim como o ambiente em que a comunicação ocorre (DOLMS *et al.*, 2013).

A comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, no qual as pessoas partilham idéias, pensamentos e propósitos (SILVA, 2010). A EaD promoveu no grupo de enfermeiros a aquisição de idéias, opiniões e representações da comunicação, seus elementos, formas, funções e importância para a enfermagem, e a partir destes gerou-se o conceito: “A comunicação é o ato de

transmitir e trocar informações de saúde através de meios verbais e não verbais, que promovam a interação profissional/paciente, o vínculo emocional e o levantamento de dados para a assistência de enfermagem”.

A partir desta representação social da comunicação no grupo, busca-se identificar a sua importância para a consulta com o paciente cego. O grupo em estudo evidencia que a comunicação verbal com o paciente cego representa um desafio no cuidado, pela amplitude e densidade de informações e teorias que o campo da comunicação agrega. Em contrapartida, o grupo tem ciência de sua importância na assistência ao paciente.

A discussão sobre a importância da comunicação na consulta com o paciente cego foi introduzida apenas após a EaD. Antes do curso, o grupo pontua seus significados para a pessoa com deficiência. As representações que emergiram foram comunicação como: instrumento para troca de informações de saúde, ferramenta para levantamento de dados do processo de enfermagem, promotor do cuidado emocional e da interação enfermeiro/paciente.

Martins; Araújo (2008) apontam que comunicação na relação enfermeiro-paciente possui três propósitos, que são: informar, incentivar a participação no autocuidado e interagir. Percebe-se que dois destes propósitos apresentam-se nas representações dos enfermeiros neste estudo.

Após a EaD, o grupo considera importante a comunicação não verbal na consulta de enfermagem com o cego. Justificou seu uso para estabelecer interação com o paciente, promover a acessibilidade de comunicação e identificar as relações e inter-relações do grupo para a promoção do autocuidado.

Evidencia-se a importância da comunicação na assistência com o cego, como ferramenta essencial na relação enfermeiro-cliente, como proposto por Oriá, Moraes e Victor (2004). Reforçou-se nos enfermeiros ao final do curso, a idéia da comunicação como ferramenta para humanização e acolhimento. Nesta perspectiva, Ramos; Bortagarai (2012) sinalizam que a comunicação eficiente viabiliza uma assistência humanística pautada nas necessidades bio-psico-sócio-espirituais e emocionais do sujeito.

Convictos da importância da comunicação para a acessibilidade do deficiente visual no SUS, os enfermeiros sugerem mais cursos na temática, amparados por exemplos práticos para aplicação na Atenção Primária. Neste sentido, Pagliuca, Regis e França (2008) apontam que o sucesso da consulta de enfermagem é primordial a capacitação dos profissionais no tocante às técnicas de comunicação específicas para o deficiente visual.

Sobre o seu papel para a formação de vínculo, o grupo em estudo assinala que a comunicação permite ao enfermeiro compreender os sentimentos do paciente, promover segurança emocional, e uma relação de confiança e empatia, favorecendo as relações interpessoais entre profissionais e pessoas (DE ARAÚJO, DA SILVA, PUGGINA, 2007).

Para o grupo entrevistado, a comunicação permite o levantamento das informações de saúde do paciente, para definição dos diagnósticos de enfermagem e elaboração de um plano de cuidados personalizado. Entretanto, percebe-se sua relação na consulta com o cego em momentos pontuais, como ao receber o paciente no consultório e no levantamento de informações de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos conhecimentos dos enfermeiros após o programa educacional demonstrou que houve uma apreensão significativa dos elementos, funções e formas da comunicação e sua importância para a enfermagem.

A partir dos resultados, evidenciou-se que antes do curso as percepções e conceitos do grupo na temática eram limitados, no que concerne à diferenciação das formas da comunicação e suas aplicações na consulta de enfermagem com o cego. Percebe-se o predomínio da comunicação verbal através fala e da escrita no cotidiano da assistência, e destaca-se a omissão ou desconhecimento da comunicação não verbal. O Braille foi citado erroneamente nos discursos como forma de comunicação não verbal, o que demonstra uma lacuna no domínio desta linguagem no grupo.

Ao investigar a importância da competência de comunicação para a consulta de enfermagem com o cego, os depoimentos restringiram-se à interação paciente/profissional, ao apoio emocional e à coleta de dados para o histórico de enfermagem, estando ausentes nas falas a importância da promoção do autocuidado e codificação das informações de saúde pelo usuário do serviço.

Percebe-se, portanto, que os elementos obtidos antes do programa educacional reforçam a importância de cursos para reciclagem e capacitação de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem quanto às técnicas e formas de comunicação adaptados para a pessoa com deficiência, em especial para o paciente cego.

Embora seja evidente a necessidade de atualização do grupo em estudo na temática, destacou-se uma baixa adesão ao curso proposto, o que reforça a urgência de um movimento de sensibilização e motivação na enfermagem para a qualificação desta assistência no SUS.

Entretanto, apesar do baixo número de participantes do Triângulo CRAJUBAR, das limitações de tempo, do excesso de conteúdo a ser explanado e de problemas na plataforma, percebe-se que o curso atingiu o objetivo proposto, gerando novos conhecimentos na temática comunicação com o paciente cego.

Os impactos da capacitação no grupo em estudo demonstram sua importância para a promoção da acessibilidade de comunicação e implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. Após a EaD, os enfermeiros desenvolveram representações e conceitos sobre os elementos e funções da comunicação verbal e aprenderam a caracterizar a forma não

verbal, a qual fora citada de forma insipiente antes do curso. Observa-se também, que os seis elementos da comunicação verbal foram apreendidos pelo grupo e descritos no processo comunicativo.

Os enfermeiros desenvolvem uma visão crítica quanto ao uso do Braille, que passa a ser citado como a linguagem verbal para o cego na consulta de enfermagem, e demonstram a necessidade de um aprofundamento para sua efetiva aplicação garantindo acesso a importantes informações de saúde na atenção primária.

Outro achado reforça os impactos positivos da tecnologia educativa junto ao grupo de enfermeiros em estudo, como o domínio das funções da comunicação verbal e descrição das mesmas, apontando suas características no diálogo com o paciente.

No tocante à importância da comunicação na consulta de enfermagem, gerou-se uma consciência crítica sobre seu papel nas interações com o cego para promover o empoderamento e autocuidado do paciente e incremento de uma assistência de enfermagem personalizada e humanizada.

Vale destacar que houve fragilidades neste processo educativo, e que a principal delas foi a alta evasão, o que demonstra desinteresse do grupo na temática, dificuldade de adaptação ao método de educação à distância e falta de compromisso e tempo para o cumprimento das atividades programadas no curso, o que nos leva a refletir sobre a crise ética e política da enfermagem e sua corresponsabilidade na formação e atualização profissional. Assumem-se, portanto, como limitações desta pesquisa, a baixa adesão de enfermeiros e a evasão de alunos no decorrer do curso, o que limitou o tamanho da amostra.

Igualmente, nos participantes que concluíram as atividades obrigatórias do curso observaram-se algumas lacunas. Merece destaque a ausência de teorias da comunicação não verbal nos discursos dos enfermeiros, o que expressa que estes podem não ter se dedicado o suficiente no processo de ensino-aprendizagem ofertado. Sabe-se que na EaD o aluno tem papel fundamental neste processo, com autonomia para sua aprendizagem e, desta forma, a EaD não deve ser a única responsável pelas falhas desta avaliação.

Considerando os objetivos do curso, percebe-se que o conhecimento gerado no grupo se restringe à compreensão de conceitos da comunicação verbal, não verbal, suas ferramentas, elementos e funções, e que este arcabouço teórico se edificou a partir de memórias, experiências e contato limitado do grupo com o tema neste programa educacional.

A limitação dos elementos da comunicação adquiridos neste estudo pode ter relação com a gama de teorias e elementos da comunicação que são apresentados no curso, e

que devem ser apreendidos em um curto espaço de tempo, sem metodologias e processos de ensino-aprendizagem que promovam uma reflexão teórico prática.

A inexistência nos discursos da comunicação como ferramenta para um diálogo que estimule o autocuidado e empoderamento do paciente cego, requer uma revisão das atividades avaliativas nos cursos à distância agregando teoria à prática.

Neste sentido, propõe-se que esta experiência seja ampliada e aplicada em outros estados e regiões do Brasil para garantir ao enfermeiro o acesso às formas de comunicação na consulta com o cego. Desta forma, pretende-se formar profissionais com competência de comunicação no SUS e garantir a acessibilidade à PcD.

Evidencia-se, portanto, que mais pesquisas devem ser desenvolvidas na temática. Nesta perspectiva, sugere-se a aplicação deste programa educacional a alunos da graduação em enfermagem e comparação de seus impactos. Outrossim, propõem-se estudos que ampliem a compreensão dos sinais não verbais emitidos pelo paciente cego durante a consulta, para a codificação das mensagens emitidas pelo usuário na consulta de enfermagem.

Vislumbra-se que esta pesquisa tem potencial para contribuir na consolidação da Rede de cuidados à pessoa com deficiência, e se torne ferramenta científica que colabore na redução das barreiras de acessibilidade de comunicação no âmbito do SUS. Almeja-se ainda, que seja publicado para conhecimento e discussão na comunidade acadêmica sobre a temática comunicação do enfermeiro com o paciente cego.

REFERÊNCIAS

ABBAD, Gardênia da Silva; ZERBINI, Thaís; SOUZA, Daniela Borges Lima. Panorama das pesquisas em educação a distância no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.15, n. 3, p. 291-298, 2010.

ABRIC, Jean-Claude. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

ALMEIDA, M.J. et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n. 2, p.156 – 165, 2007.

ALMEIDA, Angela Maria Oliveira; CUNHA, Gleicimar Gonçalves. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n. 1, p. 147-155, 2003.

AMARAL, F.L.J.S et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1833-1840, 2012.

AMARO, Ana; PÓVOA, Andreia; MACEDO, Lúcia. A arte de fazer questionários. **Faculdade de Ciências da Universidade do Porto**, Portugal: Porto, 2005.

ANNETTA, Leonard A.; FOLTA, Elizabeth; KLESATH, Marta. **V-Learning: Distance education in the 21st century through 3D virtual learning environments**. Springer Science & Business Media, 2010.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo; SILVA, Maria Júlia Paes; PUGGINA, Ana Cláudia G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 419-25, 2007.

AUGUSTO, Marina R.A; CORRÊA, Letícia S. Marcação de gênero, opcionalidade e genericidade: processamento de concordância de gênero no DP aos dois anos de idade. **Revista Linguística**, v. 1, n. 2, 2015.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem de UFP**, Recife, n.7, p. 5015-22, 2013.

AZEVEDO, Rosemeiry C.S. A comunicação como instrumento do processo de cuidar: visão do aluno de graduação. **Revista Nursing**, São Paulo, v.5, n.45, p. 19-23, 2002.

BASTOS, M.A.R.; GUIMARÃES, E.M.P. Educação a distância na área da enfermagem: relato de uma experiência. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.11, n.5, p. 685-691, 2003.

BATISTA, Kátia Torres et al. Os saberes (des) complicados para educação à distância em saúde. **Comun. ciênc. saúde**, v. 20, n. 3, p. 265-270, 2009.

BAUER, Adriana. Avaliação de impacto no Brasil: é possível mensurar impactos de programas de formação docente?. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 21, n. 46, p. 229-251, 2010.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa, contexto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAX, Ana Maria Cunha; ARAUJO, Sílvia Teresa Carvalho de. Expressão não verbal do paciente no cuidado: percepção do enfermeiro em unidade cardiointensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.728-733, 2012.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas**. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-8, 2009.

BOLLELA, V. R.; MACHADO, J. L. M. **Internato baseado em competências: bridging the gaps**. São Paulo: MedVance, 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios** *Qualitative research in collective health: overview and challenges*. 2012.

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

BRASIL. **Acessibilidade. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Secretaria dos Direitos Humanos. 2016. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/acessibilidade-0>>. Acesso em: mar. 2016.

_____. **DEFICIÊNCIA: Viver sem Limite**. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), 2014. 180 p.

_____. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: mar. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2012a, 63p.

_____. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência**. Luiza Maria Borges Oliveira, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012b. 32 p.

_____. Presidência da República. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. **Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, e Decreto nº 6.949, de 25**

de agosto de 2009. 4. ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Legislação Brasileira sobre Pessoas Portadoras de Deficiência**, 5.ed. Brasília: Câmara dos deputados, Edições Câmara, 2009. 415 p.

_____. Ministério da Educação. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP)**. Avaliação do Plano Nacional de Educação: 2001-2008. Brasília, DF: MEC/INEP, 2009a.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Versão Comentada, Coord. Ana Paula Crosara de Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da pessoa portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b, 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. rev. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 2005.

_____. **Decreto nº 5.296/2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e a nº 10.098/2000 que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência e estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

_____. **Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 2002.Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: mar. 2016.

_____. **Parecer nº. 1.133, de 07 de agosto de 2001.** Dispões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição. In: Diário Oficial da União. Distrito Federal, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 09 fev, 2015.

_____. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001:** Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): MEC; 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 09 fev, 2015.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 dez. 2000. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=218628>>. Acesso em: 14 nov, 2014.

_____. **Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração das Pessoas portadora de Deficiência. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%203.298-1999?OpenDocument>. Acesso em: 05 fev, 2015.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Documento Básico do ENEM:** 2000. Brasília: INEP; 1999.

_____. Ministério da Educação. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União,** Brasília: v.34, n.248, seção 1:27, 833-841p. Ministério da Educação e Cultura. Documento Básico do ENEM: 2000. Brasília: INEP; 1999.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. **Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências. Brasília-DF, Brasil, 1990.

_____. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1989.

_____. **Lei nº 4.169, de 4 de dezembro de 1962.** Oficializa as convenções Braille para uso na escrita e leitura dos cegos e o Código de Contrações e Abreviaturas Braille. Diário Oficial

da União, Brasília (DF). Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=88121>>. Acesso em: 05 fev, 2015.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v.65, n. 1, p. 97-103, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p.513-518, 2013.

CAMARGO, V.B. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S.M. (Orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Editora Universitária UFPB, 2005.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.

CARVALHO, Vilma de. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, p. 1797-1802, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CEARÁ. Departamento da atenção básica. **Sistema de informação da atenção básica**, 2015.

CEARÁ. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, n.121, seção 1:3. Publicação em 3 jul, 2009. Acesso em: 29, mar, 2015a.

CEZARIO, Kariane Gomes et al. Promoção da saúde e deficiência visual: produção das pós-graduações brasileiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, 2012.

CINTRA, Anael Pinheiro de Ulhôa; SOUZA, Leonildo Pereira. Pessoas com deficiência severa na Região Sul do Brasil: características da população segundo os Censos 2000 e 2010. **Caderno IPARDES-Estudos e Pesquisas**, v. 2, n. 2, p. 68-86, 2012.

COSTA, K.N.F.M. **Modelo de comunicação verbal com o cego**: desenvolvimento e validação em consulta de enfermagem (Tese) - Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2009.

COSTA, K. N. et al. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. **Rev Rene**, v. 10, n. 2, p. 29-36, 2009.

COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. (Orgs.). **Representações sociais e práticas em pesquisa**. João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2005.

CUNHA, A.B.O.; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.725-737, 2010.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho et al. A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 685-692, 2012.

DIAS, H.C.; PAIVA, C.M. Competências do enfermeiro: estudo de um hospital privado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64, n. 3, p. 511-520, 2011.

DOHMS, Marcela; TESSER, Charles Dalcanale; GROSSEMAN, Suely. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. **Rev. bras. educ. méd**, v. 37, n. 3, p. 311-319, 2013.

DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.4, p.453-7, 2005.

FARIAS, Frankson; SANDERSON, Helenne Schroeder; PORTO, Vanessa. Comunicação não-verbal e libras. **Revista Intercâmbio dos Congressos de Humanidades**, n. 16, 2015.

FAVRETTO, Débora Oliveira; CARVALHO, Emília Campos de; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficientes visuais. **Rev Rene**, v. 9, n. 3, 2012.

FEBRABAN. **População com deficiência no Brasil: fatos e percepções**. 2006. Disponível em: <www.febraban.org.br>. Acesso em: 02 fev, 2015.

FERNANDES, J.D.; REBOUÇAS, L.C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 95-101, 2013.

FERREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.11, n. 2. p. 319-338, 2013.

FERRETTI, Celso João. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. **Educ. Soc.**, v.18, n.59, p.225-269, 1997.

FILATRO, A. **Design Instrucional na prática**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2008. 173 p.

FIUZA, Patricia Jantsch; SARRIERA, Jorge Castellá; BEDIN, Lívia Maria. Distance education: translating, adaptating and validating the motivation emitice scale. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 1, p. 45-53, 2013.

FONSECA, Denire Holanda; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

FONSECA, Laís Mariana. Termos e expressões utilizados por familiares ao relatarem suas experiências nos diferentes momentos do adoecimento mental. (Monografia) Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010, 77 p.

FONSECA, A.A., SALDANHA, A.A.W., COUTINHO, M.P.L. Depressão em adultosjovens: representações sociais dos estudantes de psicologia. In: COUTINHO, M.P.L., SALDANHA, A.A.W. (orgs). Representação social e práticas de pesquisa. UFPB, 2005.

FRANÇA, Inacia S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev Rene**, v. 9, n. 2, 2012.

FRANKEL, Richard M. et al. Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. **BMJ quality & safety**, v. 21, n.1, p. 121-128, 2012.

FREITAS, Raquel Soares. **Modos de pensar e de fazer: o cuidado de enfermagem à pessoa com HIV/Aids representado pela equipe de enfermagem**. Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2014, 145p.

FREIRE, D.B et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. **Cad Saude Pública**, v.25, n.4, p.889-97,2009.

FROTA, Natasha Marques et al. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n.2, p. 29-36, 2013.

GARCIA, Rosineide Mubarack; BAPTISTA, Rosania. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Revista baiana de saúde pública**, v. 31, p. 70, 2014.

GAZZINELLI, Maria Flávia Carvalho et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 3, p. 553-571, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed, São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed, São Paulo: Atlas, 2006.

GIRAFFA, L. M. M. Docentes analógicos e alunos da geração digital: desafios e possibilidades na escola do Século XXI. In: Lucia Maria Martins Giraffa *et al.* (Org.). **(Re)invenção pedagógica? Reflexões acerca do uso de tecnologias digitais na educação**. Porto Alegre, RS: EdiPUCRS, 2012.

GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p.378-384, 2011.

GOMES, A. E. G.; REZENDE, L. K.; TORTORELLI, M. F. P. Acessibilidade e Deficiência:

Análise de Documentos Normativos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 130-137, 2010.

HALL, E.T. **A Dimensão Oculta**. Lisboa (PO): Relógio D'água, 1986.

Herzilich C. **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença**. 15.ed, São Paulo: Physis, 2005.

Hohlfeldt A, Martino L.C, França V.V. **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências (Orgs)**. 10.ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HOLANDA, Viviane Rolim; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Aprendizagem na educação online: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 406, 2013.

HORA, Dayse Martins; GONÇALVES, Rosilene Ramos; COSTA, Warley. A construção de uma proposta para o estágio supervisionado na modalidade a distância. **EccoS Revista Científica**, v. 10, n. 1, p. 125-142, 2008.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. *In: **Processo de enfermagem***. EPU, 1979.

IBGE. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência**. Luiza Maria Borges Oliveira, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012b. 32p.

INTERDONATO, G.C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.3, p. 369-375, 2012.

IPECE. **Anuário Estatístico do Ceará 2013**. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/?secretaria=IPECE&endereco=http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e Comunicação**. 24. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44.

KRONBERGER, N; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de texto. *In: Bauer, M.W; Gaskell, G. (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático***. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 416-38.

LEBART, Ludovic; SALEM, André. **Statistique textuelle**. Paris: Dunod, | c1994, v.1, 1994.

LIMA, M. B. et al. Educação a distância para comunicação entre enfermeiros e cegos. **J.Health Inform**, v. 4, p. 226-229, 2012.

LITWIN, Edith (Org). **Educação a Distância**: Temas para debate de uma nova agenda educativa. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MAIA, E. V.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.326-332, 2014.

MACEDO, Lino; PETTY, Ana Lúcia Sícoli; PASSOS, Norimar Christe. **Os jogos e o lúdico na aprendizagem escolar**. Artmed Editora, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAFTUM, M.A.; CAMPOS, J.B. Capacitação pedagógica na modalidade de educação a distância: desafio para ativar processos de mudança na formação de profissionais da saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.13, n.1, p. 132-139, 2008.

MAIA, E.R. **Distribuição espacial e perfil epidemiológico das pessoas com deficiência em áreas cobertas pela estratégia saúde da família**. Tese (doutorado) -Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011. 114f.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3009-19, 2010.

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 6, p. 846-850, 2014.

MARANGONI, S. O mapa da deficiência visual. **Rev. da Lara Mara**. Editora Áurea, n. 8, p.13-15, 2009.

MARQUES, C.M.S.; EGRY, E.Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n.1, p. 187-193, 2011.

MARQUES, Sergio Corrêa; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: teoria e prática**, v. 6, n. SPE, p. 91-104, 2004.

MARTINS, M.R.A. **Acessibilidade e usabilidade do serviço de TV Digital MEO para utilizadores com necessidades especiais**. 2014.

MARTINS, Beatriz Medeiros; ARAUJO, T. C. C. F. Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 53, p. 109-116, 2008.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento

sobre promoção da saúde e prática de enfermagem na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, n. 6, p. 991-999, 2012.

MEC. **Referenciais de Qualidade na EAD, 2007**. Disponível no site: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/refead1.pdf>>. Acesso em: mai, 2015.

MELO, Gleicia Martins *et al.* Comunicação de profissionais de enfermagem ante a dor de neonatos: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 3, p. 462-70, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MESQUITA, Rosa Maria. **Comunicação não-verbal: atuação profissional e percepção de psicodinâmica do movimento expressivo**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. 1997.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**. 9.ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2004.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MUNGUBA, Marilene Calderaro da Silva; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça; PORTO, Chrystiane Maria Veras. Da invisibilidade à participação social: promoção da saúde em pessoas com deficiência. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.28, n.4, p.463-466, 2015.

NASCIMENTO, A.R.A.; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.

NEGREIROS, Patrícia de Lemos *et al.* Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.

NETO, D.L. *et al.* Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.6, 2007.

NETTO, Carla; GUIDOTTI, Viviane; SANTOS, Priscila Kohls. A evasão na EaD: investigando causas, propondo estratégias. In: **Anais da Segunda Conferencia Latinoamericana sobre el abandono en la Educacion Superior**. 2012.

NOGUEIRA, D. X. P. **A educação a distância no Brasil: da LDB ao novo PNE**. 2011. Disponível em: <<http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0124.pdf>>. Acesso em: 09 fev, 2015.

NUNES, E.P.D.S. **Um método para avaliar a aquisição de conhecimento em Ambientes Virtuais de Aprendizagem Tridimensionais Interativos**. p. 259, 2014.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820-9, 2009.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SAWADA, Namiê Okino. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & contexto enferm**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.

OLIVEIRA, D.C et al. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.157-200,2005.

OMS, World Health Organization. **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank. Tradução de Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012, 334p.

ONU. Declaração da ONU. **Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com Deficiências**. Brasília, 2006.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 292-7, 2006.

OTTAWA, CARTA DE. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, nov, 1986.

PAEGLE, Silene Oliveira; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomias por câncer de intestino. **Rev Bras Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 130-32, 2003.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag et al. Validação das diretrizes gerais de comunicação do enfermeiro com o cego. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 581-7, 2014.

PAGLIUCA, L. M. F.; CEZARIO, K. G.; MARIANO, M. R. A percepção de cegos e cegas diante das drogas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, (UNIFESP, Impresso), p. 404-411, 2009.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; REGIS, Cristiano Gil; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de. Análise da comunicação entre cego e estudante de Enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 3, p. 296-301, 2008.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIÚZA, Nara Lígia Gregório; REBOUÇAS, Cristiana Brasil Almeida. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 411-418, 2007.

PLAGEDER. **Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural**. Curso de Graduação Tecnológica a Distância. Projeto Pedagógico do Curso, 2007. Disponível em:

<<http://www6.ufrgs.br/cursopgdr>>. Acesso em: mar, 2016.

PAIM, Marcele Carneiro; GUIMARÃES, Jane Mary de Medeiros. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 94, 2012.

PAIM, M.C.; ALVEZ, V.S.; RAMOS, A.S. Projeto EaD SUS/Ba: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do sistema único de saúde do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.33, n.1, p. 104-112, 2009.

PAIVA, Simone de Sousa et al. Non-verbal mother-child communication in conditions of maternal HIV in an experimental environment. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 41-47, 2010.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G.K.; LUGARINHO, R. **Diretrizes curriculares e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar?** In.: VII CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 2006.

PEREIRA, F.J.C. Estratégias de pesquisa plurimetodológicas. In: Moreira, A.S.P, (Org.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed Universitária, 2005, p. 25-60.

PINHEL, I.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v.41, n.4, p. 711- 716, 2007.

PONTES, A.C, LEITÃO, I.M.T.A, RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.3, p.312-8, 2008.

PRETI, Oreste (Org.). **Educação a distância: inícios e indícios de um percurso**. Cuiabá: NEAD/IE-UFMT, 1996. 188 p.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N, O. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. **Simp. Bras. Comun. Enferm.**, Ribeirão Preto, São Paulo, mai, 2002.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. Non-verbal communication in the health área. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012.

RAMOS, M.N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Revista Educação e Sociedade**. Campinas, v.23, n.80, p. 401-422, set, 2002.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. Validation of a non-verbal communication protocol for nursing consultations with blind people. **Rev Rene.**, v. 13, n.1, p. 125-139, 2012.

REBOUÇAS, C.B.A. et al. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.24, n. 1, p. 80-86, 2011.

REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida. **Construção e validação de um modelo de comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, 2008. 117f.

REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ALMEIDA, Paulo César de. Non-verbal communication: aspects observed during nursing consultations with blind patients. **Rev Escola Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 38-43, 2007.

RECTOR, Mônica; TRINTA, Aluizio R. Comunicação não-verbal: a gestualidade brasileira. In: **Comunicação não-verbal: a gestualidade brasileira.** Vozes, 1986.

REGO, N. et al. **A Linguística de Roman Jakobson:** Contribuições para o Estudo da Comunicação, 2011, p.73-82.

REINERT, M. **Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application.** Tradução de Aurélia de Gérard de Nerval. Bulletin de Méthologie Sociologique, v. 28, p. 24-54, 1990.

REINERT, M. **Manuel d'utilisation: ALCESTE** (Version 4.7 pour Windows). Toulouse: IMAGE; 1986.

RIBEIRO, Aline Pereira et al. Cenário da inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: revisão sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n.2, p. 268-276, 2014.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho; FERREIRA, Eliane Dias; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 86-91, 2010.

RODRIGUES, R.C.V., PERES, H.H.C. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem Online. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v.42, n.2, p.298-304, 2008.

SÁ, Celso P. **Núcleo central das representações sociais.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANT'ANNA, Ilza Martins; SANT'ANNA, Victor Martins. **Recursos Educacionais para o Ensino.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SANTEE, Nellie Rego; TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa. A Linguística de Roman Jakobson: Contribuições para o Estudo da Comunicação. UNOPAR Científica Ciências Humanas e Educação, **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 12, n. 1, 2015.

SANTOS, Clodogil F.R. Tecnologias de informação e comunicação: limites e possibilidades no ensino superior. **REBES - Rev. Brasileira de Ensino Superior**, v.1, n.1, p.36-46, 2015.

SANTOS, T. R. et al. Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. **Revista Ágora**, Vitória, v. 15, p. 210- 219, 2012.

SANTOS, H.A.N.; D'AMARAL, R.K.K. Assistência de enfermagem a portadores de deficiência visual. **Rev Enferm UNISA**, v.12, n.2, p.117-120, 2011.

SANTOS, S.S.C. Perfil do egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.2, p.217-221, 2006.

SASSAKI RK. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

SAWADA, Namie Okino et al. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 73-80, 2000.

SÊGA, Rafael Augustus. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, v. 8, n. 13, 2000.

SILVA, M.B.G.M. **Uma proposta de educação a distância: capacitando enfermeiros tutores no programa de triagem neonatal**. 2004. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

SOUZA, Leonardo Lemos et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, São Paulo, v.19, n.2, p. 218-232, 2014.

STARFIELD, Barbara. The hidden inequity in health care. **Int J Equity Health**, v. 10, n. 1, p. 1-3, 2011.

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

SPAGNOL, C.A.; SOARES, A.N.; SILVEIRA, B.V. Experiência pedagógicas vivenciadas na disciplina de competências e habilidades para gestão de pessoas nas organizações de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.2, n.3, p. 451- 462, 2012.

SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64, n. 2, p.315 – 321, 2011.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 7.ed. São Paulo: Loyola, 2010.

SOARES, C. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia ALCESTE em contextos discursivos distintos. In: Moreira ASP, organizador. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed Universitária, p. 541-68. 2005.

SOUSA et al. **Guia De Utilização do Software Alceste**: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina, DF: Embrapa Cerrados, 2009. 37p.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **Int J Equity Health**, v. 10, n. 1, p.1-3, 2011.

STELLA, R.C.R.; PUCCINI, R.F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L.O.; BATISTA, N.A.; **A formação médica na Unifesp**: excelência e compromisso social. São Paulo: Editora Unifesp, p 53-69, 2008.

SUCUPIRA, Ana Cecília; MENDES, Rosilda. Promoção da Saúde: conceitos e definições. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.66, n. spe, p.102-110, 2013.

TIJIBOY, Ana Vilma; PEREIRA, Eliane Almeida; WOICIECHOSKI, Lediane Raquel. Interação com Afeto: Aprendizagem em Ambientes Virtuais de Aprendizagem. **RENOTE**, v. 7, n. 1, 2009.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. Representações sociais e psicologia do conhecimento. **Psicologia Social**, v. 4, p. 335-384, 2000.

VALOIS, B.R.G. **Representações sociais da Aids por enfermeiras das redes básica e hospitalar**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. 155 f.

VERAS, Renato Peixoto. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v.34, n.1, p. 3-8, 2012.

VIEIRA, Taiane; GIUGLIANI, Roberto. **Manual de Genética Médica para Atenção Primária à Saúde**. Artmed Editora, 2013.

WANDERLEY, Luana Duarte et al. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. **Rev Rene**, v. 11, 2012.

WILLIAM, R.S; COOK, T.D.; CAMPBELL, D.T. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference**. Wadsworth Cengage learning, 2002.

WANDERLEY, Luana Duarte et al. Comunicação verbal e não-verbal de mãe cega durante a higiene corporal da criança. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, 2012.

WILLIAM R. SHADISH; COOK, Thomas D.; CAMPBELL, Donald Thomas. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference**. Wadsworth Cengage learning, 2002.

ANEXO A
Plano de Curso: Comunicação em saúde enfermeiro paciente cego

Aula	Conteúdo do Curso
Aula 1	Introdução à EaD, aos meios de avaliação da aula (cronograma de atividades e Fórum de discussão) e as referências indicadas. Primeiro acesso ao ambiente virtual de aprendizagem (AVA) a ser utilizado no curso (SOLAR) e conhecendo os principais ícones a serem utilizados. Aula presencial na URCA e aulas à distancia.
Aula 2	Comunicação verbal e não-verbal: o enfermeiro conhecerá os elementos que constituem a comunicação; como se estabelece a comunicação verbal e não-verbal, principais usos e funções da comunicação, nesta aula as avaliações ocorrerão através de fórum e chat.
Aula 3	A deficiência visual e a comunicação com o paciente: conceitos de deficiência visual, suas causas e formas de prevenção, os direitos das pessoas com deficiência visual e as ferramentas para estabelecer a comunicação entre enfermeiro-paciente cego, neste módulo a avaliação ocorrerá mediante fórum.
Aula 4	Comunicação na Consulta de enfermagem com o cego (princípios de comunicação verbal e não verbal com o paciente cego). Modelo de comunicação verbal abordando desde o acolhimento, processo de enfermagem e encerramento da consulta com o paciente cego. Modelo de comunicação não verbal orientando a organização do ambiente (consultório) para se estabelecer a consulta de enfermagem favorecendo o toque. As etapas da comunicação não verbal enfermeiro/paciente cego: (1) organização do ambiente para proceder à consulta de enfermagem ao paciente cego, etapa (2) estabelecimento da Consulta de Enfermagem propriamente dita e a ultima etapa Estando dividida a consulta em três etapas: 1- o acolhimento com a organização do ambiente para consulta, 2 – o processo de enfermagem e 3- o encerramento, onde é finalizada a consulta e encerrada a comunicação com o paciente.

ANEXO B**Questionário sobre comunicação do enfermeiro com o paciente cego - PRÉ-TESTE**

Sexo: _____ Idade: _____ Município de Residência: _____

Município que Atua _____ Tempo de formação profissional _____

Instituição de Ensino Superior de Origem (IES) _____ Ano Graduação _____

Curso de pós-graduação _____ IES _____

Experiência em EaD ()SIM ()NÃO Curso _____ IES _____

Experiência acadêmica em assistência à PcD ()SIM ()NÃO

1. Quais são as formas de comunicação verbal e relate sobre cada uma delas?
2. Qual a importância da comunicação verbal para o enfermeiro?
3. Quais as formas de comunicação não verbal?
4. Qual a importância da comunicação não verbal para o enfermeiro?

ANEXO C**Questionário sobre comunicação do enfermeiro com o paciente cego - PÓSTESTE**

Sexo: _____ Idade: _____ Município de Residência: _____

Município que Atua _____ Tempo de formação profissional _____

Instituição de Ensino Superior de Origem (IES) _____ Ano Graduação _____

Curso de pós-graduação _____ IES _____

Experiência em EaD ()SIM ()NÃO Curso _____ IES _____

Experiência acadêmica em assistência à PcD ()SIM ()NÃO

1. Quais são as formas de comunicação verbal e relate sobre cada uma delas.
2. Quais são os elementos e funções da comunicação verbal? Descreva cada uma delas.
3. Quais são as formas de comunicação não verbal e relate sobre cada uma delas.
4. Qual a importância da comunicação verbal e não verbal para o enfermeiro?

ANEXO D

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pessoa com deficiência: estudo da acessibilidade física e de comunicação às unidades do SUS.

Pesquisador: Lorita Marlena Freitag Pagliuca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30183114.4.1001.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.134

Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda a temática sobre pessoas com deficiências: estudo da acessibilidade física e de comunicação às unidades de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram explicitados no projeto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram feitos os esclarecimentos na metodologia solicitados, tais como descrição mais detalhada da amostra e dos aspectos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de consentimentos: paciente, enfermeiro e gestor estão em uma linguagem clara e adequada para cada categoria. Contém todos os itens importantes para o esclarecimento da pesquisa. Os instrumentos também estão adequados. Apresenta cronograma e orçamento.

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE **Município:** REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

CEP: 62.790-000

E-mail: rafaelapessoa@unilab.edu.br

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e Mestranda da Universidade Regional do Cariri - URCA. Pretendo desenvolver um projeto com o objetivo de implantar estratégias que contribuam com as políticas públicas de saúde dirigidas às pessoas com deficiência na região do Cariri. Estes dados serão comparados às realidades de outras regiões e países.

A coleta de dados teve início com o mapeamento de acessibilidade física das pessoas com deficiências às unidades de saúde, entendidas as unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA) e hospitais e maternidades.

A segunda fase da pesquisa, que se inicia agora, tem por objetivo avaliar as condições de acolhimento e comunicação dos profissionais da saúde para com as pessoas com deficiência. Para isto será realizado grupo focal com os profissionais que aceitarem o convite.

Na estratégia de grupo focal o pesquisador coloca o tema e os participantes discutem dificuldades e, sucessos alcançados. A atividade se completa com o esboço de estratégias a serem implementadas.

Comprometo-me a manter sigilo institucional e pessoal sobre as informações coletadas. Os resultados serão divulgados em relatórios técnicos, publicações e eventos científicos como subsídio para políticas públicas de acessibilidade da pessoa com deficiência sem identificação dos locais e dos sujeitos que participaram da coleta de dados.

Apresentados os objetivos e métodos que serão utilizados neste estudo, convido(a) a participara do mesmo e solicito sua concordância e assinatura deste Termo. Espero contar com sua cooperação e agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

Jaqueliney Rodrigues Soares

Enfermeira, pesquisadora, mestranda em Enfermagem – URCA

Caso tenha alguma dúvida, procure-me. Tel.: (88) 88088388; e-mail: jaqueliney.rodrigues@hotmail.com , Rua Vicente Francisco Alves, N 22, Bairro Novo Lameiro – Crato – CE. CEP 63111160.

TCLE aplicado por:

Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____
_____, RG _____, na função de _____ declaro que
tomei conhecimento do estudo Consulta de enfermagem à pessoa cega: Avaliação da
aquisição de conhecimento sobre comunicação através de Educação à Distância (EaD).

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante