

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

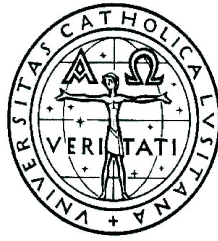
***A GESTÃO DOS ESPAÇOS NA CONSULTA DE MEDICINA
DENTÁRIA NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA***

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

por

Sara Dolores da Rocha Tente

Viseu, Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***A GESTÃO DOS ESPAÇOS NA CONSULTA DE MEDICINA
DENTÁRIA NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA***

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Orientador: **Professora Doutora Filomena Capucho**

por

Sara Dolores da Rocha Tente

Viseu, Setembro de 2012

DEDICATÓRIA

À minha avó Dolores, com muita saudade,
para quem este dia seria um motivo de enorme alegria e
por sempre ter demonstrado o quanto se orgulhava de mim.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filomena Capucho, pelo apoio e colaboração em todo o processo que conduziu a este trabalho.

Ao Professor Doutor Jorge Leitão, pelas suas opiniões pertinentes.

Aos meus pais, Palmira e Fernando, que sempre me apoiaram em todos os momentos da minha vida. Sem eles nada teria sido possível. O meu bem-haja pelo seu enorme apoio e paciência durante esta fase da minha vida.

Ao meu primo Paulo, pelo estímulo que nunca deixou de dar.

A todos os colegas de curso, em especial à Joana Monteiro, pelo que passámos e aprendemos juntas ao longo destes cinco anos, particularmente nesta última fase. Obrigada por acreditares em mim quando eu mesma não acreditava.

Aos pacientes da clínica, pela disponibilidade para participar neste estudo. Sem eles não teria sido possível.

A todos os amigos que me apoiaram ao longo destes anos.

RESUMO

O presente estudo pretendeu fornecer uma definição dos componentes da comunicação não verbal e a sua importância no processo comunicativo durante a consulta de Medicina Dentária.

Baseado numa temática dinâmica, começa-se por uma reflexão sobre a complexidade da comunicação humana, vista como um todo integrado de formas de comportamento e processada em dois níveis: o verbal e o não verbal. É sobre este último que este estudo incide, evidenciando investigações levadas a cabo nesta área. Desta forma, na comunicação não verbal, descartada de palavras, toda a informação é obtida por meio de sinais vocálicos, aparência física, cinética, proxémica, contacto físico, cronémica e artefactos. Um outro aspecto avaliado é o estabelecimento de contacto visual e a importância que desempenha na comunicação não verbal.

Finalmente, a reflexão dá lugar a um estudo exploratório de comunicação não verbal nomeadamente dos aspectos proxémicos no âmbito da Medicina Dentária. Para tal, foi efectuada a videogravação de vinte consultas decorridas na Clínica Dentária Universitária, Centro Regional das Beiras, da Universidade Católica Portuguesa. Foram efectuadas filmagens no contexto de diversas áreas médico-dentárias, elaborando-se posteriormente fotogramas onde se mediram distâncias de interacção e ângulos do contacto ocular formados entre os intervenientes. Seguiu-se um tratamento dos resultados obtidos por um pequeno questionário entregue aos pacientes.

Da descrição quantitativa e análise comparativa destes, constatou-se a inexistência de diferenças globais entre os médicos do género feminino e do género masculino, ano frequentado e área disciplinar. As observações efectuadas permitiram perceber que as distâncias existentes entre médico e paciente são a íntima (de 15 a 40cm) e a pessoal (de 45 a 125cm).

Concluiu-se, assim, que, apesar das pequenas diferenças observadas, o comportamento não verbal dos médicos desta amostra não difere em termos de nível de execução.

Palavras-chave: Medicina Dentária, Relação Médico-Paciente, Comunicação em Saúde, Comunicação Não Verbal, Proxémica

ABSTRACT

The present study seeks to provide a definition of the nonverbal components of communication and its importance in the communicative process in the context of consultation in Dentistry.

Based on a dynamic theme, it begins by reflecting on the complexity of human communication, seen as an integrated whole of forms of behavior and processed at two levels: verbal and nonverbal. It is on the latter that this study focuses, highlighting research studies conducted in this area. Thus, regarding non-verbal communication, stripped of words, all information is obtained by means of vocal signs, physical appearance, kinetics, proxemics, physical contact, chronemics and (social) artifacts. Another aspect is the establishment of eye contact and the importance it plays in nonverbal communication.

Finally, reflection gives rise to an exploratory study of nonverbal communication, namely the proxemic aspects in Dentistry. To this end, a video recording was made of twenty consultations in the Clínica Dentária Universitária, from the Centro Regional das Beiras – Universidade Católica Portuguesa. Shots were taken in the context of various medical and dental areas, later obtaining frames where distances of interaction and eye contact angles formed between the doctor and patient were measured. This was followed by analysis of the results obtained from a short questionnaire given to patients.

From the quantitative description and comparative analysis of these, it was found that there are no overall differences between doctors in gender, year attended or subject area. The observations led to realize that the distance between doctor and patient are the intimate space (15 to 40cm) and the personal space (45 to 125cm).

It was therefore concluded that, despite slight differences, nonverbal behavior of physicians in this sample did not differ in terms of level of performance.

Key-words: Dentistry, Doctor-Patient Relationship, Health Communication, Nonverbal Communication, Proxemics

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
INTRODUÇÃO.....	1
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1. Comunicação – Princípios e Teorias	9
1.1. Modelos de Comunicação Humana	12
2. Sociolinguística Interaccional.....	17
2.1. A Perspectiva de Goffman	18
2.1.1. Representações	18
2.1.2. Enquadramento, Alinhamento e <i>Footing</i>	19
2.2. As Contribuições de Gumperz	20
3. A Comunicação na Consulta de Medicina Dentária.....	23
4. A Comunicação Não Verbal: Enquadramento Teórico.....	27
4.1. A Comunicação Não Verbal e as Diferentes Culturas.....	31
4.2. A Imagem como Linguagem	32
4.3. A Importância da Comunicação Não Verbal	34
5. Os Códigos Não Verbais e a sua Influência no Processo Comunicativo	35
5.1. Os Sinais Vocálicos	35
5.2. A Aparência Física.....	36
5.3. A Cinética	39
5.4. A Proxémica	47
5.5. O Contacto Físico ou Toque	52
5.6. A Cronémica	54
5.7. Os Artefactos	54
5.8. A Importância do Contacto Visual	55
6. A Comunicação Não Verbal no Contexto da Consulta de Medicina Dentária ...	57
II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	61
1. Objectivos.....	63
2. Metodologia.....	65
2.1. Introdução	65
2.2. Participantes.....	66

2.3.	Procedimentos.....	68
2.3.1.	A Observação	69
2.3.2.	O Fotograma: Instrumento para Quantificação das Distâncias e Medição do Ângulo de Contacto Ocular.....	70
III.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	71
1.	Apresentação e Discussão dos Resultados	73
1.1.	Apresentação de Resultados	73
1.2.	Discussão dos Resultados	117
	CONCLUSÕES	123
	BIBLIOGRAFIA	127
	ANEXOS.....	133

INTRODUÇÃO

Em 2004, Cassell, afirmava:

“A central task for the twenty-first century is the discovery of the person – finding the sources of illness within the person, generating methods for the relief of illness from that knowledge and revealing the power within the person as the nineteenth and twentieth centuries have revealed the power of the body” (Cassell, 2004, pp. 261-262).

À luz do conhecimento actual, torna-se imperiosa a humanização da actuação médica, melhorando a relação médico-paciente, numa concepção holística do acto médico. O paciente deve ser reconhecido como uma entidade múltipla dotada de características físicas, psíquicas e sociais, e não só de um prisma biológico. Mais do que de um paciente, trata-se de uma pessoa, com toda a sua complexidade psicobiológica e social.

Durante muitos anos, a comunicação médico-paciente foi posta em segundo plano, e segundo Caprara & Franco:

“a medicina teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objeto da sua ciência o doente que, nesta condição, perdeu suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Nessa condição, o ato médico se configura como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo, assim, entrado no universo das séries de produção, aquelas que marcam a sociedade industrial-tecnológica” (Caprara & Franco, 1999, p. 649)

No entanto, a relação médico-paciente não é, de todo, pacífica nem padronizada, uma vez que é considerada fonte de ansiedade pelos pacientes, que possuem, por vezes, critérios subjectivos de avaliação. Desta forma, a comunicação torna-se difícil de estabelecer, dado que variará segundo as características de cada doente. Afinal, tal como na interacção quotidiana, a relação entre um médico e o seu paciente é única e variável no tempo.

Assim, actualmente, torna-se imperativo a

“medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos impropriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados” (idem: 648)

Várias alterações benéficas têm sido propostas com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes. Estas transformações incluem desde a personalização da assistência prestada a uma humanização do atendimento com compreensão pela dor de que o outro padece, direito à informação, realização de questionários que permitem não só aferir da

satisfação do paciente no serviço de saúde prestado, como também do que pode ser melhorado, ou ainda uma correcta utilização do consentimento informado.

Vivemos numa sociedade da informação, em que as mais variadas informações são rapidamente difundidas através dos meios de comunicação de massa. O paciente dos dias de hoje é interessado pela sua doença, quer saber a sua etiologia, os meios de tratamento e o eventual prognóstico. Como nos refere Parker *et al.*, em 2003, este tipo de pacientes

“who are better informed about their options and who understand the evidence behind certain approaches to care may have better health outcomes. Those without adequate understanding — without adequate health literacy — cannot function successfully in a market designed for active, informed consumers.” (Parker, Ratzan, & Lurie, 2003, p. 147)

No entanto, diversos problemas são identificados na relação médico-paciente como:

“a) a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento” (Caprara & Franco, 1999, p. 651)

A prática médica deve, assim, apoiar-se na reflexão e na aprendizagem, recorrendo aos conhecimentos tecnológicos para elaborar um diagnóstico, que não constitui, porém, o objectivo final da intervenção.

Nos últimos anos, os estudos realizados sobre os fenómenos comunicacionais entre médico e paciente mostraram claramente que a comunicação estabelecida entre ambas as partes influencia a adesão ao tratamento, o nível de satisfação do paciente e os resultados obtidos. No entanto, a maioria das investigações desenvolvidas dá maior relevância à comunicação verbal, expressa pela linguagem falada ou escrita, por ser facilmente analisada e por haver a convicção de esta ser a base de um processo comunicacional. Todavia, comunicar é agir em sociedade de forma consciente ou inconsciente, em que *“nos mots semblent moins importants que le son de notre voix, le style de notre coiffure, notre sourire, les mouvements rythmés de notre corps ou la distance à laquelle nous nous tenons de notre interlocuteur.”* (Capucho, 2003, p. 15). Birdwhistell considera mesmo que apenas 35% do significado social de qualquer interacção corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza. (Birdwhistell, 1970)

Foi nas décadas de 60 e 70 que o paradigma teórico sobre a comunicação foi substancialmente alterado, com autores como Birdwhistell (1970), Hall (1968), Kendon (1975), Scheflen (1964) e Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) que, através de diversos estudos, mostraram a importância da comunicação não verbal na interacção humana. Surge,

assim, a ideia da comunicação como um todo integrado e permanente, “*condição sine qua non da vida humana e da ordem social*” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967, p. 13), em que a palavra é um subproduto. Estes autores pertencem à Escola de Palo Alto, que se debruçou, a partir de 1950, sobre o estudo do fenómeno da comunicação humana. Em 1971, depois de estudar os princípios elementares da Cibernética e da Teoria Geral dos Sistemas, o grupo realizou diversas experiências com pacientes esquizofrénicos, estabelecendo cinco axiomas comunicacionais: não se pode não comunicar; toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional; a natureza da relação depende de sequências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes; os seres humanos comunicam tanto digital como analogicamente¹; todas as permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença. Assim,

“La perspective communicationnelle, systémique et interactionnelle de Palo Alto nous permet de définir l’entreprise² comme un système de communication régi par des logiques où c’est l’accumulation des interactions, en créant des redondances, qui mène à l’élaboration de «règles du jeu».” (Duterme, 2002, p. 82)

A comunicação torna-se, desta forma, numa rede com diversas vias, em que o indivíduo intervém através das suas palavras e comportamentos. Neste sentido, a palavra isolada é rejeitada por ela mesma, e todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, posturas, contacto físico e visual, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, a organização dos objectos no espaço, são legitimadas enquanto fonte de co-construção do sentido.

A mudança surge, igualmente, na importância que é dada à observação *in loco* da interacção humana, como ponto de partida para reflexão. Como nos dizem Lanning *et al.* (2011), muitos programas de aumento das capacidades comunicativas foram já introduzidos nas universidades de Medicina Dentária; no entanto, pecam por se basearem nos conhecimentos teóricos, ao invés de favorecerem uma aprendizagem interactiva, em que se aprende vendo o outro (Lanning, Brickhouse, Gunsolley, Ranson, & Willett, 2011). Esta ideia vai de encontro ao defendido pelas Escolas de Palo Alto e Filadélfia, em que a comunicação é um sistema múltiplo, onde a comunicação não verbal é uma componente fundamental, pretendendo observar os comportamentos no seu meio natural, sem obstruções ou interferências do objecto em estudo.

¹ Segundo a Escola de Palo Alto, a comunicação digital é o que dizemos, as palavras, os dígitos, os significados (comunicação verbal); o aspecto analógico da comunicação é a forma, a qualidade do que dizemos (comunicação não verbal).

² Neste caso, consideramos a clínica dentária como uma empresa.

A necessidade de um maior conhecimento e domínio sobre a comunicação não verbal nas áreas de saúde tem permitido um desenvolvimento científico neste campo. Acredita-se, assim, que a atenção dada à comunicação não verbal possa trazer várias vantagens no aumento dos níveis de satisfação de médicos e pacientes, na *compliance* do paciente, no aumento da qualidade e quantidade de informação passada, na diminuição do tempo de consulta, na diminuição de situações de litígio e na ansiedade do paciente.

Neste sentido, o intuito deste estudo consiste em analisar a comunicação não verbal estabelecida entre médico (aluno) e paciente durante a consulta de Medicina Dentária na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa. Pretende-se, assim, saber como é gerido o comportamento não verbal durante a consulta, por parte do médico: Qual o espaço usado e a distância mantida? Qual o ângulo de contacto ocular estabelecido? Através da recolha e tratamento de dados verificaremos se o comportamento não verbal, nomeadamente a gestão dos espaços durante a consulta de Medicina Dentária por parte do médico, sofre influência de acordo com o género do médico e paciente, da área disciplinar observada, ou mesmo da idade ou habilitações literárias do paciente.

Para a validação dessas hipóteses, o presente estudo visa: i) fazer um levantamento dos comportamentos não verbais no consultório médico, ii) catalogar os comportamentos não verbais, quantificando distâncias e ângulos de contacto ocular estabelecidos entre os intervenientes, iii) analisar os dados obtidos no questionário, cruzando-os com as informações obtidas da observação das consultas, e confirmar ou não as hipóteses colocadas.

O presente estudo sobre a gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária é pioneiro, apesar de claramente comprovada a pertinência do mesmo, adquirindo, portanto, um carácter exploratório. Desta forma, não é possível efectuar qualquer previsão de resultados nesta área específica da Saúde, pela escassez de meios de comparação.

Sendo a área da comunicação não verbal complexa e surgindo de uma multiplicidade de abordagens, por vezes altamente especializadas, foi necessária uma leitura crítica de uma vasta bibliografia, cujo objectivo é sublinhar a intervenção ininterrupta da comunicação não verbal no processo comunicativo. Assim, o presente trabalho desenvolve-se em onze capítulos, articulados numa temática progressiva, em que a reflexão ajudará a analisar dados concretos.

Neste trabalho expõe-se, primeiramente, o estado actual das principais direcções de pesquisa sobre o processo comunicacional, bem como a importância da comunicação em Medicina Dentária. De seguida, apresenta-se a comunicação não verbal como parte integrante

da comunicação, a sua importância e categorização e, finalmente, após apresentação da metodologia utilizada, faz-se uma análise da comunicação não verbal no consultório médico.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Comunicação – Princípios e Teorias

“Comunicação não é só transmissão de mensagem, mas relacionamentos entre interlocutores mediatizados pelas tecnologias de inteligência, da informação e da comunicação, num contexto dinâmico que provoca a cada momento redes de conexões transformando a mensagem e construindo novas mensagens.” (Lévy, 2004, p. 183)

A comunicação entre seres humanos é uma área complexa que há muito vem sendo estudada, sendo verificada a três níveis: o verbal, o paraverbal e o não verbal.

Comunicar é, tradicionalmente, efectuar a permuta de informação entre duas ou mais pessoas. Todas as pessoas comunicam, usando formas e razões díspares. Assim, entende-se que a comunicação assuma tanto um papel de fenómeno quanto de função social. As informações trocadas entre participantes podem ser simples ou complexas, tanto ao nível biológico quanto ao nível das relações sociais. A mensagem é a base do processo comunicacional, e a interacção entre indivíduos ocorre quando várias mensagens são trocadas, efectuando-se através de duas premissas: existência de dois sistemas (locutor e interlocutor) e a existência de uma mensagem que é transmitida. A mensagem é o produto final, isto é, a exteriorização do material expresso através de código. A elaboração da mensagem inicia-se numa organização interior (consciente ou inconsciente), até atingir o exterior, podendo atravessar um processo complexo de transformação a nível cognitivo, afectivo, social e motor. A intencionalidade das mensagens é um processo complexo na interacção humana.

Uma das maiores ferramentas do ser humano é a comunicação, pois é através dela que interagimos uns com os outros e nos integramos na sociedade. Desta forma, torna-se imperativa a elaboração de condições e estratégias para que todos possam aceder a qualquer tipo de comunicação.

A comunicação humana envolve não só sinais verbais como expressões faciais, sorrisos, gestos ou apertos de mão. Na realidade, muito se pode comunicar e muito se comunica não verbalmente. À parte da língua, oral ou escrita, há uma imensa área de comunicações não verbais que permitem estruturar a organização da sociedade e concedem uma certa concordância a grupos de pessoas. Desde a obra de Charles Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, que sabemos que tanto homens como animais utilizam gestos e posturas como formas de comunicar:

“With social animals, the power of intercommunication between the members of the same community,- and with other species, between the opposite sexes, as well as between the young and the old,- is of the highest importance to them. This is generally effected by means of the voice, but it is certain that gestures and expressions are to a certain extent mutually

intelligible. Man not only uses inarticulate cries, gestures, and expressions, but has invented articulate language; if, indeed, the word INVENTED can be applied to a process, completed by innumerable steps, half-consciously made.” (Darwin, 1872, p. 35)

Desta forma, a comunicação não verbal pode ser distribuída em três campos de acordo com o tipo de “caminho” utilizado: a comunicação facial e corporal (o corpo é utilizado como meio), a comunicação pelos artefactos envergados (joias ou roupas) e a comunicação de acordo com a distribuição espacial feita pelo indivíduo (a posição que os corpos ocupam no espaço, a relação entre eles e a relação com determinados espaços).

A Escola de Palo Alto, de acordo com o curso trilhado pelas investigações etológicas e psicanalíticas de Gregory Bateson, e de onde se destacam nomes como Ray Birdwhistell e Edward T. Hall, deu um especial realce à comunicação não verbal. O princípio base desta escola é que a vivência humana no seu geral, e a social em particular, é uma vivência extremamente comunicacional, mesmo nos pormenores mais insignificantes, relacionando comunicação e comportamento. Assim, segundo Watzlawick, Beavin e Jackson *“on ne peut ne pas communiquer; on ne peut pas ne pas avoir de comportement. Activité ou inactivité, parole ou silence, tout a valeur de communication”* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1972, p. 46). Deste axioma, conhecido como “a lógica de comunicação de Watzlawick”, estabeleceu-se uma relação quase sinónima entre comunicação e comportamento:

“The School of Palo Alto rejects the first linear and mechanistic models, in which the process of communication is totally transparent and based upon the passivity of both the receiver and the transmitter, as well as on the idea of emitting and transmitting univocal messages by means of a channel. Replacing this approach with the idea of communication as a circular process within a social and cultural milieu opens the path for evermore complex approaches of the process. Moreover, once the members of the Palo Alto Group have begun to focus on the research of non-verbal language, studies have also flourished regarding the phatic function and the metalanguage in communication.” (Porcar & Hainic, 2011, p. 17)

Assim, qualquer comportamento transmite uma mensagem, e a comunicação abrange um conjunto de fenómenos como o comportamento verbal, tonal, postural, contextual, que se complementam.

Existe comunicação sem ser intencional ou consciente. Mesmo quando não se pretende comunicar, comunica-se a recusa de criar uma relação com o outro, porque, como diz Watzlawick:

“Il suffit de la présence d’autrui pour que tout comportement, actif ou passif, intentionnel ou pas, présente un caractère communicationnel et constitue une communication. Comme il n’y a

pas de non-comportement, on ne peut non plus ne pas communiquer.” (Watzlawick, 1991, p. 19)

A comunicação é, desta forma, vista como uma ferramenta de suporte à vida em sociedade, e nenhum grupo poderia viver se não existisse uma permuta comunicacional. É vista como um todo integrado, que se pode efectuar por uma variedade de canais.

Na realidade, pelo facto de viver em sociedade e de estar em permanente contacto com os outros, o Homem encontra-se desde logo em comunicação. Segundo estes autores:

“(...) os dados da pragmática são, não só, as palavras, suas configurações e significados, que constituem os dados da sintaxe e da semântica, mas também os seus concomitantes não verbais e a linguagem do corpo. Ainda mais, nós acrescentaríamos às ações comportamentais pessoais as pistas de comunicação inerentes ao contexto em que ela ocorre. Assim, desde esta perspectiva da pragmática, todo o comportamento, não só a fala, é comunicação; e toda a comunicação – mesmo as pistas comunicacionais num contexto impessoal – afeta o comportamento.” (Watzlawick, et al., 1967, p. 19)

Desta forma, cabe à pragmática estudar os significados linguísticos determinados não só pela semântica proposicional ou frásica como também pelas condições dependentes do contexto extra-linguístico.

A competência pragmática serve para descrever a capacidade dos interlocutores em realizar uma articulação compreensível em determinadas situações de fala. A análise pragmática da linguagem efectua-se com base na referência aos indivíduos que a utilizam e aos contextos de actuação de ordem sócio-cultural. O aspecto pragmático da análise discursiva é o domínio mais abrangente, e o único propriamente autêntico da ciência da comunicação: “[o]ur approach is in line with our more general theoretical claim that pragmatics is a superordinate of semantics” (Kiefer, Kenesei, & Harnish, 2001, p. 43)

A pragmática é vista em duplo sentido: a descrição analítica das relações existentes entre os meios discursivos constructivos e expressivos e os processos de comunicação; e a actuação racional do indivíduo dirigida para as pressuposições, bem como as possíveis consequências e as aplicações do seu trabalho. Os factores pragmáticos estão mais ligados ao texto, sobretudo à selecção e associação dos constituintes textuais, possibilitando o domínio de actuação da fala e a compreensão dos enunciados, isto é, a aceitabilidade comunicativa e referencial. Enquanto a gramática descreve a competência linguística, a pragmática descreve a competência do desempenho, ou seja, especifica as regras da gramática como regras de competência comunicativa verbal.

Consideramos que a comunicação funciona como um instrumento de acção e de comportamento que inclui factores linguísticos e não linguísticos. Os indivíduos, durante o processo comunicacional, devem estar cientes dos princípios que regulam o uso da língua, isto é, das questões de como usam a linguagem numa forma que não pode ser prevista tendo em conta apenas o conhecimento linguístico. Para além de ter contacto com a semântica e a sintaxe, a pragmática da comunicação humana mantém, também, relações com a psicolinguística, a sociolinguística, a linguística aplicada, a linguística computacional, a estilística, a antropologia da linguagem e a filosofia da linguagem. Qualquer falante sabe que a comunicação verbal não se faz unicamente através de palavras isoladas e do contexto em que são produzidas, isto é, uma sequência de palavras não constitui necessariamente uma frase. Para que uma sequência de signos seja admitida como frase é necessário que respeite uma ordem combinatória. Contudo, é também preciso que essa sequência seja construída com base no sistema da língua.

No entanto, um trabalho que aborde a temática comunicacional deverá implicar igualmente uma abordagem à comunicação não verbal. O aprofundamento deste tipo comunicacional tem extrema importância em todos os processos de desenvolvimento e enriquecimento cognitivo, motor, emocional e social.

1.1. Modelos de Comunicação Humana

As ideias sobre comunicação variaram ao longo do séc. XX. Uma das primeiras teorias surgiu em 1948, com *A Mathematical Theory of Communication* de Shannon, que partiu de estudos sobre telégrafos e codificação, defendendo que o papel da comunicação se restringia à transmissão de conteúdos. Isto envolve tanto a comunicação escrita como a verbal, bem como outras formas de expressão, como a música, a dança, o teatro, e todo o comportamento humano como factor de comunicação. Diversas variáveis influenciam positiva ou negativamente a transmissão da mensagem, podendo este conceito traduzir-se esquematicamente como:

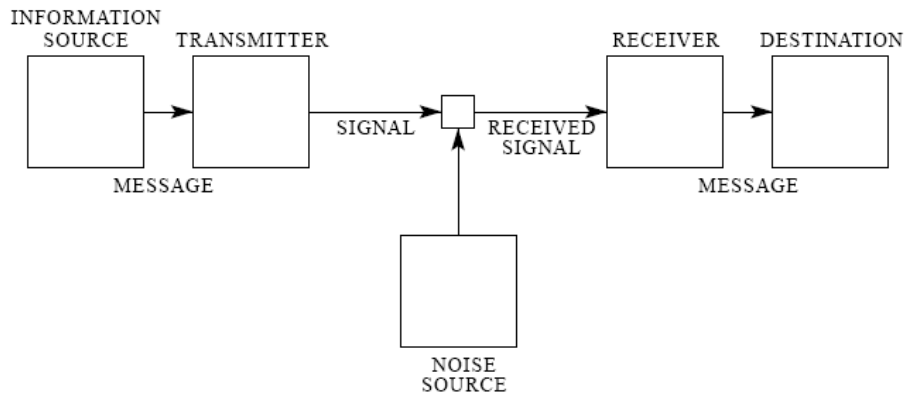


Ilustração 1 – A Teoria Matemática da Comunicação (Shannon, 1948, p. 380)

Na década de cinquenta, Jay Haley, introduziu o conceito de contexto na comunicação, despertando para um amplo campo de significados. Assim sendo, a tríade transmissão da mensagem, resposta do destinatário e contexto comunicacional, completa a abordagem de um modelo de comunicação, estabelecendo-se três áreas do seu estudo:

- Sintáctica - *“is the study of the linguistic structure, of how each and every language item interrelates and correlates grammatically with other items at the sentence level through sets of fixed rules”* (Salinas, 2001, p. 13).
- Semântica - *“is the study of meaning at mainly two different, basic levels: the word and the sentence”* (*idem*: 14).
- Pragmática - *“is the study of the relation of language units to language users, with all psychological, biological and sociological phenomena which occur in the functioning of signs”* (*ibidem*).

O modelo de Shannon foi, posteriormente, adoptado e reformulado por Jakobson (Jakobson, 1960, p. 353) para elaborar um modelo de comunicação verbal muito utilizado, mesmo actualmente. Jakobson determinou, então, seis elementos fundamentais na elaboração do discurso, sendo eles o emissor, a mensagem que transmite, o contexto em que ela se insere, o código partilhado (total ou parcialmente) por ambos os intervenientes, o contacto estabelecido entre eles, e o destinatário que receberá a mensagem. Esquemáticamente, encontraremos então:

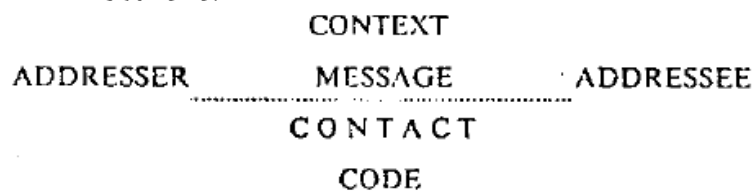


Ilustração 2 – Modelo de Comunicação Verbal (Jakobson, 1960, p. 353)

Jakobson afirma ainda que a criança aprende não só a utilizar os elementos linguísticos nas mais variadas situações extra-linguísticas, como também, e a partir de formas base, a parafrasear um enunciado com outros termos, isto tendo em conta que o emprego de um termo num contexto informa o interlocutor relativamente ao valor e limites do significado de um signo. A criança torna-se, assim, consciente do facto de que pode atribuir diferentes actividades ao mesmo sujeito, e começa a jogar com esta possibilidade de variação das palavras e do seu contexto.

Desta forma, o modelo de Jakobson determina também seis factores que se constituem para formar as funções do discurso,

- **Referencial:** Mensagem - Contexto;
- **Emotivo ou Expressivo:** Mensagem - Emissor;
- **Conativo:** Mensagem - Receptor;
- **Fático:** Mensagem - Contacto;
- **Metalinguístico:** Mensagem - Código;
- **Poético:** Mensagem – Mensagem;

sendo possível representá-lo esquematicamente em:

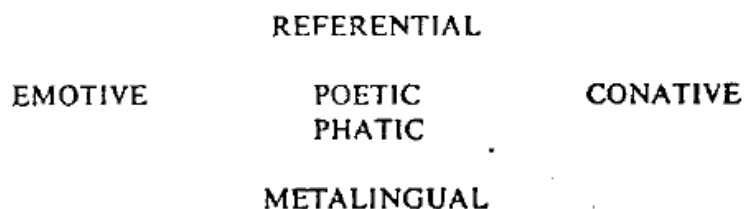


Ilustração 3 – Seis Factores para formar as Funções do Discurso (Jakobson, 1960, p. 357)

“Cada um desses seis factores determina uma diferente função da linguagem. Embora distingamos seis aspectos básicos da linguagem, dificilmente lograríamos, contudo, encontrar mensagens verbais que preenchessem uma única função. A diversidade reside não no monopólio de alguma dessas diversas funções, mas numa diferente ordem hierárquica de funções.” (Jakobson, 2003, p. 82)

Por isso, a linguagem deve ser estudada no seu todo, consoante as suas funções e variações, respeitando a plenitude do processo linguístico até ao acto da comunicação verbal, pois *“[t]odo processo de aprendizagem da linguagem, particularmente a aquisição, pela criança, da língua materna, faz largo uso de tais operações metalinguísticas (...)”* (idem: 52)

Destacando todos estes agentes predominantes para que haja uma eficaz comunicação verbal, é importante que o processo seja harmonioso e proveitoso, desvinculado dos problemas gerais da linguagem de interferência no contexto, na mensagem transmitida e código usado.

2. Sociolinguística Interaccional

A sociolinguística interaccional é uma área do saber que se foca na linguagem em interações face a face, isto é, *“Interactional Sociolinguistics is a theoretical and methodological perspective on language use that is based in linguistics, sociology, and anthropology”*. (McKay & Hornberger, 1996, p. 307)

O sentido geral da interação não é conseguido considerando unicamente a parte estrutural da língua, mas apenas analisando todos os factores que a constituem, criam, fundamentam e organizam o jogo social:

“It hardly seems possible to name a social variable that doesn't show up and have its little systematic effect upon speech behavior: age, sex, class, caste, country of origin, generation, region, schooling; cultural cognitive assumptions; bilingualism, and so forth.” (Goffman, 1964, p. 133)

Frequentemente, vivenciamos diversas situações de interação, quer quando falamos com diferentes pessoas em diferentes lugares, quer quando nos encontramos envolvidos numa cultura díspar da nossa. Em algumas sociedades, por exemplo, há necessidade de se olhar para o interlocutor enquanto se comunica, mas noutras não; em determinadas situações, falar alto é sinónimo de falta de respeito e má educação, enquanto noutras é a única forma de se obter uma comunicação eficaz.

Num encontro social estão em jogo processos sociolinguísticos automáticos de interpretação e inferência. De facto,

“For purpose of IS analysis it is useful to distinguish between two levels of inferencing: a) global inferences of what an exchange is about and about what mutual rights and obligations apply, what topics can be brought up and when, what is wanted by way of a reply, what can be lexicalized (i.e. expressed into words) and what is to be conveyed indirectly; and b) local inferences concerning what is intended with any one move and what is required or expected by way a response.” (Sarangi & Roberts, 1999, pp. 463-464)

No âmbito dos estudos da sociolinguística interaccional surge o termo “contexto”, no qual as relações sociais são negociadas, podendo ser distinguidas duas vertentes:

“O contexto de forma micro, captando especificamente as informações de natureza sócio-interaccional que informam uma conversa, ou de forma macro, refletindo sobre a visão sócio-histórica e institucional que ancora o discurso.” (Ribeiro & Pereira, 2002, p. 51)

A sociolinguística interaccional foca-se em dois pontos-chave. O primeiro prende-se com a compreensão do que acontece nas interações face a face, como os indivíduos

negoceiam as informações e como os problemas surgem na comunicação. Este ponto assenta sobretudo nas interpretações que os participantes fazem sobre o que está a acontecer “aqui e agora” (Goffman, 1993) num evento interactivo. A importância da análise deste tipo de interacção está na necessidade de se entender como na língua emergem e são interactivamente produzidos parâmetros socioculturais, como género, etnia e classe. O segundo ponto foca-se no discurso, procurando entender como as unidades linguísticas funcionam nas interacções. Neste ponto incluem-se as relações entre discurso e gramática, os marcadores discursivos, o estilo conversacional, as propriedades da língua oral e escrita, ou as estratégias de envolvimento e distanciamento, por exemplo.

2.1. A Perspectiva de Goffman

2.1.1. Representações

Goffman (1993) sublinha que as interacções são representações, e nelas os sujeitos fornecem e procuram pistas através das quais se constrói um encontro social. De acordo com estas pistas, os participantes vão construindo diferentes perfis de acordo com determinados elementos (espaço, tempo, tipo de encontro, etc.), além do seu próprio interlocutor.

Nas representações, os intervenientes usam uma ferramenta expressiva para definir a situação para os seus interlocutores, e a essa ferramenta Goffman dá o nome de fachada. (Goffman, 1993)

A fachada é constituída por três aspectos: o cenário, a aparência, e a maneira. O cenário é o ambiente em que os intervenientes se encontram, que contribui para a construção de uma personagem; a aparência está relacionada com a ornamentação, o vestuário e a expressão facial das pessoas; já a maneira relaciona-se com o tom de voz usado, o modo de falar e até mesmo a posição física do indivíduo durante a interacção.

As interacções podem ser comparadas, assim, a cenas de teatro:

“The word personality is derived from the Latin persona, a mask used by actors. The etymology of the term suggests that its meaning is to be found in the role of the individual in the social group. By usage, personality carries the implication of the social expression of behavior. Personality may then be defined as the sum and organization of those traits which determine the role of the individual in the group.” (Park & Burgess, 1921, p. 57)

O motivo para as pessoas exibirem uma fachada centra-se no facto de que certas características sociais presentes num indivíduo levam a que os outros o valorizem ou tratem de forma adequada. Exactamente por isso é que os sujeitos representam papéis, solicitando de

forma explícita ou implícita que os seus interlocutores respeitem a impressão que querem sustentar.

2.1.2. Enquadramento, Alinhamento e *Footing*

Os três conceitos estão ligados e, por isso, serão discutidos simultaneamente.

Enquadramento pode ser visto como uma delimitação no espaço e no tempo, que organiza objectos ou elementos através de uma perspectiva física e psicológica.

Nilep, citando Goffman, decreve *footing* como “*a process in interaction similar to some functional descriptions of code switching.*” (Nilep, 2006, p. 6) O *footing* pode, assim, ser descrito como uma representação da postura, posição, ou projecção do “eu” de um indivíduo na sua relação com o outro, consigo próprio ou com o discurso em construção. Reconstruímos enquadramento numa interacção social por uma mudança de *footing*; esta mudança é o equivalente a engrenar mudanças, e vai afectar tarefas, harmonia, papéis sociais e alinhamentos interpessoais:

“A shift in footing can affect prior status and social distance arrangements among interlocutors. Some shifts are momentary suspensions of social relations that are later resumed (i.e., mini re-framings embedded within longer strips of on-going action).” (Wine, 2008, p. 2)

Goffman chama a atenção para essas mudanças e afirma que “*a change in footing implies a change in the alignment we take up to ourselves and the others present as expressed in the way we manage the production or reception of an utterance.*” (Goffman, 1981, p. 128)

Quanto ao alinhamento, devemos ter em consideração três elementos. O primeiro é que o alinhamento é geralmente usado com uma concordância, ou seja, quando os intervenientes de uma interacção estão em sincronia um com o outro, estão em alinhamento, seja este emocional ou intelectual. O segundo é que alinhamento não significa consenso, isto é, os intervenientes podem estar emocionalmente alinhados, mas não estarem em concordância de ideias, e vice-versa. O terceiro é sobre a manutenção da face; quando um participante pretende evitar conflitos, cria-se um acordo superficial com o interlocutor, para que algumas metas da interacção sejam alcançadas.

“Some projections of alignment are really just ritualistic dance steps — a choreographed tango we perform with a conversational partner we assume to be dissimulating on some level as well, and one who may well be, by virtue of a greater power over us, actually leading us (i.e., controlling our very steps on the dance floor). However, not all alignment is self-serving or feigned. Some projections are heart-felt. While using language as a tool for deconstructing

hidden power relationships has real value when examining social problems, it is important to remember that there is a great deal of power in solidarity, as well. Though perhaps harder to quantify and not as sexy to discuss, when it comes to solving social problems, it is often solidarity (true alignment) that brings about the greatest and most enduring social change.”
(Wine, 2008, p. 3)

2.2. As Contribuições de Gumperz

Uma das contribuições mais prementes de John J. Gumperz está no seu artigo *Contextualization Conventions* publicado primeiramente no livro *Discourse Strategies*, em 1982. Neste artigo, o autor explica como as pessoas que usam um mesmo código linguístico podem utilizar diferentes modos de contextualizar aquilo que dizem, produzindo, assim, diferentes mensagens e significados.

No seu artigo, o autor define “convenções de contextualização” como pistas utilizadas na interacção para fazer com que o interlocutor infira nos propósitos comunicativos. Essas pistas podem ser de natureza linguística, paralinguística ou extralinguística, todas denominadas como “pistas de contextualização”.

As pistas de contextualização são traços que um interlocutor identifica no outro, que, por sua vez, as interpreta, de modo a saber qual a actividade em que estão ligados naquele momento. Como Gumperz afirma:

“That is, constellations of surface features of message form are the means by which speakers signal and listeners interpret what the activity is, how semantic content is to be understood and how each sentence relates to what precedes or follows. These features are referred to as contextualization cues.” (Gumperz, 1982a, p. 131)

Numa consulta de Medicina Dentária, por exemplo, o médico pode, antes de iniciar a consulta, ter uma conversa com o paciente (perguntar como passou desde a última consulta, como estão os filhos, falar do tempo que está no exterior, etc.). É possível notar que, nessa situação, e com base no conhecimento da consulta que temos, os pacientes vão inferir deste contexto que *a consulta ainda não começou*, sendo que o paciente só pôde chegar a esta conclusão em virtude das pistas linguísticas e não-linguísticas deixadas pelo médico. Porém, após alguns minutos de conversa, o médico olha para o relógio, e diz: *Vamos lá*; neste momento, os pacientes ficam quietos e alguns produzem uma expressão de descontentamento. O facto é que, desta vez, os pacientes já construíram um significado diferente do primeiro nesse processo interactivo, e que era de alguma desconstracção. As pistas deixadas pelo médico, sejam de natureza não-linguística (*olhar para o relógio*), ou de natureza linguística

(*Vamos lá*), levam os pacientes a compreender o que se está a passar naquele momento, isto é, a conclusão não pode ser outra senão inferir o contexto como: *a consulta começou*.

O processo inferencial, para Gumperz, é de natureza sugestiva e nunca assertiva, ou seja, aquilo que é percebido pelo ouvinte é baseado em pressuposições, nunca em valores absolutos. *“An entity or proposition is consciousness-presupposed (C-presupposed) if the speaker assumes that its mental representation has been activated in the interlocutors’ short-term memory at the time of the utterance.”* (Lambrecht, 2001, p. 474)

Se a interpretação do interlocutor for diferente da que o falante espera, poderão gerar-se mal-entendidos ou conflitos de várias espécies. No processo de inferência, a cultura tem um papel crucial. Pessoas de diferentes culturas podem não partilhar os mesmos padrões comunicativos. *“When people of different cultural backgrounds meet, all differences between them can potentially lead to misunderstanding.”* (Allwood, 1985, p. 4)

Olhar para o falante quando este se dirige a nós parece ser uma prática comum de respeito e atenção, ou até mesmo uma técnica de nos elegermos como interlocutores ratificados (Goffman, 1981). No entanto, a maneira de legitimar ou não a fala do outro não pode ser feita da mesma forma entre todos os povos. Os falantes de algumas comunidades não olham directamente para os ouvintes durante muito tempo, e os ouvintes tampouco o fazem.

Gumperz (1982) sugere ainda que, até em interacções de grupos que identificamos como sendo da mesma cultura, há descompassos na prática de convenções de contextualização.

As contribuições de Gumperz são importantes ao nível da Sociolinguística Interaccional para compreendermos melhor como os indivíduos trocam o seu conhecimento gramatical de uma língua ao mesmo tempo que efectuem a contextualização diversificada de tudo o que é dito. Concluimos, assim, que a língua é afectada por aspectos socioculturais. *“The approach is a dynamic one, allowing for constant flux and interplay between different aspects of an individual’s diverse social and personal identities in response to contextual influences.”* (Fina, Schiffrin, & Bamberg, 2006, p. 167) Para entendermos os efeitos que estas influências externas têm no processo comunicativo é preciso ter conhecimento de uma teoria global da comunicação que integre gramática, cultura e convenções interactivas.

Tendo este pressuposto como partida, é possível complementar o conceito de competência comunicativa proposto por Hymes: *“I should take competence as the most general term for the capabilities of a person. (...) Competence is dependent upon both (tacit) knowledge and (ability for) use.”* (Hymes, 1972, p. 282) Segundo este autor, a competência comunicativa relaciona-se com o conhecimento gramatical da língua e a habilidade de saber

como e quando usar determinadas expressões apropriadamente, dependendo do contexto envolvente. Gumperz, por seu lado, inclui igualmente o conhecimento relacionado com os acordos que os interlocutores devem ter para criar e suportar a cooperação comunicacional. Ou seja, para se comunicar de forma eficaz é necessário saber que os próprios indivíduos têm noções socialmente definidas sobre o código e sistema gramatical. Os interlocutores são membros de um grupo social, ou seja, a maneira como se comunicam não revela somente o contexto em que estão inseridos, mas também pistas de quem são e o que querem dizer.

Sendo assim, a competência gramatical não parece ser suficiente para sustentar o processo comunicacional. Para Gumperz, a comunicação não é meramente estrutura, mas acção, avaliação e processo de tomada de decisão:

“(...) more than the application of rules or norms for appropriate speech; it is the interactive realization of communication within contexts that are themselves part of that communication. At the level of sociocultural experience, there is selection of discourse strategies such that the recognition of appropriate, or at least feasible, strategies acts as a frame for further interpretation and action.” (Gumperz, 1982a, p. 23)

A contextualização numa interacção por meio de pistas depende da interpretação feita pelos intervenientes; essa interpretação, por seu lado, está directamente relacionada com a percepção que o indivíduo tem do mundo, que, além de ser automática, também sofre um processo de reinterpretação ao longo do processo comunicativo. Cada conversa, além de única, é também dependente do contexto em que se insere. Isto permite explicar as razões de o uso de certas palavras ou expressões ser amplamente aceite em contextos formais mas não em contextos informais, e vice-versa. Neste seguimento, ser competente numa determinada língua significa conhecer como agir nessa língua em diferentes contextos, tendo uma noção sobre vários aspectos inerentes a cada situação, relacionando-se estes com a forma como os sujeitos fazem uso do discurso, lidam com as regras sociais presentes naquela situação e gerem os turnos de fala.

Desta forma, a base do processo comunicativo em sociedade, segundo Leathers, assenta no uso de

“interacting sets of visual, vocal, and invisible communication systems and subsystems by communicators with the systematic encoding and decoding of nonverbal symbols and signs for the purpose(s) of exchanging consensual meanings in specific communicative contexts” (Leathers, 1997, p. 11)

3. A Comunicação na Consulta de Medicina Dentária

Constituindo o consultório dentário o local onde decorrem não apenas tratamentos mas também onde pacientes e médicos expressam os seus receios, expectativas e dúvidas, a linguagem é, inegavelmente, um factor estruturante decisivo dos processos que ali ocorrem. A comunicação verbal constitui a essência da própria relação que se estabelece entre paciente e médico, e compreender o que é esta relação, ou melhor, as suas finalidades, pressupostos e orientações, não é possível fora da compreensão dos usos da linguagem que a constituem. A interação entre médico dentista e paciente assume aqui um papel particular: “[t]hus, dentists must be able to listen attentively and build rapport with their patients and impart information with the goal of motivating patients towards treatment and behavioral change.” (Lanning, et al., 2011, p. 145)

Assim sendo, e de acordo com o modelo sócio-interaccional (em que o sujeito apreende os conhecimentos comunicacionais da interacção com a sociedade e os aplica inconscientemente na relação com o outro), podemos considerar que, durante a consulta, paciente, médico e língua se envolvem numa mesma actividade, onde o primeiro encontra condições, favorecidas pela relação construída com o segundo, de melhoria dos seus conhecimentos e esclarecimento. Neste sentido, e não esquecendo o papel de pressupostos de ordem cognitiva e afectiva, a actividade de linguagem é posta em relevo, sendo a sua aquisição observada como o resultado de interacções entre o paciente e as suas características, por um lado, e as situações de comunicação em que se envolve com o médico, por outro. A interacção é, desta forma, concebida como uma acção recíproca de interdependência entre interlocutores que querem e sabem explorá-la, tendo em vista a realização das suas finalidades relacionais. Colocando em jogo actores socialmente inscritos, é ainda o local onde se reconstituem as suas identidades psicossociais, neste caso, de médico e de paciente:

“The process of understanding which forms the interactive use of language in social contexts depends upon a meaning system which recognizes the complexity of communication through the several channels which make up the act of speaking. Social and cultural differences which affect the signaling in all of these channels are many and subtle, so that small linguistic differences may have much bigger social-interactional consequences” (Gumperz, 1982b, p. 239).

Esta perspectiva exige um retorno às características sociais da situação de interacção, aqui a consulta de Medicina Dentária, mas não faz esquecer as suas componentes culturais, já que ela é construída pelos intervenientes, que a fazem evoluir em função das suas expectativas

e representações, sempre culturalmente constituídas. No entanto, “[n]o one person or local group of persons can be expected to have the linguistic and cultural knowledge needed to be able to assess interpreting proficiency in the diversity of languages that is currently in demand across the country” (Brunette, Bastin, Hemlin, & Clarke, 2003, p. 100) Esta situação aplica-se de forma exponencial no quotidiano do povo português, dada a crescente presença de estrangeiros e variantes diversificadas da língua. Desta forma, podemos observar as mais diversas normas sociais, vindas das diferentes culturas:

“In Mexico it is not unusual to see both men and women greet each other by hugging in public. Arab men often greet by kissing on both cheeks. In Japan men and women greet by exchanging bows. (...) In Thailand, to signal another person to come near, one wags their fingers back and forth with the palm down. (...) In Vietnam that same motion is reserved for someone attempting to summon a dog. In Italy, and in various Arab countries it is not uncommon for people to be thirty minutes tardy for an appointment.” (Samovar, Porter, & McDaniel, 2012, p. 267)

Esta abordagem sociocultural da comunicação permite compreender a natureza binária do trabalho verbal dos actores que nela se encontram: por um lado, o que fazem em conjunto com a linguagem está submetido a constrangimentos e regras de várias ordens; por outro, os fenómenos de criatividade encontram aqui um terreno produtivo e debilmente examinado, capaz de nos levar aos sentidos de cumplicidade da relação sempre singular que se estabelece em cada contexto exclusivo.

Conhecer a situação de consulta no que respeita à interacção estabelecida permite aceder às interpretações negociadas que, a cada instante, os interlocutores efectuem sobre o que é (ou não é) um trabalho pertinente com a linguagem na Medicina Dentária. Com efeito, na análise das palavras enquanto território comum, observamos a forma como médicos e pacientes agem uns sobre os outros através da linguagem e, deste modo, constituem o sentido social da situação e se constituem a si mesmos como sujeitos uns em relação aos outros. A análise do trabalho interactivo dos sujeitos no consultório é um ângulo de focalização sobre as actividades sociais que realizam em conjunto, ou sobre o sentido que atribuem a essas mesmas actividades.

Nesta medida, o desenvolvimento de uma consciência crítica destes sentidos que se equilibram na e pela interacção, é uma condição importante para a construção da competência profissional dos médicos dentistas, tornando-os mais capazes de tecer, com os seus pacientes, situações de linguagem dotadas de valor instrutivo. Em termos mais concretos, pela observação crítica dos usos da linguagem no consultório, o médico vai definindo, pelos

enfoques múltiplos em função de percursos individuais e de objectivos e interrogações particulares, aquilo que é importante considerar em termos do acto médico, ou melhor, vai definindo, apoiado na evolução de um pensamento prático ou sobre a acção, as grandes áreas de intervenção e os seus sentidos complexos. Ao mesmo tempo, este trabalho de análise permite-lhe diagnosticar crenças, conhecimentos e competências individuais, bem como delimitar áreas de formação pessoalmente valiosas, estimulando deste modo capacidades de responsabilização por um programa de desenvolvimento profissional e tornando-se progressivamente mais independente e mais apto de participar junto da comunidade em que se integra.

“It is widely recognized that good communication skills are essential in the health care setting.” (Lanning, et al., 2011, p. 145) Para se obterem resultados favoráveis na prática de Medicina Dentária é preciso, além dos conhecimentos técnicos, ser-se um bom comunicador a nível verbal e não verbal. Assim, dominando as diversas áreas comunicativas, é possível estimular a relação médico-paciente, fomentando a satisfação mútua, contribuindo para que o paciente conclua os tratamentos e mantenha um *follow-up* adequado, além de desenvolver positivamente tanto a forma como o tipo de informação partilhada, mitigando o tempo de consulta, o estado de ansiedade comum a muitos pacientes e situações de conflito com o médico.

4. A Comunicação Não Verbal: Enquadramento Teórico

É importante, antes de mais, definir o conceito de comunicação não verbal, para delimitar a presente investigação. No entanto, perante a multiplicidade de definições, é quase impossível adoptar uma que seja única e definitiva.

Assim, qualquer comportamento ou sinal não verbal é comunicativo se for interpretado por outrem. Neste sentido, o termo não verbal pode referir-se a vários aspectos, como os vocais não verbais (o tom de voz e entoação, por exemplo), os movimentos faciais, o olhar, o tamanho da pupila, o movimento corporal e a distância interpessoal. Pode, também, dizer respeito à comunicação através do toque, do olfacto, e de múltiplos artefactos, como o vestuário, ou a sistemas de comunicação padronizados, como os semáforos. Simplificando, define-se como não verbal toda a comunicação não estabelecida através de língua falada ou escrita, deduzindo-se que existe uma panóplia variada de sinais não verbais.

Harrison demonstrou que o não verbal se aplica a um conjunto variado de situações, que vão desde a expressão facial e gestos até à moda, desde a dança e o teatro até à música e à mímica, desde o fluxo de sentimentos e emoções até ao fluxo de tráfego, desde a territorialidade de animais até ao protocolo dos diplomatas, desde a percepção extra-sensorial até aos computadores analógicos. (Harrison, 1973)

A comunicação verbal e não verbal não são independentes uma da outra, desempenhando ambas um papel de relevo na interacção social. Assim, e segundo Knapp, *“verbal and nonverbal communication should be treated as a total and inseparable unit”* (Knapp, 1980, p. 11) Neste sentido, é importante referir que a comunicação não verbal é necessária para interpretar e ampliar o significado da comunicação verbal. Desta forma,

“The three primary functions of nonverbal communication are (1) to supplement verbal communication, (2) to regulate interaction, and (3) to convey the bulk of the relationship level of meaning.” (Wood, 2012, p. 140)

As pistas não verbais são símbolos com interpretações significativas, desempenhando funções na comunicação, quer intensificando a chamada de atenção ou fornecendo pistas não verbais de reforço da mensagem verbal, quer substituindo símbolos verbais, contradizendo a informação verbal, regulando o processo comunicativo verbal, ou mesmo pondo-lhe fim.

Birdwhistell mostrou, como referimos anteriormente, que a maior parte da comunicação humana passava pela utilização de gestos, posturas e distâncias em relação ao outro. Quantificando a componente verbal em conversações face a face, chegou à conclusão de que esta não chegaria aos 35%, pelo que mais do que 65% da comunicação seria feita não

verbalmente. De igual modo, Segerstrale & Molnár afirma: “[h]owever, considering that nonverbal communication is obviously an important everyday phenomenon – there have been estimates that up to two thirds of our behavior in dyadic interaction is nonverbal.” (Segerstrale & Molnár, 1997, p. 4)

Para Ekman e Friesen, todo o comportamento é comunicativo, embora distingam entre comportamento não verbal informativo (que não assume nem intencionalidade nem partilha de um código), comportamento não verbal comunicativo (que transmite uma mensagem e tem intencionalidade) e comportamento não verbal interactivo (que pretende modificar ou influenciar o comportamento do receptor). (Ekman & Friesen, 1969)

Para Bitti e Zani, a comunicação não verbal desempenha diversas funções no comportamento humano: é um meio de expressão e comunicação das emoções; expõe, por meio de uma linguagem corporal elementar, atitudes sobre a imagem de si próprio e do seu corpo; apoia e complementa a comunicação verbal; e assume funções de substituição da comunicação verbal em situações que não permitem o uso da linguagem. (Bitti & Zani, 1997)

Seguindo esta mesma linha de pensamento, e de acordo com Hickson e Stacks, comunicação não verbal é o processo pelo qual as pessoas manipulam, intencionalmente ou não, acções e expectativas, exprimindo experiências, sentimentos e atitudes, de forma a relacionar-se e controlar-se a si próprios, aos outros e ao ambiente. (Hickson & Stacks, 1985)

Denomina-se, portanto, comunicação não verbal como aquela cujo código não é a palavra, ou seja, a que utiliza outros códigos (o desenho, a dança, os sons, os gestos, a expressão fisionómica, as cores). As pessoas não comunicam apenas por palavras; na verdade, o significado de determinados gestos e comportamentos pode dizer muito mais que certas palavras.

A comunicação verbal torna-se, por vezes, limitada para tudo o que se pretende transmitir; por seu lado, a linguagem corporal é, frequentemente, mais reveladora do que a fala, uma vez que não é totalmente consciente e pode ser interpretada como o “espelho” mais fiel dos pensamentos e sentimentos, mesmo não sendo fácil descrever o repertório comunicativo não verbal. “*A configuração da linguagem corporal é a representação de emoções (...)*” (Silvestre, 2010, p. 92), daí surgir várias vezes a designação “representação emocional” ou “representação sensível” para este tipo de linguagem.

Numerosas pesquisas mostram que as componentes não verbais da mensagem têm maior eficácia que a componente verbal para a determinação do significado da mensagem em si, desempenhando um papel primordial na segmentação do fluxo do discurso em unidades organizadas hierarquicamente, e favorecendo a sincronização das intervenções dos

participantes. A este propósito, Feyereisen & Lannoy afirmam: “(...) *the use and meaning of gestures are not independent of social and linguistic competence.*” (Feyereisen & Lannoy, 1991, p. 135)

Na linguagem dos gestos há que distinguir duas categorias. Por um lado, a categoria constituída pelos gestos que acompanham a exteriorização falada ou verbal, e só esporadicamente a substituem; e, por outro, os sistemas de gestos que suprem por completo, ou pelo menos de forma continuada, a manifestação linguística vocal. A categoria inicial tem como função primordial reforçar ou acentuar ou, por vezes ainda, completar a manifestação verbal. Estes gestos, que acompanham a comunicação verbal, são espontâneos e mais ou menos inconscientes, servindo, pelo lado do emissor, como uma exteriorização expressiva e, pelo lado do receptor, como sinais da atitude emotiva daquele. Ocasionalmente, pode suceder que algum destes gestos seja utilizado em vez da linguagem, suprimindo-a momentaneamente – o factor distância. Aqui, o gesto supre a linguagem verbal, surgindo um autêntico acto de linguagem, intencional, realizado com finalidade comunicativa somente por meio de movimentos do corpo. A segunda categoria de gestos constitui um sistema equivalente a uma verdadeira língua independente, sendo usada não como uma substituta acidental da fala, mas de um modo continuado, como é o caso, por exemplo, da linguagem dos surdos-mudos.

Seja como for, em ambas as categorias encontramos actos de comunicação efectuados pela utilização de movimentos do corpo, principalmente das mãos.

Como referimos anteriormente, o interesse pela comunicação não verbal surgiu com Darwin, em 1872, através do seu estudo das expressões faciais e emoções em *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. No entanto, o maior desenvolvimento nesta área deu-se, essencialmente, na década de 50 do século passado, com investigadores das Escolas de Palo Alto e Filadélfia, dos quais se destacam Ray L. Birdwhistell, Albert E. Scheflen, Edward T. Hall, Erving Goffman e Paul Ekman.

“O novo entusiasmo científico pela pesquisa em comunicação tem suas raízes no trabalho subterrâneo desenvolvido pelos pioneiros no assunto, mas o enorme interesse público pela comunicação não verbal parece fazer parte do espírito da época: a necessidade que muita gente sente em restabelecer contato com suas próprias emoções; a busca dessa verdade emocional que talvez consiga expressar-se de modo não verbal”. (Davis, 1979, p. 20)

A investigação em comunicação resulta dos avanços em cinco áreas do conhecimento: a psicologia, a psiquiatria, a antropologia, a sociologia e a etologia. Trata-se de uma ciência relativamente jovem, em que as controvérsias sobre determinados pontos ainda não se esbateram. Assim, cada área se debruçou sobre a comunicação em diferentes perspectivas.

A psicologia centra-se em formas de comportamento a serem analisadas, e deduziu que comunicar não se restringe unicamente à linguagem verbal:

“(...) sujeitos são atingidos por lesões graves do cérebro que se estendem à quase totalidade da região da linguagem, e (...) eles são, contudo, capazes de aprender eficazmente a utilização de uma linguagem simbólica” (Piaget & Chomsky, 1987, pp. 261-262)

A psiquiatria defende que o modo de comunicação não verbal de um indivíduo fornece pistas quanto ao seu carácter. O psiquiatra Jurgen Ruesch e o fotógrafo Weldon Kees publicaram, em 1956, o primeiro livro que utilizou a expressão “comunicação não verbal” – *Nonverbal Communication: Notes of the Visual Perception of Human Relations*.

A antropologia estudou a influência que a diferença cultural tem na forma de os sujeitos se movimentarem.

A sociologia observou actos não obrigatórios na sociedade, mas que existem intrinsecamente em todos os indivíduos, que os executam sem pensar.

Finalmente, a etologia estudou os comportamentos não verbais de animais selvagens e seres humanos, encontrando semelhanças inacreditáveis.

Na ausência de barreiras académicas entre estas várias áreas do conhecimento, permitiu-se um frutífero desenvolvimento de métodos observacionais, que possibilitaram a formulação de um novo conceito sobre comunicação em que existe uma abordagem inovadora à comunicação não verbal.

As décadas de sessenta e setenta conheceram importantes contribuições de estudiosos como Argyle, Davitz, Dittmann, Goldman-Eisler, Hess, Kendon, Mehrabian, Rosenthal, Sheflen, Sommer, Trager e outros. Em 1969, Ekman e Friesen traçaram um importante marco teórico sobre as origens, uso e codificação do comportamento não verbal. A década de setenta iniciou-se com a informação de um jornalista acerca do estudo não verbal (Fast, 1970), que se apoderou da imaginação do público e a que se seguiu uma ininterrupta corrente de publicações, que fizeram com que as descobertas acerca do comportamento não verbal fossem compreensíveis e utilizáveis pelo grande público.

Como afirmámos anteriormente, definir o que é comunicação sempre foi uma temática complexa e, ao longo das últimas décadas, os mais variados modelos foram propostos. Estes representaram um avanço no conhecimento atingido, responderam às inquietações contemporâneas e prepararam o trilho a ser palmilhado por futuros trabalhos. Da diversidade de estudos efectuados, comunicação surge-nos como um conceito polissémico. *“Communication is a subject so frequently discussed that the term itself has become too meaningful – that is, it has too many different meanings for people.”* (Tubbs & Moss, 2000, p.

8); no entanto, o presente estudo tomará a comunicação na sua função de transmissão de informações e de co-construção de uma relação.

A comunicação não verbal é menos controlada e, muitas vezes, o médico transmite sinais aos pacientes que os podem influenciar negativamente. Ainda assim, os sinais não verbais podem ser também intensificadores sociais - é o que acontece quando o médico sorri e acena empaticamente, permitindo que os pacientes se exteriorizem. Um médico descontraído e com um certo grau de humor e boa disposição facilita o tratamento a ser feito; por outro lado, os médicos que falam num tom agressivo, revelando ruídos na comunicação, os que falam tão depressa que poucos são os que o acompanham, ou tão devagar que as pessoas adormecem, só terão a ganhar em aprender a controlar os seus comportamentos não verbais. Isso conduzirá à melhoria da atmosfera do consultório médico dentário e poderá garantir a satisfação pessoal e profissional.

4.1. A Comunicação Não Verbal e as Diferentes Culturas

O facto de os significados do comportamento não verbal variarem de cultura para cultura pode dificultar a comunicação, mas, ao mesmo tempo, torna explícita a importância que a linguagem corporal assume nas relações humanas. Há muitas diferenças nos gestos, valores, normas, atitudes e rituais entre pessoas de culturas diferentes, e a cultura emergente de determinada comunidade afecta o comportamento. Ela é responsável pela distância a que nos mantemos da pessoa com quem falamos, pelo modo como usamos ou evitamos o contacto visual e físico, pelo modo como manifestamos entusiasmo ou desagrado, ou mesmo pelo modo como expressamos o amor em lugares públicos. H. Carvalho defende que por “*cultura se compreende todo o conjunto de actividades que são realizadas pelo homem como membro de uma comunidade; ou por outras palavras, todas as actividades do homem como ser social, que não é apenas indivíduo*” (Carvalho, 1967, p. 20). Sendo a linguagem integrada neste complexo fenómeno é, portanto, uma actividade cultural.

As pessoas tomam consciência da sua capacidade expressiva pela observação e comparação com estilos de outras pessoas, que podem ser reconhecidos e medidos pela família, amigos e investigadores. Deste modo, pode dizer-se que o desenvolvimento da comunicação não verbal, bem como a habilidade de interagir socialmente estão associados aos estilos expressivos familiares; na verdade, as crianças adaptam-se e adoptam os estilos de comunicação existentes na comunidade. Desta forma, vários autores chegaram à conclusão que os indivíduos de famílias com maior capacidade expressiva são melhores comunicadores,

e que as crianças destas famílias são mais populares, menos agressivas e melhor aceites na escola do que as crianças que crescem em lares com fraca competência expressiva.

É de extrema importância o estabelecimento das relações entre os principais canais de comunicação não verbal e a capacidade expressiva, tal como a expressão facial; inúmeros autores consideram que o rosto é um meio para conhecer a personalidade e o modo de sentir de cada indivíduo, e uma forma eficaz de estudar a expressão facial é através da direcção do olhar, dilatação da pupila, temperatura, reacção electrodérmica ou mudança na cor da pele.

Vários estudos demonstraram que pessoas isoladas dos meios de comunicação, que desconhecem outros povos, identificam as expressões do mesmo modo que uma pessoa com elevado *background* cultural. Parece, pois, pacífica a concordância de que o cérebro humano está programado para dar ordens aos músculos que comandam a expressão, de acordo com o sentimento que o alimenta, e de que o ser humano nasce com um dispositivo de reacções físicas básicas que englobam os elementos da comunicação não verbal. No entanto, esta premissa não contradiz o facto de que há, também, muitos gestos de significados variados em diferentes sociedades.

Da investigação para descobrir se os sinais não verbais são inatos, aprendidos, transferidos geneticamente ou adquiridos de uma outra qualquer forma, pode concluir-se que há gestos para cada categoria. A linguagem não verbal parece, assim, ser instintiva, mas também ensinada e imitativa.

4.2. A Imagem como Linguagem

Por inúmeras vezes a imagem tem sido encarada como uma linguagem. Dondis entende a imagem como uma forma de comunicação:

“Hay muchas razones para considerar el potencial de la alfabetidad visual. Algunas vienen dictadas por las propias limitaciones de la alfabetidad verbal. La lectura y la escritura, así como su relación con la educación, siguen siendo un lujo de las naciones más ricas y tecnológicamente más desarrolladas del mundo. Para el analfabeto, el lenguaje hablado, la imagen y el símbolo siguen siendo los medios principales de comunicación, y de ellos sólo el visual puede preservarse en la práctica. En estas circunstancias, el comunicador visual adquiere gran importancia.” (Dondis, 1976, p. 84)

A imagem desempenha um papel fundamental no consultório dentário; devemos dirigir-nos à sensibilidade do paciente e provocar-lhe uma reacção, uma vez que temos a possibilidade de associar a percepção visual à palavra.

As imagens ocupam no nosso cotidiano, actualmente, um espaço fascinante. Poderíamos com facilidade atribuir-lhes duas funções básicas: uma pragmática e outra mágica, uma vez que dependemos das imagens para obter e fornecer informação, para a compreender e organizar, mas também porque nos servimos delas para representar o mundo que conhecemos, criando e apresentando novos mundos, transformando a percepção em contemplação e desenvolvendo atitudes de fruição estética. A espécie humana vive tempos de mudança, com uma viragem significativa da supremacia da dimensão verbal para a dimensão pictural; no entanto, nenhuma mudança é isenta de consequências, e esta, ao pôr em causa a tradicional supremacia da palavra nas culturas contemporâneas, pode atemorizar alguns indivíduos.

Bruno Munari diz, a propósito das formas de comunicação visual, que “*[i]magination is the means of visualizing, of rendering visible what fantasy, invention, and creativity devise.*” (Munari, 2000, p. 154)

Não é possível pensar na linguagem verbal e visual sem pensar na sua permanente interacção, e que as imagens gráficas e ópticas, que hoje se combinam com os textos verbais, apenas permitem representar de forma material o pensamento visual. Numa sociedade tão marcada pela cultura visual como a nossa, o poder das imagens afirmou-se, e hoje dependemos de toda a imagem técnica e culturalmente produzida, tal como outrora dependíamos mais fortemente da palavra.

No dizer de Arnheim “*[w]hat is seen depends on who is looking and who taught him to look.*” (Arnheim, 1966, p. 152) O que se pode dizer por meio de imagens não deve ser dito por meio de palavras; aliás, as palavras que tentam descrever uma imagem jamais conseguem esgotá-la por completo.

Numa consulta onde predomine a linguagem não verbal por parte do médico, existe sempre uma aproximação à imagem ao longo do processo comunicativo. As imagens constituem uma pré-linguagem, são mais flexíveis, mais convincentes e, sobretudo, mais acessíveis, dispensando, muitas das vezes, a palavra, quando são suficientemente sugestivas e autónomas. A imagem pode também exercer um impacto elevado sobre as palavras, auxiliando à descoberta do seu significado, pelo que a relação imagem-palavra é, assim, de complementaridade.

É ainda de referir que a função da imagem consiste em abreviar o discurso verbal, o que é confirmado pelo provérbio chinês: “Uma imagem vale mais que mil palavras”; a imagem, encarada do ponto de vista da comunicação, tem, portanto, características próprias e diferentes da linguagem verbal.

4.3. A Importância da Comunicação Não Verbal

O objectivo fundamental da comunicação é criar significado. Segundo Leathers (1997), existem seis razões pelas quais a comunicação não verbal tem um enorme significado funcional.

A primeira apoia-se no facto de os sinais não verbais serem os factores preponderantes no contexto interpessoal - Mehrabian estimou que 93 por cento do impacto total da mensagem é resultado de aspectos não verbais. (Mehrabian, 1968).

A segunda razão prende-se com o facto de os sentimentos e emoções serem mais fielmente expostos pelo não verbal do que pelo verbal.

A terceira razão advém de que a parte não verbal da comunicação, que transmite significado e intenção, é livre de distorção. Assim, parece mais difícil dissimular a verdade através da comunicação não verbal do que da comunicação verbal, uma vez que os sinais não verbais não são controlados conscientemente por um período de tempo tão longo como a comunicação verbal.

A quarta razão correlaciona-se com a função explicativa dos sinais não verbais providenciados para se obter um processo comunicativo eficaz. O emissor aplica, muitas vezes, sinais adicionais que explicitam a sua mensagem.

Na quinta razão demonstra-se que os sinais não verbais proporcionam uma comunicação muito mais eficiente quando comparados com os verbais. Com efeito, a comunicação verbal vem, muitas vezes, pejada de redundâncias, ambiguidades, repetições e abstracções, tornando o processo comunicativo menos eficaz.

A sexta razão prende-se com a ideia de que os sinais não verbais constituem um meio apropriado para sugestões e insinuações.

Conclui-se, deste modo, que o reconhecimento do comportamento não verbal é de extrema importância num processo comunicativo eficaz. Assim sendo, e na medida que a comunicação não verbal não é tão limitada quanto a maioria das pessoas considera, isto é, não se prende apenas com a análise dos gestos, é essencial a abordagem dos seus diversos constituintes, pois todos eles contribuem, à sua própria maneira, para que a interacção comunicativa se processe com fluência e sentido para todos os intervenientes. Desta forma, serão apresentados no capítulo seguinte os diferentes códigos não verbais que, exactamente pela sua importância, foram já referidos ao longo do enquadramento deste ramo da comunicação.

5. Os Códigos Não Verbais e a sua Influência no Processo Comunicativo

5.1. Os Sinais Vocálicos

Os sinais vocálicos incluem todos os estímulos produzidos pela voz humana que afetem a audição, incluindo silêncios e pausas. Na classificação dos sinais vocálicos, Trager (1958, citado por Burgoon & Saine, 1978) identificou três parâmetros a considerar no estudo da voz. Destes três, destacou a colocação da voz, representando o *background* em que o estímulo vocal deve ser julgado, e incluindo as particularidades físicas do falante que ajudam a identificar o estatuto social e psicológico da pessoa. Realça, desta forma, todas as características não vocálicas que influenciam o nosso julgamento da voz. As características da voz podem ser incluídas em duas classes: as qualidades da voz (elementos distinguíveis da voz que acompanham o discurso) e as vocalizações (sons específicos ou aspectos dos sons). Assim, da multiplicidade de combinações possíveis de qualidades da voz e vocalizações, nenhum som é igual a outro, tornando a voz única.

Os sinais não vocálicos podem explicitar as mensagens verbais e transmitir mensagens por si próprios, transportando uma variedade de informações, como o sexo do emissor, a sua profissão, a sua etnia ou personalidade.

Leathers apresenta, desta forma, três funções comunicativas dos sinais vocálicos: “(1) *the emotion function*; (2) *the impression management function*; [e] (3) *the regulatory function*” (Leathers, 1997, p. 159)

As características vocais têm também a capacidade de permitir determinar as atitudes do sujeito e as suas mudanças de comportamento, afetando a nossa impressão relativamente à credibilidade, estatuto e poder do indivíduo.

“Of course, you can’t force the judges to converse with you. But you can create the illusion of conversation by speaking in a conversational style. Using this style makes each judge feel you are talking to him or her individually. It makes you seem accessible. It invites conversation.” (Dworsky, 1991, p. 25)

O modo como falamos tem tanto significado como aquilo que dizemos. Neste sentido, a altura, o timbre, o ritmo, o controlo e o registo da voz, a articulação, a intensidade, a extensão e a variedade melódica são essenciais na regulação das interações.

Ikuko Nakane evidenciou que “[s]ilence (...) takes the following forms: inter-and intra-turn pauses, general non-participation or lack of participation in conversation, lack of speech on specific topics/matters, or lack of speech specific to interactive situations.” (Nakane, 2007, p. 3), do que se conclui que o silêncio desempenha, também, uma função essencial. O médico pode calar-se, depois de um paciente ter falado, para sublinhar a importância do que se disse, ou depois de fazer uma pergunta, para dar tempo ao paciente de reflectir no comportamento que tem tido, por exemplo, relativamente à sua higiene oral. Mas só o silêncio do médico não é suficiente para modificar o comportamento do paciente - o silêncio deve ser acompanhado por sinais não verbais de solicitação, que levem os pacientes a exprimir e explicar o que pensam, por exemplo, porque não higienizam correctamente ou porque o fazem vezes insuficientes ao longo do dia, para que possamos ajudá-los, fornecendo alternativas e soluções ou ensinando novas técnicas. Assim, utilizar-se-ão sinais do rosto (sorrir, franzir a testa, olhar para o paciente com semblante sério, interrogativo ou pensativo), movimentos de cabeça (para confirmar, duvidar ou negar), movimentos de corpo (aproximar-se ou afastar-se de quem fala) e gestos (pedir ou impedir a participação, cortar a palavra ou pedir mais argumentos).

Os sinais vocais são portadores, segundo a situação e os comunicadores, de um elevado grau de informação em certos tipos de mensagens, exercendo uma grande influência nas percepções do receptor.

5.2. A Aparência Física

A aparência física inclui características corporais e elementos naturais (corpo, pele e cabelo), e outros adornos (como vestuário, acessórios e maquilhagem), e constitui o primeiro código não verbal a ser percebido.

Goffman expôs a percepção de “*self presentation*”, e afirmou que o desempenho de um indivíduo e a forma como ele age depende da presença do outro:

“o indivíduo em situações de trabalho habituais se apresenta a si próprio e à sua actividade perante os outros, as maneiras como orienta e controla a impressão que os outros formam dele, as diferentes coisas que poderá fazer ou não fazer enquanto desempenha perante os outros o seu papel” (Goffman, 1993, p. 9)

Neste sentido, conclui-se que o sujeito é capaz de expressar algumas características pessoais através da aparência física; Argyle refere algumas:

“(...) displaying positive features of the person, which he may or may not possess, or features which will be approved by others; enhancing physical attractiveness, displaying parts of the self-

image, e.g. colourful, masculine, radical conforming to norms of situations, or deliberately deviating, e.g. not wearing a dinner jacket; showing membership of a group, e.g. punks, undergraduates membership of a social class, e.g. upper; occupational roles, e.g. nurse, judge, king” (Argyle, 1988, p. 234)

De facto, alguns elementos do nosso aspecto exterior podem ser modificados, pelo menos parcialmente, como por exemplo o estado da pele, o penteado, o modo de vestir, etc. A aparência e a roupa são parte dos estímulos não verbais que influenciam as respostas interpessoais. A razão pela qual tentamos melhorar o nosso aspecto prende-se com o facto de parte importante da nossa mensagem passar pela nossa imagem corporal. Os estudos existentes sobre o papel exacto que a aparência e o modo de vestir desempenham no sistema total da comunicação são ainda insuficientes, mas sabe-se que a aparência e a roupa são parte dos estímulos não verbais que influenciam as respostas interpessoais e que, em parte, são os determinantes principais de tais respostas em certas condições.

Knapp (2002), referindo-se a esta categoria e a todos os atributos físicos, defende que uma boa aparência física é vista como uma característica positiva, e, por oposição, uma má é considerada negativa. O que usamos diz muito de nós, do modo como nos sentimos e como queremos que os outros nos vejam, pelo que as características físicas são sinais não verbais importantes.

O motivo de aplicarmos energia, tempo e dinheiro para melhorar o nosso aspecto prende-se, desta forma, com o facto de que parte importante da nossa mensagem passa pela nossa imagem corporal. Com efeito, mediante este tipo de sinais são enviadas mensagens relativamente à personalidade e ao estado de espírito, à idade, sexo, nacionalidade, relação com o sexo oposto, o *status* socioeconómico, a identificação com um grupo específico, a profissão, o humor, as atitudes, os interesses e os valores. Na verdade, os médicos dentistas tendem a elaborar “juízos” positivos e negativos sobre o aspecto dos seus pacientes, tratando os que consideram não atractivos com comunicações mais escassas e menos positivas.

Assim sendo, devemos destacar o tipo de corpo, que constitui uma das características naturais mais importantes, podendo ser classificado quanto ao grau de musculatura, altura e peso. Córdon refere três tipos de corpo, apresentados por Sheldon (1954): “(...) *the endomorph (soft, rounded, plump), the mesomorph (hard, square, big-booned, muscular), and the ectomorph (tall and thin with a large head).*” (Córdon, 2005, p. 40)

Além disso, existem os mais variados tipos de pigmentação melânica, permitindo, desta forma, que o indivíduo seja classificado de acordo com a cor da pele.

No que diz respeito ao cabelo, incluem-se os pêlos do corpo e da face, e os cabelos do crânio. Nos pêlos do corpo, interessa a quantidade e localização; quanto aos pêlos da face e cabelos, a quantidade, textura, cor, estilo e comprimento são as propriedades mais importantes. Estas características podem fornecer informações quanto à idade, estatuto, disponibilidade sexual e interesse que o indivíduo tem na sua apresentação.

Nos adornos, o vestuário é o meio comunicativo mais eficaz, pelo impacto visual instantâneo:

“People dress in a variety of ways for a variety of reasons: to give certain impressions, for comfort, or for practical reasons. A car mechanic wears sturdy overalls to keep grease, heat, and sharp objects away from his or her body. A popular stage performer wears glamorous or outrageous clothing to give the audience something fun to look at. A person going on a 10-hour driving trip might wear a sweat suit to be comfortable. A chemistry student going to his or her first job interview will wear a suit to impress the interviewer with his or her seriousness about the job.” (McCuen, Johnson, & Davis, 1993, p. 172)

Esta área compreende também outras características físicas, como é o caso do rosto. Este ocupa o lugar primordial como canal dos estados emocionais, reflectindo atitudes e proporcionando reacções não verbais na interacção, sendo, de acordo com alguns estudiosos, em conjunto com a fala humana, a principal fonte de informação, ou seja, é muito rico em potencialidade comunicativa. *“Unicamente o rosto é impudico já que somente ele revela nossa pessoa íntima, o que nós somos”* (Renaud, 1982, p. 67)

Outro aspecto importante das nossas expressões faciais é que nem sempre representamos estados emocionais simples. Pelo contrário, o rosto pode ser portador de uma mistura simultânea de sentimentos, que Knapp (1995) denomina “mesclas de afecto”.

Mas quais são as emoções que o rosto reflecte? Apesar de o rosto conseguir realizar centenas de movimentos diferentes e comunicar muitos estados emocionais, os investigadores focaram-se fundamentalmente, desde 1940, sobre a surpresa, o medo, a cólera, o desgosto, a felicidade, e a tristeza - expressões capazes de manifestar dados significativos sobre a personalidade do indivíduo. Ainda segundo Knapp, as nossas percepções são meras generalizações feitas a partir das características do rosto, que nos permitem enviar sinais inerentes à interacção, sendo usado para facilitar e/ou inibir a interacção. As partes que o compõem podem complementar ou qualificar respostas verbais e/ou não verbais. O falante acompanha as suas palavras com expressões faciais que servem para sublinhar, acentuar, ou modelar os significados; o ouvinte, por seu lado, expressa as suas reacções por meio de movimentos com os lábios, o sobrolho e a testa. *“Facial expression is often taken as a cue to*

permanent emotional state, and can be deliberately managed to create a certain impression”
(Argyle, 1988, p. 136)

Quando queremos tomar parte do diálogo, fazemos vários sinais com a boca, com as sobrancelhas ou sorrimos. O sorriso também pode servir para mostrar o desejo de terminar a interação. O rosto é, assim, capaz de expressar uma gama imensa de informações, mas estas necessitam de um reforço das outras partes do corpo, tais como as mãos, as pernas e a postura geral.

5.3. A Cinética

Cinética significa

“[c]onscious and unconscious psychomuscularly – based body movements and intervening or resulting still positions, either learned or somatogenic, of visual, visual-acoustic and tactile and kinesthetic perception, which, whether isolated or combined with linguistic and paralinguistic structures and with other somatic and objectual behavior - all systems, possess intended or unintended communicative value” (Poyatos, 2002, p. 185)

Simplificando, é constituída por movimentos que vão desde um simples gesto a um conjunto de movimentos corporais, efectuados de forma consciente ou inconsciente. A cinética engloba, desta forma, todo o conjunto de movimentos corporais, incluindo gestos que acompanham a fala e outros movimentos complexos que envolvem áreas de psiquiatria, psicologia e relações humanas no seu geral. Todas as formas de movimento corporal pertencem à comunicação não verbal, e os movimentos não são limitados a uma região específica do corpo.

De uma perspectiva anatómica, as fontes de movimentos são quase ilimitadas. No entanto, Birdwhistell, identificou oito regiões corporais com movimento susceptíveis de passarem uma mensagem: (1) a cabeça, (2) o rosto, (3) o pescoço, (4) o tronco, (5) o ombro - o braço - o pulso, (6) a mão, (7) a articulação da anca - perna e (8) o pé, tendo estas regiões capacidade de fazer variar os sinais. (Birdwhistell, 1952)

O modo como movimentamos os olhos, os ombros, os lábios, sobrancelhas, pescoço, braços, pernas, mãos, dedos, o que fazemos e como orientamos o corpo pode comunicar muita coisa, e dizer se nos sentimos bem, ansiosos, nervosos ou entusiasmados.

Devido à complexidade dos comportamentos humanos existentes, o estudo da cinética torna-se difícil; no entanto, é possível diferenciar os comportamentos em gestos, modos de estar e posturas.

Os gestos usam-se para complementar a fala quando determinados factores ambientais, como a distância ou o barulho, fazem com que seja difícil entendê-la; como um substituto da fala quando o canal de comunicação está ocupado por outro falante; como um elemento que explicita a fala; para clarificar, eventualmente, alguma palavra ambígua; e como indicador do desejo de comunicação do falante. Um gesto corresponde, assim, a um movimento executado, com intenção ou não, por diversas partes do corpo, pertencendo portanto à comunicação não verbal. *“A gesture is usually deemed to be an action by which a thought, feeling, or intention is given conventional and voluntary expression.”* (Kendon, Sebeok, & Sebeok, 1981, p. 28).

Vários neurologistas admitiram que as pessoas que sofriam de danos cerebrais impedindo o discurso revelavam também complicações na utilização do gesto, o que prova que a linguagem é indissociável do gesto e da actividade corporal. (Argyle, 1988) Com efeito, o gesto intencional está carregado de sentido, exprime e comunica ao outro os objectivos do sujeito, provocando reacções - é, portanto, uma linguagem. Por seu lado, a imobilidade afecta igualmente a fala, que fica mais pobre e desprovida de autenticidade, o que prova que a actividade motora do falante está intimamente ligada às suas actividades de codificação verbal.

“In our non-reflective relation to the world, our body is never a mere apparatus reacting to some stimuli, but an evolving subjectivity responding to meaningful sensory qualities. The responses to the surroundings comprise both activity and passivity, moving and being moved: “Each movement, including the looking, is primarily a pathic moment, a form of self-movement through being moved.” (Csepregi, 2006, pp. 9-10)

Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala mas também as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação, que apresentam por vezes autonomia suficiente para substituir a expressão verbal, a cinética, ou seja, o estudo da linguagem corporal, assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas. *“It is a matter of common observation that gesture co-occurs with speech during everyday interaction in all cultures and societies”* (Dipper, Cocks, Rowe, & Morgan, 2011, p. 123)

Um das manifestações mais usuais e mais visíveis do comportamento não verbal que acompanha a fala são os movimentos das mãos. Estas podem encontrar-se ligadas ao ritmo da linguagem e ao movimento de acentuação da frase. As mãos têm o seu próprio papel, e podem ilustrar a função de manipulação de objectos, como acontece, por exemplo, quando se exemplifica a forma de conduzir um carro. Neste sentido, vem-se confirmar o exposto anteriormente, isto é, pode dizer-se que a observação dos gestos das mãos que acompanham a

fala sugere que o meio ambiente mental de um falante é muito mais complexo do que se considerarmos só a fala.

Apesar da sua inquestionável importância, vários autores afirmam que, quanto mais os gestos representarem o pensamento, menor será a capacidade de verbalização do falante; no entanto, Kendon defende que a fala é portadora de sentido e está sujeita a limitações que os gestos não possuem. (Kendon, et al., 1981)

Desde os tempos mais remotos da vida humana em sociedade que se utiliza a comunicação gestual, precedendo esta a comunicação verbal. Hewes defendeu que a linguagem humana assenta nos gestos das mãos e dos braços. *“The notion, that man’s first language was primarily gestural, carried on with hand and arm signals rather than vocal sounds, has been supported by a distinguished line of scholars (...)”* (Hewes, 1973, p. 5) O mesmo autor refere que a comunicação corporal, na forma de linguagem gestual, forneceu as bases para o desenvolvimento futuro das linguagens faladas, sustentando a sua teoria num estudo com chimpanzés. *“The gestural theory seems to be the most attractive of the many glottogenic hypotheses advanced so far, and receives support from recent studies of chimpanzees and other primates (...)”*. (ibidem)

Dos estudos realizados por Kendon (1981) e Poyatos (2002) conclui-se que os gestos surgem antes do discurso no momento da interacção. Desta forma, eles funcionam como um plano ou concepção da interacção que se vai iniciar.

“The relationship between the lexicon and gesture is seen as “natural” and particularly useful for compensation in many areas, including studies of aphasia (...)” (McCafferty & Stam, 2008, p. 185) De facto, na impossibilidade da comunicação verbal, o gesto toma o papel principal como forma de comunicação.

“(...) a range of phenomena relevant to the organization of gesture that encompass not only psychological processes within the speaker, but also embodied participation of frameworks constructed through the collaborative actions of multiple parties, and structure in the environment.” (McNeill, Duncan, Cassell, & Levy, 2007, p. 195)

O gesto desempenha, portanto, funções não só psicológicas mas também comunicativas. Outra característica do gesto é que utiliza o tempo e o espaço, enquanto o discurso apenas usa o tempo. Frequentemente ocorrem equívocos comunicacionais pela omissão da utilização espacial; neste sentido, o gesto serve para esclarecer ideias ambíguas, sequenciar acções de forma mais eficaz que a comunicação verbal, e substituir palavras. (Kendon, 1981).

Segundo o mesmo autor, os gestos podem ser classificados em dois grupos: o semiótico (relação entre gesto e o seu significado) e o funcional (o gesto usado como acompanhante discursivo).

“The semiotic classifications discriminate among gestures that convey their meaning through indication, gestures that in the same way describe or indirectly explain their meaning, and gestures in which the relationship between the form of movement and the expresses meaning is purely conventional. For the most part, the functional classifications distinguish gestures playing a direct role in the conversation, that is, that are inseparable from concomitant discourse; gestures that, despite their importance to the interaction, are not linked to the conversation but possess their own functional autonomy (...)” (Bitti & Poggi, 1991, p. 433)

No que diz respeito a classificações, há também a destacar a de Ekman e Friesen (1969). Estes autores criaram cinco categorias de gestos: os simbólicos ou emblemáticos, os ilustradores, os reguladores da interação, os adaptadores, e os que exprimem estados emocionais.

Os gestos emblemáticos são sinais do corpo que têm tradução verbal directa, consistindo numa palavra ou expressão com significado definido e conhecido por todos os indivíduos de uma sociedade. Este tipo de gesto é usado sobretudo quando existe ruído ou uma barreira de distância que impeçam o discurso. Quando nos deparamos com um conjunto de gestos emblemáticos organizados, estamos perante uma linguagem emblemática, um sistema gestual. *“(...) gesture systems that have been developed to a certain degree of complexity which is sufficient for the communicative routines for which they are needed, but (...) its use is almost always confined to specific contexts (...)”* (Kendon, 2004, p. 299) Estes signos são aquisições culturais, e como exemplos temos desde os movimentos de cabeça que exprimem o sim e o não, o indicador sobre a boca indicando o silêncio, ou mesmo a fricção do polegar e do indicador significando dinheiro. Os emblemas são executados com plena consciência por parte do emissor, nunca estando presentes quando este se encontra isolado, necessitando sempre da coexistência de um receptor. Desta forma, podem substituir a linguagem se a distância impossibilita o uso da voz, ou se as circunstâncias exigem silêncio; de facto, *“[e]mblems occur most frequently where verbal exchange is prevented by noise, external circumstance (e.g., while watching a play), distance (between hunters), by agreement (in the game of charades), or by organic impairment (the deaf mute).”* (Kendon, et al., 1981, p. 72).

Os ilustradores funcionam como gestos emblemáticos na forma como são usados, com intencionalidade e consciência, e são normalmente usados para esclarecer as expressões verbais, podendo também ser utilizados para argumentar, reforçar ou diminuir a intensidade

do que está a ser dito, bem como enfatizar a mensagem, variando em função de factores étnicos e culturais. Frequentemente, servem como meio de avaliação do temperamento, confiança e poder comunicacional do indivíduo. Desta forma, os ilustradores constituem actos não verbais intimamente ligados ao discurso falado, e demonstram o que vamos dizendo; jamais existem fora da linguagem e constituem objecto de uma aprendizagem social. Alguns deles marcam o ritmo das partes do discurso, e poderiam ser considerados uma espécie de sistema de pontuação; outros ampliam ou completam o conteúdo da comunicação, indicando relações espaciais ou delineando formas de objectos ou movimentos. “(...) *the synchrony of bodily movement with speech at the verbal, syllabic and phonic levels of the organization of speech*” (Key, 1980, p. 210)

“(...) *speech-related gestures are more likely to aid listener comprehension by getting attention, activating images or motoric representations in the listener’s mind, and aiding recall.*” (Knapp & Hall, 2009, p. 242). De facto, alguns movimentos estão tão ligados ao processo de codificação da fala que são virtualmente manifestações motrizes do processo. O estudo de Dittmann, citado por Knapp, refere certas ocasiões em que comunicamos uma ideia excitante, difícil de conceptualizar ou considerada muito importante, podendo, nestes casos, apreciar-se uma “sensação geral” das conexões entre o fluxo do pensamento e o fluxo dos movimentos corporais. (Knapp, 1995)

Os reguladores são usados para pautar a mensagem no seu início, decorrer e fim. Estes gestos são usados sem consciência ou intencionalidade pelo indivíduo, ou seja, são actos não verbais que mantêm e regulam a natureza alternante do falante e ouvinte, entre dois ou mais intervenientes. Servem para manter o fluxo da conversação, e podem indicar se o interlocutor está interessado ou não, ou se deseja falar ou interromper a comunicação, por exemplo. Além de alguns gestos típicos das mãos, podem também servir para este efeito os acenos de cabeça, o franzir de sobrancelhas ou as mudanças de posição. Desta forma, um aceno de concordância é um sinal enviado a quem fala para que continue o seu discurso, ao passo que uma rápida sucessão de sinais de concordância servem para indicar que o ouvinte deseja tomar, por sua vez, a palavra. “*Much human NVC is like this – for example a head nod has the behavioural consequence of permitting another person to carry on talking, but neither party may be aware of the head-nod*” (Argyle, 1988, p. 58)

Os gestos adaptadores são uma fonte de informação sobre as atitudes, nível de ansiedade e confiança do comunicador, e são também usados sem intenção. Inicialmente eram vistos como acções adaptativas usadas para satisfazer as necessidades corporais, mas sofreram uma modificação graças à convivência em sociedade; assim, servem actualmente para fornecer

informações sobre o estado psicológico do indivíduo, em vez de revelar as suas necessidades fisiológicas.

Os adaptadores são, portanto, gestos não intencionais que executamos como resposta a certas situações de aprendizagem (por exemplo, aprender a realizar alguma acção corporal ou instrumental, a administrar emoções, a satisfazer necessidades ou a interagir). Não pretendem comunicar nenhuma mensagem específica, e alguns podem ser executados sem a presença de outra pessoa. São aprendidos geralmente na infância, como parte de um modelo global de comportamento adaptativo, tornando-se habituais no adulto. Ekman e Friesen (1969), distinguem três tipos de adaptadores: os gestos “auto-adaptativos”, movimentos que os indivíduos executam com o corpo durante a interacção, gestos de adaptação “centrados no outro”, e gestos de adaptação “dirigidos a objectos”. No estudo levado a cabo pelos mesmos investigadores, provou-se que os auto-adaptativos aumentam com a ansiedade; no entanto, se essa ansiedade ou angústia atinge um nível muito alto, a pessoa pode ficar “paralisada”, não realizando o mais pequeno movimento.

A expressão dos estados emocionais está relacionada com as expressões faciais e apresenta menor poder de intencionalidade do que os gestos emblemáticos. Desta forma, fornecem alguma informação pessoal acerca do comunicador, sem que este tenha intenção de o fazer. Estes indicadores englobam, essencialmente, a mímica facial, mas os gestos com as mãos desempenham também o seu papel na comunicação. De facto, a ansiedade e a tensão produzem modificações que podem ser reconhecidas a nível dos movimentos – o acto de estender o punho fechado em sinal de ira é um gesto típico desta categoria.

Num estudo de Rosenfeldt, partiu-se da ideia de que o movimento consiste no deslocamento das partes corporais no espaço e no tempo, e providenciaram-se descrições úteis de taxionomia das partes corporais e das estruturas espaciais e temporais de referência. (H. M. Rosenfeldt, 1982). Nesta linha de pensamento, depreendeu-se que algumas zonas do corpo possuem maior significado funcional que outras; assim, o movimento da mão é mais importante que o do pé, por um lado devido à sua visibilidade, por outro porque a área do cérebro associada ao movimento da mão é mais ampla que a área associada a outros movimentos corporais. Por outro lado, os movimentos da mão podem ser considerados uma fonte de informação mais fidedigna do que os movimentos do pé, uma vez que estão sujeitos ao controlo social.

Da mesma forma que existe uma classificação dos gestos corporais em geral, verifica-se uma classificação para os gestos das mãos: gestos emblemáticos, ilustradores e manipuladores. Os gestos emblemáticos possuem um significado verbal, conhecido por todos

os membros de uma sociedade; os ilustradores acompanham o discurso produzido; e os manipuladores podem ser distinguidos como “*self-manipulators*” e “*object-manipulators*”. Os primeiros envolvem toque corporal e permitem auto-satisfazer necessidades pessoais; os segundos envolvem contacto com objectos e permitem que alguma tarefa instrumental seja executada.

A componente cultural parece exercer uma enorme influência nos gestos, levando a uma grande variabilidade dos mesmos. No entanto, dos vários estudos efectuados, verificou-se que alguma da gestualidade é universal. (Eibl-Eibesfeldt, 1972; Keating, Mazur, & Seagall, 1981)

A postura constitui outra das grandes referências do repertório cinético. Enquanto um gesto se confina a um movimento de uma ou várias partes do corpo, a postura é uma acção que leva a um acerto contínuo destas, de forma consistente, ao longo de todo o processo de comunicação.

“We do not make a posture, in the way that we make a gesture of the hand, or face, or some other part of the body. A posture is not something that we make at all, for the simple reason that we already have it. We have a posture which is natural to us, and except in so far as we might modify it by our own efforts, we have to live with it.” (Lamb & Watson, 1979, p. 22)

Um outro factor distintivo entre gesto e postura será o tempo. Enquanto um gesto dura alguns segundos ou fracções de segundo, uma determinada postura pode durar desde alguns segundos até vários minutos. Esta utilização temporal ocorre porque um indivíduo muda de um gesto para outro rapidamente, mas geralmente mantém uma mesma postura por um período de tempo mais longo.

A postura partilha uma íntima ligação com a estrutura corporal do ser humano. Neste sentido, Leroi-Gourhan explica que o “*design*” corporal do indivíduo foi evoluindo ao longo dos tempos, numa simbiose constante com a cultura; ressalva, também, que a posição erecta particular do ser humano permite distinguir duas zonas: os pés (para a locomoção) e as mãos (para a manipulação dos objectos). (Leroi-Gourhan, 1964)

A postura está, desta forma, relacionada com a posição do corpo ou das suas partes, em relação a um sistema de referências determinadas, tratando-se, portanto, de uma orientação dos elementos corporais. Corraze refere que na comunicação não verbal se utilizam dois tipos de referências: a orientação de um elemento do corpo em relação a outro, ou ao restante desse mesmo corpo (tronco vertical, cabeça flectida, em extensão, etc.), e a orientação do corpo ou das suas partes em relação a outros corpos (cabeça próxima à face do interlocutor, corpo dobrado para a frente, etc.). (Corraze, 2001). É a partir da nossa postura que nos posicionamos relativamente às pessoas e ao mundo. W. James estabeleceu quatro posturas fundamentais, em

que as posições da cabeça e do tronco se revelaram essenciais: atitude de aproximação (ou tentativa atenta), na qual o corpo está inclinado para diante; atitude de rejeição (ou de recusa, repulsão), em que o corpo se afasta do outro; atitude de expansão (ou de orgulho, arrogância, desdém), onde a cabeça, o tronco e os ombros se encontram estendidos; e atitude de contracção (depressiva ou de abatimento), na qual a cabeça se encontra curvada sobre o tronco e os ombros estão caídos. (James, 1932) No entanto,

“Although these descriptions present a useful framework, they tend to focus on general, frequently dynamic properties of bodies, and fail to make clear predictions regarding the specific postures which may be associated with different emotional states. Dimensions such as approach/withdraw are too coarse-grained when the intention is to determine likely configurations of head, trunk, arms and legs.” (Coulson, 2004, p. 119)

Nos comportamentos humanos, a postura indica-nos a atitude afectiva do nosso interlocutor, comunicando-nos as suas intenções de aproximação, acolhimento, desafio, rejeição ou ameaça. De acordo com Mehrabian, a postura varia com o estado emocional segundo a dimensão descontração/tensão.

“(…) both extreme tension and extreme relaxation indicate more negative feelings than a moderate level of relaxation, since extreme tension shows fear, and extreme relaxation shows disrespect.” (Mehrabian, 2007, p. 29)

Por seu lado, Argyle apresentou três tipos de posturas humanas:

“Posture can be classified into several main varieties – standing, sitting, lying on face or back (...) Each of these can be further subdivided according to the manner in which it is done, for example how relaxed different parts of the body are, whether arms or legs are crossed, and so on.” (Argyle, 2007, p. 97)

A cultura e as normas sociais influenciam a postura, impondo qual a mais correcta e que se deve adoptar. Um indivíduo que adopte a postura correcta é considerado uma pessoa credível; caso contrário, é geralmente sujeito a críticas pela sociedade em que está inserido.

Schefflen (1964) determina três unidades base do movimento corporal. *“(…) posture is related to structural units larger than the phonemic cause. He discusses three such units – the point, the position and presentation.”* (Bull, 1983, p. 60)

A primeira unidade corresponde à componente não verbal num determinado ponto da discussão, prendendo-se com uma orientação postural de inclusão ou exclusão; no segundo ponto, que equivale a um conjunto de gestos que determinam uma mudança de postura, o indivíduo assume uma posição “vis-a-vis”, demonstrando a intenção de uma relação mais íntima, ou uma orientação corporal paralela, demonstrando pretender comunicar com um grupo de indivíduos em vez de um só interlocutor; no terceiro nível, que corresponde à

posição geral do indivíduo na interacção, o comunicador imita a postura corporal da pessoa com quem está a interagir, transmitindo, por um lado, que concorda ou não com ela e, por outro, mostrando um estatuto igual ou não. (Schefflen, 1964) Concluimos, desta forma, que a orientação postural permite transmitir comportamentos de envolvimento ou afastamento, acordo ou desacordo e mostrar cooperação e bom relacionamento entre os intervenientes do processo comunicacional.

Argyle e Kendon fazem também uma divisão da postura em três níveis. O primeiro corresponde à posição adoptada pelo indivíduo para realizar certa actividade; o segundo nível diz respeito a métodos gerais, e permite fasear o acto comunicativo; e o terceiro lida com a sequência de actos comunicacionais, permitindo a análise das características fisionómicas utilizadas em determinada acção. (Argyle & Kendon, 1967)

Das várias classificações apresentadas deduz-se que as posturas constituem um meio de comunicação e fornecem informações importantes sobre o comunicador. Na verdade, a variedade de posturas permite que um indivíduo afira o estatuto, o poder, ou mesmo o desejo de estabelecer uma relação do seu interlocutor; neste sentido, é premente compreender o significado que pode ser comunicado através de determinada postura, sendo que o indivíduo é livre de a escolher.

Mehrabian, através dos seus estudos, concluiu

“(...) that a communicator was more relaxed when he was of higher status than his addressee; furthermore, male communicators showed greater relaxation with moderately disliked than with moderately liked addressees; there was no corresponding difference for female communicators. Finally, opposite-sexed communicators were more relaxed with each other than were same-sexed communicators.” (Mehrabian, 2007, p. 28)

Desta forma, as posturas influenciam a relação e a imagem projectada. As orientações posturais de um indivíduo ecoam no outro frequentemente, e, geralmente, o indivíduo assume uma postura congruente sempre que esteja de acordo com o outro, ou uma postura incongruente para estabelecer distanciamento.

5.4. A Proxémica

De acordo com Knapp & Daly, “[b]eyond the impact of vocalic, physical appearance, and kinesic cues, other nonverbal features being investigated are proxemics (...)” (Knapp & Daly, 2002, p. 278)

De facto, à luz dos conhecimentos actuais, parece-nos natural compreender que o Homem precisa de espaço, que este espaço organiza as actividades e as instituições, e que as relações espaciais e as fronteiras territoriais influenciam constantemente as relações interpessoais.

No entanto, não se sabe ao certo quanto espaço é necessário para cada indivíduo; sabe-se sim que existe uma zona ou território à sua volta que importa preservar. Como defende esta área, como se opõe perante a sua invasão ou como avança em territórios alheios, são questões pertinentes a ser estudadas. Todo este comportamento pode ser observado, catalogado e analisado através da proxémica, termo definido como “*l'étude de la perception et de l'usage de l'espace par l'homme*” (Josien, 2004, p. 120)

A proxémica é, assim, o estudo de como as pessoas estruturam e usam o microespaço para comunicar. (Hall, 1968) Este autor enfatiza como o indivíduo se orienta perante os outros e os objectos num determinado ambiente, mas também ao nível do impacto perceptual e comportamental. Burgoon e Saine (1978) definem proxémica como a percepção, uso e estruturação do espaço como comunicação.

A proxémica está directamente relacionada com a dicotomia de, por um lado, se querer estar perto dos outros e, por outro, haver a necessidade de alguma privacidade, de algum espaço que seja individual e não partilhável; ou seja, por um lado, existe a necessidade de afiliação e, por outro, a necessidade de privacidade. Para satisfazer esta última, o indivíduo mantém distâncias dos outros e procura, através do meio físico, assegurar a separação, influenciando o tipo de mensagens que transmite.

Segundo esta linha de pensamento, convém referir os conceitos de superpopulação e de privacidade. A primeira define-se estritamente em termos físicos, e representa o insucesso de um sujeito na tentativa de atingir um nível desejado de privacidade. (Altman, 1975) A sensação de superpopulação é subjectiva, e, quando experienciada, está normalmente associada a uma comunicação interpessoal menos satisfatória; por oposição, a privacidade pode ser definida como o controlo selectivo de acesso a si próprio ou ao grupo. (Altman, 1975; Leathers, 1997) Westin forneceu uma classificação da privacidade, dividindo-a em quatro tipos: a solidão, a intimidade, o anonimato e a reserva. (Westin, 1970) Desta forma, importa referir que a intensidade da necessidade de privacidade experienciada por diferentes sujeitos ou grupos difere da importância concedida ao tipo de privacidade.

Os vários estudos na área da proxémica distinguem espaço, distância e território. (Goffman, 1993; Watson, 1979) Será lícito referir que estes conceitos estão claramente interligados num sentido conceptual, havendo a tendência de os tratar como sinónimos. Não obstante, é pertinente compreender o significado de cada um deles.

O conceito de espaço em comunicação não verbal é o equivalente de silêncio em comunicação verbal: embora destituídos de conteúdo, ambos são ricos em significado quando se usam. Hall distingue três tipos de espaço: o espaço das características fixas (a disposição de estruturas inalteráveis à volta do indivíduo, como as paredes e as salas), o espaço das características semi-fixas (a disposição de obstáculos móveis, como peças de mobiliário) e o espaço informal (território pessoal do indivíduo). (Hall, 1969)

Rapoport ampliou a classificação de Hall, e modificou a sua terminologia. Assim, identificou três grandes tipos de espaço que têm significado comunicativo: o espaço de características fixas (que se relaciona com o arranjo característico de espaço pela função), o espaço de características semi-fixas (que se refere à colocação dos objectos na sala e espaços aproximados, incluindo mobiliário, plantas, materiais, quadros, e até animais) e, por fim, o espaço de características não-fixas (que corresponde ao espaço, em redor do corpo, que cada um percebe como seu). (Rapoport, 1982) Embora o uso espacial varie grandemente, serve geralmente para uma das funções comunicativas: aproximar as pessoas estimulando o envolvimento (função sociopetal) ou promover a separação (função sociofugal). Deduz-se, então, que o uso sociopetal de espaço satisfaz as necessidades afiliativas dos indivíduos, promovendo interacção; por oposição, o uso sociofugal do espaço promove as necessidades privadas.

O modo como um indivíduo usa o espaço permite transmitir diferentes significados. Desta forma, Sommer, ao referir-se à função sociofugal como o espaço sociofugal, determinou que a organização e acondicionamento desse mesmo espaço sugerem significados como:

“(a) large; (b) cold; (c) impersonal; (d) institutional; (e) not owned by an individual; (f) overconcentrated; (g) without opportunity for shielded conversation; (h) providing barriers without shelter; (i) isolated without privacy and (j) concentrated without cohesion” (Sommer, 1974, p. 12)

De ressaltar, ainda, que o modo como o sujeito refere o espaço ao outro parece ser altamente normativo. De facto, as normas sociais e culturais influenciam o uso do espaço, e baseiam-se nas características dos interlocutores, na natureza da interacção e nas características do meio envolvente.

Por oposição ao espaço, que não tem barreiras finitas, a distância é uma noção quantitativa. Diversos padrões são usados para delimitar a distância que separa os sujeitos quando interagem, e essas distâncias variam de acordo com os hábitos culturais, os factores sociais e a própria natureza da interacção. Desta forma, o espaço que distancia um indivíduo do outro está relacionado com o estatuto, cultura e tipo de mensagem a transmitir. Neste

sentido, a distância não é estereotipada, revelando também tipos de relações. O facto de nos aproximarmos fornece à mensagem uma tonalidade mais pessoal, enquanto que o afastamento exerce um efeito contrário.

Edward Hall define quatro distâncias: íntima, pessoal, social e pública, referindo-se à etiologia.

Na distância íntima, compreendida até 40 cm do outro, existe uma visão alterada desse sujeito, percebendo-se a respiração, o calor e o odor. É uma distância facilmente alcançável mas dificilmente atingida, em que a voz é usada em murmúrio. Esta distância pode ser encurtada em diversas situações, nomeadamente no metro e no elevador, tomando as pessoas afectadas na sua intimidade atitudes de defesa, como imobilização máxima ou contracção muscular.

A distância a que duas pessoas se podem tocar, se ambas esticarem os braços, localizada até 1,25m, denomina-se distância pessoal. A voz é utilizada em tom moderado. Esta distância constitui uma espécie de bolha, em que o outro pode entrar ou sair. No entanto, por vezes, não há congruência entre a comunicação verbal, que parece permitir que o outro entre nessa bolha, e a comunicação não verbal, que afasta esse mesmo indivíduo.

Os negócios interpessoais e as reuniões informais, que abarcam um espaço até 3,60m, constituem a distância social. Esta distância pode ser obtida pela interposição de uma mesa. O contacto visual adquire um papel preponderante. Como exemplo, temos o delegado de propaganda médica que se aproxima para facultar amostras do produto que representa, podendo, eventualmente, invadir de forma indesejada a bolha que esta distância protege.

Perante uma distância além de 3,60m, isto é, a distância pública, os sujeitos são obrigados a exprimir-se em voz alta. Sem qualquer possibilidade de contacto directo entre os intervenientes, o discurso altera-se sintáctica e lexicalmente, e posturas, gestos e dicção são teatralizados.

Para além desta classificação, Hall identificou oito factores envolvidos na distância entre indivíduos quando entram em interacção, que constituem as categorias primárias na análise proxémica: i) os factores de postura e de sexo; ii) os eixos: sociófugo/sociópeto; iii) os factores cinestésicos, iv) o comportamento de contacto; v) o código visual, vi) o código térmico, vii) o código olfactivo e viii) o volume de voz. (E. T. Hall, 1968)

Embora Edward Hall conceba o comportamento fixo e territorial, identifica diferenças na fronteira (Josien, 2004, p. 121):

- “*d’ordre infraculturel, biologique;*

- *d'ordre culturel; le jardin japonais sera lieu de promenade autant que lieu d'observation, les sensations kinesthésiques y seront intensifiées par la nécessité d'y surveiller sa marche;*
- *d'ordre microculturel enfin, comme en témoignent nos façons de ranger ou de manier les objets.”*

A percepção de distância vai ser igualmente afectada pelo ruído ambiente e pelo grau de iluminação do local, como se verifica nos espaços comerciais – uma pessoa entra mais facilmente numa loja bem iluminada e com som ambiente agradável do que o contrário. Esta percepção vai ser igualmente afectada de acordo com o género, a idade, etnia, estatuto, personalidade, grau de conhecimento e área de residência dos comunicadores. Burgoon e Jones acrescentam que as distâncias ou “distanciamento esperado” é determinado não só pelas expectativas normativas da cultura como também pelas preferências idiossincráticas do comunicador. (Burgoon & Jones, 1976)

O território é um conceito base do estudo animal, e é definido como um comportamento pelo qual um ser vivo defende o seu terreno numa determinada área, protegendo-o contra os membros da sua própria espécie e assegurando, desta forma, a propagação dos seus pela regulação da densidade (Hall, 1969).

Hall (1984) distingue duas barreiras que separam o organismo do exterior: a fronteira física, real, e outra, mais difícil de entender por ser invisível, “o território do organismo”. Além disso, Hall (1969) também destacou duas dimensões à volta das quais o comportamento territorial gira: por um lado, a posse de um local para satisfazer necessidades (procura de alimentos, acasalamento, etc.); e, por outro, a defesa do território, manifestada em defesa efectiva (ameaças, ataques, etc.) ou por manifestação de presença, permitindo ao dono do território impor-se como tal (marcas visuais, olfactivas, etc.).

A partir dos conceitos apresentados, procurou-se aplicá-los à espécie humana. O Homem possui características de territorialidade evidenciadas nos animais: apropriação de espaço, apego aos locais e exclusão de outro indivíduo pela simples presença. Desta forma, o conceito de territorialidade tem grande impacto no estudo psicossocial humano. O território é um terreno controlado por um indivíduo, família ou colectividade no sentido de satisfazer determinadas necessidades, defesa efectiva ou como forma de manifestação de presença. Através de marcas pessoais, procura-se regular a interacção dentro do território, prevenindo a entrada de indivíduos não autorizados.

“Space is socially constructed and develops through practice. People transform general and indefinite space into meaningful places by social exchanges, images, memories and their daily use

of infrastructure. Places are politicized, culturally relative, historically specific, local and multiple constructions which indicate social organisation, religion, economic system and culture in general.” (Krueger, 2008, p. 9)

A importância da proxémica é inegável e, neste sentido, Hall afirma:

“Les évènements spatiaux donnent à la communication son intonation et son accent, et dépassent parfois le discours. Le flux de paroles et le changement de distance entre deux individus en interaction participent du processus de communication” (Hall, 1984, p. 206)

O comportamento proxémico torna-se, deste modo, essencial para providenciar informação, regular a interação e expressar intimidade.

5.5. O Contacto Físico ou Toque

O toque é visto como a forma mais primitiva de comunicação social. Na realidade, qualquer indivíduo necessita tocar e ser tocado. Isto explica-se à luz de teorias biológicas e sociopsicológicas, e advém desde o período embrionário. A sensibilidade táctil de um indivíduo, de facto, desenvolve-se no ventre materno. Uma das primeiras formas de comunicação entre mãe e filho é o toque – a criança transmite as suas necessidades e, através do toque, recebe a atenção e os cuidados de que precisa: *“[t]actile information transfer is one of the most primitive forms of communication. (...) many social psychologists have considered bodily contact as an autonomous mode of nonverbal communication.”* (Nöth, 1995, p. 407)

A aprendizagem perceptiva da criança depende das experiências tácteis a que está sujeita, sendo que a percepção das dimensões espaciais, formas, tamanhos e texturas é fornecida pelo toque.

O toque fornece não só a imagem do corpo através de uma auto-exploração, como é essencial para o desenvolvimento do sentido psicológico de segurança e bem-estar da criança. *“Touch is vital in several domains of the infant’s and child’s life, including social, cognitive, and physical development.”* (Hertenstein, Holmes, McCullough, & Keltner, 2009, p. 566)

Neste sentido, Morris afirma que, na ausência de contacto físico, o indivíduo procura e paga a *“specialist touchers”* (médicos, barbeiros, cabeleireiros,...) que oferecem o contacto em falta. (Morris, 1971, p. 214)

O toque, independentemente do local em que se realize, revela certos detalhes sobre a natureza da relação. O facto de tocarmos ou sermos tocados por alguém pode produzir um grande impacto na resposta a uma situação, mesmo que o toque não tenha sido intencional. *“Touch can be a powerful unconscious force in interaction”* (Knapp & Hall, 2009, p. 280)

O toque significa ligação interpessoal, e permite intensificar outras mensagens, como a persuasão. Num estudo foi demonstrado que “[p]articipants who were touched reported greater positive affective states (...) more than did participants who were not touched” (Hertenstein & Weiss, 2011, p. 312)

Porém, segundo Argyle (1988), o toque pode assumir dois significados: afectividade e domínio, pois tem também efeitos sobre a invasão da privacidade, e permite a exposição à agressão ou ao sexo.

Segundo Heslin e Alper existem três tipos de toque: o toque não íntimo (entre amigos, parentes ou por uma pessoa estranha ou conhecida), o toque não sexual (com esposo/a, amante ou amigo/a) e o toque sexual. (Heslin & Alper, 1983)

O toque é uma forma poderosa de comunicação, e pode ser exponenciado quando associado a outras formas de comunicação não verbal. Existem diferentes formas de toque que assumem significados diferentes consoante a localização do toque, a quantidade de pressão exercida, a duração do toque, a frequência com que é feito e a parte do corpo usada. (Poyatos, 2002) Alguns sinais tácteis podem interpretar-se como inerentes ao mesmo processo de interacção; desta forma, podemos chamar a atenção de alguém apertando-lhe o braço, batendo-lhe nas costas ou cabeça, indicando desta forma o começo ou o final da interacção.

De acordo com um estudo levado a cabo por Rosenfeldt e Civikly, a maior quantidade de toques dá-se entre pares do sexo oposto e restringe-se à cabeça, ombros e braços. Existe um grande tabu no toque nas regiões genitais e excretórias. (L. B. Rosenfeldt & Civikly, 1976) Além disso, refere-se, num estudo posterior, que “(...) men touched women more than women touched men.” (DiBiase & Gunnoe, 2004, p. 49) O toque é influenciado pela idade, religião e estado civil dos indivíduos, sendo que as pessoas diminuem a quantidade de toque à medida que há um aumento da idade. Concluímos, desta forma, que a localização e frequência do toque permitidas variam de acordo com o sexo, raça, idade, religião, grau de intimidade e laços familiares dos intervenientes.

Um toque pode ter, assim, os mais diferentes significados, desde expressar atitudes interpessoais (motivação sexual, afiliação, agressão ou domínio), a indicar um sinal de interacção, como o cumprimentar, a permitir demonstrar afecto ou manipular o outro. Argyle classificou o toque em: “(1) Positive affect, from reassurance to sexual; (2) Playful; (3) Control, e.g. directing behavior, getting attention; (4) Rituals, especially greeting and partings; (5) Mixed, e.g. greeting and affection; (6) Task-related; (7) Accidental”. (Argyle, 1988, p. 217) A esta classificação, Argyle juntou a agressão, que constitui uma fonte de tensão associada ao toque. O toque pode ser visto como inapropriado em determinada

situação, mas bem aceite noutra. Algumas pesquisas efectuadas por Argyle (1988) permitiram demonstrar que alguns tipos de toque apenas são aceites em certas circunstâncias e, fora delas, o contacto corporal tem limites.

O contacto corporal difere igualmente entre culturas, assim como as normas que o regem, e enquanto em algumas culturas o toque é reprimido, noutras, é incentivado. Neste sentido Hall (1969) distingue: “culturas de contacto”, com elevado grau de contacto físico, e “culturas de não contacto”. Como exemplos de culturas de contacto podemos mencionar os árabes e latino-americanos, e como culturas de não contacto os norte-americanos.

5.6. A Cronémica

Cronémica é *“the study of how we perceive, structure, and react to time and of the messages we interpret from such usage”* (Burgoon & Saine, 1978, p. 99); desta forma, cronémica é a maneira como as pessoas de certa cultura definem e usam o seu tempo.

Hall distingue o tempo em duas dimensões: o tempo formal e o tempo informal. O tempo formal mede-se em unidades de tempo, nomeadamente, segundos, minutos, horas, dias, semanas, meses e anos, e é fixo e preciso; o tempo informal é subjectivo, e é medido, por exemplo, através de juízos de valor sobre o indivíduo com quem se comunica. (E. T. Hall, 1984)

Segundo Knapp (2009) a utilização e a percepção do tempo são, assim, fenómenos variáveis. O ser pontual, por exemplo, é valorizado por algumas comunidades e ser deixado à espera é entendido como insulto, enquanto noutras comunidades se aceita o chegar atrasado como uma moda.

A ideia de tempo é fulcral para o modo como se percepçiona o mundo, e difere entre culturas. A cronémica controla a interacção entre duas pessoas, regendo a hora dos encontros, a extensão da interacção, permitindo a ruptura dos silêncios, e dando poder no processo comunicativo ao indivíduo que na interacção domina os padrões cronémicos.

5.7. Os Artefactos

Características ambientais e objectos pertencem aos artefactos, que influenciam a comunicação, direccionando não verbalmente o conteúdo e o fluxo informativo.

De facto, os artefactos podem ampliar a mensagem transmitida e regular a interacção:

“(...) artifacts affect the properties – and thus performance characteristics and performances - of people in all modes. Not only have I shown the importance of personal artifacts in every

performance mode, but I have also argued that activity and platial artifacts also affect a person's performances as registered by a receiver. (...) on the basis of someone's artifact-laden performances, a receiver derives diverse inferences that affect interaction." (Schiffer & Miller, 1999, p. 49)

O tamanho e volume dos artefactos influenciam a forma como o sujeito se coloca no espaço. Assim, a escolha do local onde o artefacto se coloca regula o processo comunicacional.

Outro factor importante nos artefactos é a sua forma e textura: determinadas combinações incutem a interacção, e outras bloqueiam-na. Desta forma, certa textura dos materiais pode criar um ambiente relaxante, e outra distinta pode criar ansiedade.

Outros itens relevantes são a perspectiva linear (a linha criada por paredes ou objectos), a intensidade da luz (que pode criar um ambiente intimista e relaxante, ou o inverso), a cor (que afecta o estado de espírito), a temperatura e o barulho.

Desta forma, fica claro que a comunicação não verbal deve ser enquadrada no contexto em que ocorre, e que certos factores, como o espaço físico do ambiente e os aspectos sociais, influenciam a interacção criada.

"Awareness of finer distinctions, such as the color or intensity of visual cues (...) and the texture or softness of kinesthetic cues, can also be developed with practice, resulting not only in an increased ability to remember but also in a greater ability to communicate with others in the terminology of their own particular systems." (Pfeiffer, 1998, p. 104)

Nesta linha, o comportamento não verbal tem um significado diferente quando ocorre na rua ou no consultório médico. O contexto em que decorre a interacção é essencial, porque o espaço interpessoal, a proxémica, as diferenças culturais (E. T. Hall, 1969), o nível de ruído, o clima social ou a formalidade do espaço físico, podem interferir na comunicação não verbal, levando à supressão ou não da mesma.

5.8. A Importância do Contacto Visual

O estabelecimento de contacto visual, no qual os olhos representam o "espelho da alma", constitui uma das categorias mais importantes da comunicação não verbal.

Associamos diversos movimentos dos olhos a uma vasta gama de expressões: os olhares baixos associam-se à modéstia, olhos bem despertos à franqueza, assombro, ingenuidade ou ainda terror. Assim, segundo Julius Fast, citando Ortega: *"The eye muscles, Ortega said, are marvelously subtle and because of this every glance is minutely differentiated from every*

other glance. There are so many different looks that it is nearly impossible to name them (...)” (Fast, 2000, p. 142) Segundo Hess, existem três aspectos principais do olhar: a sua evidência, o seu poder activante e a sua capacidade de envolver o interlocutor. (Hess, 1975)

O contacto visual constitui, assim, uma forma importante e directa de comunicação:

“The human species value open, engaging eye contact, such as is normally found in a conversation between friends. It is subconsciously taken as an indication of confidence, authority and sincerity” (Mason, 2003, p. 41)

Tem as mais variadas funções: não só permite iniciar o processo comunicacional (a comunicação não é estabelecida até que uma pessoa olhe nos olhos da outra), como inspira confiança ou desconfiança (quando um indivíduo quer que o outro confie nele, o contacto visual estabelecido é crucial), além de ajudar a manter o controlo sobre um grupo a quem o sujeito se está a dirigir (a falta de contacto visual apropriado faz com que os interlocutores entrem nos seus “próprios mundos”, e acabem a falar uns com os outros, ignorando o locutor que se lhes dirige), ajudar a controlar o medo de falar em público (quando o sujeito estabelece contacto visual com o outro passa a ter uma interacção um-para-um e não um-para-um grupo) e, em última instância, permite relaxar os interlocutores. Além disso, e segundo Argyle & Dean:

“(...) eye-contact serves a number of different functions in two-person encounters, of which one of the most important is gathering feed-back on the other person’s reactions. It is further postulated that eye-contact is linked to affiliative motivation, and that approach and avoidance forces produce an equilibrium level of physical proximity, eye-contact and other aspects of intimacy.” (Argyle & Dean, 1965, p. 289)

O nível de contacto visual não é constante ao longo de toda a interacção, pelo que:

“We have also found that people tend to have eye contact more when they listen than when talking. They also employ a gaze aversion when asked questions that make them feel uncomfortable or guilty. On the other hand, when asked a question or when reacting to a statement that makes them feel defensive, aggressive, or hostile, their eye contact increases dramatically. You can sometimes clearly see the pupils dilate when a person is thus aroused.” (Nierenberg & Calero, 2001, p. 15)

Assim, o ângulo visual estabelecido permite analisar simultaneamente o olhar, a postura e a distância. Quando os interlocutores se encontram ao mesmo nível, o ângulo estabelecido pelo olhar é 0° - o aumento deste ângulo corresponde a posturas relativas que indicam domínio de um interlocutor sobre o outro (olhar “de cima para baixo”) revelando o exercício de poder.

6. A Comunicação Não Verbal no Contexto da Consulta de Medicina Dentária

Actualmente, a comunicação é reconhecida como uma parte integrante da prestação de cuidados médicos. A relação médico-paciente em Medicina Dentária é construída fundamentalmente na consulta médica. Dada a importância dos assuntos que nela se desenvolvem simultaneamente, a consulta médica adquiriu uma sequência padronizada que é hoje consensual e universalmente aceite. Mais do que um simples encontro, trata-se de um ritual comunicativo, onde estão previstas diversas fases, apesar das variações que as diversas especialidades médicas implicam. A Medicina Dentária “*assenta na semiologia médica, historicamente anterior à semiologia geral*” (Abreu, 1998, p. 2), e deverá valorizar a relação médico-paciente em detrimento da impessoalidade da acção técnica. Estas questões parecem-nos hoje tanto mais actuais quando se questiona a desumanização a que o livre exercício das tecnologias de que dispomos nos pode levar. Por isso, parece adequado repensar a actividade médica à luz das teorias actuais da comunicação.

De um ponto de vista médico, Myerscough afirma que “*the need to acquire the necessary professional knowledge, skills, and attitudes (...) to learn the scientific basis from which the art of competent communication is derived (...) has been recognized*” (Myerscough & Donald, 1992, p. 2). De uma perspectiva de cuidados dentários, a aprendizagem da comunicação para formação das capacidades interpessoais tornou-se fundamental no processo educativo.

Segundo o *Profile and Competences for the Graduating European Dentist (2009)*, existem sete domínios, que representam as grandes categorias da actividade profissional e as preocupações que ocorrem na prática de Medicina Dentária. Estes domínios são interdisciplinares na sua orientação, e devem incluir um elemento de pensamento crítico, pois podem ser aplicados de diferentes maneiras em pacientes de todas as idades, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos de uma dada população. Esses domínios são:

I. Profissionalismo

II. Comunicação Interpessoal e Capacidades Sociais

III. Base de Conhecimento, informação e competência informacional

IV. Recolha de Informação Clínica

V. Diagnóstico e Plano de Tratamento

VI. Terapia: estabelecimento e manutenção da saúde oral

VII. Prevenção e Promoção da Saúde

Ainda segundo este documento, no segundo domínio, *“On graduation a dentist must be competent to communicate effectively, interactively and reflectively with patients, their families, relatives and carers and with other health professionals involved in their care, irrespective of age, social and cultural background.”* (Cowpe, Plasschaert, Harzer, Vinkka-Puhakka, & Walmsley, 2009, p. 198) Assim, o estudante de Medicina Dentária deve ser competente em:

- estabelecer uma relação dentista-paciente que permita a efectiva colaboração no tratamento dentário, incluindo, quando for o caso, uma relação com um dos pais ou cuidador.
- identificar as expectativas do paciente, desejos e atitudes (necessidades e expectativas) quando se considera o planeamento do tratamento e durante o tratamento.
- identificar os factores psicológicos e sociais que iniciam e/ou perpetuam a doença dental, oral e facial e disfunção e, diagnosticar, tratar ou referir, conforme o caso.
- partilhar informações e conhecimento profissional com o paciente e outros profissionais, verbalmente e por escrito, inclusive ser capaz de negociar, realizando e recebendo críticas construtivas.
- aplicar princípios de gestão do stress para si mesmo, para os pacientes e para a equipa, conforme apropriado.
- trabalhar com outros membros da equipa.
- comunicar de forma a facilitar a prestação de cuidados dentários.

O comportamento não verbal é considerado *“both as the consequence of antecedent variables, such as individual or relationship characteristics, and as a predictor of clinical effectiveness and patient outcomes.”* (J. Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1995, p. 21)

A relação estabelecida entre médico-paciente é profissional, e define-se como o contacto estabelecido entre ambas as partes. As particularidades que tornam esta relação tão especial prendem-se com o facto de se tratar de questões como a vida ou a morte, a recuperação ou a doença, a felicidade ou infelicidade do paciente.

Durante vários anos, a importância da comunicação na relação médico-paciente foi relegada para benefício da pesquisa na tecnologia e na evolução do conhecimento médico. Tal situação só foi alterada com a adopção do modelo biopsicossocial, em que é demonstrado que o processo comunicativo não pode ser afastado do cuidado de saúde.

A importância do estudo da comunicação não verbal estabelecida entre médico e paciente advém de dois aspectos distintos (*ibidem*):

- (a) *“the rapidly accumulating research in nonclinical settings showing the importance of nonverbal behavior to the outcomes of a wide variety of interpersonal interactions and*
- (b) *the special features of the clinician-patient interaction.”*

Na relação médico-paciente, existem diversas variáveis não verbais como *“architecture and interior design; physical attractiveness, clothing, and other aspects of the interactants' appearance; and interpersonal distance, posture, gaze, facial expression, body movement, gesture, touch, and tone of voice”*. (*idem*: 22)

Os pacientes são muito sensíveis à comunicação não verbal do médico, não só porque se encontram numa situação de ansiedade e inseguros em relação ao possível diagnóstico, mas também porque sentem uma falta de poder e controlo da situação. Por vezes, tentam descobrir pistas por detrás da comunicação discursiva realizada, fazendo previsões dos verdadeiros sentimentos do médico por eles, da gravidade da sua doença, do eventual prognóstico, ou mesmo das capacidades técnicas do médico.

A comunicação não verbal no paciente é importante porque *“(...) these reveal the emotional impact of disrupted health and because they are diagnostically useful to the clinician.”* (*ibidem*) E também o é no médico porque *“it contributes greatly to rapport and trust, as well as to the likely mediation of expectancy and placebo effects.”* (*ibidem*)

No que respeita à comunicação não verbal, muito há ainda para analisar; no entanto, existem uma série de regras, como manter uma distância pessoal de 122cm, uma postura aberta com um movimento de braços moderado (por exemplo, gestos com as mãos) e pouco movimento de pernas, que devem ser respeitadas para que se obtenha uma comunicação eficaz.

A questão do toque do médico no paciente é muitas vezes considerada tabu e uma forma de clivagem no processo terapêutico em desenvolvimento. No entanto,

“touching the client appears to have some benefit, provided the touching is brief and involves the client's more public body surfaces (hand, shoulder, upper back). With regard to touching, the client's gender, ethnicity, and age may significantly alter the interpretation of touching by the client.” (*idem*: 25)

Para um atendimento de qualidade é necessário um modelo centrado na empatia³, que requer:

“(...) attentive listening and not talking too much, avoiding excessive note taking and chart reading, establishing eye contact, leaning forward, establishing an appropriate interpersonal distance, encouraging the patient to speak by using facilitators such as smiles, nods, and "uh-huh" responses, and showing affect.” (ibidem)

A satisfação do paciente com o seu tratamento parece relacionar-se de forma directamente proporcional com as capacidades não verbais do médico. Assim,

“Greater satisfaction has been associated with greater physician nonverbal interest, less time reading the patient's chart, less touch by the physician, more physician immediacy (e.g., forward lean), more nods and gestures by physicians, and closer interpersonal distance with the physician.” (idem: 26)

Desta forma, realça-se novamente a importância da comunicação não verbal sobre a inferência das competências do médico pelo paciente.

De destacar ainda o papel da dor que se apresenta como uma constante na consulta médica; a expressão facial representativa da mesma é um sinal não verbal claro para o médico. Existem diferenças na expressão facial, quer a dor seja fingida ou real, seja crónica ou aguda, ou mesmo entre grupos étnicos/culturais.

Após anos de negligência, o estudo da comunicação não verbal entre médico e paciente tem-se tornado mais activo. O domínio das estratégias de comunicação não verbal, por parte do médico, é um factor reforçador da informação transmitida e um importante marco no estabelecimento de um clima de empatia, propício ao trabalho e participação dos pacientes. A utilização da linguagem não verbal também ajuda a evitar situações que possam causar dificuldades aos pacientes, por exemplo, em situações em que o médico recorra a uma linguagem essencialmente técnica, impedindo a compreensão dos pacientes que não estejam habituados a essa terminologia; nestes casos, a linguagem não verbal pode contribuir para explicitar aquilo que se pretende, seja por meio de gestos ou contacto físico.

³ A nível comunicacional, empatia define-se como a capacidade de entender os pensamentos e sentimentos do outro, e experimentá-los a algum nível. Tal como a comunicação, também a empatia é mútua e construída por ambos os intervenientes. *“Empathy develops out of and is rendered possible by the communication process.” (Goodman & Ofshe, 1968, p. 597)*

II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Objectivos

Dentro do enquadramento teórico previamente apresentado, os objectivos a que nos propusemos com a redacção desta dissertação incluem:

- Perspectivar a importância de elementos proxémicos na optimização da construção da relação médico-paciente;
- Analisar a comunicação não verbal estabelecida entre locutor (aluno) e interlocutor (paciente);
- Caracterizar a invasão do espaço do paciente;
- Avaliar as reacções do paciente;
- Concluir da importância da correcta gestão dos espaços no âmbito da Medicina Dentária.

2. Metodologia

2.1. Introdução

O presente estudo desenvolveu-se tendo em conta dois objectivos gerais: i) analisar o comportamento não verbal na consulta de Medicina Dentária, por parte do médico, em diferentes áreas disciplinares do curso (categorizando-o e quantificando-o) e ii) avaliar o efeito dessas formas de comportamento não verbal sobre o paciente.

Neste contexto, foi projectada e efectuada uma recolha de dados através de gravação em vídeo, e posterior análise dos comportamentos não verbais dos participantes.

A escolha deste tema de pesquisa surgiu de dois factores centrais: por um lado, o comportamento não verbal em contexto de consultório médico constitui um campo de trabalho pertinente a explorar e, por outro, e em termos práticos, escassas são as investigações que tomam a comunicação não verbal na consulta de Medicina Dentária como objecto de análise, ficando-se numa esfera ainda pouco explorada.

Desta forma, e tendo como elemento principal os estudos sobre comportamento não verbal indicados nos capítulos anteriores, pretendeu-se quantificar a distância estabelecida entre intervenientes, averiguar se esta distância e contacto ocular estabelecido se alteram especificamente segundo alguma variável e relacionar os processos comunicativos não verbais com a satisfação dos pacientes.

Com o intuito de abordar estes objectivos e verificar as hipóteses, a investigação enquadra-se simultaneamente num paradigma quantitativo e qualitativo, na medida em que se pressupõe a observação de fenómenos, o controlo rigoroso de variáveis, a verificação/rejeição de hipóteses, mediante uma recolha rigorosa de dados e uma análise dos dados para testar essas mesmas hipóteses.

Trata-se, além disso, de um estudo de caso, definido como “[e]xploração de um único fenómeno, limitado no tempo e na acção (...) É um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, um caso, que é único, específico, diferente e complexo.” (Sousa & Baptista, 2011, p. 64), sendo, simultaneamente, exploratório, pois nele procedemos à análise de uma realidade pouco estudada, levantando hipóteses para o seu entendimento (*idem*: 57).

2.2. Participantes

A amostra é composta por 20 consultas. Os participantes são 20 alunos do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa (CRB-UCP), 16 mulheres e 4 homens, bem como 20 pacientes escolhidos de forma aleatória, 11 mulheres e 9 homens.

20 Médicos

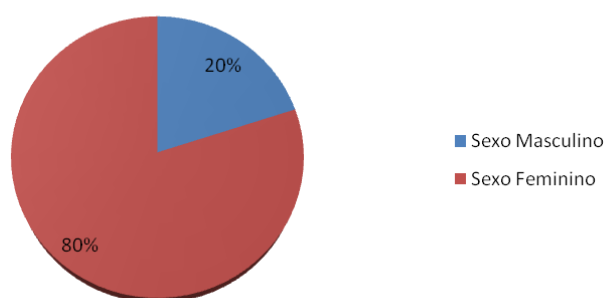


Ilustração 4 - Distribuição do género dos alunos

20 Pacientes

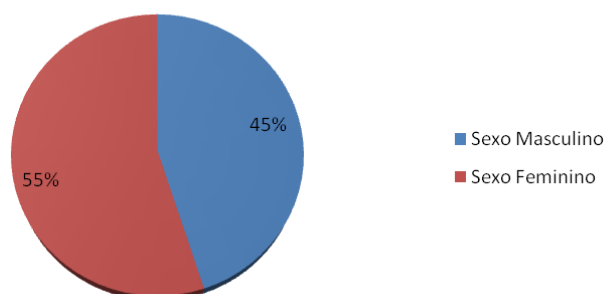


Ilustração 5 - Distribuição do género dos pacientes

As consultas filmadas inserem-se nas áreas disciplinares de Oclusão, Medicina Dentária Preventiva, Medicina Oral, Prótese Fixa e Dentisteria Operatória, com alunos dos 4º e 5º anos do MIMD, CRB-UCP; importa dizer que estas disciplinas foram escolhidas por incluírem as consultas em que se dá muitas vezes o primeiro contacto com os novos pacientes que chegam à Clínica Universitária.

20 Consultas

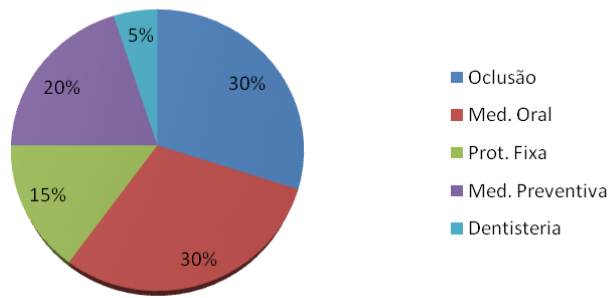


Ilustração 6 - Distribuição das áreas disciplinares abrangidas

20 Médicos

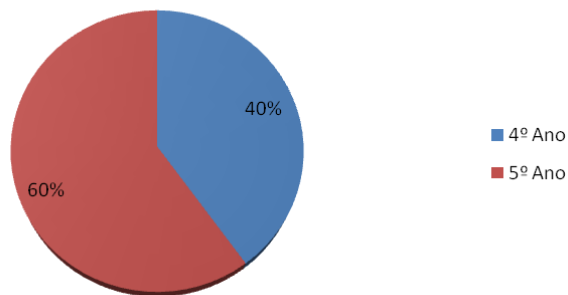


Ilustração 7 - Distribuição dos anos curriculares

De salientar que a população de alunos foi voluntária, situando-se a sua idade entre os 22 e os 27 anos. Os pacientes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos.

20 Pacientes

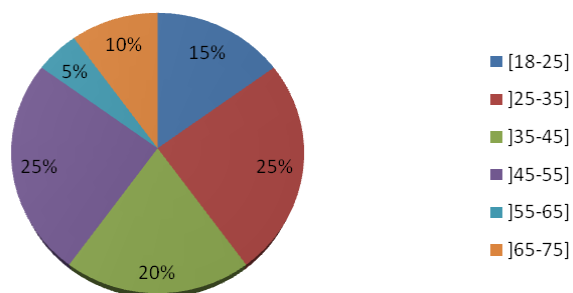


Ilustração 8 - Distribuição da idade dos pacientes

As habilitações literárias dos pacientes iam desde a antiga 4ª classe ao ensino superior. Registrando uma maioria de indivíduos com o 9º e 12º anos.

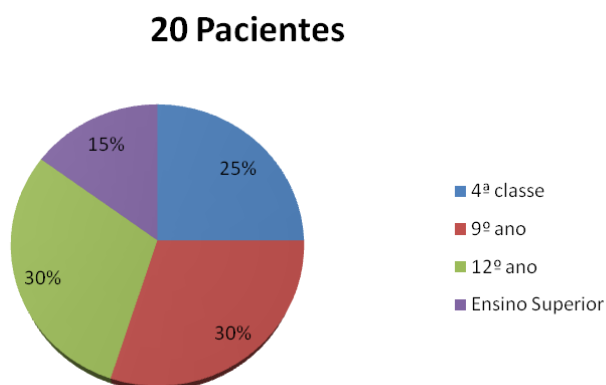


Ilustração 9 - Distribuição das habilitações literárias dos pacientes

Será necessário referir que as videograções foram obtidas após explicação, tanto aos pacientes como aos alunos envolvidos na consulta em questão, dos propósitos deste estudo, bem como da assinatura de um consentimento informado por parte de todos os intervenientes; além disso, foi entregue a cada paciente um pequeno questionário, visando a recolha de informações complementares à análise dos resultados obtidos.

Todos os dados reunidos foram anónimos e utilizados unicamente no âmbito desta dissertação, estando garantida a integridade do/a paciente, bem como a sua total confidencialidade.

Não existiu nenhum critério de inclusão ou exclusão de pacientes a participar no estudo, tendo sido a única condicionante a maioridade dos mesmos (terem idade igual ou superior a 18 anos).

Para a realização desta investigação, foi solicitada a autorização da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que deu o seu parecer favorável, considerando não existirem objecções de natureza ética à aprovação do estudo.

2.3. Procedimentos

À semelhança de outros estudos, levados a cabo na comunicação não verbal (como por exemplo, Birdwhistell, 1970; Scheflen, 1964), a videogração foi a opção escolhida como técnica principal de observação, na medida em que permite o registo ao vivo dos comportamentos. Além disso, foi efectuado um questionário, que permitiu a recolha de dados complementares à análise dos resultados obtidos nas gravações.

Desta forma, a técnica principal escolhida na recolha dos sinais não verbais foi a gravação comportamental em vídeo. Posteriormente, elaborou-se um fotograma, constituído por imagens de momentos chave da consulta e nas quais foram analisadas distâncias e ângulos de contacto visual.

Finalmente, os dados obtidos por questionário foram analisados.

2.3.1. A Observação

O método fundamental utilizado no estudo de campo foi a observação. Com o intuito de captar os fenómenos no seu meio natural, nomeadamente o comportamento não verbal dos intervenientes na consulta, o método de registo usado foi o vídeo.

É importante referir que a videogravação foi uma parte essencial neste estudo, não só porque constituiu a base das descrições do comportamento não verbal dos intervenientes, mas também por apresentar várias vantagens técnicas, ao permitir, sempre que necessário, a repetição da imagem e o visionamento em câmara lenta.

Para além disso, convém destacar que o filme da gravação em vídeo mostrou uma boa resolução de imagem, permitindo uma análise detalhada e eficiente.

Neste sentido, foi utilizada uma câmara digital *Casio*, modelo *Exilim 24mm Wide Optical 12,5x*. A câmara foi colocada centralmente no parapeito da box; visto algumas das boxes não apresentarem este parapeito em frente da cadeira, foi usado o parapeito lateral direito em alternativa. A distância ao chão, no entanto, foi constante e sempre igual a 116,4cm.

Esta colocação nem sempre permitiu captar todos os comportamentos não verbais dos intervenientes. Com efeito, aconteceu médico e paciente ausentarem-se por momentos do ecrã da filmagem. Este facto ocorreu por dois motivos: por um lado, porque seria impossível que apenas uma câmara abarcasse todo o espaço da Clínica Universitária, e por outro, o tipo de observação foi não participante, isto é, não existiu qualquer interferência no objecto de estudo no momento da observação. Desta forma, não se efectuou qualquer deslocamento da câmara, nem *zoom*.

Assim, procurou-se que as condições de realização, os materiais e os processos utilizados fossem idênticos em todo o procedimento. Nesta linha de orientação, a videogravação foi efectuada nos mesmos moldes para todos os participantes.

2.3.2. O Fotograma: Instrumento para Quantificação das Distâncias e Medição do Ângulo de Contacto Ocular

Um dos intuitos deste estudo era quantificar as distâncias que se estabeleciam entre os intervenientes da interacção, além de medir o ângulo de contacto ocular formado quando existe contacto visual.

Para elaborar o fotograma foi necessário visionar todas as filmagens. Foi efectuada uma pausa no vídeo e realizado um *printscreen* dos momentos relevantes da consulta, nomeadamente o início e fim da mesma.

Nestas imagens mediram-se as distâncias entre participantes (médico e paciente) utilizando uma regra de três simples, que tinha como referência um elemento fixo do cenário, como a bancada do lavatório. Além disso, foi medido o ângulo de contacto ocular.

III. ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Apresentação e Discussão dos Resultados

1.1. Apresentação de Resultados

Análise das Consultas

1ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 10 - Consulta número 1

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 48,4 cm de distância uma da outra (a médica estava de pé colocada lateralmente à paciente). Assim, o ângulo do contacto ocular entre as intervenientes da interacção foi de 41°.

Durante a consulta, não se manteve qualquer espaço entre elas, dado que a médica se posicionou encostada à cabeça da paciente, com os braços em volta do rosto da mesma.

No final, a distância foi de 66cm, com a médica novamente de pé, sem olhar para a paciente.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 38,1cm.

2ª Consulta – Consulta de Medicina Oral (MO)



Ilustração 11 - Consulta número 2

Comentário:

A consulta foi iniciada com uma conversa introdutória, em que a médica explicou o que iria ser feito nesse dia. Com ambas as intervenientes sentadas, a distância mantida foi de 55cm, e o ângulo de contacto ocular formado foi de 11°.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 15,4cm de distância uma da outra (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 65,1 cm, com médica e paciente de pé, a olharem uma para a outra.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 45,2cm.

3ª Consulta – Consulta de Medicina Dentária Preventiva (MDP)



Ilustração 12 - Consulta número 3

Comentário:

A consulta foi iniciada com uma conversa introdutória, em que o paciente expôs as suas queixas e a médica explicou o que iria ser feito nesse dia. Com ambos os intervenientes de pé, a distância mantida foi de 39,6cm, a olharem um para o outro.

Durante a consulta, não se manteve qualquer espaço entre eles, dado que a médica se posicionou encostada à cabeça do paciente, com os braços em volta do rosto do mesmo.

No final, a distância foi de 49,7cm, com a médica de pé e paciente sentado, formando um ângulo de contacto ocular de 51°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 29,8cm.

4ª Consulta – Consulta de Prótese Fixa (PF)



Ilustração 13 - Consulta número 4

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médico e paciente encontravam-se a 63,8cm de distância um do outro (o médico estava de pé colocado lateralmente ao paciente que se encontrava sentado), formando um ângulo do contacto ocular de 33°.

Durante a consulta, médico e paciente encontravam-se a 17,6cm de distância um do outro (o médico posicionou-se lateralmente à cabeça do paciente).

No final, a distância foi de 68,2cm, com ambos os intervenientes sentados, sem contacto visual.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 49,9cm.

5ª Consulta – Consulta de Dentisteria Operatória (DO)



Ilustração 14 - Consulta número 5

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 63,8cm de distância uma da outra (a médica estava de pé colocada lateralmente à paciente, que se encontrava sentada). Assim, o ângulo do contacto ocular formado foi de 17°.

Durante a consulta, médica e paciente guardaram 17,6cm de distância entre elas (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente). Neste mesmo período, a médica parou o tratamento que estava a executar para fornecer uma explicação à paciente, alargando a distância para 24,2cm e o contacto ocular estabelecido foi de 36°.

No final, a distância foi de 119,9cm, com a médica de pé e a paciente sentada, sem estabelecimento de contacto visual.

A média de distância observada nestes quatro tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 56,4cm.

6ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 15 - Consulta número 6

Comentário:

A consulta foi iniciada com uma conversa introdutória, em que o paciente expôs as suas queixas e a médica explicou o que iria ser realizado nesse dia. Médica e paciente encontravam-se a 55cm de distância um do outro (a médica estava de pé, colocada lateralmente ao paciente, que se encontrava sentado). Assim, o ângulo do contacto ocular entre os intervenientes da interacção era de 36°.

Durante a consulta, não se manteve qualquer espaço entre eles, dado que a médica se posicionou encostada à cabeça do paciente, com os braços em volta do rosto do mesmo.

No final, a distância foi de 110cm, com a médica de pé e paciente sentado, formando um ângulo de contacto ocular de 19°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 55cm.

7ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 16 - Consulta número 7

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 50,6cm de distância um do outro (ambos sentados, com a médica posicionada lateralmente à cabeça do paciente), formando um ângulo de contacto ocular de 14°.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 17,6cm de distância um do outro (com a médica posicionada lateralmente à cabeça do paciente).

No final, a distância foi de 52,8cm, com ambos os intervenientes sentados, formando um contacto ocular de 19°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 40,3cm.

8ª Consulta – Consulta de MDP



Ilustração 17 - Consulta número 8

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 48,4cm de distância uma da outra (ambas sentadas, com a médica posicionada lateralmente à cabeça da paciente), formando um ângulo de contacto ocular de 17°.

Durante a consulta, médica e paciente mantiveram uma distância de 11,9cm entre elas (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 118,8cm, com a paciente sentada e a médica de pé, sem estabelecer contacto visual e a executar outra função – lavar as mãos. Neste caso, a assistente é que estabelece o contacto visual.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 59,7cm.

9ª Consulta – Consulta de MO



Ilustração 18 - Consulta número 9

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente, após breve cumprimento.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 114,4cm de distância uma da outra (médica de pé, posicionada lateralmente à cabeça da paciente, que se encontrava sentada), formando um ângulo de contacto ocular de 23°.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 30,8cm de distância uma da outra (a médica posicionou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 59,4cm, com paciente e médica sentadas a estabelecer um ângulo de contacto ocular de 19°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 68,2cm.

10ª Consulta – Consulta de PF



Ilustração 19 - Consulta número 10

Comentário:

A consulta começou com um breve cumprimento, após o qual os tratamentos dentários tiveram início, não sendo travada qualquer conversa introdutória.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 37,4cm de distância um do outro (ambos de pé), sem estabelecer qualquer contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 19,8cm de distância um do outro (a médica colocou-se lateralmente à cabeça do paciente). Neste mesmo período, a médica parou o tratamento que estava a executar para fornecer uma explicação ao paciente, alargando a distância para 66cm, e o contacto ocular estabelecido foi de 11°.

No final, a distância foi de 72,6cm, com o paciente sentado e a médica de pé, estabelecendo um ângulo de contacto ocular de 29°.

A média de distância observada nestes quatro tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 48,9cm.

11ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 20 - Consulta número 11

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 47,9cm de distância um do outro (a médica estava de pé, colocada lateralmente ao paciente), sem estabelecerem qualquer contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 27,4cm de distância um do outro (a médica colocou-se lateralmente ao paciente), formando um ângulo de contacto ocular de 42°.

No final, a distância foi de 89,1cm, encontrando-se a médica de pé e o paciente sentado, sem estabelecer contacto visual.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 54,8cm.

12ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 21 - Consulta número 12

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médico e paciente encontravam-se a 90,2cm de distância um do outro (o médico estava de pé colocado lateralmente à paciente, que se encontrava sentada), formando um ângulo de contacto ocular de 41°.

Durante a consulta, não se manteve qualquer espaço entre eles, dado que o médico se posicionou posteriormente à cabeça da paciente, com os braços em volta do rosto da mesma.

No final, a distância foi de 61,6cm, com o médico de pé e a paciente sentada, formando um ângulo de contacto ocular de 48°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 50,6cm.

13ª Consulta – Consulta de MDP

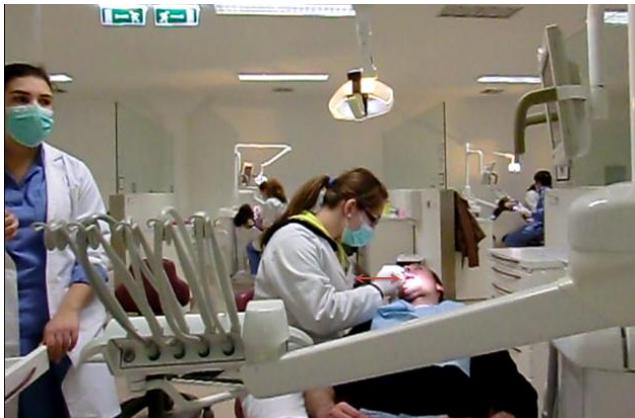


Ilustração 22 - Consulta número 13

Comentário:

A consulta foi iniciada com uma conversa introdutória, em que a médica explicou o que iria ser feito nesse dia. Com a médica de pé e o paciente sentado, a distância mantida foi de 118,8cm, sem contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 19,8cm de distância um do outro (a médica colocou-se lateralmente à cabeça do paciente).

No final, a distância foi de 39,6cm, com médica e paciente sentados, formando um ângulo de contacto ocular de 11°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 59,4cm.

14ª Consulta – Consulta de MO



Ilustração 23 - Consulta número 14

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 61,9cm de distância uma da outra (ambas as intervenientes sentadas), sem estabelecerem contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 13,5cm de distância uma da outra (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente). Neste mesmo período, foi efectuada uma avaliação da tensão arterial, estabelecendo-se a distância de 70,7cm entre as intervenientes, sem contacto visual.

No final, a distância foi de 25,9cm, com médica e paciente sentadas, estabelecendo um ângulo de contacto ocular de 19°.

A média de distância observada nestes quatro tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 43cm.

15ª Consulta – Consulta de MO



Ilustração 24 - Consulta número 15

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médico e paciente encontravam-se a 30,8cm de distância um do outro (ambos os intervenientes de pé), sem estabelecerem contacto visual.

Durante a consulta, médico e paciente encontravam-se a 37,4cm de distância um do outro (o médico colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 26,4cm, com o médico de pé e a paciente sentada, estabelecendo um ângulo de contacto ocular de 64°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 31,5cm.

16ª Consulta – Consulta de MO



Ilustração 25 - Consulta número 16

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 29,6cm de distância uma da outra (ambas as intervenientes sentadas), sem estabelecerem contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 9,9cm de distância uma da outra (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 17,9cm, com médica e paciente sentadas, sem estabelecerem contacto visual.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 19,1cm.

17ª Consulta – Consulta de PF

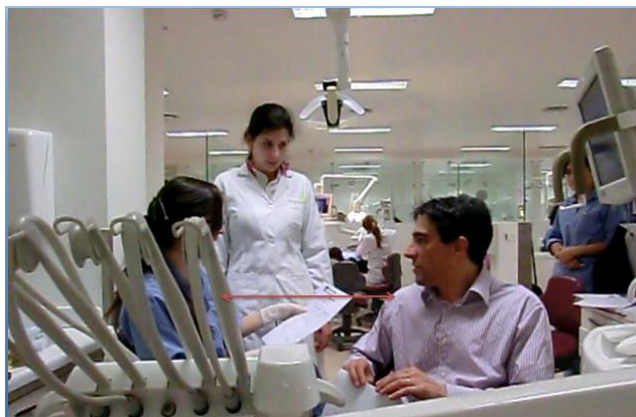


Ilustração 26 - Consulta número 17

Comentário:

Foi levada a cabo uma conversa introdutória, em que se explicou que a consulta serviria para apresentar o plano de tratamento e respectivo orçamento.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 57,2cm de distância um do outro, com ambos os intervenientes de pé, a olharem um para o outro.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 28,6cm de distância um do outro (a médica colocou-se lateralmente ao paciente).

No final, a distância foi de 77cm, com médica e paciente sentados, a olharem um para o outro com um ângulo de 0° .

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 54,3cm.

18ª Consulta – Consulta de Oclusão



Ilustração 27 - Consulta número 18

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 61,6cm de distância uma da outra (médica de pé, posicionada lateralmente à paciente que se encontrava sentada), formando um ângulo de contacto ocular de 33°.

Durante a consulta, médica e paciente mantiveram uma distância de 22cm entre elas (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 66cm, com médica novamente de pé e paciente sentada, formando desta forma um ângulo de contacto visual de 26°. Antes do término da consulta, a distância diminuiu para 39,6cm, porque a médica levou a cabo nova função – lavar as mãos.

A média de distância observada nestes quatro tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 47,3cm.

19ª Consulta – Consulta de MDP



Ilustração 28 - Consulta número 19

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médica e paciente encontravam-se a 17,6cm de distância uma da outra (ambas as intervenientes de pé), sem estabelecerem contacto visual.

Durante a consulta, médica e paciente encontravam-se a 19,8cm de distância uma da outra (a médica colocou-se lateralmente à cabeça da paciente).

No final, a distância foi de 46,2cm, com médica de pé e paciente sentada, sem estabelecer contacto visual.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 27,9cm.

20ª Consulta – Consulta de MO



Ilustração 29 - Consulta número 20

Comentário:

Não foi mantida qualquer conversa introdutória no início da consulta, pelo que os tratamentos dentários começaram imediatamente.

Inicialmente, médico e paciente encontravam-se a 46,2cm de distância um do outro (ambos os intervenientes sentados), formando um ângulo de contacto ocular de 18°.

Durante a consulta, médico e paciente encontravam-se a 28,6cm de distância um do outro (o médico colocou-se lateralmente à cabeça do paciente).

No final, a distância foi de 79,2cm, com o médico de pé e o paciente sentado, formando um ângulo de contacto ocular de 46°.

A média de distância observada nestes três tempos que pareceram relevantes para o estudo foi de 51,3cm.

Análise dos Questionários

À questão número um, “Durante a consulta, sentiu que o seu espaço foi invadido?”, da amostra de vinte pessoas, dezanove responderam “Nunca” e apenas uma respondeu “Sempre”.

Já à questão número dois, “A situação foi para si:”, duas responderam “Indiferente”, treze “Agradável” e cinco “Muito agradável”.

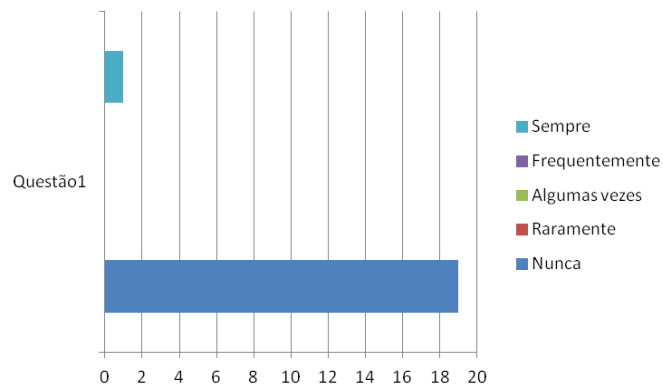


Ilustração 30 - Respostas à questão 1

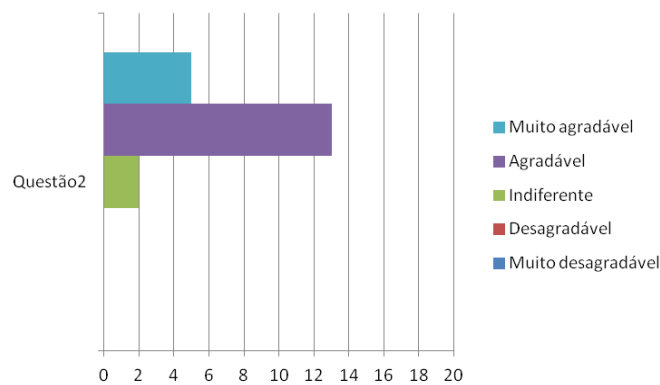


Ilustração 31 - Respostas à questão 2

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão um relativamente às habilitações literárias dos vinte inquiridos.

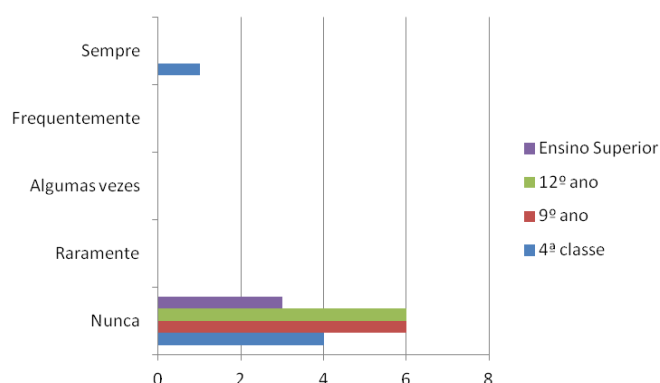


Ilustração 32 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com as habilitações literárias

A única pessoa que respondeu “Sempre” tinha a 4ª classe, e das dezanove pessoas que responderam “Nunca” quatro tinham a 4ª classe, seis o 9º ano, seis o 12º ano, e apenas três o ensino superior.

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão dois relativamente às habilitações literárias dos vinte inquiridos.

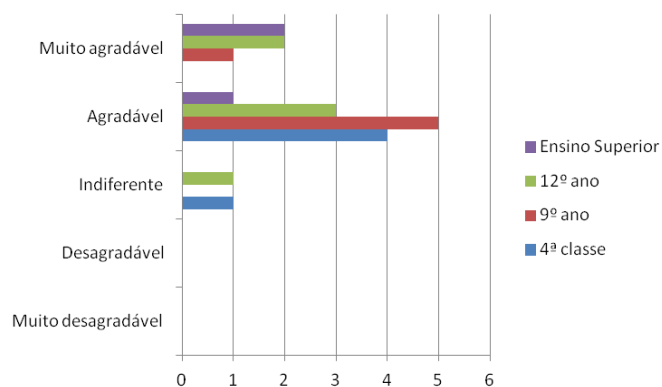


Ilustração 33 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com as habilitações literárias

Das duas pessoas que responderam “Indiferente”, uma tinha a 4ª classe e a outra o 12º ano; das treze pessoas que responderam “Agradável”, quatro tinham a 4ª classe, cinco o 9º ano, três o 12º ano e uma o ensino superior; das cinco pessoas que responderam “Muito agradável”, uma tinha o 9º ano, duas tinham o 12º ano e duas o ensino superior.

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão um relativamente à faixa etária em que se encontra cada um dos vinte inquiridos.

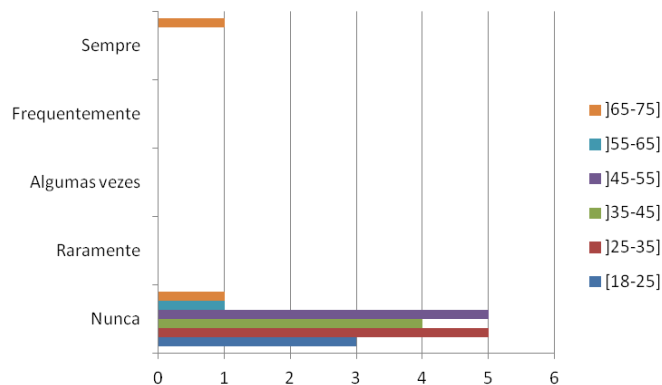


Ilustração 34 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com a faixa etária dos pacientes

A única pessoa que respondeu “Sempre” encontrava-se no intervalo dos]65-75] anos; das dezanove que responderam “Nunca”, três estavam na faixa dos [18-25] anos, cinco nos]25-35] anos, quatro nos]35-45] anos, cinco nos]45-55] anos, uma nos]55-65] anos e uma nos]65-75] anos.

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão dois relativamente à faixa etária em que se encontra cada um dos vinte inquiridos.

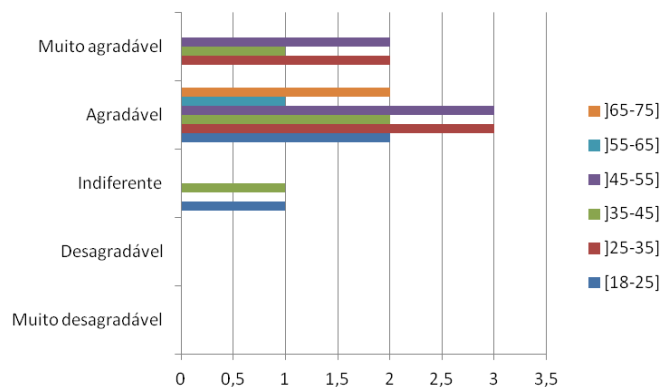


Ilustração 35 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com a faixa etária dos pacientes

Das duas pessoas que responderam “Indiferente”, uma estava na faixa etária dos [18-25] anos e a outra nos]35-45] anos. Das treze pessoas que responderam “Agradável”, duas

estavam nos [18-25] anos, três nos [25-35] anos, duas nos [35-45] anos, três nos [45-55] anos, uma [55-65] anos e duas [65-75] anos. Das cinco pessoas que responderam “Muito agradável”, duas estavam na faixa etária dos [25-35] anos, uma nos [35-45] anos e duas nos [45-55] anos.

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão um relativamente ao género de cada um dos vinte inquiridos.

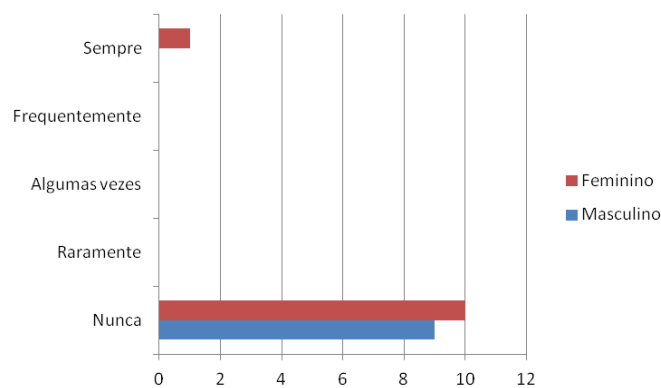


Ilustração 36 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com o género dos pacientes

A única pessoa que respondeu “Sempre” era do sexo feminino; das dezanove que responderam “Nunca”, dez eram do sexo feminino e nove do sexo masculino.

O seguinte gráfico permite ilustrar a distribuição das respostas à questão dois relativamente ao género de cada um dos vinte inquiridos.

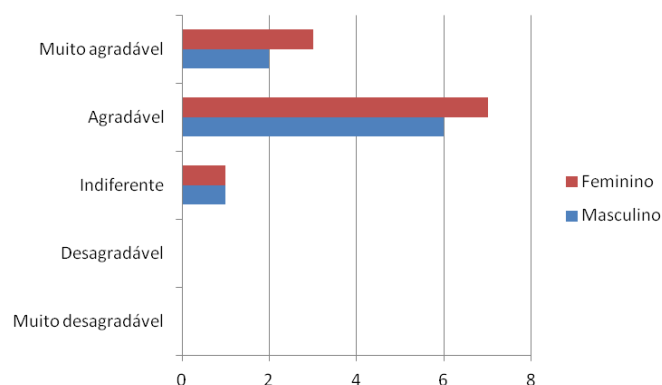


Ilustração 37 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com o género dos pacientes

Das duas pessoas que responderam “Indiferente”, uma era do sexo masculino e outra do sexo feminino. Das treze que responderam “Agradável”, sete eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. Das cinco que responderam “Muito agradável”, três eram do sexo feminino e duas do sexo masculino.

1.2. Discussão dos Resultados

No contexto da Medicina Dentária, a linguagem verbal é mais usada para transmitir informações, enquanto a linguagem não verbal trata de apoiar a comunicação, estabelecer e manter relações, e transmitir emoções.

Nesta sequência de ideias, entende-se que a Medicina Dentária proporciona mais do que fornecer cuidados dentários aos pacientes, explicando-lhes o que vai ser feito, mas também expressa afectos, ternura, confiança, segurança e proximidade para um tratamento médico eficaz. O processo comunicacional é, então, considerado segundo um duplo aspecto ou função: informativo e relacional. Desta forma, estes aspectos, que se pretendem estreitamente ligados e concordantes para funcionar em pleno, permitem que a mensagem transmitida ofereça informação e defina uma relação.

Vários estudos se têm debruçado sobre a relação entre comunicação verbal e não verbal, ou fornecem apenas uma análise da comunicação verbal. No entanto, nenhuma atenção se tem prestado aos comportamentos não verbais do médico dentista no consultório. Os dados recolhidos e quantificados vêm de encontro a esta questão.

Os resultados desta investigação não evidenciaram diferenças significativas entre os dois géneros, entre as áreas disciplinares ou o ano em que se encontra o aluno. Não obstante, e apesar desta constatação geral, foi possível denotar algumas variações.

Um aspecto analisado foi a distância estabelecida entre intervenientes. Esta foi classificada por Hall (1968). As observações efectuadas permitem perceber que as distâncias estabelecidas entre médico e paciente são a íntima (de 15 a 40cm) e a pessoal (de 45 a 125cm).

Esta variação de distâncias está profundamente ligada ao tipo de relação estabelecida na consulta. Desta forma, a média de distância em início de consulta da amostra foi de 56,9cm, durante a consulta foi de 16,9cm, e em final de consulta foi de 65,6cm. Ou seja, em início e final de consulta, trata-se de uma distância pessoal, e, durante a consulta, entramos na esfera da distância íntima.

Em grande parte das consultas não houve qualquer conversa introdutória, iniciando-se imediatamente os tratamentos dentários; são exemplos as consultas número um, quatro, cinco, sete, oito, nove, dez, onze, doze, catorze, quinze, dezasseis, dezoito, dezanove e vinte. Ou seja, em 75% dos casos da amostra, o correcto início da consulta foi ignorado.

Além disso, a média angular do contacto ocular em início de consulta foi de 22°, e em final de consulta foi de 27°. Estes valores foram obtidos pelo posicionamento de “cima para baixo”, em que o médico se encontra de pé, a olhar para o paciente que se encontra sentado. Observou-se que quer no início quer no final de consulta, 35% dos médicos não estabeleceu qualquer contacto visual.

“Eye contact with the client should be reasonably sustained and a good rule of thumb is that the amount of eye contact that the health-care professional uses should roughly match the amount the client uses. It is important, however, that the health-care professional’s eyes should be ‘available’ for the client, that she is always prepared to maintain eye contact. On the other hand, it is important that the client does not feel stared at nor intimidated by the health-care professional’s glare. Conscious use of eye contact can ensure that the client feels listened to and understood but not uncomfortable.” (Burnard, 1997, p. 91)

De destacar a consulta número dezassete como exemplo a ser seguido, pela clara tentativa de correcta gestão dos espaços durante a consulta. Assim, no início desta consulta observou-se um pequeno diálogo, onde a médica explicou o que iria ser feito. A média de distância observada nos três tempos foi de 54,3cm, enquadrando-se na distância pessoal. Existiu o correcto aumento de distância em início (57,2cm) e final (77cm) de consulta, comparativamente ao observado durante a consulta (28,6cm). Médica e paciente estabeleceram contacto visual à mesma altura, formando um ângulo de 0°. No entanto, acreditamos que esta gestão de espaços foi possível devido ao tipo de consulta – apresentação de plano de tratamento e respectivo orçamento. Não obstante, deverá sempre existir esta tentativa de aumentar distâncias em início e fim de consulta, assim como estabelecer, sempre que possível, contacto visual com formação de um ângulo de 0°.

Das observações feitas às características físicas do espaço, constatou-se que todas as boxes tinham uma disposição estrutural semelhante: três paredes brancas de 116,4cm de altura, formando um parapeito e das quais surgem vidros que permitem individualizar a box, uma cadeira a meio e uma bancada fixa à direita. Nenhuma delas apresenta imagens ou cartazes afixados nos vidros, servindo simultaneamente para o atendimento a pacientes nas diversas áreas da Medicina Dentária.

Quanto às características semi-fixas, todas as boxes estavam equipadas com duas cadeiras móveis (para médico operador e assistente) e um pequeno móvel do lado esquerdo.

As boxes encontram-se alinhadas em filas, estando separadas por corredores centrais, como nos mostra a figura:

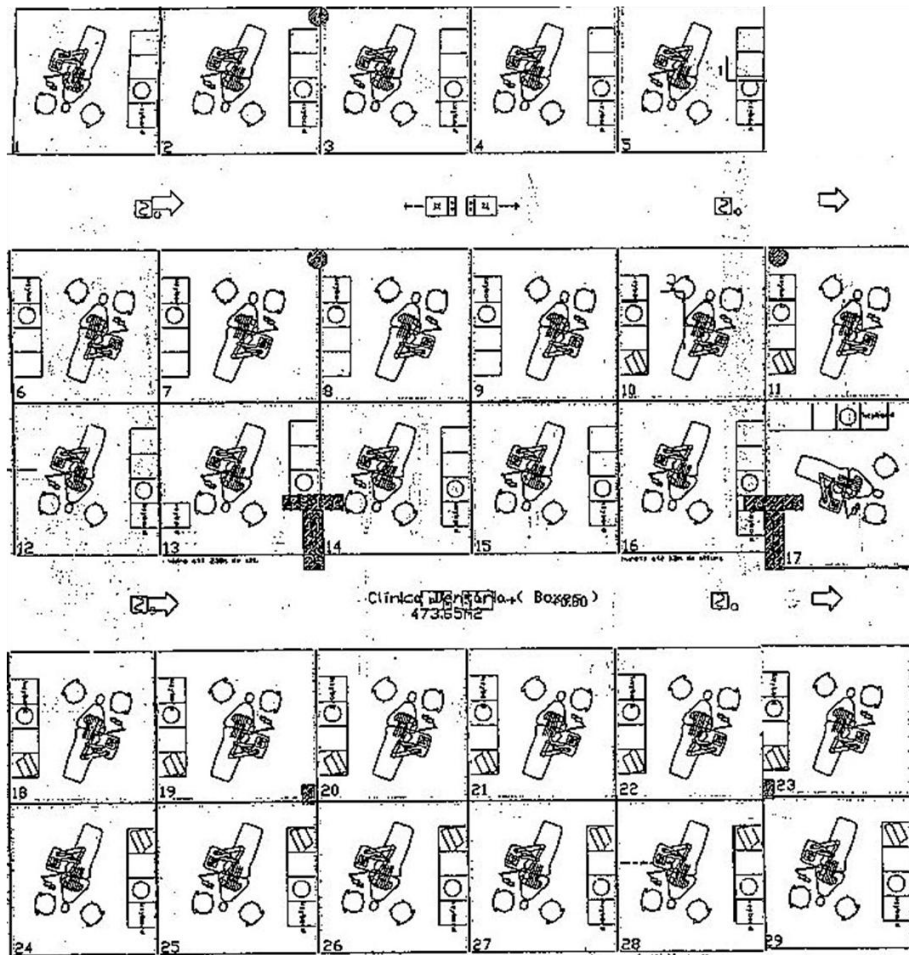


Ilustração 38 – Excerto da Planta da Clínica Universitária, da autoria de Ricardo Vieira de Melo

As dimensões das boxes são de aproximadamente $8m^2$, ocupando a cadeira de dentista e material de apoio grande parte do espaço, pelo que o médico operador se coloca lateralmente ao paciente, do lado direito, e o médico assistente no lado oposto.

Nas boxes não existe qualquer mesa para que o médico inicialmente possa ter uma conversa com o paciente, assim como para explicações após finalizado o tratamento e para prescrição de medicamentos. De facto,

“[i]n medical space planning, as in life, rarely does the ideal prevail. The designer has to skillfully juggle the client’s requests, the client’s budget, building codes, structural limitations

of the given space, and the principles of medical space planning. Tradeoffs and compromises are the reality from which suites are built.” (Malkin, 2002, p. 32)

No entanto, no futuro será importante modificar os hábitos estabelecidos e colocar o paciente à altura do médico na cadeira, ou mesmo utilizar o móvel como mesa para iniciar e finalizar a consulta.

Neste estudo, a amostra tomada aleatoriamente tem uma maior percentagem feminina, quer nos médicos (80%), quer nos pacientes (55%), demonstrando a clara evidência de que existe uma crescente população feminina em busca de um aumento do seu nível de instrução, e pretendendo melhores cuidados de saúde para uma melhor qualidade vida. No entanto, o género não parece influenciar de nenhuma forma nem a distância estabelecida nem o contacto visual.

A amostra da presente investigação era constituída por 60% de alunos do quinto ano curricular e 40% do quarto ano. O nível de conhecimentos e experiência dos alunos do quinto ano parece não contribuir para melhorar a gestão do espaço quando comparados com os alunos do quarto ano.

Relativamente às habilitações literárias e faixa etária dos pacientes, a noção de distância parece ser intrínseca de cada um, e não depende do seu grau de estudos ou da sua idade.

Das consultas que foram alvo de videogravação 30% foram de Oclusão, 30% de Medicina Oral, 15% de Prótese Fixa, 20% de Medicina Dentária Preventiva e 5% de Dentisteria Operatória. As áreas disciplinares de Medicina Oral e Medicina Dentária Preventiva demonstram ser aquelas onde as distâncias são mais respeitadas, o que se pode explicar pela componente não tão prática dos protocolos executados, nomeadamente o preenchimento de história clínica.

Quanto ao questionário aplicado, na questão um, “Durante a consulta, sentiu que o seu espaço foi invadido?”, 95% dos inquiridos responderam “Nunca” e 5% “Sempre”. Na questão dois, “A situação foi para si:”, 25% dos inquiridos respondeu “Muito agradável”, 65% “Agradável” e 10% “Indiferente”. Estes resultados mostram que não existe uma clara percepção da noção de distância, e as respostas fornecidas foram no sentido de como os pacientes vivenciaram a experiência na consulta. A distância íntima é sempre atingida, pelo menos durante o tratamento dentário, e os inquiridos referem que não sentiram o seu espaço invadido neste tipo de distância, sendo a experiência agradável na maioria. Por outro lado, o facto dos questionários terem sido entregues por alunas da instituição pode ter condicionado as respostas dos pacientes, que pretenderam transmitir a ideia de que a experiência da consulta

tinha sido agradável, não tanto pela avaliação das condicionantes relativas ao conceito de distância, mas sim pela relação estabelecida com os alunos que procederam ao seu tratamento. Além disso, as respostas ao questionário não sofreram qualquer alteração conforme o género, idade e habilitações literárias dos pacientes.

CONCLUSÕES

Duas premissas constituíram o ponto de partida para a presente pesquisa. Uma, a convicção de que a comunicação não verbal pode permitir ao médico dentista aceder à compreensão de numerosos aspectos que determinam a relação médico-paciente, ao reconhecer que o comportamento não verbal é essencial na formação de um clima profícuo ao desenvolvimento da competência comunicacional.

A segunda evidência prendeu-se com o facto de que a observação é essencial para o conhecimento da comunicação não verbal no consultório médico e para o entendimento do papel por ela desempenhado na interacção. Neste sentido, julga-se que a observação tem um papel preponderante na denúncia de fenómenos, por vezes esquecidos ou mal interpretados, e contribui para uma mudança positiva na relação médico-paciente.

Não obstante a vasta bibliografia consultada relativamente à comunicação não verbal e suas funções, constata-se uma escassez de estudos empíricos sobre a comunicação não verbal em contexto de Medicina Dentária. Foi nesta perspectiva que se delineou o objectivo base deste trabalho – analisar o comportamento não verbal no consultório médico. Pretendeu-se, neste sentido, compreender como é gerido o espaço pelo médico, nomeadamente as distâncias mantidas com os pacientes.

Um dos primeiros intuítos com a elaboração deste trabalho prendia-se com a perspectivização da importância dos elementos proxémicos na construção da relação médico-paciente. Na verdade, os pacientes são das mais diversas culturas, estatutos sócio-económicos e habilitações literárias, estabelecendo com o médico as mais distintas interacções. A distância a ser mantida deve respeitar todas estas idiosincrasias, não é estereotipada e revela também o tipo de relação existente. O facto de um sujeito se aproximar fornece à mensagem uma tonalidade mais pessoal, enquanto o afastamento exerce o efeito contrário.

Outro objectivo prendia-se com a caracterização da invasão do espaço. Neste sentido, e de acordo com a tipologia proposta por Edward Hall (1968), as observações efectuadas permitiram concluir que as distâncias existentes entre médico e paciente são a íntima (de 15 a 40cm) e a pessoal (de 45 a 125cm), havendo uma clara violação do território do outro, sobretudo durante o tratamento dentário. No entanto, esta invasão é também observada em início e final de consulta, em grande parte porque não se verificam os rituais de abertura e encerramento, estratégias essenciais à reorganização do microespaço pessoal de todos os intervenientes.

Assim, e de acordo com a avaliação das estratégias de construção dos territórios, verificámos que os espaços, na sua generalidade, não são respeitados. De acordo com o tipo de relação estabelecida, neste caso, um tratamento dentário, é espectável que a distância íntima seja atingida; no entanto, deveriam existir dois momentos, nomeadamente no início e no final de consulta, em que a distância deveria ser aumentada para, pelo menos, uma distância social, e tal não se verificou. O correcto estabelecimento das distâncias é fundamental, não só para se compreenderem as fases de uma interacção, mas também para o desenvolvimento de um processo comunicacional eficaz.

Um outro objectivo pretendia analisar o comportamento não verbal entre intervenientes; para tal, analisámos o contacto visual estabelecido. Concluimos que a média angular do contacto ocular em início de consulta foi de 22°, e, em final de consulta, foi de 27°. Estes valores foram obtidos pelo posicionamento de “cima para baixo”, em que o médico se encontra de pé, a olhar para um paciente sentado. No início de consulta, 35% dos médicos não estabeleceu qualquer contacto visual, o mesmo se verificando com 35% em final da consulta.

Relativamente à reacção dos pacientes no que concerne à invasão do espaço, devemos analisar os resultados dos questionários entregues. Assim sendo, é notório que os pacientes não dominam o conceito de distância, além de ignorarem a percepção de invasão do seu espaço íntimo e a importância que o estabelecimento de distâncias pode ter na construção de um processo comunicativo satisfatório.

Os resultados deste estudo sugerem igualmente que, no seu geral, o comportamento não verbal dos intervenientes não apresenta diferenças significativas, de acordo com género, área disciplinar e ano curricular em que se encontram os médicos.

O comportamento não verbal é uma fonte de informação importante sobre o estado emocional e as atitudes de quem interage socialmente, e o ter consciência do comportamento não verbal permite-nos compreender melhor as mensagens dos pacientes, emitir mensagens não verbais que reforcem a linguagem verbal e fazer com que a relação médico-paciente seja mais próxima.

Demonstra-se que, apesar do interesse exponencial e relativo conhecimento sobre a importância da comunicação não verbal em saúde, existe uma parca consciência sobre o saber produzido e uma reduzida formação específica neste âmbito. Torna-se, assim, importante intervir de forma directa e investir na formação dos alunos de Medicina Dentária, de forma que tomem consciência da atitude benéfica que podem exercer nos pacientes com o seu comportamento não verbal.

É essencial para um profissional de saúde ser lembrado da influência que a comunicação não verbal pode ter no seu público, e conhecer os efeitos potenciais do seu comportamento não verbal na produção e gestão de uma comunicação mais efectiva.

Esta dissertação não tem como intuito esgotar a problemática nem fornecer ideias definitivas, mas pretende sim contribuir para uma análise mais aprofundada de outros aspectos do não verbal. De facto, seria útil que se analisassem outros aspectos, como o efeito da organização dos consultórios (decoreação, luz, cores, etc.) na comunicação entre médicos e pacientes, a comparação entre o comportamento não verbal do médico dentista e de outros profissionais da saúde, a variação do comportamento não verbal do médico dentista de acordo com a região do país onde exerce e a população que atende, entre muitos outros tópicos que ficam por responder. Foi nosso único intuito reforçar a importância da comunicação não verbal no contexto da Medicina Dentária, demonstrar a sua eficácia quando correctamente conjugada com a comunicação verbal, e fomentar a abertura de espírito para o lado “silencioso” da comunicação.

"Quanto mais diferente de mim alguém é, mais real me parece, porque menos depende da minha subjectividade."

Fernando Pessoa

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J. L. P. (1998). *Modelos da Comunicação e Funções da Linguagem Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidade.
- Allwood, J. (1985). Intercultural Communication. *Papers in Anthropological Linguistics*, 12, 1-29.
- Altman, J. (1975). *The environment and social behaviour*. Monterey: Brooks/Cole.
- Argyle, M. (1988). *Bodily Communication* (2ª ed. Vol. 581). New York: Taylor & Francis.
- Argyle, M. (2007). *Social Interaction* (2ª ed.). New Jersey: Transaction Publishers.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-Contact, Distance and Affiliation. *Sociometry*, 28(3), 289-304.
- Argyle, M., & Kendon, A. (1967). The Experimental Analysis of Social Performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 35-98.
- Arnheim, R. (1966). *Toward a Psychology of Art: Collected Essays*. California: University of California Press.
- Birdwhistell, R. L. (1952). *Introduction to kinesics*. Louisville: University of Louisville Press.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. Pennsylvania: Publications in Conduct and Communication.
- Bitti, P. E. R., & Poggi, I. (1991). Symbolic Nonverbal Behavior: Talking Through Gestures. In R. S. Feldman & B. Rimé (Eds.), *Fundamentals of Nonverbal Behavior* (pp. 433-457). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bitti, P. E. R., & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Brunette, L., Bastin, G. L., Hemlin, I., & Clarke, H. (2003). *The critical link 3: interpreters in the community*. Philadelphia: Library of Congress.
- Bull, P. (1983). *Body movement and interpersonal communication*. Michigan: Wiley.
- Burgoon, J. K., & Jones, S. B. (1976). Toward a theory of personal space norms and their violations. *Human communication research*, 2, 131-146.
- Burgoon, J. K., & Saine, T. (1978). *The Unspoken Dialogue: An Introduction to Nonverbal Communication*. Virginia: Houghton Mifflin.
- Burnard, P. (1997). *Effective Communication Skills for Health Professionals* (2ª ed.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3), 647-654.
- Capucho, M. F. (2003). Communication verbale et communication non-verbale. *Communication et Médias*(2), 11-15.
- Carvalho, J. H. (1967). *Teoria da linguagem: natureza do fenómeno linguístico e a análise das línguas* (3ª ed. Vol. I). Lisboa: Atlântida Editora.
- Cassell, E. J. (2004). *The Nature Of Suffering And The Goals Of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Cordón, L. A. (2005). *Popular Psychology: An Encyclopedia*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Corraze, J. (2001). *Les Communications non-verbales* (6ª ed.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Coulson, M. (2004). Attributing Emotion to Static Body Postures: Recognition Accuracy, Confusions, and Viewpoint Dependence. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28(2), 117-139.

- Cowpe, J., Plasschaert, A., Harzer, W., Vinkka-Puhakka, H., & Walmsley, A. D. (2009). Profile and Competences for the Graduating European Dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ*, 14(4), 193-202.
- Csepregi, G. (2006). *The Clever Body*. Calgary: University of Calgary Press.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. New York: D. Appleton and Company.
- Davis, F. (1979). *A comunicação não-verbal* (8 ed.). São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- DiBiase, R., & Gunnoe, J. (2004). Gender and culture differences in touching behavior. *J Soc Psychol*, 144(1), 49-62.
- Dipper, L., Cocks, N., Rowe, M., & Morgan, G. (2011). What can co-speech gestures in aphasia tell us about the relationship between language and gesture? *Gesture*, 11(2), 123-147.
- Dondis, D. A. (1976). *La sintaxis de la Imagen. Introducción al alfabeto visual*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Dutermé, C. (2002). *La communication interne en entreprise: L'approche de Palo Alto et l'analyse des organisations*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Dworsky, A. L. (1991). *The Little Book on Oral Argument*. New York: Wm. S. Hein Publishing.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1972). Similarities and differences between cultures in expressive movements. In R. A. Hinde (Ed.), *Nonverbal Communication* (pp. 297-312). Cambridge: Royal Society & Cambridge University Press.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). Nonverbal Leakage and Clues to Deception. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 32(1), 88-106.
- Fast, J. (1970). *Body Language*. Philadelphia: Lippincott.
- Fast, J. (2000). *Body Language: How Our Movements and Posture Reveal Our Secret Selves*. Cavaye Place: E-reads/E-rights.
- Feyereisen, P., & Lannoy, J. D. (1991). *Gestures and Speech: Psychological Investigations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fina, A., Schiffrin, D., & Bamberg, M. (2006). *Discourse and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1964). The Neglected Situation. *American Anthropologist*, 66(6), 133-137.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, E. (1993). *A Apresentação do Eu na vida de Todos os Dias* (M. S. Pereira, Trans.). Lisboa: Relógio D'Água.
- Goodman, N., & Ofshe, R. (1968). Empathy, Communication Efficiency, and Marital Status. *Journal of Marriage and Family*, 30(4), 597-603.
- Gumperz, J. J. (1982a). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gumperz, J. J. (1982b). *Language and Social Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, E. T. (1968). Proxemics. *Current Anthropology*, 9(2-3), 83-108.
- Hall, E. T. (1969). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday.
- Hall, E. T. (1984). *Le Langage Silencieux* (J. Mesrie & B. Niceall, Trans.). Paris: Édition Seuil.
- Hall, J., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology*(4), 21-37.
- Harrison, R. (1973). *Nonverbal Communication*. Chicago: Rand Mc Nally.
- Hertenstein, M. J., Holmes, R., McCullough, M., & Keltner, D. (2009). The communication of emotion via touch. *Emotion*, 9(4), 566-573.
- Hertenstein, M. J., & Weiss, S. J. (2011). *The Handbook of Touch: Neuroscience, Behavioral, and Health Perspectives*. New York: Springer Publishing Company.

- Heslin, R., & Alper, T. (1983). *Touch: a bonding gestures*. Beverly Hills: Sage.
- Hess, E. H. (1975). *The tell-tale eye: how your eyes reveal hidden thoughts and emotions*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Hewes, G. W. (1973). Primate Communication and the Gestural Origin of Language. *Current Anthropology*, 14(1-2), 5-24.
- Hickson, M., & Stacks, D. W. (1985). *NVC, nonverbal communication: Studies and applications*. Dubuque: W.C. Brown Publishers.
- Hymes, D. H. (1972). On Communicative Competence. In J. B. Pride & J. Holmes (Eds.), *Sociolinguistics. Selected Readings* (pp. 269-293). Harmondsworth: Penguin.
- Jakobson, R. (1960). Closing Statement: Linguistics and Poetics. In T. A. Sebeok (Ed.), *Style in Language* (pp. 350-377). New York: Wiley.
- Jakobson, R. (2003). *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- James, W. T. (1932). A study of the expression of body posture. *Journal of General Psychology*, 7, 405-437.
- Josien, M. (2004). *Techniques de communication interpersonnelle*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Keating, C. F., Mazur, A., & Seagall, M. H. (1981). Across-cultural exploration of physiognomic traits of dominance and happiness. *Ethology and sociobiology*, 2, 41-48.
- Kendon, A. (2004). *Gesture: Visible Action As Utterance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kendon, A., Sebeok, T. A., & Sebeok, J. U. (1981). *Nonverbal Communication, Interaction, and Gesture: Selections from Semiotica* (Vol. 41). Netherlands: Walter de Gruyter.
- Key, M. R. (1980). *The Relationship of Verbal and Nonverbal Communication* (Vol. 25). The Hague: Walter de Gruyter.
- Kiefer, F., Kenesei, I., & Harnish, R. M. (2001). *Perspectives on Semantics, Pragmatics, and Discourse: A Festschrift for Ferenc Kiefer* (Vol. 90). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Knapp, M. L. (1980). *Essentials of Nonverbal Communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Knapp, M. L. (1995). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Knapp, M. L., & Daly, J. A. (2002). *Handbook of Interpersonal Communication* (3^a ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2009). *Nonverbal Communication in Human Interaction* (7^a ed.). Boston: Cengage Learning.
- Krueger, J. (2008). *Nonverbal Communication*. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Lamb, W., & Watson, E. M. (1979). *Body Code: The Meaning in Movement*. London: Taylor & Francis.
- Lambrecht, K. (2001). A Framework for the Analysis of Cleft Constructions. *Linguistics*, 39(3), 463-516.
- Lanning, S. K., Brickhouse, T. H., Gunsolley, J. C., Ranson, S. L., & Willett, R. M. (2011). Communication skills instruction: an analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. *Patient Educ Couns*, 83(2), 145-151.
- Leathers, D. G. (1997). *Successful Nonverbal Communication: principles and applications*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Leroi-Gourhan, A. (1964). *Gesture and speech*. Cambridge: MIT Press.
- Lévy, P. (2004). *As tecnologias da inteligência. O futuro do pensamento na era da informática* (13^a ed.). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Malkin, J. (2002). *Medical and Dental Space Planning: A Comprehensive Guide to Design, Equipment, and Clinical Procedures*. New York: John Wiley & Sons.

- Mason, R. (2003). *Teach yourself. Speaking on special occasions*. London: Hodder & Stoughton.
- McCafferty, S. G., & Stam, G. (2008). *Gesture: Second Language Acquisition and Classroom Research*. New York: Taylor & Francis.
- McCuen, R. H., Johnson, P. A., & Davis, C. (1993). *Dynamic Communication for Engineers*. Salem: ASCE.
- McKay, S. L., & Hornberger, N. H. (1996). *Sociolinguistics and Language Teaching*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McNeill, D., Duncan, S. D., Cassell, J., & Levy, E. T. (2007). *Gesture and the Dynamic Dimension of Language: Essays in Honor of David McNeill*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Mehrabian, A. (1968). Relationship of attitude to seated posture, orientation, and distance. *Journal of personality and social psychology*, 10(1), 26-30.
- Mehrabian, A. (2007). *NonVerbal Communication*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Morris, D. (1971). *Intimate Behaviour*. California: Cape.
- Munari, B. (2000). *Far Vedere L'aria*. Milan: Springer.
- Myerscough, P. R., & Donald, A. G. (1992). *Talking with patients: a basic clinical skill*. California: Oxford University Press.
- Nakane, I. (2007). *Silence in Intercultural Communication: Perceptions and Performance* (Vol. 166). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Nierenberg, G. I., & Calero, H. H. (2001). *How to read a person like a book*. California: Barnes & Noble Digital.
- Nilep, C. (2006). "Code Switching" in Sociocultural Linguistics. *Colorado Research in Linguistics*, 19, 1-22.
- Nöth, W. (1995). *Handbook of Semiotics*. Bloomington: Indiana University Press.
- Park, R. E., & Burgess, E. W. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Illinois: The University of Chicago Press.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Aff (Millwood)*, 22(4), 147-153.
- Pfeiffer, J. W. (1998). *Conditions that Hinder Effective Communication* (Vol. 6). San Francisco: Jossey-Bass.
- Piaget, J., & Chomsky, N. (1987). *Teorias da Linguagem Teorias da Aprendizagem*. Lisboa: Edições 70.
- Porcar, C., & Hainic, C. (2011). The Interactive Dimension of Communication: The Pragmatics of the Palo Alto Group. *Journal for Communication and Culture*, 1(2), 4-19.
- Poyatos, F. (2002). *Nonverbal Communications Across Disciplines: Paralanguage, kinesics, silence, personal and environmental interaction* (Vol. 2). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Rapoport, A. (1982). *The meaning of the built environment*. Beverly Hills: Sage.
- Renaud, C. P. (1982). *Linguagem do Silêncio: Expressão Corporal* (2ª ed.). São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Ribeiro, B. T., & Pereira, M. G. D. (2002). A noção de contexto na análise do discurso. *Rev. Est. Ling, Juiz de Fora*, 6(2), 49-67.
- Rosenfeldt, H. M. (1982). Measurement of body motion and orientation. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Handbook of methods in nonverbal behaviour research* (pp. 199-286). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenfeldt, L. B., & Civikly, J. M. (1976). *With words unspoken*. New York: Holt, Rinehart & Wiston.

- Salinas, A. G. (2001). The Relation Between Syntax, Semantics and Pragmatics. *Revista de Humanidades: Tecnológico de Monterrey*, 11, 13-20.
- Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2012). *Communication Between Cultures* (8ª ed.). Boston: Cengage Learning.
- Sarangi, S., & Roberts, C. (1999). *Talk, Work and Institutional Order - Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. New York: Mouton de Gruyter.
- Schefflen, A. E. (1964). The Significance of Posture in Communication System. *Psychiatry*, 27(4), 316-331.
- Schiffer, M. B., & Miller, A. R. (1999). *The Material Life of Human Beings: Artifacts, Behavior, and Communication*. London: Routledge.
- Seegerstrale, U., & Molnár, P. (1997). *Nonverbal Communication: Where Nature Meets Culture*. Mahwah: Routledge.
- Shannon, C. E. (1948). A Mathematical Theory of Communication. *The Bell System Technical Journal*, 27, 379-423.
- Silvestre, C. (2010). Linguagem verbal e não-verbal: contributos para uma gramática visual. *Cadernos PAR*, 3, 82-96.
- Sommer, R. (1974). *Tight spaces: hard architecture and how to humanize it*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Tubbs, S. L., & Moss, S. (2000). *Human Communication* (8 ed.). Michigan: McGraw-Hill.
- Watson, O. M. (1979). *Proxemic behaviour: a cross-cultural study*. The Hague: Mouton.
- Watzlawick, P. (1991). *Les Cheveux du Baron de Munchhausen: Psychothérapie et «réalité»*. Paris: Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. J. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. J. (1972). *Une logique de la communication* (J. Morche, Trans.). Paris: Édition Seuil.
- Westin, A. (1970). *Privacy and freedom*. New York: Atheneum.
- Wine, L. (2008). Towards a Deeper Understanding of Framing, Footing, and Alignment. *Working Papers in TESOL & Applied Linguistics*, 8(2), 1-3.
- Wood, J. T. (2012). *Gendered Lives: Communication, Gender, and Culture* (10ª ed.). Boston: Cengage Learning.

ANEXOS

Anexo 1 – Índice de Ilustrações

Anexo 2 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (paciente)

Anexo 3 - Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (médico(s))

Anexo 4 - Questionários

Anexo 5 – Pedido de autorização para videogravação e aplicação de inquéritos

Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética

Anexo 7 – Tabela das Distâncias e Ângulos de Contacto Ocular

Anexo 8 – Planta da Clínica Universitária da autoria de Ricardo Vieira de Melo

Anexo 1 - Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – A Teoria Matemática da Comunicação (Shannon, 1948, p. 380).....	13
Ilustração 2 – Modelo de Comunicação Verbal (Jakobson, 1960, p. 353).....	14
Ilustração 3 – Seis Factores para formar as Funções do Discurso (Jakobson, 1960, p. 357)	14
Ilustração 4 - Distribuição do género dos alunos	66
Ilustração 5 - Distribuição do género dos pacientes.....	66
Ilustração 6 - Distribuição das áreas disciplinares abrangidas	67
Ilustração 7 - Distribuição dos anos curriculares	67
Ilustração 8 - Distribuição da idade dos pacientes	67
Ilustração 9 - Distribuição das habilitações literárias dos pacientes	68
Ilustração 10 - Consulta número 1	73
Ilustração 11 - Consulta número 2	75
Ilustração 12 - Consulta número 3	77
Ilustração 13 - Consulta número 4	79
Ilustração 14 - Consulta número 5	81
Ilustração 15 - Consulta número 6	83
Ilustração 16 - Consulta número 7	85
Ilustração 17 - Consulta número 8	87
Ilustração 18 - Consulta número 9	89
Ilustração 19 - Consulta número 10	91
Ilustração 20 - Consulta número 11	93
Ilustração 21 - Consulta número 12	95
Ilustração 22 - Consulta número 13	97
Ilustração 23 - Consulta número 14	99
Ilustração 24 - Consulta número 15	101
Ilustração 25 - Consulta número 16	103
Ilustração 26 - Consulta número 17	105
Ilustração 27 - Consulta número 18	107
Ilustração 28 - Consulta número 19	109
Ilustração 29 - Consulta número 20	111
Ilustração 30 - Respostas à questão 1	113
Ilustração 31 - Respostas à questão 2.....	113
Ilustração 32 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com as habilitações literárias.....	114
Ilustração 33 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com as habilitações literárias.....	114
Ilustração 34 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com a faixa etária dos pacientes....	115
Ilustração 35 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com a faixa etária dos pacientes....	115
Ilustração 36 - Distribuição das respostas à questão 1 de acordo com o género dos pacientes.....	116
Ilustração 37 - Distribuição das respostas à questão 2 de acordo com o género dos pacientes.....	116
Ilustração 38 – Excerto da Planta da Clínica Universitária, da autoria de Ricardo Vieira de Melo....	119

Anexo 2 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (paciente)

Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras

Viseu

Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado

Venho por este meio informar que, no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado, procederei à gravação de consultas de pacientes aleatórios na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, pólo de Viseu, com o intuito de realizar um estudo sobre a “A gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária na Clínica Universitária”.

A gravação da consulta (imagem e som) destina-se estritamente à elaboração deste trabalho, estando salvaguardadas a integridade do/a paciente, bem como a total confidencialidade dos dados obtidos. Mais informo que as respostas ao questionário anexo são de carácter igualmente confidencial e anónimo, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deverá assiná-lo ou rubricá-lo.

A participação neste estudo não implicará qualquer tipo de encargo para o paciente.

Eu, _____
_____, autorizo a videogravação solicitada e cedo voluntariamente os direitos de imagem para os fins referidos. Fui devidamente informado (a) e considero-me esclarecido (a).

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis a Professora Doutora Filomena Capucho e a aluna Sara Tente.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, ____ de _____ 2012

(Sara Tente)

(Assinatura do paciente)

Anexo 3 - Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (médico(s))

Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras

Viseu

Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado

Venho por este meio informar que, no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado, procederei à gravação de consultas de pacientes aleatórios na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, pólo de Viseu, com o intuito de realizar um estudo sobre a “A gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária na Clínica Universitária”.

A gravação da consulta (imagem e som) destina-se estritamente à elaboração deste trabalho, estando salvaguardadas a integridade do/a aluno, bem como a total confidencialidade dos dados obtidos.

A participação neste estudo não implicará qualquer tipo de encargo para o aluno.

Eu, _____
_____, autorizo a videogravação solicitada e cedo voluntariamente os direitos de imagem para os fins referidos. Fui devidamente informado (a) e considero-me esclarecido (a).

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis a Professora Doutora Filomena Capucho e a aluna Sara Tente.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, ____ de _____ 2012

(Sara Tente)

(Assinatura do aluno)

Anexo 4 - Questionários

Questionário

Sexo:

F

M

Idade:

Profissão:

Habilitações literárias:

Durante a consulta, sentiu que o seu espaço foi invadido:

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

A situação foi para si:

Muito desagradável

Desagradável

Indiferente

Agradável

Muito agradável

Comentário: _____

Anexo 5 – Pedido de autorização para videogravação e aplicação de inquéritos

Exmo. Senhor

Professor Doutor Jorge Leitão

Director do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Pólo das Beiras

ASSUNTO: Pedido de autorização para videogravação e aplicação de inquéritos, com vista à Dissertação de Mestrado

Sara Dolores da Rocha Tente, Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado, no âmbito do tema “A gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária na Clínica Universitária”, orientada pela Profª Drª Filomena Capucho vem por este meio solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a gravação (imagem e som) das consultas na Clínica Dentária Universitária, bem como a aplicação de inquéritos aos pacientes no seguimento da mesma.

A comunicação não verbal é uma constante durante todo o acto clínico, sendo a percepção e compreensão de todos os sinais não verbais de extrema importância para se alcançar uma comunicação efectiva. A comunicação verbal viabiliza a coordenação das tarefas, mas a comunicação não verbal oferece o apoio emocional e social à primeira, daí ser essencial o estudo e avaliação da gestão dos espaços, bem como dos elementos proxémicos, durante a consulta de Medicina Dentária.

Os objectivos deste trabalho incluem, então:

- Perspectivar a importância de elementos proxémicos na optimização da construção da relação médico-paciente.
- Analisar a comunicação não verbal estabelecida entre interlocutor (aluno) e receptor (paciente).
- Caracterizar a invasão do espaço do paciente.
- Avaliar as reacções do paciente.
- Concluir da importância da correcta gestão dos espaços no âmbito da Medicina Dentária.

Mais informo que:

- 1) Será entregue a cada paciente, bem como a cada binómio envolvido na consulta, um pedido de autorização para a obtenção da respectiva videogravação;
- 2) As gravações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a elaboração desta dissertação;
- 3) Cada paciente será devidamente informado do intuito desta investigação;
- 4) Os inquéritos serão todos anónimos e confidenciais;
- 5) Os inquéritos destinam-se a pacientes maiores de idade;
- 6) Os inquéritos são de carácter facultativo, ou seja, só responde quem quer;
- 7) O interesse da aluna Sara Tente é mera e exclusivamente académico, e confinado ao âmbito desta dissertação;
- 8) Estes dados apenas têm valor científico no âmbito desta Dissertação.

Assim, solicito a autorização para realização da investigação mencionada, seguindo em anexo o inquérito relacionado com a mesma.

Grata desde já pela atenção.

Com os meus respeitosos cumprimentos,

(Sara Dolores da Rocha Tente)

Anexo 6 – Parecer da Comissão de Ética



Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 23 de Maio de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto de tese de Mestrado em Medicina Dentária denominado "A gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária na Clínica Universitária", de Sara Dolores da Rocha Tente. A avaliação científica do projecto, por não ser da sua competência, não foi sujeita à apreciação desta Comissão.

O presente estudo destina-se a avaliar, numa população de 20 doentes, a comunicação não verbal, mediante filmagens, gravações e questionários. A explicação dos propósitos aos pacientes e a sua autorização asseguram as condições para a realização deste estudo.

A Comissão de Ética, por unanimidade, considerou não existirem objecções de natureza ética à aprovação deste projecto.

Dra Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

Anexo 7 – Tabela das Distâncias e Ângulos de Contacto Ocular

	Dist. Inicial	Dist. Intermédia	Dist. Final	Dist. Suplementar	Média	Âng. Inicial	Âng. Final	Âng. Suplementar	Média
Consulta 1	48,4	0	66		38,1	41			41
Consulta 2	55	15,4	65,1		45,2	11	0		5,5
Consulta 3	39,6	0	49,7		29,8	0	51		25,5
Consulta 4	63,8	17,6	68,2		49,9	33			33
Consulta 5	63,8	17,6	119,9	24,2	56,4	17		36	26,5
Consulta 6	55	0	110		55,0	36	19		27,5
Consulta 7	50,6	17,6	52,8		40,3	14	19		16,5
Consulta 8	48,4	11,9	118,8		59,7	17			17
Consulta 9	114,4	30,8	59,4		68,2	23	19		21
Consulta 10	37,4	19,8	72,6	66	48,9		29	11	20
Consulta 11	47,9	27,4	89,1		54,8			42	42
Consulta 12	90,2	0	61,6		50,6	41	48		44,5
Consulta 13	118,8	19,8	39,6		59,4		11		11
Consulta 14	61,9	13,5	25,9	70,7	43,0		19		19
Consulta 15	30,8	37,4	26,4		31,5		64		64
Consulta 16	29,6	9,9	17,9		19,1				
Consulta 17	57,2	28,6	77		54,3	0	0		0
Consulta 18	61,6	22	66	39,6	47,3	33	26		29,5
Consulta 19	17,6	19,8	46,2		27,9				
Consulta 20	46,2	28,6	79,2		51,3	18	46		32
Média	56,9	16,9	65,6			22	27		

Anexo 8 – Planta da Clínica Universitária, da autoria de Ricardo Vieira de Melo

