

Comunicação não verbal por meio do toque: significados para fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar

Temática: cuidado crônico.

Contribuição para a disciplina: uma das contribuições deste estudo se refere à importância de o profissional fisioterapeuta receber capacitação necessária durante sua formação para obter habilidades quanto aos tipos e às formas de se tocar. Isso permite entender as reais necessidades do paciente por meio da subjetividade que existe nessa relação, o que poderia proporcionar melhoria na qualidade e na humanização da assistência. Dessa forma, sugere-se uma reflexão crítica com relação à grade curricular que compõe a formação do fisioterapeuta, a qual, apesar de conter disciplinas na área do conhecimento humano, não contém conteúdos sobre a importância dos tipos e das formas de se tocar; assim, surgem profissionais que confundem assistencialismo com humanização. Embora o estudo tenha sido realizado com fisioterapeutas, o toque é uma forma de comunicação não verbal muito utilizada por outros profissionais da área da saúde, inclusive pela Enfermagem, o que possibilita reflexões similares na atuação hospitalar desses profissionais. Os achados deste estudo ainda podem estimular a realização de pesquisas com a mesma temática que envolvam profissionais da Enfermagem.

RESUMO

Objetivos: conhecer os tipos de toque mais utilizados e compreender seus significados para fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar, na perspectiva de seus sentimentos, atitudes e comportamentos durante a assistência. **Materiais e métodos:** estudo de caso qualitativo realizado com fisioterapeutas que atuam em um hospital do Brasil. Para a coleta de dados, utilizaram-se como técnicas a observação participante e a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados segundo a análise temática de conteúdo proposta por Minayo. **Resultados:** participaram do estudo 16 fisioterapeutas e, da análise do material empírico, emergiram quatro categorias te-

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.4.2

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

Jamarim MFM, Silva CZ, Lima GMPA, Siqueira CL, Campos CJG. Nonverbal communication through touch: Meanings for physical therapists working in a hospital environment. *Aquichan* 2019; 19(4): e1942. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.2>

- 1 <https://orcid.org/0000-0002-7656-3745>. Universidade Estadual de Campinas, Brasil. m142890@dac.unicamp.br
- 2 <https://orcid.org/0000-0001-6717-0168>. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- 3 <https://orcid.org/0000-0001-8690-4948>. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- 4 <https://orcid.org/0000-0003-0999-6943>. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- 5 <https://orcid.org/0000-0001-9587-6694>. Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Recebido: 21/03/2019
Submetido: 06/05/2019
Aceito por pares: 25/08/2019
Aceito: 26/08/2019

máticas: toque instrumental como recurso fundamental da assistência fisioterapêutica hospitalar; toque expressivo: sua pouca presença não significa ausência de afetividade; sentimentos do fisioterapeuta relacionados ao toque e dificuldade em falar sobre o toque traduz deficiência na formação. **Conclusões:** a subutilização do toque expressivo revelou o desconhecimento e o despreparo na formação do fisioterapeuta que, somados à ausência de autoconhecimento, dificulta a afetividade e a criação de vínculos nas relações. Tudo isso justifica os raros estudos sobre o toque afetivo na saúde, o que traduz uma área a ser explorada e a necessidade de sensibilizar os profissionais para influenciar na qualidade e humanização da assistência.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Fisioterapeuta; percepção do tato; comunicação não verbal; linguagem corporal; cinésica; humanização da assistência.

Comunicación no verbal por medio del toque: significados para los fisioterapeutas que actúan en ambiente hospitalario

RESUMEN

Objetivos: conocer los tipos de toque más utilizados y comprender sus significados para fisioterapeutas que actúan en ambiente hospitalario, en la perspectiva de sus sentimientos, actitudes y comportamientos durante la asistencia. **Materiales y métodos:** estudio de caso cualitativo realizado con fisioterapeutas que trabajan en un hospital en Brasil. Para la recolección de datos se utilizaron como técnicas la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron según el análisis de contenido temático propuesto por Minayo. **Resultados:** 16 fisioterapeutas participaron en el estudio y, desde el análisis del material empírico, surgieron cuatro categorías temáticas: toque instrumental como recurso fundamental de la asistencia de fisioterapia hospitalaria; toque expresivo: su poca presencia no significa ausencia de afecto; sentimientos del fisioterapeuta relacionados con el toque y dificultad para hablar sobre el toque se traduce en una deficiencia en la formación. **Conclusiones:** la subutilización del tacto expresivo reveló la falta de conocimiento y preparación en la formación del fisioterapeuta, lo que, sumados a la falta de autoconocimiento, dificulta el afecto y la creación de vínculos en las relaciones. Lo anterior justifica los escasos estudios sobre el toque afectivo en la salud, que refleja un área por explorar y la necesidad de sensibilizar a los profesionales para que influyan en la calidad y la humanización de la asistencia.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Fisioterapeuta; percepción del tacto; comunicación no verbal; lenguaje corporal; cinésica; humanización de la atención.

Nonverbal Communication through Touch: Meanings for Physical Therapists Working in a Hospital Environment

ABSTRACT

Objectives: To know the most used types of touch and understand their meanings for physical therapists working in a hospital environment, from the perspective of their feelings, attitudes and behaviors during care. **Materials and methods:** qualitative case study conducted by physical therapists working in a hospital in Brazil. For data collection, participant observation and semi-structured interviews were used as techniques. Data were analyzed according to the thematic content analysis proposed by Minayo. **Results:** 16 physical therapists participated in the study and, from the analysis of the empirical material, four thematic categories emerged: instrumental touch as a fundamental resource of hospital physical therapy assistance; expressive touch: its little presence does not mean absence of affection; physical therapist's feelings related to touch and difficulty talking about touch means that there is a deficiency in training. **Conclusions:** the underuse of expressive touch revealed the lack of knowledge and unpreparedness in the formation of the physical therapist, which, added to the lack of self-knowledge, hinders the affection and the creation of bonds in relationships. All of this justifies the rare studies on affective touch in health, which reflects an area to be explored and the need to sensitize professionals to influence the quality and humanization of care.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Physical therapists; touch perception; nonverbal communication; kinesics; body language; humanization of assistance.

Introdução

A comunicação é parte indissociável das relações humanas e é por meio dela que transformamos a realidade em que vivemos (1). Quando apropriada, favorece a efetividade, a qualidade, a humanização da assistência (1-3), a confiança na relação e o auxílio no tratamento dos pacientes (4).

A comunicação se dá de duas formas: a *verbal*, que ocorre por meio de palavras, mensagens faladas, escritas ou sons, e a *não verbal*, transmitida em sua maioria de forma inconsciente e demonstrada por meio do toque, do olhar, da linguagem corporal, dos gestos, das expressões faciais, que revelam sentimentos e intenções (5-6).

A comunicação não verbal refere-se a toda mensagem enviada não por meio de palavras (7), e suas habilidades correspondem a 60-90 % da comunicação interpessoal, além de aumentar a satisfação dos pacientes e a adesão ao tratamento (8).

O toque é parte efetiva e inevitável das práticas da maioria dos profissionais de saúde (9) e pode ser do tipo: *instrumental*, quando o contato físico só existe durante procedimentos técnicos e para a prestação da assistência; *expressivo* ou *afetivo*, que normalmente é espontâneo e aplicado de maneira mais humanizada, não relacionada a uma atividade específica; *expressivo-instrumental*, quando um procedimento técnico é acompanhado do toque afetivo (1). Existe ainda o *toque terapêutico*, considerado uma terapia holística de imposição das mãos, não rotineiramente utilizada pelos profissionais da saúde e que, por esse motivo, não teve enfoque no presente estudo (10).

O toque estimula a comunicação, demonstra carinho, aceitação, apoio, segurança, empatia e proximidade em relação ao paciente. Nesse contexto da interação humana, o toque expressivo é um estímulo positivo que promove vínculo e confiança (11), facilita as relações de qualidade e pode proporcionar maior proximidade na relação (12) e acarretar bem-estar físico (13).

A pouca utilização do toque ou seu uso de forma inadequada pode proporcionar distanciamento entre o paciente e o profissional (14), e pode ser resultado do desconhecimento ou do medo do profissional em ser mal interpretado (15), de problemas de autoconhecimento e equilíbrio interno ou de um ambiente com pouca segurança e apoio para sua realização (16-17).

Portanto, a utilização do toque exige do profissional conhecimento e habilidades em relação à comunicação não verbal para fazer de seu atendimento um momento focado no aspecto humano (18). Tal conhecimento evolui com o treinamento e a experiência (19), devendo também haver competência afetiva (20).

De forma inerente à sua atuação, o fisioterapeuta possui uma relação próxima com o corpo do paciente, comunicando-se com ele também por meio do toque (11). Apesar dessa proximidade, a fisioterapia tem sua origem vinculada ao modelo cartesiano e biomédico (21) e uma formação tecnicista restrita aos aspectos e recursos físicos, que não considera o ponto de vista humano no entendimento das necessidades emocionais e sociais do indivíduo (22). Essa perspectiva se reflete na lacuna de conhecimento identificada na busca de estudos sobre comunicação não verbal, especificamente em relação ao toque, na atuação do fisioterapeuta.

Nesse sentido, delimitou-se o problema de pesquisa na pouca utilização do toque expressivo, que parece retratar o desconhecimento dos valores agregados a este, e o despreparo na formação desse profissional, oriundo do nosso modelo de saúde.

Assim, o objetivo do estudo foi conhecer os tipos de toque mais utilizados e compreender os significados do ato de tocar para os profissionais fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar, na perspectiva de seus sentimentos, atitudes e comportamentos durante a assistência.

Material e método

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa (23), que utilizou o estudo de caso (24) como estratégia de investigação e a análise de conteúdo de Minayo (25) como técnica de análise de dados.

O estudo de caso é a estratégia de escolha para investigar um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (24). É uma investigação naturalística e flexível, que, mediante a utilização de variadas fontes de evidência e informações, objetiva descrever de forma intensiva e profunda um ou mais casos que, na área da saúde, podem ser representados pelo paciente, pelo profissional da saúde, pela díade paciente-terapeuta, pelo processo terapêutico, entre outros (26).

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte no Brasil, prestador de serviços de alta complexidade, sendo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 45938215.6.0000.5404. A participação no estudo era condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que elucidava aos participantes os objetivos e procedimentos de estudo; garantia o anonimato na exposição dos achados de pesquisa; assegurava que nenhum dano de qualquer origem era previsto diante da participação no estudo e citava, como único benefício previsto, a contribuição com a expansão do conhecimento científico sobre o tema de estudo.

A população de estudo constituiu-se de 18 fisioterapeutas que compunham a equipe de fisioterapia de um hospital brasileiro. A amostra de estudo foi composta de modo intencional, determinada pelo seguinte critério de inclusão: ser fisioterapeuta contratado por tempo mínimo de seis meses. Definiu-se como critério de exclusão ser pesquisador envolvido no processo de pesquisa. Todos os profissionais convidados aceitaram participar do estudo, e a amostra final foi representada por 16 fisioterapeutas, não tendo sido incorporadas à amostra duas profissionais da equipe que também eram autoras deste estudo.

O fechamento amostral ocorreu por exaustão, ou seja, a coleta dos dados ocorreu com todos os participantes que faziam parte do universo do pesquisador (27).

Para a coleta de dados, foi realizada primeiramente a *observação de campo*, na modalidade participante, na qual o papel do pesquisador na situação investigada pode variar de total participação até um completo distanciamento (28). Considerando que a pesquisadora principal também era coordenadora da equipe de fisioterapia da instituição e que sua presença poderia ocasionar intimidação na prática dos profissionais, outra fisioterapeuta da instituição que participava do mesmo grupo de pesquisa realizou as observações.

Uma vez que o observador deve conhecer os propósitos específicos do estudo para que sua observação permita uma análise mais completa do problema (23), utilizou-se, para a observação de campo, um roteiro para anotações de natureza reflexiva e descritiva baseado no modelo de Triviños (28), e um roteiro para a análise do toque nas perspectivas tacêtica e proxêmica, como sugerido por Maria Júlia Paes (1), o que permitiu identificar se o toque realizado era do tipo expressivo ou instrumental.

As observações foram realizadas no período de agosto de 2015 a novembro de 2016, de modo aleatório, sem prévio aviso e respeitando o setor de atuação de cada fisioterapeuta. Foram realizadas 19 observações, com duração média de cinco horas cada uma, sendo a variação de 4,47 horas. Um sujeito requereu três observações e outro duas observações, ambos para a confirmação dos dados, sendo que tal necessidade decorreu da alta demanda do setor, que resultou em atendimentos rápidos.

Após o término de cada observação, a colaboradora se reunia com a pesquisadora principal para descrever o que percebia durante os atendimentos: como e quando os fisioterapeutas tocavam seus pacientes, a maneira como se comunicavam com eles, a afetividade, suas atitudes e comportamentos, sendo tudo devidamente registrado na área destinada às anotações reflexivas livres do roteiro de observação. As observações participantes foram nomeadas pela letra "O", seguida do número da observação.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pela autora principal do estudo e coletadas imediatamente após o término das observações de campo, no intuito de evitar influências no comportamento dos participantes durante as observações. Para a sua realização, foi elaborado um roteiro de entrevista baseado no modelo proposto por Turato (29).

As 16 entrevistas foram gravadas em áudio e realizadas no próprio trabalho do participante, em um lugar reservado de acordo com a disponibilidade dele. As entrevistas tiveram duração máxima de 23 minutos e mínima de 16 minutos, com perceptível dificuldade dos participantes em falar sobre o tema. Os participantes não tiveram acesso à transcrição das entrevistas para a confirmação dos dados. As entrevistas foram posteriormente transcritas e nomeadas pela letra "E", seguida do número correspondente à ordem de realização.

Os dados obtidos das observações participantes e das entrevistas semiestruturadas foram analisados por meio da análise temática de conteúdo de Minayo (25), que propõe três etapas: na primeira, denominada "pré-análise", realiza-se a leitura flutuante, a constituição do corpus, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; o recorte do texto em unidades de registro, unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais; na segunda etapa, é feita a exploração do material em que o pesquisador, a partir dos dados, propõe inferências, realiza interpretações e busca a formação de categorias teóricas ou empíricas

que especificarão os temas; na terceira etapa, a autora sugere o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (25-30).

Para embasar o processo de análise e criação de inferências, utilizaram-se como referencial teórico duas obras principais: *Comunicação tem remédio*, de Maria Júlia Paes da Silva (1), e *Tocar: o significado humano da pele*, de Asley Montagu (31).

Em relação ao rigor metodológico, com o objetivo de garantir a credibilidade do estudo, foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados (observação e entrevista) com o uso de instrumentos construídos de acordo com a literatura, analisados por pares e testados em uma coleta-piloto de dados. Para garantir a confirmabilidade, o material empírico oriundo da coleta de dados foi analisado por pares, incluindo a pesquisadora, o orientador do estudo e o grupo de pesquisa, e com embasamento teórico nos referenciais já citados. O local de estudo, os critérios de inclusão e exclusão de participantes, bem como o processo de coleta e a análise de dados foram detalhados a fim de garantir, por sua vez, a transferibilidade e a confiabilidade do estudo (32).

Nenhuma devolutiva foi dada aos participantes ao final do estudo.

Resultados

A faixa etária dos fisioterapeutas variou entre 25 e 39 anos, e apenas um participante era do sexo masculino. Como proposto por Minayo (28-29), a partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias temáticas principais descritas a seguir.

Toque instrumental como recurso fundamental da assistência fisioterapêutica hospitalar

A primeira categoria emergente da análise do material revelou que o toque é o instrumento fundamental no trabalho do fisioterapeuta, uma exigência da própria prática e, como consequência, o toque instrumental é predominante durante sua assistência no meio hospitalar.

Por meio do roteiro de análise tacênica e proxêmica, constatou-se que o toque era frequente durante a assistência do fisioterapeuta, o que corroborou a estreita proximidade física entre profissional e paciente. Apesar dessa proximidade física, o afeto foi raramente evidenciado por meio do toque do tipo expressivo,

que é aquele realizado para compreender as subjetividades implícitas na relação.

Toque expressivo: sua pouca presença não significa ausência de afetividade

Apesar da rara presença do toque expressivo, foram constatadas manifestações claras de afetividade, com sinais visíveis de seu cuidado por meio da comunicação verbal e não verbal. Mesmo durante o toque instrumental, foram observadas atitudes e gestos de afeto, vínculo e humanização na maioria dos profissionais.

Tais ações de cuidado ao tocar foram demonstradas por pedidos de permissão que antecediam o atendimento, preocupação em explicar a técnica, deixar o paciente confortável, além da proximidade e do tom de voz calmo durante a comunicação verbal. Assim, o toque demonstrou favorecer a proximidade e as ações de cuidado e afeto desse profissional.

Nesse contexto, ao tocar o paciente, mesmo que instrumentalmente, o profissional utilizou o olhar, os gestos, as posturas empáticas, as expressões faciais, as quais eram sempre acompanhadas de um sorriso, da atenção e do cuidado com a pressão exercida durante o toque. Os fisioterapeutas também se atentaram aos sinais de conforto do paciente mediante o posicionamento realizado, aos sinais de dor manifestados pela resistência ao exercício ou pelo reflexo de retirada dos estímulos dolorosos, pelas expressões de desagrado e, ainda, pelas expressões ante os sinais vitais observados nos monitores ou ante o padrão respiratório, por meio de ventiladores mecânicos.

Sentimentos do fisioterapeuta relacionados ao toque

Apesar de o toque expressivo ter sido raro durante as observações, foram relatados sentimentos de afeto, vínculo e troca de energia durante o tocar, contrapondo-se aos comportamentos visualizados. Os fisioterapeutas que perceberam o toque como afeto o relacionaram com sensibilidade, sentimento e percepção:

“Eu muitas vezes toco, assim... com carinho mesmo. Passo a mão na cabeça, toco no rosto”. [E6]

“[...] porque ele [o paciente] não consegue se expressar, então acho que isso te gera uma... necessidade de um cuidado maior, de uma atenção maior”. [E9]

O equilíbrio entre afetos positivos e negativos torna-se um desafio para os profissionais de saúde, pois o ambiente hospitalar faz com que experimentem momentos de cura, esperança, bem-estar e, em contrapartida, há períodos de sofrimento, dor e morte.

Confirmou-se ocorrer afetividade quando se existe vínculo com o paciente, que pareceu ser mais evidente nos pacientes com dor, idosos, bebês, de longa permanência, que não conseguem se expressar ou quando estão gravemente enfermos:

"[...] tem paciente que a gente envolve muito mais, ainda mais se ele tiver grave... aí a gente sempre toca com mais cuidado". [E7]

"[...] porque ele [o paciente] não consegue se expressar, então acho que isso já te gera uma... necessidade de um cuidado maior, de uma atenção maior". [E9]

Os fisioterapeutas que percebem o toque como promotor de vínculo também o associam à proximidade, ao contato, à intimidade e à confiança:

"Então, o toque é uma forma de você se aproximar desse paciente e de pensar no paciente como um ser humano e não só como um paciente que precisa de reabilitação". [E4]

Os sujeitos que descreveram o toque como troca de energia relataram que também desejam transmitir aos pacientes sentimentos positivos para auxiliar em sua recuperação. Confirmando essa crença, exprimem sentimentos positivos ou negativos após tocar pacientes deprimidos:

"Eu acho que o toque é uma transmissão de energia. É uma coisa que eu recebo. É uma doação, né?" [E15]

Dificuldade em falar sobre o toque traz deficiência na formação

A dificuldade em discorrer sobre o toque expressivo foi inferida como uma deficiência na formação do profissional fisioterapeuta. Nas falas, percebe-se constrangimento em comentar algo que parecia ser desconhecido, o que pode ser apreendido pelos diversos momentos de silêncio e reflexão sobre o que dizer. Alguns relatavam surpresa e vergonha por nunca terem percebido a importância do toque afetivo, e a maioria reconhecia a dificuldade em abordar o tema em função do despreparo desde a formação acadêmica. Atribuíam tal dificuldade pelo fato de o foco de apren-

dizagem principal ser tecnicista. Isso pode ser comprovado por meio das diversas falas dos profissionais fisioterapeutas:

"[...] acho que devia ter na grade curricular porque faz uma diferença e-nor-me [ênfase na pronúncia]". [E4]

"[...] na graduação [o tema é tratado] muito pouco, a gente não falava muito sobre isso". [E10]

Atualmente, a organização curricular é baseada em técnicas, procedimentos, métodos de atendimento e de abordagem clínico-terapêutica e muito pouco se ensina sobre práticas humanas, capazes de proporcionar uma aproximação entre a fisioterapia e as necessidades dos pacientes.

Discussão

Na saúde, o ato de tocar é um meio de se relacionar e se comunicar, utilizado por diversas profissões para expressar o cuidado (33). Na fisioterapia, em especial, o tato fundamenta as ações desse profissional, por permitir aproximar o terapeuta do corpo do paciente de forma profunda e legítima, indo além do simples contato pele a pele, o que diferencia essa profissão (15).

O fisioterapeuta permite-se aproximar do corpo do paciente devido ao diálogo que ocorre por meio do toque e do movimento que se torna vital na prática dessa profissão, e, por meio de suas habilidades, explora a capacidade, os limites e as possibilidades do corpo. Isso se deve ao fato de o profissional participar diretamente da terapia, que o faz vivenciar experiências, permite coletar dados e compreendê-los em seus significados diversos (15).

Tendo em vista que o toque instrumental é muito frequente na assistência do fisioterapeuta e que o simples ato de tocar favorece a proximidade física, afetiva e cognitiva com o paciente (11), esse profissional possui uma posição privilegiada para o cuidado humanizado; contudo, necessita conhecimento para desempenhar tais habilidades.

Dentre os tipos de toque, o toque expressivo destaca-se por facilitar o desenvolvimento das relações de qualidade, sendo empregado nas relações mais próximas para demonstrar apoio e aceitação, o que promove conforto de forma individual (9). Para o receptor, o toque do outro pode ser calmante, aliviar a dor e minimizar as emoções negativas (12), de forma que seu uso por

profissionais de saúde pode trazer inúmeros benefícios e propiciar melhor relação com o paciente.

Desse modo, é importante que o fisioterapeuta compreenda os tipos de toque que pode empregar em sua prática e que utilize com maior frequência o toque expressivo, de maneira consciente e intencional, por este estar associado a uma melhor interação e ao envolvimento assistencial, o que favorece o cuidado integral, capaz de se moldar continuamente às necessidades de saúde do paciente.

À medida que os profissionais se envolvem com os pacientes, características como afetividade, reciprocidade, confiança, respeito e vínculo se manifestam e se tornam mais evidentes (15). A evidência de afeto pode aparecer nas diversas formas de se *comunicar*, na proximidade com o outro (*proxêmica*), no jeito como se fala (*paralinguagem*) e durante o comportamento do corpo quando nos relacionamos (*cinésica*) (8).

Constatou-se que os fisioterapeutas utilizavam a comunicação não verbal para proporcionar maior empatia, vínculo e afetividade durante os atendimentos, mas que o toque expressivo foi subutilizado para esse fim. Por outro lado, durante as entrevistas, os profissionais relataram experimentar sentimentos de afeto ao tocar os pacientes, o que indica que o toque está tão próximo do cuidado que os profissionais não percebem que, em suas atitudes automáticas, utilizam vários tipos de toque, pois não há como separar suas técnicas da subjetividade que envolve essa relação.

Nesse contexto, destaca-se que a comunicação não verbal foi poucas vezes utilizada de forma consciente pelos profissionais, como uma forma de facilitar a comunicação ou demonstrar afetividade da relação com o paciente, o que indica o desconhecimento e o despreparo desses profissionais para esse tipo de comunicação.

Além de formação profissional, tocar o outro, especialmente quando ele sofre, exige do profissional preparo emocional e autoconhecimento. Alguns fisioterapeutas demonstram sensibilidade para interpretar as mensagens dos pacientes, sobretudo quando se trata da comunicação não verbal e de sentimentos (22). No entanto, a aprendizagem da comunicação não verbal é possível e necessária, tendo em vista a sua importância para as interações intersubjetivas, além da promoção da qualidade na atuação assistencial em saúde (34).

Na saúde, a atenção geralmente se volta para os aspectos cognitivos e racionais, e pouco se enfatiza o afeto nas relações humanas, sociais e ambientais. Entender a importância da afetividade nas relações se justifica pela necessidade de contemplar o sujeito em sua integralidade, reconhecer as dimensões psicossociais do profissional que surgem na inter-relação pessoa-ambiente e desvelar o quanto esses afetos implicam o desenvolvimento de sua atuação (35).

Os afetos apresentados pelos aspectos positivos geram motivação e satisfação nos profissionais (36). E, quando surgidos nas relações e vínculos, contribuem para o fortalecimento do profissional na busca de melhoria do seu trabalho e no compromisso social (37).

O conceito de vínculo é polissêmico e apresenta-se articulado aos conceitos de humanização (37). O vínculo promove a possibilidade de o profissional estabelecer planos terapêuticos mais apropriados à realidade dos pacientes, o que pode determinar adesão ao tratamento devido à confiança e à partilha de compromissos (38).

Assim, tocar significa envolver-se com o outro em uma troca de energia recíproca (36). Ao tocar em alguém, não se toca somente o seu corpo, toca-se uma pessoa com toda a memória, o que constitui uma dimensão essencial para o cuidar (39).

Percebe-se, neste estudo, que a formação acadêmica desses profissionais voltada à atenção social e/ou ao lado ético e humano não incluiu o conhecimento quanto aos tipos e às formas de tocar, o que não alcança totalmente as necessidades do paciente; além disso, esses profissionais devem adequar-se ao modelo de organização e atenção junto à população.

Uma das possibilidades de alterar esse cenário é inserir, na grade curricular do curso de Fisioterapia, ensinamentos sobre temas das ciências humanas, além de reflexões que favoreçam o relacionamento interpessoal do fisioterapeuta com o paciente (22).

Conclusões

O toque está tão inserido no universo das atividades do fisioterapeuta que parece ter se limitado a uma técnica, sendo raramente utilizado como uma ferramenta de afeto e humanização. Tal constatação comprova-se pelas entrevistas e pelas atitudes de afeto observadas durante o atendimento, mas que se materia-

lizavam por meio de palavras, gestos, proximidade, olhar e preocupação, mas não por meio do toque expressivo.

A subutilização do toque expressivo evidencia o despreparo na formação do fisioterapeuta, caracterizado pelo desconhecimento quanto aos tipos e às formas de se tocar e pela falta de estímulo ao autoconhecimento, requisito primordial ao afeto e à criação de vínculos.

É necessária mais literatura acerca do toque humano e afetivo na área da saúde, em contraponto à formação mecanicista ainda predominante, o que traduz uma área a ser explorada e uma das formas de sensibilizar os profissionais da importância e valorização do toque expressivo, o qual proporciona uma assistência individualizada que contempla as reais necessidades do paciente, uma melhor relação e comunicação fisioterapeuta-paciente e uma assistência à saúde mais humanizada.

Diante dos achados deste estudo, recomenda-se o repensar sobre como o ato de tocar vem sendo ensinado e utilizado pelo fisioterapeuta durante a assistência ao paciente hospitalizado.

Como limitação do estudo, percebe-se que a amostra estudada foi somente de fisioterapeutas egressos de universidades privadas, o que não permite generalizar os resultados. Desse modo, sugerem-se novos estudos em populações egressas de instituições federais e estaduais. Nota-se, ainda, que a pouca utilização do toque expressivo foi evidenciada no ambiente hospitalar, visto que este estudo não abrangeu outras esferas de atuação do profissional fisioterapeuta como a atenção primária e secundária, portanto não se podem generalizar os achados.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2013.
2. Pontes EP, Couto DL, Lara HMS, Santana JCB. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. *REME Rev. Min. Enferm.* 2014;18(1):152-7. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140012>
3. Jesus LMT, Simões JFFL, Voegeli D. Comunicação verbal com pacientes inconscientes. *Acta Paul. Enferm.* 2013;26(5):506-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500016>
4. Aredes MA, Bahia LA, Silva CSMC, Aragão D, Mello R. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Rev. Pesq. Cuid. Fundam.* 2013;5(4):458-66. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p458>
5. Hamesh Das DM. Forms of communication. *Nurs. J. India.* 1975 [cited 2019, Mar 15];66(3):55-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1039652>
6. Sadala MLA, Stefanelli MC. Desenvolvendo a habilidade em comunicação. *Rev. Paul. Enferm.* 1995 [citado 29 abril 2018];14(2/3):66-76. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&rc=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=2028&indexSearch=ID>
7. Edwards BJ, Brillhart JK. *Communication in nursing practice.* Saint Louis: C.V. Mosby; 1981.
8. Lorié Á, Reinero DA, Phillips M, Zhang L, Riess H. Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Educ. Couns.* 2017; 100(3):411-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>
9. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, Trifiletti E. (2015). Nurses' comfort with touch and workplace well-being. *West. J. Nursing Res.* 2015;37:781-98. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945914527356>
10. Krieger D. *The therapeutic touch: how to use your hands to help or to heal.* New York: Prentice Hall; 1979.
11. Bjobækmo WS, Mengshoel AM. "A touch of physiotherapy" — the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother. Theory Pract.* 2016;32(1):10-9. DOI: <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>

12. Jakubiak BK, Feeney BC. Affectionate Touch to Promote Relational, Psychological, and Physical Well-Being in Adulthood: A Theoretical Model and Review of the Research. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* 2017;21(3):228-52. DOI: <https://doi.org/10.1177/1088868316650307>
13. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* 2015; 19(2):113-47. DOI: <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
14. Subtil MML, Goes DC, Gomes TC, Souza ML. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter. mov.* 2011; 24(4):745-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>
15. Kelly M, Tink W, Nixon L, Dornan T. Losing touch? Refining the role of physical examination in Family medicine. *Can. Fam. Physician.* 2015 [cited 2019, Jan 23];61(12):1041-3, Available from: <https://www.cfp.ca/content/cfp/61/12/1041.full.pdf>
16. Airoso F, Falkenberg T, Ohlen G, Arman M. Tactile massage as part of the caring act. A qualitative study in short-term emergency wards. *J. Holist. Nurs.* 2016;34(1):13-23. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010115579769>
17. Ellingsen DM, Leknes S, Løseth G, Wessberg J, Olausson H. The Neurobiology Shaping Affective Touch: Expectation, Motivation, and Meaning in the Multisensory Context. *Front. Psychol.* 2016;6:1.986. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01986>
18. Schimidt TCG, Silva MJP. Reconhecimento dos aspectos tácticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013;47(2):426-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200022>
19. Puggina AC, Ienne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014;18(2):277-83. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>
20. Moura MMD, Guimarães MBL, Luz M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2013;17(45):393-404. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000011>
21. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;(Supl. 1):1535-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>
22. Nápoles RAL. Contribuições da psicanálise para um novo enfoque na relação fisioterapeuta-paciente. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.
23. Ludke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2013.
24. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
26. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud. Psicol.* [on-line]. 2011; 28(4):501-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2011000400010>
27. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Publica.* 2011;27(2):389-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
28. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.
29. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2013.
30. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual.* 2017 [citado 12 jan. 2018];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/>
31. Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. 10ª ed. São Paulo: Summus; 1988.
32. Crawford HK, Leybourne ML, Arnott A. How we Ensured Rigour in a Multi-site, Multi-discipline, Multi-researcher Study. *Forum Qualitative Social Research Sozialforschung.* 2000;1(1):art. 12. DOI: <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1122>
33. Knapp ML. La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno. Barcelona Paidós; 1980.

34. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SA. A formação superior dos profissionais do SUS. Em: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 1.011-35.
35. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(3):813-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>
36. Alves SGS, Vasconcelos TC, Miranda FAN de, Costa TS, Sobreira MVS. Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2011;15(3):511-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300010>
37. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011;45(1):19-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100003>
38. Souza KMJ, Duarte LSA, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010;44(4):904-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400007>
39. Silva MBGM, Tonelli ALN, Lacerda MR. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. *Cogitare enferm.* 2003;8(1):59-64. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v8i1.44969>