

**EXPLORANDO A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES NO AMBIENTE DO CAAIS: UMA
ANÁLISE DETALHADA**

**EXPLORING VERBAL AND NONVERBAL COMMUNICATION BETWEEN
HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PATIENTS IN THE CAAIS
ENVIRONMENT: A DETAILED ANALYSIS**

**EXPLORANDO LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL ENTRE
PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES EN EL ENTORNO DEL CAAIS:
UN ANÁLISIS DETALLADO**

Leticia Costa Samico Carneiro, Maria Júlia Escobar Vasconcelos de Oliveira, Fernanda Cordeiro Cruz Silva Santos, Débora Lima Ribeiro da Costa, Tereza Carla Souza Pereira, Mariana Maciel Nepomuceno, Juliana Farias de Pessoa Guerra

Recife, PE / 2025

LETICIA COSTA SAMICO CARNEIRO

**EXPLORANDO A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES NO AMBIENTE DO CAAIS: UMA
ANÁLISE DETALHADA**

Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso (TCC) da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, como requisito parcial à obtenção do título de Graduação. Apresentado ao Programa Institucional de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde (PIC FPS).

Linha de Pesquisa: Estudos qualitativos e estudos de caso na comunicação

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Farias de Pessoa Guerra

Coorientador: Profa. Tereza Carla Souza Pereira

Profa. Mariana Maciel Nepomuceno

Recife, PE / 2025

Autores:

Letícia Costa Samico Carneiro

Discente da FPS

Estudante de graduação do 6º período em Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

ORCID: 0009-0009-7071-8943

CPF: 153.700.714-97

letisamico@gmail.com | (81) 98142-3248

Maria Júlia Escobar Vasconcelos de Oliveira

Discente da FPS

Estudante de graduação do 10º período em Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

ORCID: 0009-0009-7845-6140

CPF: 137.806.474-78

mjuliaevo@gmail.com | (81) 98162-6525

Débora Lima Ribeiro da Costa

Discente da FPS

Estudante de graduação do 10º período em Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

ORCID: 0009-0008-3706-8988

CPF: 072.751.924-70

deblima26@gmail.com | (81) 98732-1550

Fernanda Cordeiro Cruz Silva Santos

Discente da FPS

Estudante de graduação do 10º período em Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

ORCID: 0000-0002-9273-3572

CPF: 705.762.244-99

nandacruz11@gmail.com | (81) 98162-3368

Orientadora:

Juliana Farias de Pessoa Guerra

Docente em Laboratório de Comunicação no curso de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Doutorado em Sociologia - Universidade Federal de Pernambuco

ORCID: 0000-0003-2387-1372

CPF: 782.147.264-68

juliana.guerra@fps.edu.br | (81) 98254-1926

Coorientadora:

Tereza Carla Souza Pereira

Estudante de psicologia e Docente de comunicação na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Designer Gráfica, Especialista e Mestre em comunicação

ORCID: 0009-0007-1029-6537

CPF: 783.220.494-04

terezapereira@gmail.com | (81) 99992-1155

Mariana Maciel Nepomuceno

Docente de comunicação na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); e na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Jornalista, com experiência em Marketing Institucional, Produção de TV e Assessoria de Imprensa

ORCID: 0000-0002-4144-0016

CPF: 052.230.574-14

mnepomuceno@fps.edu.br | (81) 99601-8062

LETICIA COSTA SAMICO CARNEIRO

EXPLORANDO A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL ENTRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES NO AMBIENTE DO CAAIS: UMA
ANÁLISE DETALHADA

Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso (TCC) da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, como requisito parcial à obtenção do título de Graduação. Apresentado ao Programa Institucional de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde (PIC FPS).

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

Profª. Dra. Juliana Farias de Pessoa Guerra

Docente em Laboratório de Comunicação no curso de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Doutorado em Sociologia - Universidade Federal de Pernambuco.

Nome do Avaliador 1

Titulação do Avaliador 1

Nome do Avaliador 2

Titulação do Avaliador 2

Nome do Avaliador 3

Titulação do Avaliador 3

Dedico este trabalho a todos que, direta ou
indiretamente, contribuíram para a
realização desta pesquisa e para minha
formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas orientadoras, Profa. Dra. Juliana Guerra, Profa. Tereza Pereira e a Profa. Mariana Nepomuceno, pelo apoio, dedicação e orientação fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço às minhas colaboradoras, Maria Júlia Escobar, Fernanda Cordeiro e Débora Lima, pela parceria e contribuição em todas as etapas da pesquisa.

Agradeço também à minha família, em especial aos meus pais, Rodrigo Samico Carneiro e Ana Cláudia Costa Samico Carneiro, pelo incentivo e suporte constantes ao longo da minha formação.

"O poder corresponde à capacidade
humana de agir em conjunto."

Hannah Arendt ¹

RESUMO

Introdução: a pesquisa explorou as práticas de comunicação verbal e não verbal estabelecidas tanto na relação interprofissional quanto na interação profissionais-pacientes no CAAIS. Foram entrevistados 13 participantes, a partir da análise das narrativas, identificaram-se cinco eixos temáticos: práticas comunicacionais verbais e não verbais para profissionais e pacientes; uso da tecnologia no ambiente do CAAIS; desenvolvimento de habilidades interprofissionais; e principais desafios percebidos por ambos os grupos. Os achados evidenciam que a comunicação é fundamental na assistência em saúde, pois influencia a qualidade do cuidado, a satisfação do paciente e a efetividade do trabalho em equipe. Além disso, apontam para a necessidade de estratégias que fortaleçam a interação entre os grupos, destacando a relevância de estudos voltados para a compreensão e aprimoramento da comunicação na saúde. **Objetivos:** explorar as práticas de comunicação verbal e não verbal na relação interprofissional e profissionais-pacientes no CAAIS. **Métodos:** essa pesquisa foi desenvolvida sob uma abordagem qualitativa com o método de Estudo de Caso, com profissionais de saúde e pacientes atendidos no CAAIS. A coleta de dados foi realizada através de instrumentos como o questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas, realizadas no CAAIS. **Aspectos éticos:** a pesquisa respeitou a resolução 466/12 da CONEP, por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FPS.

Palavras-chave: Comunicação; Comunicação Não Verbal; Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Paciente.

ABSTRACT

Introduction: the research explored verbal and nonverbal communication practices established both in the interprofessional relationship and in the interaction between professionals and patients at CAAIS. A total of 13 participants were interviewed, and from the analysis of the narratives, five thematic axes were identified: verbal and nonverbal communication practices among professionals and patients; use of technology in the CAAIS environment; development of interprofessional skills; and main challenges perceived by both groups. The findings highlight that communication is fundamental in health care, as it influences the quality of care, patient satisfaction, and the effectiveness of teamwork. Furthermore, they point to the need for strategies that strengthen interaction between groups, emphasizing the relevance of studies aimed at understanding and improving communication in health. **Objectives:** to explore verbal and nonverbal communication practices in the interprofessional relationship and between professionals and patients at CAAIS. **Methods:** this research was conducted under a qualitative approach using the Case Study method, with health professionals and patients assisted at CAAIS. Data collection was carried out through instruments such as a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews, conducted at CAAIS. **Ethical Aspects:** the research complied with Resolution 466/12 of the Brazilian National Research Ethics Commission (CONEP) and was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Keywords: Communication; Nonverbal Communication; Health Personnel; Professional-Patient Relations.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAIS	Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Projeto de Iniciação Científica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
CIP	Comunicação Interprofissional

INTRODUÇÃO

A comunicação se refere à expressão dos nossos sentimentos e pensamentos, ela nos possibilita a capacidade de interação. Diversas são as formas de nos comunicar, mas o que realmente importa é que a comunicação seja efetiva e positiva, sendo compreendida e formada por todos os lados envolvidos. As formas de comunicação geralmente são divididas em duas: a comunicação verbal e a não verbal - ou a chamada linguagem corporal.²

Somado a esses conceitos, sabe-se que, na necessidade fundamental de traduzir nossas percepções e suas ideias, ao longo das décadas, o ser humano adquiriu a capacidade de transformá-las em linguagens organizadas pela cultura, formando palavras. Ao longo dos anos, com a emergência das primeiras línguas, pode-se dizer que a linguagem verbal contribui decisivamente para a humanidade.³

No âmbito da saúde, é considerada uma ferramenta essencial do plano profissional, pois garante a autonomia do paciente, bem como uma relação de confiança entre o paciente, sua família e o profissional de saúde. Tais habilidades comunicativas permitem desencadear relações interpessoais de qualidade. Essas estão presentes em todas as atividades cotidianas desses profissionais, desde a entrevista e o exame físico, até o planejamento da assistência efetuada.⁴

A habilidade de comunicação depende muito de cada profissional e sua formação, assim, sua educação e experiências moldam bastante essa competência, o que torna tais circunstâncias imprescindíveis para uma boa assistência.⁴ Dessa maneira, faz-se necessário que os profissionais de saúde possuam competências e técnicas na comunicação verbal e não verbal, visto que a falta dessas habilidades é um dos principais indicadores de insatisfação nos pacientes.⁵

O despreparo com a comunicação diminui a percepção do profissional em relação às reais necessidades do paciente, bem como leva à interpretação equivocada das intenções do profissional pelo paciente e à impressão de descaso, acarretando em um impacto negativo na relação entre profissional e paciente, tornando-a frágil.² A comunicação inadequada é a principal causa de ocorrências inapropriadas, como transferências errôneas de pacientes, em que as informações frequentemente não são adequadamente comunicadas, resultando em erros de tratamento ou cuidados indevidos.⁶

Além disso, o planejamento impróprio de alta hospitalar muitas vezes deixa a desejar, levando pacientes a receberem alta sem as informações necessárias sobre medicações, acompanhamento pós-alta ou instruções sobre autocuidado. Por fim, erros em resultados de testes e ordens médicas podem ocorrer, resultando em diagnósticos errados, tratamentos

inadequados ou atrasos no atendimento ao paciente. Melhorar essas áreas é crucial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde.⁶

Nas últimas décadas, a população assiste a profundas transformações sociais e tecnológicas, as quais são significativamente estimuladas pela crescente geração de inovações em Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).⁷ Na comunicação em saúde, nota-se que a influência de um modelo biomédico e mecanicista ainda está presente nas intervenções e tratamentos de instituições de saúde, demarcado por uma fragmentação da assistência, sustentada no foco do corpo doente e disfuncional, em detrimento de uma comunicação e abordagem holísticas e integradas.⁸ Tal abordagem vai contra a definição de saúde: estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.⁹

A comunicação e a interação são pressupostos fundamentais na construção das nossas percepções sociais, estabelecendo padrões e crenças que influenciam o comportamento e as relações sociais ³³. No entanto, o modelo biomédico vigente fragmenta o cuidado que desconsidera subjetividades. A linguagem técnica e a desatenção às particularidades do paciente geram barreiras à comunicação. O corpo, o olhar e o silêncio também comunicam cuidado e escuta, indo além de palavras. A humanização reconhece o outro na sua integralidade, incluindo gestos e expressões. ¹⁰

A relação do profissional com o paciente é sempre e invariavelmente resultado de um compromisso entre as exigências dos pacientes e as respostas do médico. Neste contexto, os profissionais de saúde podem lidar constantemente com esse desconforto das emoções, apresentando sintomas de ansiedade, altos níveis de estresse, quadros de burnout e depressão, os quais influenciam diretamente na transmissão de informações e na relação do profissional com pacientes e familiares.¹¹

Esse cenário dificulta o tratamento correto do paciente, principalmente pelas evidências de que a melhora na qualidade da comunicação está diretamente relacionada a melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento, maior satisfação dos usuários, confiança na relação do profissional e paciente, redução de reclamação por má prática e maior segurança do paciente. A predominância da velocidade nas informações e nas relações, em detrimento do desenvolvimento das conexões interpessoais, pode se configurar como um entrave para a comunicação eficaz. ^{12,13}

Além dos fatores citados, no âmbito da comunicação eficaz, observa-se uma fragilidade tanto na linguagem verbal quanto na não verbal dentro do sistema de saúde. No que tange à linguagem verbal, constata-se que uma parcela significativa dessa fragilidade decorre da falta

de esclarecimento em relação à linguagem utilizada com os pacientes, onde há o predomínio de linguagem técnica, e a falta de questionamentos acerca do nível de compreensão por parte do paciente ou da existência de dúvidas.¹³

Uma parte afetada é a relação entre a equipe multiprofissional, que caracteriza-se por um grupo de profissionais de formação e especialidades diferentes, que realizam ações coletivas e individuais com a finalidade de atingir objetivos comuns. Pressupõe-se que a relação e a comunicação colaborativa entre os profissionais possam beneficiar a produção coletiva da atenção à saúde, pois a interação entre eles auxilia no desenvolvimento do trabalho e atendimento com qualidade.^{14,15}

Outros fatores podem interferir nesse processo, um deles é o modo de organização do trabalho, que apesar dos avanços de novos modelos de gestão, ainda persiste o modelo pautado no poder de mando-subordinação. Além disso, as práticas culturais e tradicionais de atuação fragmentada e não profissional, falta de ferramentas, dentre outros. Assim, podemos ver como a comunicação e relação entre a equipe profissional afeta o cuidado ao paciente.¹⁵

No que diz respeito à linguagem corporal e à sua subvalorização pelos profissionais de saúde, observamos que esse fenômeno ocorre devido ao desconhecimento por parte deles de que o seu uso consciente facilita as relações entre as equipes e os pacientes, além de favorecer o estabelecimento da confiança. Quanto ao aspecto não-verbal, observou-se que o tempo/cronêmica se apresenta como uma dificuldade, pois os profissionais frequentemente dispõem de períodos variáveis para atendimentos, o que prejudica a interação entre eles e o estabelecimento de níveis adequados de confiança.¹⁴

Vemos a necessidade da linguagem verbal e não verbal efetiva em todos os ambientes de saúde, trazendo melhorias na relação entre profissional-paciente. Dessa forma, coube analisar se tais técnicas e conhecimentos estão sendo exercidos pelos profissionais de saúde no CAAIS (Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde).^{16,17}

O CAAIS, criado pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), oferece atenção interprofissional para a Comunidade de Tijolos, na Imbiribeira, no Recife. O diferencial desse centro se dá por atender e acompanhar pacientes de forma interprofissional, abrangendo as diversas áreas de saúde, com a interação entre os profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e farmácia. O espaço também tem como pressuposto básico a prática centrada no usuário.^{16,17}

Diante da escassez de pesquisas sobre o tema, tornou-se necessário um enfoque no aprendizado que integre tanto a estruturação quanto a adaptabilidade, a fim de atender efetivamente às necessidades variadas e em constante mudança dos pacientes. O presente

trabalho buscou analisar como se dão as práticas de comunicação verbal e não verbal na relação entre a equipe interprofissional e os pacientes atendidos no CAAIS.

MÉTODO

A pesquisa contou com a participação de 13 indivíduos, sendo 7 profissionais de saúde do CAAIS e 6 pacientes residentes da Comunidade de Tijolos, localizada no bairro da Imbiribeira, Recife - PE, no período de setembro de 2024 a outubro de 2025. Os critérios de inclusão para os profissionais consistiram em possuir nível superior completo, atuar como profissional de saúde no CAAIS e ter, no mínimo, seis (6) meses de experiência na área, a fim de garantir maior consistência às análises sob a perspectiva dos profissionais.

Para os pacientes, os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a dezoito (18) anos e ter sido atendido no CAAIS ao menos uma (1) vez, possibilitando a avaliação de sua experiência com o serviço. A seleção dos participantes ocorreu presencialmente, de acordo com a disponibilidade e o interesse demonstrado, assegurando que todos atendessem aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. As entrevistas individuais foram previamente agendadas, realizadas em local reservado e gravadas em áudio para posterior transcrição e análise, mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes. Para a coleta de dados, foram utilizados um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada, elaborada com base em diretrizes da pesquisa qualitativa.

Inicialmente, foram coletados os dados sociodemográficos dos participantes via Google Forms, seguidos pela realização de entrevistas semiestruturadas com o objetivo de aprofundar as informações obtidas. Com relação aos dados sociodemográficos dos pacientes, foram entrevistados 6 mulheres habitantes da Comunidade de Tijolos. Entre os profissionais, foram entrevistadas 4 mulheres e 3 homens, com idade média de 42 anos, sendo 2 psicólogas, 2 dentistas, 1 profissional de educação física, 1 médico e 1 farmacêutico, todos atuantes no ambiente do CAAIS com um tempo médio de experiência profissional de aproximadamente 15,7 meses, considerando ponto médio das faixas, entre 6 e > 18 meses. Já entre os pacientes, a média de idade foi de 38,83 anos e foram entrevistadas apenas mulheres. Assim, o estudo foi desenvolvido a partir das narrativas compartilhadas tanto pelos profissionais atuantes no CAAIS quanto pelos pacientes residentes da Comunidade de Tijolos.

Na presente pesquisa, optou-se pela utilização da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin como método para organização e interpretação dos dados qualitativos. Conforme a autora, a análise desenvolve-se em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com posterior interpretação. As categorias analíticas

foram construídas a partir de um modelo misto, contemplando tanto categorias a priori, fundamentadas no referencial teórico que sustenta o estudo, quanto categorias emergentes, identificadas a partir da leitura aprofundada do material coletado. Tal procedimento permitiu a organização sistemática dos conteúdos em núcleos de sentido, respeitando os critérios de homogeneidade, pertinência, exclusividade e exaustividade, garantindo maior rigor metodológico e coerência entre os objetivos da pesquisa e a interpretação dos dados obtidos.

Dessa forma, seguiu-se uma linha qualitativa, que tem caráter interpretativista e compreensivista, sendo apropriada para a busca do entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, com natureza social e cultural, mediante descrições.¹⁸ Como método de pesquisa, utilizou-se o Estudo de Caso, que investiga um fenômeno em profundidade, em seu ambiente de vida real e quando não se compreende de forma clara, a relação do fenômeno e seu contexto.¹⁹

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FPS, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram convidados e devidamente esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a carta de anuência pelas responsáveis. Foi garantida a confidencialidade dos dados, utilizados apenas para fins científicos e educacionais, assegurando-se o direito de desistência em qualquer etapa. A coleta ocorreu por meio de questionário e entrevista semiestruturada, apresentando risco mínimo, relacionado a possível desconforto ou constrangimento. Como benefícios, a pesquisa contribuiu para ampliar a compreensão sobre a prática da linguagem verbal e não verbal no contexto profissional, além de favorecer a reflexão dos participantes acerca de sua atuação.

RESULTADOS

As análises consideraram as falas registradas durante as entrevistas com o objetivo de compreender como a comunicação se estabelece nesse contexto, englobando dimensões verbais, não verbais e interprofissionais, bem como os fatores que favorecem ou dificultam esse processo e seus impactos na qualidade do cuidado.

No grupo dos pacientes, buscou-se explorar a experiência no serviço, sua percepção acerca da clareza das orientações recebidas, as dificuldades de compreensão mais frequentes, a forma como avaliam a comunicação não verbal da equipe, além de barreiras, sentimentos de acolhimento e o impacto de uma boa comunicação na adesão ao tratamento.

Já no grupo dos profissionais de saúde, as entrevistas tiveram como foco investigar a percepção sobre suas próprias práticas de comunicação verbal e não verbal, o papel da tecnologia na interação com os pacientes, os efeitos de fatores emocionais como estresse e ansiedade, além da comunicação entre os profissionais estabelecida no CAAIS.

Também foram identificadas as barreiras encontradas no dia a dia, e a importância de adequar a linguagem ao perfil de cada paciente, além da percepção da influência da formação acadêmica nas suas habilidades comunicativas. Dessa forma, a análise de conteúdo considerou as singularidades de cada participante, buscando integrar as perspectivas de pacientes e profissionais a fim de compreender, de maneira ampliada, como a comunicação influencia a prática clínica e a construção do cuidado no CAAIS.

DISCUSSÃO

Os temas identificados nas narrativas dos profissionais e pacientes foram organizados em cinco categorias principais, sendo eles: Práticas comunicacionais verbais, práticas comunicacionais não verbais, uso da tecnologia no ambiente do CAAIS, habilidades interprofissionais e os principais desafios encontrados.

Práticas comunicacionais verbais:

A análise do conteúdo evidenciou que os profissionais do Centro atribuem grande importância à comunicação verbal como elemento central no processo de cuidado. De modo geral, as falas indicam práticas recorrentes que visam à criação de um ambiente acolhedor e de confiança, como cumprimentar e se apresentar, chamar o paciente pelo nome, oferecer cadeira e explicar detalhadamente cada etapa da consulta ou do exame. Tais ações reforçam a dimensão humanizadora da comunicação, aproximando paciente e profissional e fortalecendo o vínculo terapêutico.²⁰

Os relatos também destacaram o uso de linguagem clara e acessível, adaptada ao nível sociocultural de cada paciente. Essa escolha discursiva foi apontada como fundamental para garantir compreensão, reduzir ansiedades e favorecer a participação ativa do paciente no processo de cuidado. Visto que o modelo biomédico vigente fragmenta o cuidado e desconsidera subjetividades, a linguagem técnica e a desatenção às particularidades do paciente geram barreiras à comunicação.^{11,20}

Além disso, observou-se a preocupação com a verificação da compreensão, seja pela repetição de informações, seja pelo incentivo para que o paciente repita o que entendeu. Uma

linguagem verbal mal utilizada se dá quando os profissionais dão aos cuidadores e pacientes diversas informações (geralmente só passadas uma vez), o que contribui para a falta de entendimento e tratamentos mal realizados.¹²

Esse cuidado realizado pode ser atestado nas falas dos profissionais:

“ (...) Em geral acho que a gente informa uma vez, se a gente achar que o paciente não entendeu, se der algum sinal de não ter entendido, aí a gente repete. Isso é uma coisa importante pra gente ver se tem comunicação efetiva: ‘Repita para mim o que é que você entendeu do que eu lhe disse’, principalmente quando a gente tá falando sobre medicação com o paciente. Costumo fazer isso.” (Homem, 34 anos, profissional do CAAIS)

Outro aspecto recorrente foi o incentivo à expressão do paciente, por meio do uso de perguntas abertas e da valorização do tempo necessário para que ele relatasse suas preocupações e experiências. A escuta atenta, sem interrupções, foi mencionada como prática desejável, ainda que alguns profissionais tenham relatado dificuldades pontuais, sobretudo relacionadas ao tempo disposto para as sessões e com a prática dos estudantes, que às vezes cometem falhas por estarem em aprendizado. O tempo/cronêmica se apresenta como uma dificuldade, pois os profissionais frequentemente dispõem de períodos variáveis para atendimentos, o que prejudica a interação entre eles e o estabelecimento de níveis adequados de confiança.¹⁴

“A gente deixa ele falar, mas a gente tem que ir abordando porque se não ele pode extrapolar do tempo. Diria que 90% a gente deixa ele falar, mas acho que pode acontecer de ter uma outra interrupção, mas de estudante, porque como as consultas estão sempre com os estudantes junto, aí eu acho que às vezes quando isso acontece é mais do estudante por falta de prática mesmo, né?” (Mulher, 34 anos, profissional do CAAIS)

A comunicação é valorizada por sua linguagem clara e acessível, o que facilita o entendimento dos pacientes e reduz barreiras. A repetição das informações e a abertura para tirar dúvidas contribuem para a compreensão dos procedimentos e aumentam a confiança no acompanhamento, além de reduzir a ansiedade. Apesar das avaliações positivas, alguns pacientes apontaram falhas, como a falta de esclarecimento sobre o papel da triagem, gerando frustração por não saberem que não se tratava de uma consulta. Também foi mencionada a sensação de invisibilidade na sala de espera diante da presença de estudantes, embora essa percepção tenha sido amenizada pela atenção dos profissionais durante o atendimento.

“Então eu criei a esperança de que depois dessa conversa pudesse ter algum um tratamento mais efetivo de que fossem cuidar de fato da minha saúde, fosse resolver um problema que eu estava sentindo, né? Porque você só vai a um médico quando você está sentindo um problema. (...) não vai em um médico para ficar sentado batendo papo.” (Mulher, 35 anos, paciente do CAAIS)

Essas observações reforçam a relevância da comunicação verbal não apenas como meio de transmissão de informações, mas como prática relacional que contribui para a humanização do cuidado. Visto que a melhora na qualidade da comunicação está diretamente relacionada a melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento, maior satisfação dos usuários, redução de reclamação por má prática e maior segurança do paciente.¹⁰ Ao mesmo tempo apontam para a necessidade de ajustes contínuos, de modo que a escuta e a valorização da experiência subjetiva do paciente estejam presentes em todas as etapas do atendimento, desde a recepção até o processo clínico propriamente dito.

Apesar dos aspectos positivos, foram identificados desafios, como a necessidade de maior sistematização da comunicação e melhor alinhamento entre equipe e estudantes, visando uma experiência mais integrada e satisfatória para o paciente.

Práticas comunicacionais não verbais:

No CAAIS, observou-se que os profissionais de saúde demonstram grande atenção às práticas de comunicação não verbal, entendendo sua relevância para o estabelecimento de vínculo e para a qualidade do atendimento. O corpo é utilizado como instrumento de acolhimento e de respeito, transmitindo segurança e empatia, reforçando que a humanização reconhece o outro na sua integralidade, incluindo gestos e expressões.²¹

Entre os aspectos mais evidenciados, destaca-se o contato visual frequente e direcionado, entendido como essencial para o acolhimento e para a demonstração de atenção plena ao paciente. Os profissionais buscam evitar cruzar os braços, manter o corpo voltado para o paciente, evitando transmitir distanciamento ou desinteresse. A escuta ativa também se expressa em sinais como o balançar da cabeça, o sorriso e a manutenção de uma expressão neutra diante de relatos impactantes, de modo a não comunicar julgamento ou surpresa. Os profissionais apontaram a importância de tais atitudes para não inibir algumas respostas, como na fala do profissional de educação física:

“(…) ficar de braços fechados, às vezes olhar o celular ou baixar a cabeça, fazer caras e bocas quando alguma informação é mencionada, negando ou se contrapondo a algo que é citado pelo paciente pode induzi-lo a não querer se abrir mais, dificultando a captação de informações.” (Homem, 34 anos, profissional do CAAIS)

Tanto estudantes quanto profissionais possuem comportamentos de forma adequada, ainda que haja relatos por parte dos profissionais de que a atitude dos alunos poderia ser mais

atenta, visto que, em alguns casos, demonstram desatenção ao utilizar o celular durante o atendimento. No entanto, os pacientes ressaltaram ainda que não observaram atitudes de desatenção, como braços cruzados, olhares desviados ou uso de celulares durante as consultas. Pelo contrário, descreveram expressões faciais de simpatia, paciência e empatia, elementos que favorecem a construção de um vínculo positivo.

O tom de voz também é trabalhado de forma intencional, sendo descrito como profissional, empático e de intensidade leve a moderada, favorecendo um clima de confiança. Alguns profissionais utilizam toques físicos pontuais, como um aperto no antebraço ou um abraço, especialmente em situações de acolhimento, mas relatam fazê-lo com cautela e apenas quando necessário, respeitando os limites de cada paciente. Como pode ser visto na fala do profissional de saúde a seguir:

“Então, como as pessoas trazem umas histórias de vida meio difíceis, às vezes, certo sofrimento, a gente acaba que acolhe a pessoa, então em alguns momentos um toque, sabe, assim, no antebraço enquanto conversa com a pessoa ou um abraço quando ela precisa, né? Então são outras formas de comunicar essa atenção, por exemplo, que não é somente verbal.” (Homem, 62 anos, profissional do CAAIS)

A manutenção da privacidade e do sigilo é outro cuidado não verbal observado, sobretudo, durante os exames físicos e em atendimentos envolvendo questões delicadas. Nessas situações, buscou-se retirar pessoas desnecessárias da sala, reforçando o respeito e a confidencialidade. Esse zelo comunica ao paciente não apenas profissionalismo, mas também valorização de sua dignidade.

A organização do espaço físico, como o posicionamento das cadeiras em círculo, foi mencionada pelos profissionais como fator que influencia diretamente na interação, podendo tanto favorecer quanto inibir a comunicação, dependendo de como a linguagem corporal é utilizada. Assim, reconhece-se que a comunicação não verbal pode induzir ou restringir respostas nos pacientes.

Houve também referência ao uso de gestos e de recursos visuais, como desenhos, empregados para facilitar a explicação sobre o tratamento, o que reforça a clareza da comunicação e a preocupação em adaptar o diálogo às necessidades do paciente. Como visto na fala da paciente a seguir:

“O profissional já usou o desenho assim quando eu vim para triagem. Aí tinha um papel assim e o ginecologista usou, explicou tudinho. Eu comecei com tal medicação, ia mudar para tal medicação, um monte de coisa ele explicou.” (Mulher, 21 anos, paciente do CAAIS)

O ato de os profissionais acompanharem o paciente até a sala de atendimento e posteriormente reconduzi-lo foi interpretado como parte do cuidado e da atenção não verbal, ampliando a sensação de acolhimento. Esses comportamentos, mesmo quando não mediados pela fala, foram compreendidos como fundamentais para a qualidade da relação estabelecida entre paciente e profissional no CAAIS.

Assim, a comunicação não verbal no CAAIS foi destacada como positiva e assertiva, estando presentes elementos como manutenção do contato visual, postura direcionada, boa aparência, tom de voz ajustado, entre outros. No entanto, foi relatado principalmente pelos profissionais a necessidade de repassar formalmente tais práticas aos estudantes, que por vezes apresentam falhas na desatenção e uso do celular, segundo as falas dos profissionais.

Uso da tecnologia

As entrevistas realizadas com os profissionais evidenciaram que a tecnologia tem assumido papel relevante no processo de cuidado e de ensino-aprendizagem, trazendo benefícios práticos, mas também desafios importantes.²¹ A introdução do prontuário eletrônico foi apontada como uma mudança crítica e positiva, que substituiu a necessidade de anotações extensas em cadernos e permitiu registrar informações em tempo real na plataforma Ti.Clinic. Esse recurso foi avaliado como um avanço, já que torna o atendimento mais ágil e reduz o constrangimento do paciente diante de longas pausas para registros. Nesse sentido, um dos profissionais relatou:

“Antes era um drama, porque a gente tinha que anotar muita coisa, depois montar o prontuário do zero. Agora, com o prontuário online, dá para captar as informações em tempo real.” (Homem, 34 anos, profissional do CAAIS)

O uso de ferramentas digitais foi identificado na rotina administrativa, especialmente para agendamento e confirmação de consultas por meio do WhatsApp institucional. Essa prática, realizada pela recepção, foi considerada positiva pelos pacientes ouvidos por otimizar fluxos e reduzir o tempo de espera deles. Contudo, tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes chamaram atenção para os aspectos negativos associados ao uso frequente de dispositivos móveis, como celulares e tablets, durante as consultas.

Parte dos profissionais reforçou que a tecnologia é utilizada de forma pontual e não costuma comprometer o vínculo estabelecido com o paciente. O uso de celulares, por exemplo, foi descrito como recurso para cálculos de medicação ou consulta rápida a informações, sem comprometer a escuta ativa. Alguns entrevistados destacaram, contudo, que

os efeitos da tecnologia dependem da maneira como ela é empregada, tanto por profissionais quanto por pacientes. As pesquisas na internet e a alta circulação de informações falsas foram mencionadas pelos profissionais como fatores que podem gerar os autodiagnósticos e prejudicar os pacientes.

A literatura corrobora esses achados, apontando que a pandemia da COVID-19 intensificou o uso de tecnologias digitais em saúde, especialmente prontuários eletrônicos, teleconsultas e plataformas de comunicação, o que trouxe ganhos de agilidade e integração, mas também riscos relacionados à superficialidade do contato e à sobrecarga de informações.^{22,23}

A tecnologia é percebida como instrumento ambivalente: ao mesmo tempo em que contribui para otimizar processos, agilizar registros e facilitar a organização dos atendimentos, pode gerar barreiras na comunicação interpessoal, na escuta ativa e no acolhimento. Essa ambivalência reforça a necessidade de um uso crítico e consciente, no qual as ferramentas digitais atuem como suporte à prática colaborativa, sem substituir o vínculo humano que sustenta o cuidado integral.

Habilidades inter profissionais

As habilidades interprofissionais são construídas de forma progressiva, em um processo que envolve adaptação, amadurecimento e constante aprimoramento da prática colaborativa. A partir dos relatos, destacou-se que a integração entre diferentes saberes da saúde tem permitido um cuidado mais abrangente, ainda que inicialmente houvesse dificuldades relacionadas à ausência de formação interprofissional nas instituições de origem e à tendência de hierarquização no atendimento. Esse processo de amadurecimento contribuiu para maior escuta, respeito e valorização das diferentes áreas, especialmente a partir de estratégias como reuniões regulares, diálogos prévios e reflexões coletivas ao final dos atendimentos, como relatado pelo profissional:

“[...] A gente vai colocando em prática tudo que tá planejado e que a gente discute em várias reuniões todo semestre. A gente tem com muita frequência a reunião do grupo todo para discutir o andamento dos processos. Então, por exemplo, todo o acolhimento que acontece, assim que termina, antes da gente discutir o caso, a gente tem alguns minutos com toda a equipe, com os estudantes que se chama qualificação. Que é justamente pra gente falar sobre como foi o método ou processo do acolhimento...” (Homem, 62 anos, profissional do CAAIS)

A World Health Professions Alliance destaca que a colaboração interprofissional contribui para a oferta de um sistema de saúde mais abrangente, coordenado e seguro, capaz de responder de forma efetiva às necessidades da população. Além disso, favorece melhor acesso às intervenções em saúde, maior coordenação entre diferentes setores e maior envolvimento de pacientes e famílias na tomada de decisões.^{24,25}

Estudos nacionais reforçam que a não compreensão e valorização do papel de cada membro fragiliza a colaboração, favorecendo conflitos e práticas uniprofissionais de baixa resolutividade.²⁶ Esse aspecto apareceu de forma prática no CAAIS, quando os entrevistados relataram que o trabalho em equipe ampliou o respeito mútuo e a compreensão da contribuição singular de cada profissão. A comunicação interprofissional orientada apenas pelo agir técnico-científico tende a excluir os usuários e limitar a prática a um caráter instrumental. No entanto, a escuta ativa, as expressões não verbais e a construção de um espaço horizontal de diálogo são elementos que ampliam o agir comunicativo, promovendo maior acolhimento e humanização do cuidado. Como relatou a profissional a seguir:

“Acho que a comunicação inadequada entre os profissionais pode afetar uma consulta. Um colega tá expondo uma situação para paciente e o outro não concorda, e ele diz na hora que não concorda na frente do paciente. Isso traz uma repercussão muito ruim pra equipe, mas nunca vi acontecendo no CAAIS.” (Mulher, 70 anos, profissional do CAAIS)

Para além disso, um fator apontado como um gerador de uma comunicação assertiva entre a equipe é o tempo em que a equipe interprofissional se encontra trabalhando junto. Como encontrado nas falas dos profissionais a seguir:

“As práticas de comunicação verbal são eficazes principalmente quando existe maior intimidade entre a equipe. Então, equipes mais novas, formadas mais recentemente, têm uma maior dificuldade, mas equipes que estão há mais tempo trabalhando juntas, você percebe que as práticas são mais efetivas, que a comunicação é mais efetiva.” (Mulher, 22 anos, profissional do CAAIS)

Dessa forma, evidencia-se que o fortalecimento das habilidades interprofissionais no CAAIS está diretamente ligado à qualidade da comunicação verbal e não verbal estabelecida entre os membros da equipe, aos esforços para superar a hierarquia e à valorização dos diferentes saberes. Essas dimensões dialogam com os referenciais teóricos internacionais e nacionais, reforçando a comunicação interprofissional como competência central e indicador direto da qualidade do cuidado ofertado aos pacientes.^{27,28}

Desafios encontrados

As entrevistas realizadas evidenciaram que apesar de alguns profissionais de saúde e pacientes entrevistados não apontarem desafio algum enfrentado, refletindo assim avanços alcançados no CAAIS em relação à promoção de um cuidado interprofissional e acolhedor, outra parte trouxe análises que refletem a persistência de certos desafios significativos na comunicação entre profissionais e pacientes.

Apenas dois dos sete profissionais entrevistados, os quais foram graduados pela Faculdade Pernambucana de Saúde, receberam treinamento em comunicação ainda durante a graduação, 2 buscaram por conta própria treinamento formal em comunicação na pós-graduação, enquanto os outros 3 nunca receberam treinamento. Assim, por se tornarem conhecimentos adquiridos na maior parte por meio da experiência cotidiana, em muitos momentos eles podem se apresentar falhos e com barreiras a serem enfrentadas.

Constatou-se, também, que a presença de hierarquias profissionais, mesmo quando não impostas diretamente, permanece perceptível, refletindo a herança estrutural do modelo biomédico tradicional, no qual o médico tende a ser reconhecido como figura central do cuidado.²⁹ Tal configuração, embora em processo de desconstrução no CAAIS, já que o atendimento interprofissional propõe a horizontalidade do cuidado, ainda repercute na forma como pacientes interpretam e vivenciam as interações no ambiente, associando muitas vezes o atendimento e cuidado em saúde exclusivamente à figura do médico.

Outro desafio relevante identificado por parte dos profissionais foi que a comunicação no CAAIS é atravessada por múltiplos fatores contextuais. Situações como diferenças culturais, hierarquias profissionais e desigualdades socioeconômicas entre pacientes e profissionais foram apontadas como barreiras significativas para o estabelecimento de uma interação efetiva.^{30,31} Ainda observou-se que as expectativas dos pacientes em relação ao serviço nem sempre correspondem à realidade do atendimento interprofissional, gerando possíveis frustrações e interferindo na comunicação.

Esses aspectos se somam a fatores emocionais como estresse, cansaço e burnout, os quais afetam os profissionais e podem refletir diretamente na escuta ativa e na postura acolhedora deles durante o atendimento, comprometendo a qualidade do cuidado.³² Esse aspecto se articula diretamente às falas dos entrevistados, que ressaltaram como a sobrecarga laboral pode fragilizar a escuta ativa e o acolhimento ao paciente. Um dos profissionais descreveu essa vivência:

“[...] Aconteceu em outro contexto, de eu não conseguir ter essa postura de escutar o paciente e nem ouvir seus problemas, porque só de ouvir já era muito além do meu limite, por causa de estresse, cansaço, estafa emocional, burnout. As coisas se acumulam: trabalho em excesso, noites mal dormidas de plantão, situações trágicas que abalam emocionalmente, além de problemas pessoais e familiares. Tudo isso torna extremamente difícil manter uma postura acolhedora, porque você fica muito sensível.” (Homem, 32 anos, profissional do CAAIS)

Em alguns relatos fica clara a dificuldade de entendimento de certas informações por falta de explicações detalhadas sobre procedimentos e abordagens terapêuticas, o que gera insegurança e desconforto. Também foi mencionada pelos usuários a sensação de constrangimento diante da presença de um grande número de estudantes durante os atendimentos no CAAIS, especialmente em situações de maior sensibilidade, gerando no paciente uma certa limitação da comunicação.

Esses resultados apontam para a permanência de barreiras estruturais na comunicação em saúde, em especial aquelas vinculadas ao modelo biomédico e à insuficiente formação em competências relacionais. Assim, a hierarquia ainda vigente em muitos serviços pode enfraquecer a interprofissionalidade, enquanto a ausência de treinamento sistemático em comunicação limita o desenvolvimento de práticas consistentes. Assim, embora o CAAIS possua práticas comunicativas positivas, há aspectos estruturais e relacionais que precisam ser enfrentados para consolidar uma comunicação efetiva e horizontal.

CONCLUSÃO

O estudo realizado no CAAIS evidenciou que a comunicação, tanto verbal quanto não verbal, constitui um pilar central para a qualidade da assistência em saúde e para a construção de vínculos entre profissionais e pacientes. As práticas observadas mostraram-se, em grande parte, humanizadas e acolhedoras, destacando-se o uso de linguagem clara, a escuta ativa, o contato visual e a postura corporal atenta como recursos que favorecem a confiança, a adesão ao tratamento e a satisfação dos usuários.

Contudo, foram identificados desafios importantes, como a necessidade de maior sistematização das práticas comunicacionais, a influência de hierarquias ainda presentes no modelo biomédico, lacunas na formação em habilidades comunicativas e situações em que a clareza das informações não foi plenamente alcançada. Esses aspectos revelam que, embora haja avanços significativos no CAAIS, ainda existem barreiras estruturais e relacionais que precisam ser superadas para consolidar uma comunicação efetiva e horizontal.

Dessa forma, conclui-se que o fortalecimento da comunicação interprofissional e profissional-paciente requer investimentos contínuos em formação, capacitação e estratégias que integrem linguagem verbal e não verbal de forma consciente. Tais medidas contribuem não apenas para a humanização do cuidado, mas também para a segurança do paciente, a resolutividade dos atendimentos e o aprimoramento do trabalho em equipe, reafirmando a comunicação como elemento indissociável da prática em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Arendt H. A condição humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007
2. Figueiredo GM, Dematé Pereira VR, Moraes NA. Importância sobre comunicação alternativa pelos enfermeiros emergencistas. Revista Recien [Internet]. 2021 [citado 22º de maio de 2024];11(36):175-84. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/503>
3. Camargo MH. Notas sobre possíveis origens da comunicação humana. Palíndromo [Internet]. 2020 [citado 22º de maio de 2024];12(28):179-93. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/palindromo/article/view/15228>
4. Vogel KP, Silva JHG da, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. Rev bras educ med [Internet]. 2019 [cited 2024 May 22] ;43(1):314–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>
5. Effendi R, Sukmayadi V, Pandjaitan IR. The Effects of Doctors' Interpersonal Communication on Low-Income Inpatients' Satisfaction Level. Jurnal Komunikasi [internet] .2019 Mar [cited 2024 May 22];35(1):57-70. Available from:https://www.researchgate.net/publication/332207010_The_Effects_of_Doctors'_Interpersonal_Communication_on_Low-Income_Inpatients'_Satisfaction_Level
6. Gray RG. How Miscommunication Can Lead To Serious Medical Errors. Gray Rittan Graham [internet] 2021 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.grgpc.com/newsroom/publications/how-miscommunication-can-lead-to-serious-medical-errors>
7. Weiss MC. Sociedade sensoriada: a sociedade da transformação digital. Estudos Avançados [Internet]. 2019 [citado em 22 de maio de 2024] Apr 8;33:203-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/jPn3NkF6dYx8b56V8snsnQf/>
8. Raimundo JS, Da Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Revista Mosaico [internet]. 2020 [citado em 22 de maio de 2024] Dec 2;11(2):109-116. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184>
9. Organização Mundial da Saúde [internet]. Geneva: OMS; c2023 [citado em 22 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
10. Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade : tratado de sociologia do conhecimento. Editorial: Petropolis, Rj: Vozes; 1991.

11. Castelhana LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [citado em 22 de maio de 2024];23:e170341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170341>
12. Rocha SR, Romão GS, Vellutini MS, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2019 [citado em 22 de maio de 2024];43 (1 suppl 1):236-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>
13. Ahmed, H.M. Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: a cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq. Reproductive Health [Internet]. 2020 Mar [cited 2024 May 22];17(1):35. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0894-3>
14. Lacerda, JFE de, Santos, PSPS dos, Maia, ER, Oliveira, DR de, Viana, MCA, Cavalcante, EGR. Effective communication in the nurse-patient relationship in the light of Transcultural Interprofessional Practice model. Rev Rene [Internet]. 2021 Apr 19 [cited 2024 May 14];22: e 61443 Available from: https://www.researchgate.net/publication/350985652_Effective_communication_in_the_nurse-patient_relationship_in_the_light_of_Transcultural_Interprofessional_Practice_model
15. Valadão FS, Sanchez MCO, Porto MA de OP, Xavier ML, Braga AL de S, Chrizostimo MM. Communication process between the multidisciplinary team in the context of management in Primary Health Care: integrative review. RSD [Internet]. 2022 Aug [cited 2024 May 14];11(11):e86111133465. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33465>
16. CAAIS é inaugurado no Recife oferecendo serviços de saúde para comunidade na Imbiribeira. Revista Algomais [Internet]. 2022 dez 1 [citado em 22 de maio de 2024]. Disponível em: <https://algomais.com/caais-e-inaugurado-no-recife-oferecendo-servicos-de-saude-para-comunidade-na-imiribeira/>
17. FPS: Educação Interprofissional em Saúde da FPS - CAAIS [Página na internet]. Faculdade Pernambucana de Saúde. [citado em maio de 2024]. Disponível em: <https://fps.edu.br/caais-fps/>
18. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação [internet]. 2020 [citado em 22 de maio de 2024];10(2):1396-1416. DOI: 10.34019/2237-9444.2020.v10.31559. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 18 set. 2023.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

20. Pitta A da R. Por uma política pública de comunicação em saúde. Saude soc [Internet]. 2002 Jan;11 [citado em 22 de maio de 2025] (1):85–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100009>
21. Freitas RSD. Uma cilada chamada “raciocínio teórico sistemático”. Novos estud CEBRAP [Internet]. 2017Jul [citado em 22 de maio de 2025];36(2):145–56. Available from: <https://doi.org/10.25091/S0101-3300201700020008>
22. Galvão MCB, Ricarte ILM, Rezende G, Calandrin ID. Tecnologias da informação e comunicação no ensino da Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia durante a pandemia de COVID-19. Avaliação (Campinas) [Internet]. 2023 [citado em 22 de maio de 2025];28:e023014. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772023000100021>
23. Soares D de J, Vilasbôas ALQ, Souza MKB de, Bispo Júnior JP. Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. Saúde debate [Internet]. 2024 [citado em 22 de maio de 2024];48(142):e8945. Available from: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241428945P>
24. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC; 2010a.
25. World Health Professions Alliance (WHPA). Position statement: interprofessional collaborative practice. Geneva: WHPA; 2019.
26. Amaral COF, Silva JAM, Freitas MAO, Viana LVM, Santos CM. Interprofessional collaboration in health: challenges and possibilities. Rev Bras Educ Med. 2021 [citado em 22 de maio de 2025];45(3):e120.
27. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice: version 3. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2023 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.ipeccollaborative.org/ipecc-core-competencies>
28. Sim TF, Wright B, Hattingh L, Parsons R, Sunderland B, Czarniak P. Effective communication and collaboration with health professionals: a qualitative study of primary care pharmacists in Western Australia. PLoS One. 2020 [citado em 22 de maio de 2025];15(6):e0234580.
29. Peduzzi M, Agreli HF, Silva JAM, Souza HS. Comunicação em práticas interprofissionais de saúde: contribuições teórico-conceituais. Interface (Botucatu). 2020 [citado em 22 de maio de 2025];24:e190604.
30. Grosseman S, Hokama NK, Cruvinel A de FP, Franzoi AC, Moura EP, Muraguchi EMO, et al.. Consenso Abem para o ensino de comunicação nas escolas médicas brasileiras. Rev bras educ med [Internet]. 2022;46(3):e103. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210392>

31. Borghi CMS de O, Oliveira RM de, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. Trab educ saúde [Internet]. 2018Sep;16(3):869–97. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
32. Jodas DA, Haddad M do CL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta paul enferm [Internet]. 2009;22(2):192–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200012>
33. Sadala ML. Comunicação e saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008May;24(5):1195–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500032>