

# A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

NONVERBAL COMMUNICATION AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS IN A HOME CARE SERVICE

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2024) 30:8

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE30-8CNMC40008>



#### Autores de correspondencia

Michelle Ferraz Martins-Jamarim  
Claudinei José Gomes-Campos

#### Palavras-chave

Comunicação Não Verbal; Linguagem Corporal; Pessoal de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Relações Interpessoais.

#### Key words

Nonverbal Communication; Kinesics; Healthcare Personnel; Home Care Services; Interpersonal Relations.

#### Palabras clave

Comunicación no verbal; Kinésica; Personal de salud; Servicios de atención de salud domiciliaria; Relaciones interpersonales.

Data de recepção

26/12/2023

Data de aceitação

28/06/2024

Editora Associada

Dra. Sara Mendoza-Parra

**Michelle Ferraz Martins-Jamarim**<sup>1</sup> Email: michmartins123@gmail.com

**Maria Giovana Borges-Saidel**<sup>2</sup> Email: mgsaidel@unicamp.br

**Roberto Corrêa-Leite**<sup>3</sup> Email: leite.rc@uol.com.br

**Claudinei José Gomes-Campos**<sup>4</sup> Email: ccampos@unicamp.br

## RESUMO

Objetivo: Entender por meio da linguagem corporal, como os profissionais de saúde de um serviço de atenção domiciliar utilizam a comunicação não verbal em suas relações interpessoais e compreender como interpretam os sinais não verbais manifestados nessas relações. Material e Método: Estudo de caso qualitativo, realizado de julho de 2019 a janeiro de 2020. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a observação participante, diário de campo e grupo focal e a amostra composta por intencionalidade e fechada por exaustão. Participaram 10 profissionais de saúde que atuavam no serviço de atenção domiciliar ao sul de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram submetidos a análise temática de conteúdo proposta por Minayo. Resultados: A análise evidenciou dois grandes temas: 1) A comunicação não verbal como meio de manutenção e demonstração de poder e 2) A qualidade das relações interpessoais depende do conhecimento e habilidades em comunicação não verbal. Conclusões: A inabilidade em comunicação não verbal acarreta a interpretação equivocada dos sinais corporais, o que influencia negativamente nas relações interpessoais. Dessa forma, sugere-se o repensar sobre como a comunicação vem sendo ensinada e subutilizada pelos profissionais de saúde e como o desenvolvimento dessa

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas-SP, Brasil. Autora de correspondência.

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeiro, Doutorando em Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Autor de correspondência

competência pode tornar uma ferramenta de trabalho valiosa e positiva, que permite captar informações reais do comportamento do outro e assim, melhor compreendê-lo, o que colabora na interação entre as equipes e impacta diretamente na qualidade da assistência prestada.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand, through body language, how healthcare professionals from a home care service use nonverbal communication in their interpersonal relationships and understand how they interpret the nonverbal signals manifested in these relationships. **Material and Method:** Qualitative case study carried out from July 2019 to January 2020. The data collection techniques used were participant observation, field diary and focus group; the sample was intentional and closed by attrition. It included 10 healthcare professionals working in the home care service, in the south of the state of Minas Gerais, Brazil. The data were subjected to thematic content analysis proposed by Minayo. **Results:** The analysis revealed two major themes: 1) Nonverbal communication as a means of maintaining and demonstrating power and, 2) The quality of interpersonal relationships depends on knowledge and skills in nonverbal communication. **Conclusions:** The inability to communicate nonverbally leads to the misinterpretation of body signals, which negatively affects interpersonal relationships. Therefore, it is suggested to reassess how communication has been taught and underutilized by healthcare professionals and how the development of this competence can become a valuable and positive work tool. By developing this competence, professionals can gather real information about the behavior of others and better understand it, which can contribute to more effective team interactions and ultimately improve the quality of care provided.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender, a través del lenguaje corporal, cómo los profesionales de la salud de un servicio de atención domiciliaria utilizan la comunicación no verbal en sus relaciones interpersonales y comprender cómo interpretan las señales no verbales manifestadas en estas relaciones. **Material y Método:** Estudio de caso cualitativo, realizado entre julio de 2019 y enero de 2020. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron observación participante, diario de campo y grupo focal; la muestra fue intencional y cerrada por agotamiento. Esta incluyó a 10 profesionales de la salud que trabajaban en el servicio de atención domiciliaria al sur del estado de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático propuesto por Minayo. **Resultados:** En el análisis se identificaron dos grandes temas: 1) La comunicación no verbal como medio para mantener y demostrar poder y 2) La calidad de las relaciones interpersonales depende de los conocimientos y habilidades en comunicación no verbal. **Conclusiones:** La incapacidad para comunicarse de forma no verbal conduce a la mala interpretación de las señales corporales, lo que influye negativamente en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, se sugiere repensar cómo la comunicación ha sido enseñada y subutilizada por los profesionales de la salud y cómo el desarrollo de esta competencia puede convertirse en una herramienta de trabajo valiosa y positiva que permite capturar información real sobre el comportamiento de los demás y comprenderlo mejor, lo que contribuye finalmente a la interacción entre equipos e impacta directamente en la calidad de la asistencia brindada.

## INTRODUÇÃO

A comunicação não verbal é um aspecto crucial da interação humana, em que se transmite informações e emoções sem o uso de palavras, constrói vínculos positivos por meio de sinais corporais como: as expressões faciais, os gestos, distanciamento ou aproximação do corpo, tom de voz, indicações físicas de humor, atitude e aprovação<sup>(1)</sup>.

Apenas 7% dos nossos pensamentos e sentimentos são expressos por palavras contra 93% que se manifestam por meio de sinais não

verbais<sup>(2)</sup>. Dessa forma, percebe-se a importância de compreender e saber interpretar os sinais corporais para que as relações aconteçam de forma efetiva<sup>(3)</sup>.

Na saúde, competência em comunicação é adquirida por meio da educação, experiência de vida de cada um e o desejo de querer aprender, o que influencia o comportamento dos profissionais e é fundamental para que as relações interpessoais sejam positivas<sup>(4)</sup>. Dessa forma, saber comunicar-se deve fazer parte do perfil dos profissionais de saúde,

pois, ao contrário, seu despreparo pode levar a compreensão inadequada das intenções do outro, o que pode fragilizar as relações de forma negativa<sup>(3)</sup>.

Os profissionais de saúde desconhecem a importância da comunicação não verbal como facilitadora nas relações entre os profissionais e a equipe, o que poderia favorecer a formação da confiança e do vínculo nas interações<sup>(5)</sup>. Percebe-se que os profissionais de saúde estão despreparados em lidar com a comunicação não verbal, o que os prejudica compreender os sinais corporais revelados durante o convívio com seus colegas no dia a dia.

Tal despreparo é fruto do nosso modelo de saúde mecanicista e biomédico que faz com que não valorizem o indivíduo do ponto de vista humano, como um todo, na compreensão de suas reais necessidades emocionais e sociais do indivíduo<sup>(6)</sup>.

Esse problema ocorre em circunstâncias em que a demanda por atendimento de saúde aumenta de forma considerável decorrente ao surgimento de novas patologias, o envelhecimento populacional, novos recursos terapêuticos, ações propostas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a necessidade de ampliar o manejo da atenção às doenças crônicas<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que assegura aos usuários um conjunto de ações e serviços de que necessita e com qualidade adequadas<sup>(7)</sup>. Desse modo, surge a Atenção Domiciliar (AD) como uma nova forma de atenção à saúde que complementa a RAS e que garante a continuidade dos cuidados de forma integrada<sup>(8)</sup>, de maneira que facilite o acompanhamento e recuperação do estado de saúde dos usuários<sup>(9)</sup>.

Os profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) necessitam estabelecer vínculos com os pacientes, familiares, colegas de trabalho e outras equipes da rede, para que juntos consigam organizar seus processos e ações para melhor prestar assistência aos pacientes. Para isso, a comunicação é fundamental para conhecerem a realidade, as reais necessidades e principalmente na formação de uma relação mais próxima. Dessa maneira, conseguem de-

envolver melhor a dinâmica dos seus serviços e compreender os serviços de outras equipes, o que resulta na valorização de cada equipe e beneficia o paciente e seus familiares.

Mesmo de forma inconsciente, os profissionais de saúde utilizam a comunicação não verbal o tempo todo, em suas atitudes e comportamentos. A busca pelo entendimento sobre esse tema poderá ajudar os profissionais a oferecer uma assistência mais humanizada e significativa<sup>(10)</sup>.

Assim, recomenda sobre como a comunicação não verbal vem sendo pouco ensinada nos cursos de formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, estudos sobre o tema comunicação não verbal diante dos poucos estudos científicos identificados e pela conscientização dos profissionais de saúde das diversas áreas do conhecimento sobre a importância de adquirir habilidades em comunicação não verbal podendo ser um instrumento valioso nas relações interpessoais e interprofissionais.

Portanto, o problema de pesquisa foi construído por identificar desconhecimento e inabilidade em lidar com a comunicação não verbal no dia a dia das relações em saúde. A desinformação sobre esse tema influencia de forma negativa as interações, o que leva a incompreensão das atitudes e comportamentos do outro.

Nesse sentido, algumas perguntas de pesquisa nortearam esse estudo: Como os profissionais de saúde do SAD compreendem a comunicação não verbal em suas práticas assistenciais? Esses profissionais possuem conhecimento sobre a importância da comunicação não verbal? De que maneira a comunicação não verbal influencia suas ações? Esses profissionais de saúde possuem habilidades para interpretar os sinais não verbais do outro? Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi o de compreender por meio da linguagem corporal, como os profissionais de saúde de um serviço de atenção domiciliar utilizam e interpretam a comunicação não verbal em suas relações interpessoais.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal com delineamento de na-

tureza qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como foco de interesse o indivíduo e suas relações com o ambiente. Do pesquisador, entretanto, supõe contato direto e prolongado com o ambiente e a situação que está sendo investigada, num intenso trabalho de campo. Esse método utiliza as formas de percepção do mundo, de comunicação, de autoconhecimento e de conhecimento dos problemas humanos<sup>(11)</sup>.

Para este estudo selecionou-se como método, o estudo de caso que é definido por Yin<sup>(12)</sup>, como um método de pesquisa de natureza empírica que investiga um fenômeno, dentro de seu contexto de vida real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto em que ele se insere não estão claramente evidentes.

Para qualificar e orientar a coleta de dados foi utilizado como guia o *Consolidated Criteria for reporting qualitative research*<sup>(13)</sup>.

A pesquisa foi realizada no município de Poços de Caldas, al sur de Minas Gerais (MG), Brasil, com uma equipe multidisciplinar que atuava no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e que aceitaram participar do estudo, o qual foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sob parecer n.º 3.187.242.

A escolha pelos profissionais de saúde do SAD, como objeto de estudo se deu por entender que a coleta de dados com profissionais de diversas áreas, com diferentes conhecimentos e saberes, em um ambiente com diferentes tipos de relações interpessoais. Além disso, o contexto domiciliar foi favorável para se observar as competências de comunicação não verbal dos profissionais, por estarem inseridos em um ambiente pouco conhecido, em que as relações devem ser construídas previamente para conseguirem organizar suas ações.

A sede do SAD foi inaugurado em 2016 e é referência para uma população de aproximadamente 169.838 habitantes<sup>(14)</sup> e conta com uma equipe multiprofissional que atua no atendimento domiciliar. Visa trabalhar a desospitalização para liberar leitos em hospitais e tem como objetivo, prestar assistência a pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, com necessidade de serem hospitalizados, porém com condições de receberem cuidados

em seu próprio domicílio, especialmente aqueles com necessidades de acompanhamento mais frequente e especializado<sup>(15)</sup>.

No momento do estudo, o SAD contava com 15 profissionais de saúde: dois médicos, dois enfermeiros, um assistente social, dois técnicos de enfermagem, um nutricionista, um fonoaudiólogo, dois fisioterapeutas, um coordenador que é assistente social, dois motoristas e um auxiliar administrativo. Como critério de inclusão, consideraram-se os profissionais com nível superior de ensino, experiência profissional mínima de seis meses, ser profissional de saúde atuante na assistência domiciliar no momento da coleta de dados.

Para composição amostral, utilizou-se critério de intencionalidade e, para o fechamento da amostra final de participantes, delineou-se pela técnica da exaustão, ou seja, todos os sujeitos foram elegíveis, totalizando 10 participantes. O fechamento amostral significa o que subsidiou a análise e interpretação dos dados que foram todos os profissionais de saúde participantes da pesquisa que estavam presentes e disponíveis durante a pesquisa<sup>(16)</sup>.

Para a codificação final das entrevistas do grupo focal e para preservar a identidade dos participantes, foram nomeadas pela letra "P" (Participante), seguida do número dela.

Previamente ao início da coleta de dados, o pesquisador realizou a aculturação no campo de estudo que é uma maneira de coletar informações sobre a rotina do setting para entender sobre a realidade local<sup>(17)</sup>. Foi durante essa fase que a pesquisadora se apresentou para os participantes da pesquisa e a coordenadora do SAD e explicou sobre a pesquisa. A pesquisadora já havia formação técnica na área da saúde e não pertencia ao serviço de atenção domiciliar ao qual foi campo de estudo e assim, aprofundou-se sobre essa temática. Posteriormente, deu-se início a coleta de dados.

Nesse estudo utilizou-se mais de uma técnica de coleta de dados que é uma das orientações do método estudo de caso, além de ser uma forma de garantir a profundidade necessária ao estudo e fazer a triangulação dos resultados obtidos, o que estabelece confiabilidade e credibilidade ao estudo<sup>(12)</sup>.

A observação participante foi um dos ins-

trumentos utilizados para a coleta de dados, em que a pesquisadora levava um roteiro para anotações de natureza reflexiva e descritiva baseado no modelo de Triviños<sup>(18)</sup> e um roteiro para análise da comunicação não verbal baseado no livro “Comunicação tem remédio”<sup>(2)</sup>.

Para a realização das observações sobre a comunicação não verbal, a pesquisadora elaborou um roteiro dividindo em itens todos os elementos que julgou importante analisar: 1) Paralinguagem que se refere aos sons, volume e tom de voz, velocidade e ritmo da fala e a forma como as palavras são ditas, as risadas, bocejos ou qualquer som emitido pela boca; 2) Cinésica que significa a linguagem corporal ou a forma como o corpo expressa sentimentos por meio de seus movimentos tais como gestos manuais e expressões faciais; 3) Proxêmica em que se observa a aproximação ou o distanciamento corporal entre indivíduos, sofrendo influencia comportamental, social e cultural; 4) Tacêsica é tudo que envolve a comunicação tátil e o tocar: pressão exercida, local onde se toca, os tipos de toque: instrumental e expressivo ou afetivo; 5) Características físicas que é a própria forma e aparência do corpo e 6) Fatores do meio ambiente: transmitem informações sobre a faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde que podem influenciar nosso comportamento<sup>(2)</sup>.

As observações ocorreram ao longo de seis meses: de julho de 2019 a janeiro de 2020 e cada profissional foi de forma individual, sem aviso prévio que seria observado naquele dia, respeitando a organização das visitas pré-estabelecidas e a atuação de cada profissional.

O segundo instrumento utilizado para a coleta de dados foi o grupo focal, que aconteceu imediatamente após o término das observações, no final de janeiro de 2020, na própria sede do SAD em horário estabelecido pela equipe participante do estudo e conforme a disponibilidade dos profissionais do SAD. Uma única reunião de 90 minutos foi suficiente para coletar as informações que se pretendia, guiando-se por meio de um roteiro de perguntas norteadoras, preparadas previamente pelo pesquisador com o objetivo de instigar e provocar respostas no grupo.

O pesquisador deve tomar alguns cuidados

ao utilizar o grupo focal como instrumento: no momento de compor o grupo focal, na condução das perguntas do roteiro e no entendimento sobre a perspectiva dos participantes sobre o tema pesquisado<sup>(19)</sup>. A pergunta que norteou a entrevista foi: Qual o significado da comunicação não verbal para vocês?

Durante a reunião, o pesquisador responsável foi o moderador, e uma segunda pessoa (observador e anotador), treinada em questões técnicas e éticas, não possuía vínculo com a instituição de estudo e era participante do mesmo grupo de pesquisa que a pesquisadora. Utilizou-se um gravador de áudio para gravar as falas dos participantes e o observador utilizou um diário de campo para anotar os sinais não verbais manifestados como: as expressões faciais, olhares, tom de voz, atitudes e comportamentos não verbais. Durante a reunião, ficou claro a dificuldade dos participantes em falar sobre o tema. Após a reunião, a pesquisadora reuniu com a observadora para debater e comparar suas percepções.

As falas gravadas durante o grupo focal foram transcritas *ipsis litteris* pela pesquisadora, e para preservar o anonimato dos participantes nomeadas pela letra “P” (Participante), seguido do número pela ordem em que respondiam as perguntas do roteiro.

Após a realização do grupo focal os participantes não tiveram acesso à transcrição de suas falas e todo o material empírico foi analisado por pares, incluindo a pesquisadora, o orientador e o grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde (NUPEQS) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) de modo a evitar o viés de estudo e aprimorar as categorias encontradas.

Após transcrever os dados do material coletado das anotações do diário de campo, do roteiro de observação não verbal e o roteiro de perguntas do grupo focal e suas anotações, originou-se um corpus de sete textos que foram submetidos à análise de conteúdo. Nessa técnica de análise, o pesquisador descobre os núcleos de sentido que irão compor a comunicação e assim, há o desmembramento do texto em unidades de categorias ou temas que se forma grupos que posteriormente e conforme

frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Esse tipo de análise compreende três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e sua interpretação<sup>(17)</sup>. Sendo assim, nessa última etapa, utilizou-se o referencial teórico e metodológico para subsidiar as interpretações e posterior discussão.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 10 participantes. Dentre esses, 20% (2 participantes) eram do gênero masculino e a média de idade de 39,2 anos, variou entre 31 e 46 anos. O tempo em que os profissionais estavam atuantes no SAD variou entre 6 meses a 5 anos, o que mostra uma variação média de 3,35 anos de atuação e o tempo de formação profissional diferiu entre 8 a 21 anos com uma média de 14,15 anos.

Evidenciou-se de maneira muito clara durante as manifestações não verbais e em momentos específicos da assistência domiciliar, à inabilidade e desconhecimento da comunicação não verbal da equipe multiprofissional do SAD. Uma vez realizada a análise de conteúdo, emergiram dois temas. Esses temas apresentados surgiram da relação entre os referenciais teóricos-metodológicos utilizados, a experiência prática do pesquisador e a subjetividade existente desta relação:

**1. A comunicação não verbal como meio de manutenção e demonstração de poder:** Durante as observações foi possível perceber que os profissionais de saúde do SAD pareciam estabelecer uma afinidade maior com alguns colegas da equipe. Isso era percebido de forma mais clara durante os encontros esporádicos para passagem de plantão e nas reuniões de equipe que ocorriam toda semana. Os sinais não verbais manifestados que comprovaram essa aproximação aconteciam desde o momento em que se encontravam e quando sentavam-se na mesa redonda de reuniões.

Notava-se que os profissionais mais antigos na equipe possuíam maior intimidade, vínculo e liderança no grupo e no ambiente. No momento em que encontravam-se, percebia-se que os profissionais mais antigos do SAD aproximavam-

se mais dos colegas que possuíam maior vínculo, cujo comportamento não verbal manifestado nesse momento eram: sorrisos, abraços, toque afetivo, olhares empáticos, aproximação corporal, tom de voz alegre e calmo enquanto, os colegas com menor tempo no SAD eram tratados de maneira oposta: cumprimentos de forma mais formal, distanciamento corporal, apertos de mãos sem muita aproximação, olhares e expressões sérias e até com alguns colegas recém chegados, nenhum tipo de contato visual ou corporal, totalmente ignorados.

Em um segundo momento, um sinal não verbal interessante e persistente percebido na maioria das reuniões foi que do lado direito da mesa sentavam-se somente os profissionais mais antigos, enquanto os profissionais mais novos no serviço, e que ainda não possuíam familiaridade com a equipe, sentavam-se a esquerda da mesa e pareciam manifestar sinais de constrangimento pela falta de intimidade em um espaço ainda pouco conquistado e inibidos em falar ou expressar suas opiniões. Esses sinais revelavam-se por meio da linguagem corporal, expressos pelos olhares e cabeças abaixadas, braços cruzados ou mãos entrelaçadas, sentando-se com a cadeira distante da mesa e da própria equipe.

No centro da mesa, sentava-se a médica que liderava a equipe e mediava as reuniões, possuía um tom de voz baixo, porém firme e sua palavra prevalecia sempre no fim de cada reunião. Conforme aconteciam as reuniões, captavam-se trocas de olhares e expressões faciais entre os colegas da direita, na tentativa de demonstrarem suas opiniões, quase sempre quando os colegas da esquerda tentavam se impor. Tais comportamentos também eram notados pelos colegas da esquerda e assim, criava-se uma barreira entre o grupo da direita e da esquerda, o que prejudicava a relação positiva entre esses e gerava conflitos que repercutiam no momento das discussões de caso e durante a assistência.

Os profissionais da direita, mais familiarizados com a equipe, afirmavam interpretar com facilidade os sinais não verbais provenientes das atitudes e comportamentos dos colegas, o que por vezes tornava desnecessária a comunicação verbal. Relatavam, ainda, que a destreza em interpretar a linguagem corporal era resultado

do longo período de convivência, intimidade, vínculo e conhecimento do outro. As falas a seguir comprovam esses achados:

**P2:** *"(...) as coisas vão acontecendo e as vezes a "E" faz um gesto e eu sei exatamente o que ela quer falar, o que que ela tá pensando...porque a gente é muito grudada né? aqui dentro. É muito tempo de trabalho e então, a gente...eu acho que é incrível assim, eu capto muita coisa dos profissionais, das expressões(...)"*.

**P4:** *"Entre a gente... entre um profissional e outro, a gente tem um momento muito específico da semana que é a reunião de equipe e como a gente tá aqui trabalhando muito tempo juntas né? Com exceção da "E" que chegou agora, mas, a gente sabe exatamente o que está se passando na cabeça de cada um na medida em que a reunião vai sendo desenrolada"*.

**P5:** *"Se a "pessoa" fala uma coisa torta eu posso até tentar fazer uma cara muito, muito estranha mas...ela percebe que eu não tô concordando muito e então, tem essa empatia no grupo, as pessoas conhecem umas às outras já por esse tempo que trabalhamos juntos"*.

**P8:** *"(...) porque quando eu tô mais nervosa, as vezes eu não tô falando, mas eu tô muito chateada, muito quieta e a "pessoa" chega e fala: tudo bem? Tudo! Vc tá brava? Não. Mas ela sabe que tem, por causa dessa comunicação (se referindo a comunicação não verbal)"*.

É importante notar que entre os colegas que possuíam um relacionamento mais próximo, mesmo que os sinais não verbais fossem manifestações negativas de mau humor, estresse, insatisfação ou discordância, os colegas sempre justificavam suas atitudes e comportamentos de forma positiva, sem conflitos e sem julgamentos. Mostravam, ainda, entender o motivo pelo qual agiam daquela forma, sempre com o argumento de que tal compreensão era pautado no conhecimento profundo do outro, na intimidade e no vínculo que existia na relação entre eles.

A mesma opinião e os mesmos achados foram encontrados nas falas dos profissionais que haviam entrado há pouco tempo na equipe, relatavam que a falta da intimidade era um dificultador para iniciar uma relação positiva e que os colegas mais experientes interpretavam suas atitudes e comportamentos de forma negativa,

enquanto os profissionais que apresentavam maior vínculo e intimidade pareciam interpretar as atitudes do colega de forma mais positiva.

Os profissionais de saúde do SAD pareciam demonstrar por meio das falas que a interpretação dos sinais não verbais vai se aperfeiçoando à medida que os envolvidos têm uma relação empática e amistosa entre si, de receptividade de suas ideias e angústias.

Percebe-se que os profissionais mais antigos utilizavam a linguagem não verbal de duas maneiras: a primeira para criar um código e reforçar uma ligação positiva com seu grupo mais próximo e, de uma segunda maneira, para afastar os profissionais mais novos privando-os de adentrar nesse "diálogo".

Notava-se que o grupo mais antigo não verbalizava o incômodo ou sua insatisfação com a presença dos novos colegas, mas demonstravam por meio do comportamento e sinais não verbais. Tais sinais eram percebidos pelos novatos que entendiam a não aceitação da equipe sentindo-se inibidos em apresentar suas ideias. Assim, o grupo mais antigo parecia utilizar a linguagem não verbal para manter e demonstrar seu poder dentro do grupo, inclusive na tomada de decisões.

Assim, esses profissionais mais antigos estabeleciam uma barreira na relação com os colegas mais novos e expressavam por meio da linguagem corporal indícios de não aceitação como: expressões faciais sérias, pouco simpáticas, evitavam sorrisos e mantinham sempre distanciamento corporal. Isso fazia com que os novatos manifestassem sinais não verbais de forma defensiva como: expressões faciais inibidas, olhares direcionados para a parede ou para o teto, tentavam não demonstrar intimidação e olhares que tentavam disfarçar o que estavam pensando e sentindo.

Tudo isso causava a impressão de uma relação negativa e gerava comportamentos hostis por parte daqueles que lideravam o território e constrangiam aqueles que não estavam sendo acolhidos naquele espaço novo. As falas a seguir, de profissionais com pouco tempo na equipe, comprovam esses achados de forma clara:

**P7:** *"Todo mundo que entra, não é uma lei, não é uma coisa, mas é essa empatia. Todo mundo*

que entra, eu falo por mim que eu entrei depois das meninas que já estavam, tem uma certa resistência, a gente não consegue, é ... eu sei que em todos os grupos, em todos os lugares, a gente não conhece a pessoa, mas aqui em especial é diferente, é difícil.

**P8:** Quando a gente entra parece que tem uma barreira, as pessoas não te aceitam muito bem. Então, tipo assim, a tática que eu usei foi fazer cara de árvore sabe? (risos)“.

Notou-se que os profissionais mais antigos demonstram poder de liderança utilizando a linguagem não verbal, assim, quando se sentiam ameaçados pelos profissionais novatos, agiam de forma defensiva, com manifestações negativas, para continuar controlando seu território.

A pesquisadora observou também que parecia haver relação entre o saber e o poder nas relações presentes na equipe do SAD. Percebeu-se que o profissional de maior saber na equipe, estaria dotado de maior poder. Tal saber parecia estar relacionado com a formação profissional, em que no caso seria o médico que possuía maior autonomia, respeito e privilégios no grupo. A pesquisadora ainda notava uma hierarquia de domínio territorial, demonstrados em seus comportamentos, uma percepção de superioridade em que o médico é colocado no topo, seguido dos demais profissionais de curso superior e por último, os colegas de cursos técnicos.

A estreita relação entre os profissionais com mais tempo na equipe com os profissionais com pouco tempo no SAD, justificava-se pelo receio de perder o domínio de seu espaço. As relações interpessoais se tornavam positivas a partir do momento em que o convívio trazia o conhecimento do outro e surgia o vínculo e a empatia que, aos poucos, enfraquecia os sentimentos de ameaça e perda de domínio de seu território.

**2. A qualidade das relações interpessoais depende do conhecimento e habilidades em comunicação não verbal:** Os profissionais de saúde do SAD relataram durante o grupo focal sentimentos de desrespeito, desvalorização e não reconhecimento de seu papel por parte das equipes da rede de atenção à saúde (RAS), com as quais necessitavam manter contato para

acompanhar o estado de saúde dos usuários, organizar o fluxo de demanda e realizar a captação de pacientes para acompanhamento da equipe do SAD.

O desconhecimento das equipes do RAS sobre o papel dos profissionais do SAD gerava barreiras negativas na relação interprofissional. Notava-se de forma clara, as barreiras entre as equipes do SAD e da atenção hospitalar, visíveis especialmente durante as visitas em que a equipe do SAD necessitava obter informações do paciente antes de assumir o caso de internação domiciliar.

Tais barreiras manifestavam-se por meio de sinais não verbais como expressões faciais insatisfeitas, atitudes de desprezo, expressões faciais e olhares de descaso, espera longa pelas informações dos pacientes, distanciamento corporal, respostas ríspidas e tom de voz alto e rude.

O desconhecimento e a inabilidade em lidar com a comunicação não verbal leva a interpretação negativa dos sinais não verbais que, somada a divergências entre os objetivos e condutas entre as equipes da RAS e do SAD refletiam também negativamente nas relações entre as equipes e na eficiência da assistência.

Ressalta-se nas falas dos profissionais do SAD que estes acreditavam ser possível minimizar tal desrespeito se os profissionais da RAS e os próprios gestores compreendessem melhor a função do SAD na atenção à saúde, o que facilitaria reconhecer, valorizar e transmitir a importância do serviço e dos profissionais envolvidos nesse processo.

As falas a seguir demonstram os sentimentos de desvalorização e desrespeito gerados nos profissionais de saúde do SAD, em consequência ao desconhecimento do papel da equipe do SAD por parte das equipes da RAS, seus sinais não verbais eram percebidos pelos profissionais do SAD de maneira negativa, o que gerava sentimentos negativos de desvalorização, que impactava de forma direta na relação entre as equipes e influenciava na assistência:

**P2:** Eu falei: vamos lá fazer papel de palhaço porque é assim que eu me sinto lá dentro. É. uma instituição grande, que deveria ser a maior parceira e é o maior desrespeitador.

**P5:** *A gente já foi muito maltratado. Você se sentia um rato lá dentro. E só percebe por meio do não verbal porque ninguém fala nada, ninguém fala na cara e a gente percebe na cara das pessoas (...)*

**P6:** *Eu acho que as pessoas não respeitam por desconhecimento. Nem os profissionais de saúde conhecem o papel do SAD e muitas vezes julgam sem conhecer.*

**P8:** *Se os gestores compreendessem melhor o papel dos profissionais do SAD, talvez seria mais fácil de levar tal conhecimento para os profissionais da rede e aí então houvesse um reconhecimento da importância do SAD.*

## DISCUSSÃO

Identificou-se nesse estudo uma considerável desarticulação dos serviços, o que reflete na descontinuidade da assistência ao usuário do SUS. É inadmissível que dentro do RAS ainda haja desconhecimento tão profundo sobre o papel dos envolvidos nesse processo e a falta de receptividade entre os atores.

Sendo assim, é imprescindível que a Secretaria de Saúde invista em estratégias que conscientizem essas equipes quanto à importância da Atenção Domiciliar e proporcione uma comunicação efetiva entre os profissionais desses serviços, visando um melhor relacionamento entre eles.

O bom relacionamento entre os profissionais de saúde é fundamental para se alcançar os objetivos desse serviço e a finalidade dos processos de trabalho, por isso, precisam buscar constantes espaços de reflexão sobre sua prática, atualização técnico-científica, o diálogo e as habilidades sociais com os demais trabalhadores que integram o serviço. A colaboração influencia nas interações entre os membros da equipe e na maneira como ela funciona. Compreender o papel desempenhado entre os profissionais é um pré-requisito importante para a colaboração, o que facilita a comunicação<sup>(20)</sup>.

Destaca-se a importância dessa categoria para os profissionais de saúde por fazer-se repensar o quanto o autoconhecimento, o conhecimento do outro e o entendimento de seu papel é essencial. Essa compreensão traz benefícios positivos para

as relações interpessoais, em especial para as equipes de saúde, onde todos possuem a necessidade de sentirem-se acolhidos, respeitados e valorizados independente da sua área de atuação que motivados pelos benefícios dessa interação, demonstram por meio da linguagem corporal, eficiência em suas ações e garantia da qualidade da assistência.

É interessante perceber a importância do acolhimento, do conhecimento do outro, do vínculo, empatia e do desenvolvimento de uma relação positiva entre os profissionais de saúde, seja nas relações com os profissionais da própria equipe, seja em suas relações com profissionais de trabalho de outras equipes. É como se existisse um ciclo: ser empático e receptivo ao outro, permite que a comunicação se aprimore e se torne cada dia mais efetiva e consistente, o que contribui para uma boa relação.

As relações acontecem por meio da comunicação, seja de forma verbal ou não verbal, o que é importante para estabelecer vínculos saudáveis, que acarretam sentimentos positivos que facilitam a harmonia entre as pessoas e refletem na eficácia do trabalho realizado.

Interessante perceber que a linguagem corporal é expressa sempre de maneira natural e inconsciente em sua maioria e, portanto, podemos dizer que a comunicação não verbal é a forma mais sincera e natural de revelar o que realmente pensamos e sentimos.

Nosso corpo está a todo tempo transmitindo informações que passam despercebidas e a interpretação da linguagem corporal traduz a interação do indivíduo com estímulos do meio em que vive, que dependendo da situação vivenciada, os interpreta de forma única, de maneira positiva ou negativa<sup>(21)</sup>. Saber interpretar os sinais da comunicação não verbal é fundamental para o conhecimento do outro, em que nesse momento, comporta-se de maneira inconsciente, transparente e compartilha-se pensamentos, sentimentos e conhecimentos de mundo.

Para que se possa adquirir habilidades na interpretação dos sinais não verbais, ressalta-se também a necessidade do autoconhecimento, para que possamos conhecer e compreender o outro. Apesar de não ser tarefa fácil, a liberdade

de aprimorar o autoconhecimento, nos remete a descobrir nossas limitações e potencialidades, tornando-nos pessoas melhores, compreensíveis e felizes. Dessa forma, é possível respeitar e aceitar melhor o outro<sup>(22)</sup>. Assim, o autoconhecimento e o conhecimento dos colegas de trabalho, aumenta a afetividade e a realização profissional, o que reflete na qualidade das relações.

A qualidade das relações interpessoais parece depender do profundo conhecimento do outro que, por sua vez, depende da receptividade, do respeito e confiança entre os atores e do tempo de convivência, que reflete de forma direta em nossas atitudes e comportamentos não verbais.

A interpretação positiva ou negativa do comportamento não verbal do outro é diretamente proporcional as respostas não verbais reveladas em nossas atitudes. Mesmo de forma inconsciente, quando os sinais não verbais do outro se manifesta de maneira positiva, nosso comportamento também responde de forma positiva ou ao contrário, manifestações não verbais negativas, a resposta será quase sempre negativa.

Entretanto, possuir habilidades em comunicação não verbal é fundamental para a construção e qualidade das relações interpessoais, que facilita a interpretação dos sinais não verbais do outro e conseqüentemente, a compreensão das atitudes e comportamentos entre esses atores.

Consegue-se obter bons resultados do trabalho em equipe a partir de uma comunicação eficaz, confiança, aceitação das diferenças, valorização das habilidades de cada pessoa, conhecer os objetivos pretendidos e cooperação mútua. Define-se equipe a união de indivíduos com diferentes culturas e personalidades, mas com os mesmos propósitos e responsabilidades que, diante de situações difíceis e conflitos, conseguem resolver problemas com inteligência e maturidade, sem pretensão de adquirir vantagem individual<sup>(23)</sup>. Desse modo, corrobora os achados desse estudo, que indica a qualidade das relações interpessoais como fator determinante no sucesso do trabalho em equipe.

Para um bom relacionamento, é necessário que haja respeito e empatia entre os profissionais. A falta de interação e empatia pode ser atribuída pelo pouco convívio e o desconhecimento da

personalidade do outro. Portanto, é importante que os gestores planejem momentos de relaxamento e confraternização no ambiente de trabalho, o que torna um espaço prazeroso e construtivo, o que influencia os relacionamentos tornarem-se agradáveis<sup>(24)</sup>.

Assim sendo, é necessário estimular os profissionais ao cuidado uns com os outros, como oferecer apoio, dividir tarefas, demonstrar-se aberto e flexível, entre outras medidas que possibilitem o conviver melhor nestes espaços comuns<sup>(24)</sup>. Realizar a reflexão das necessidades do grupo, também pode ser uma boa maneira de proporcionar melhorias coletivas.

Desse modo, esse estudo deixou claro que a falta de habilidade em interpretar os sinais não verbais, pode levar, muitas vezes, a uma análise equivocada dos sinais não verbais com manifestações não verbais negativas que podem gerar dificuldade na construção de uma relação de confiança.

Para os profissionais de saúde do SAD, é fundamental entender a importância da comunicação não verbal em sua prática, já que atuam em um ambiente complexo, com complexas relações interpessoais acontecendo simultaneamente. Uma estratégia é implementar oficinas que ensinem os profissionais de saúde a reconhecerem os diversos sinais de linguagem corporal e seus significados, para que valorizem a importância de uma comunicação efetiva e os benefícios de se discutir seus ruídos e as formas de aperfeiçoar esse processo.

Sugere-se novos estudos com profissionais de saúde que atuam nos demais setores da atenção primária e secundária.

## CONCLUSÃO

Respondendo aos objetivos desse estudo, compreendeu-se que por meio da linguagem corporal, os profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar utilizam a comunicação não verbal em suas relações interpessoais como meio de manutenção e demonstração de poder e a qualidade das relações interpessoais depende do conhecimento do outro e das habilidades em comunicação não verbal. Portanto, concluiu-se que a inabilidade e o desconhecimento

em comunicação não verbal por parte desses profissionais de saúde, acarreta na interpretação equivocada dos sinais corporais, o que influencia negativamente nas relações interpessoais.

Diante dos achados deste estudo recomenda-se o repensar sobre como a comunicação não verbal vem sendo ensinada e subutilizada pelos profissionais de saúde de diversas áreas de atuação. É essencial que os profissionais de saúde desenvolvam competências quanto à interpretação da linguagem corporal e busquem aperfeiçoar e valorizar a comunicação não verbal e assim, conseguir captar informações reais do comportamento do outro, para utilizar a comunicação não verbal de maneira mais assertiva, utilizando-a como uma ferramenta valiosa e positiva, que auxilia no relacionamento interpessoal e na qualidade da assistência prestada.

**Financiamento:** À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

**Agradecimentos:** À Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Brasil e a todos os profissionais que participaram da pesquisa, contribuindo assim para o avanço científico do país.

#### **Participação dos autores:**

**Michelle Ferraz Martins Jamarim:** Concepção e desenho de trabalho; Recolha / coleta de dados; Análise e interpretação dos resultados; Elaboração do manuscrito.

**Maria Giovana Borges Saidel:** Elaboração do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final; Outras contribuições: Passou COREQ.

**Roberto Corrêa Leite:** Elaboração do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final.

**Claudinei José Gomes Campos:** Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final; Técnica e aconselhamento metodológico.

#### **REFERÊNCIAS**

1. Abbas M, Khan SM. Nonverbal Communication and Affectivity: A Scale for Detecting Emotions Through Nonverbal Behavior. *Psychol Stud* [Internet]. 2023 [citado 2023 jan 2024]. 68: 472- 480. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12646-023-0714-w>
2. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 2013.
3. Figueiredo GM, Pereira VRD, Moraes NA. Importância sobre comunicação alternativa pelos enfermeiros emergencistas. *Revista Recien* [Internet]. 2021 [citado 2021 nov 22]; 11(36): 175-84. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.175-184>
4. Kirca N, Bademli K. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2019 [citado 2021 nov 22]; 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
5. Lacerda JFE, Santos PSP, Maia ER, Oliveira DR, Viana MCA, Cavalcante EGR. Effective communication in the nurse-patient relationship in the light of Transcultural Interprofessional Practice model. *Rev Rene* [Internet]. 2021 [citado 2021 set 22]; 22: e 61443. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.202122614432021>
6. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Rev Mosaico* [Internet]. 2020 [citado 2021 out 22]; 11(2): 109-116. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010: estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2019 jan 2020]; 34(1): 111-117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>
10. Hale AJ, Freed J, Ricotta D, Farris G, Smith CC. Twelve tips for effective body language for medical educators. *Med Teach* [Internet]. 2017 [citado 2020 out 21]; 39(9): 914-919. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1324140>
11. Souza JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer.

- Pesqui Debate Educ (Online) [Internet]. 2020 [citado 2021 abr 22]; 10(2): 1396-1416. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
  13. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [citado 2022 out 23]; 34: e APE 02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
  14. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de população [Internet]. 2021 [citado 2022 fev 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. 2016 [citado 2020 nov 15]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)
  16. Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. Rev Pesq Qualitativa [Internet]. 2022 [citado 2022 dez 23]; 10(25): 404-424. Disponível em: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
  17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2016. 408 p.
  18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009. 175p.
  19. Lima ADF, Sampaio AA. Grupos focais como ferramenta de pesquisa qualitativa na fisioterapia: implicações e expectativas. Rev Pesq Qual [Internet]. 2023 [citado 2023 nov 2024]; 11(27): 361-74. Disponível em: [editora.sepq.org.br/rpq/article/view/577](https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/577)
  20. Pype P, Mertens F, Helewaut F, Krystallidou D. Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behavior through team members' perception of interpersonal interaction. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [citado 2019 set 2020]; 18, 570. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3>
  21. Mantovani MS, Ribeiro MCP. A influência da comunicação não verbal na interação humana. Rev Univ Vale Rio Verde (Online) [Internet]. 2018 [citado 2020 jun 21]; 16(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4474>
  22. Viana R. Autoconhecimento e o Poder da Comunicação [Internet]. Editora Viseu Ltda. 2024. Editor: Thiago Domingues Regina. e-ISBN 978-65-254-6461-9 Disponível em (exibido limitado): [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=kXPzEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=22.%09Viana+R.+Autoconhecimento+e+o+Poder+da+Comunica%C3%A7%C3%A3o+%5BInternet%5D.+Viseu,+2024&ots=Wnf-Oz\\_FBN&sig=1zJtr9oyfgHe-FOO2trJWWM81gY&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=kXPzEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=22.%09Viana+R.+Autoconhecimento+e+o+Poder+da+Comunica%C3%A7%C3%A3o+%5BInternet%5D.+Viseu,+2024&ots=Wnf-Oz_FBN&sig=1zJtr9oyfgHe-FOO2trJWWM81gY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true)
  23. Wegner RS, Godoy LP, Godoy TP, Bueno WP, Pereira MS. Trabalho em equipe sob a ótica da percepção dos gestores e funcionários de uma empresa de serviços. Pretexto [Internet]. 2018 [citado 2019 jul 21]; 19(1):11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.21714/pretexto.v19i1.3089>
  24. Eloia SMC, Vieira RM, Eloia SC. A relação interpessoal entre profissionais da estratégia saúde da família. Essentia (Sobral) [Internet]. 2019 [citado 2020 out 21]; 20 (1): 2-8. Disponível em: <https://doi.org/10.36977/ercct.v20i1.249>

