

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL

OZANA CAROLINA LINS SIQUEIRA ALMEIDA

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO: para profissionais de saúde que atuam no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

São Luís
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL

OZANA CAROLINA LINS SIQUEIRA ALMEIDA

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO: para profissionais de saúde que atuam no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do título de Mestre em Comunicação.

Orientadora: Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo

Coorientadora: Dra. Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo

São Luís
2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Almeida, Ozana Carolina Lins Siqueira.

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO : para profissionais de saúde que atuam no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / Ozana Carolina Lins Siqueira Almeida. - 2025.

120 f.

Coorientador(a) 1: Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo.

Orientador(a): Melissa Silva Moreira Rabelo.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Comunicação - Modalidade Profissional/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

1. Comunicação Pública. 2. Comunicação e Saúde. 3. Protocolo de Comunicação. I. Jerônimo, Luciana Saraiva de

OZANA CAROLINA LINS SIQUEIRA ALMEIDA

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO: para profissionais de saúde que atuam no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do título de Mestre em Comunicação.

Orientadora: Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo

Coorientadora: Dra. Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Paulo Maria Rabelo Junior
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dr. Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo (Coorientadora)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

À Deus em primeiro lugar. Aos meus avós Ozirio Viana Siqueira e Ozana Lins Siqueira e à minha Mãe Liana Maria Lins Siqueira (*IN MEMORIAM*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus fonte de inspiração divina, fonte de misericórdia que jorra no templo e em todos os momentos de minha vida;

Ao meu avô Ozirio Viana Siqueira (*in memoriam*), que dedicou a vida trabalhando como sanitarista em locais longínquos deste país, a serviço do SESP;

À minha amada e adorada avó Ozana Lins Siqueira (*in memoriam*), a quem amo de todo coração;

Aos meus amados pais Ozana Lins Siqueira Almeida e Márcio Roberto Mendes Almeida, a quem sou eternamente grata pela minha vida, bem como agradeço a minha mãe por todo o apoio neste trabalho;

Às minhas mães e tias amadas Liana M. Lins Siqueira (*in memoriam*), Laene Lins Siqueira e Laize Lins Siqueira a quem agradeço eternamente por estarem sempre ao meu lado, dedicando muito amor e carinho, bem como agradeço a mãe Laene pela ajuda neste trabalho;

A minha amada irmã Ohana Camila que sempre esteve comigo nesta jornada acadêmica e que com muita paciência sentou comigo para me incentivar a estudar e perseverar;

À minha orientadora Profa. Dra. Melissa Rabelo, pela orientação e pelos conhecimentos compartilhados durante esta jornada de pesquisa visando entender um campo de pesquisa e contribuindo com soluções para a comunidade que tanto precisa de qualidade de vida;

À minha Coorientadora Profa. Dra. Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo pelo apoio desde a graduação e incentivo para que eu sempre aprimore meus conhecimentos e consiga ser uma profissional competente e que sempre busque o aprimoramento;

Ao Prof. Dr. Paulo Rabelo, por permitir e oportunizar a realização da pesquisa de campo no ambulatório do Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra e por suas contribuições durante toda a pesquisa, meu muito obrigada.

Ao meu namorado e amigo Arthur Guilherme Costa que em momentos cotidianos está sempre comigo me apoiando e incentivando.

E, a todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para esta pesquisa.

Comunicação não é só falar, ver ou ouvir, é fazer entender!
Renato Ribeiro

RESUMO

A pesquisa investiga as práticas comunicativas no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra da UFMA, em São Luís do Maranhão, propondo a elaboração de um protocolo de boas práticas comunicativas destinado aos profissionais de saúde que atuam nesse serviço. O objetivo geral consistiu em desenvolver um protocolo para orientar os profissionais de saúde sobre a adoção de estratégias de comunicação claras, acessíveis e humanizadas junto a pacientes em tratamento de trauma de face. Como objetivos específicos, buscou-se: analisar o processo comunicativo no ambulatório de CTBMF, identificar obstáculos presentes na interação comunicativa e produzir material orientador em formato impresso e digital para os profissionais que atuam no ambulatório CTBMF. A pesquisa adota abordagem qualitativa e exploratória, fundamentada em observação simples do contexto empírico e entrevistas semiestruturadas, que serviram de base para esta investigação. Os dados foram registrados em diário de campo e na transcrição das entrevistas para posteriormente serem organizados em categorias temáticas, analisadas à luz do referencial teórico. A utilização de gráficos e tabelas teve caráter meramente ilustrativo, sem alterar a natureza qualitativa da pesquisa. A coleta de dados no campo empírico foi realizada entre maio e julho de 2025 e baseou-se metodologicamente em Lakatos e Marconi (2018), Lopes (2018), Gil (2008), Andrade (2020) e Renó (2024). O aporte teórico incluiu Lopes (2004), Araújo e Cardoso (2007), França e Simões (2016), Stevanim e Murtinho (2021) que são autores que discutem comunicação e saúde. Como resultado, foi desenvolvido um protocolo de boas práticas comunicativas, organizado em eixos como acolhimento, comunicação de informações complexas, manejo de expectativas e padronização de condutas. O produto apresenta potencial de replicação em outros contextos de ambulatórios de CTBMF, contribuindo para a humanização do atendimento, a segurança do paciente e a efetividade da comunicação e saúde.

Palavras-chave: Comunicação pública; Comunicação e Saúde; Protocolo de comunicação.

ABSTRACT

The research investigates communicative practices at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Outpatient Clinic (CTBMF) of UFMA's University Hospital, Presidente Dutra unit, in São Luís, Maranhão, proposing the development of a protocol of best communication practices aimed at health professionals working in this service. The main objective is to develop a protocol to guide healthcare professionals on the adoption of clear, accessible and humanized communication strategies with patients undergoing treatment for facial trauma. The specific objectives were to analyze the communication process in the CTBMF outpatient clinic, identify obstacles in communicative interaction and produce a guidance material in printed and digital formats for professionals working at the CTBMF outpatient clinic. The study adopts a qualitative and exploratory approach, based on simple observations of the empirical context and semi-structured interviews, which served as the basis for the investigation. Data were recorded in a field diary and through interview transcriptions to be later organized into thematic categories, analyzed in the light of the theoretical framework. The use of graphs was purely illustrative, without altering the qualitative nature of the research. Data collection in empirical field took place between May and July, 2025, and was methodologically based on Lakatos and Marconi (2018), Lopes (2018), Gil (2008), Andrade (2020) and Renó (2024). The theoretical framework included Lopes (2004), Araújo and Cardoso (2007), França and Simões (2016), Stevanim and Murtinho (2021), whose works discuss communication and health. As a result, a protocol of best communication practices was developed and organized in categories like reception, complex information communication, management of expectations and standardization of procedures. The product shows potential for replication in other CTMBF outpatient clinic contexts, contributing to more humanized care, patient safety and more effective communication in healthcare.

Keywords: Public communication; Communication and Health; Communication Protocol.

LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HU	Hospital Universitário
LC	Lei Complementar
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra, década de 1960.....	31
Figura 2 – Relação entre profissional e paciente.....	367
Figura 3 – Tipos de comunicação	377
Figura 4 – Registro fotográfico da pesquisa in loco	49
Figura 5 – Sala de Atendimento Ambulatorial de CTBMF-HU-UFMA	561
Figura 6– Entrada do HU-UFMA	511
Figura 7 – Recepção do HU-UFMA.....	522
Figura 8 – Porta do Consultório 32.....	522
Figura 9 – Local de espera dos pacientes para o atendimento	533
Figura 10 - Categorias	54
Figura 11 - Modelo da página do Diário de Campo.....	53
Figura 12 - Cronograma.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero dos profissionais entrevistados	600
Gráfico 2 – Resultado da pesquisa sobre função exercida no ambulatório de CTBM	600
Gráfico 3 – Resultado da pesquisa sobre especialização.....	611
Gráfico 4 – Tempo de experiência de trabalho no HU-UFMA.....	611
Gráfico 5 – Início do diálogo com pacientes que apresentam traumas faciais?	622
Gráfico 6 – Resultado da pesquisa sobre o tipo de linguagem ou termos você prefere usar ao explicar o diagnóstico e o tratamento?	633
Gráfico 7 – O que você considera essencial para assegurar que o paciente compreenda bem a sua situação?	634
Gráfico 8 – Organização das informações para que os pacientes e seus familiares compreendam o tratamento	644
Gráfico 9 – Principais dúvidas que os pacientes costumam ter sobre o tratamento e a recuperação.....	655
Gráfico 10 – Procedimento de verificação se o paciente entendeu as informações importantes para seu tratamento.....	656
Gráfico 11 – Quais estratégias ou recursos você utiliza para facilitar o entendimento	666
Gráfico 12 – Utilização de alguma técnica para adaptar a linguagem de acordo com o nível de entendimento.....	667
Gráfico 13 – Entendimento por parte do profissional das falas dos pacientes que apresentam dificuldade de compreensão sobre o tratamento ou o trauma de face.	6768
Gráfico 14 – Envolvimento os familiares no processo de comunicação sobre o estado e o tratamento.....	68
Gráfico 15 – Orientação específica que o profissional fornece aos familiares para ajudar no processo de recuperação.	69
Gráfico 16 – Principais desafios na comunicação com pacientes com trauma de face	690
Gráfico 17 – Como superar os desafios	700
Gráfico 18 – Feedback recebido dos pacientes.....	711
Gráfico 19 – Como confirma compreensão final.....	712

Gráfico 20 – Papel da comunicação na recuperação	723
Gráfico 21 – Dados coletados no Pré-teste da pesquisa.....	77
Gráfico 22 – Dados coletados no Pré-teste da pesquisa.....	78
Gráfico 23 – Dados coletados no Pré-teste da pesquisa.....	78
Gráfico 24 – Dados coletados no Pré-teste da pesquisa.....	79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PROCESSO COMUNICATIVO NA ÁREA DE SAÚDE.....	177
2.1 A Comunicação	177
2.2 Comunicação e saúde	20
3 DIREITO À SAÚDE	24
3.1 Direito à Saúde e os marcos legais	266
3.2 Sistema Único de Saúde.....	269
3.3 Sistema Único de Saúde como política pública.....	322
3.4 A atuação do profissional de saúde e área de CTBMF.....	355
4 ANÁLISE E OBSERVAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da UFMA	411
4.1 Tipo e abordagem da pesquisa.....	422
4.2 Descrição do campo empírico	455
4.3 Instrumentos e objetivos da pesquisa	500
4.4 Relato da observação simples	533
4.5 Coleta de dados por meio de entrevistas	577
4.6 Análise dos dados	577
5 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS COMUNICATIVAS	744
5.1 Produto Desenvolvido pela Autora.....	744
5.2 Pré-teste e Proposta de Implementação do Produto	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	811
REFERÊNCIAS	833
ANEXOS.....	90
APÊNDICES	95

1 INTRODUÇÃO

A comunicação vai além da simples transmissão de informações implica reconhecer que, por meio dela, surgem processos, interações sociais, construções de significados, formações de identidade e contextos. O processo comunicativo utiliza linguagens verbais e não verbais para transferir conteúdos e ocorre em um contexto específico, sendo essencial considerar fatores sociais, culturais, históricos e físicos para a compreensão das informações transmitidas. A comunicação envolve elementos fundamentais, classicamente identificados como: emissor, receptor, mensagem, canal, código e contexto (França; Simões, 2016, p. 43).

A existência de interferências nesses elementos pode comprometer a clareza e a eficácia da mensagem. Em diferentes contextos sociais, há múltiplas formas de comunicação, como as linguagens oral, escrita, sonora e imagética¹. Ressalta-se que, entre as diversas formas de linguagem, são selecionadas e utilizadas nas práticas comunicativas, aquelas que melhor se adaptam a cada contexto específico.

Nesse sentido, os profissionais de saúde necessitam desenvolver competências comunicacionais que ultrapassem a simples transmissão de informações clínicas, incorporando práticas que envolvem escuta ativa, acolhimento, empatia e adaptação da linguagem ao nível sociocultural dos pacientes.

Uma das estratégias possíveis é a utilização de materiais impressos ou digitais — como guias, cartilhas, boletins e protocolos —, não como instrumentos únicos de transmissão de dados, mas como apoio pedagógico à relação comunicativa que se estabelece no atendimento. Esses recursos, quando bem elaborados, contribuem para uniformizar orientações, otimizar o tempo de consulta e apoiar o paciente na compreensão de diagnósticos, tratamentos e direitos. Entretanto, seu uso só é efetivo se associado a práticas comunicacionais mais amplas, que considerem o contexto social, cultural e emocional do paciente.

Na prática da comunicação e saúde, isso significa que explicar um diagnóstico, por exemplo, não se limita a repassar termos técnicos, mas envolve avaliar se o paciente compreendeu, escutar suas dúvidas, validar suas percepções e oferecer orientações em linguagem clara e acessível. Essas ações configuram o que

¹ Imagética – são as formas de comunicar através de imagens, desenhos etc.

denominamos, neste trabalho, de práticas comunicativas: um conjunto de estratégias e interações que integram a dimensão técnica e a dimensão humana do cuidado, voltadas a garantir clareza, acolhimento e corresponsabilização no processo terapêutico (Moura; Lopes, 2016; Schiavo, 2014).

Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo principal desenvolver um protocolo de boas práticas comunicativas para os profissionais de saúde que atuam no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do HU-UFMA.

O estudo justifica-se pela necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais e usuários atendidos em ambulatórios de saúde. Assim, a equipe que atua nesses espaços deve ser orientada por instrumentos de comunicação que ampliem a compreensão dos usuários sobre as informações repassadas.

A escolha da pesquisa relaciona-se à minha participação no projeto de pesquisa realizado durante a graduação em Relações Públicas no Hospital Universitário da UFMA, sob orientação da professora Dra. Melissa Rabelo.

Essa vivência acadêmica e empírica foi fundamental para despertar meu interesse pela interface entre comunicação e saúde, especialmente em contextos de alta complexidade e vulnerabilidade social. Na pesquisa realizada anteriormente nesse ambulatório de CTBMF, identificou-se que, apesar dos esforços da equipe de saúde, ainda existiam desafios importantes nos fluxos comunicacionais entre profissionais e usuários do serviço.

Por meio de entrevistas com profissionais e grupos focais com pacientes, observou-se que a comunicação, embora presente, nem sempre era sistematizada ou plenamente eficaz. Foram recorrentes, por exemplo, relatos de insegurança dos pacientes quanto à compreensão sobre seu diagnóstico, tratamento cirúrgico e cuidados pós-operatórios.

A análise dos dados epidemiológicos da pesquisa mencionada, revelou um perfil de pacientes predominantemente jovens, do sexo masculino, vítimas de traumas faciais decorrentes de acidentes motociclísticos, muitos dos quais sem uso de capacete. A pesquisa demonstrou que a comunicação, quando realizada de forma individualizada, clara e acessível, impacta positivamente a percepção dos pacientes sobre o cuidado recebido e sua recuperação.

A ação de comunicação proposta para qualificar as práticas comunicativas no ambulatório selecionado consistiu na produção de um material impresso: o

Protocolo de Boas Práticas Comunicativas. Esse instrumento, elaborado em formato impresso e digital, de modo acessível e padronizado, visa apoiar os profissionais de saúde no diálogo com pacientes e familiares, fornecendo orientações claras e recomendações de conduta aplicáveis ao cotidiano do serviço.

A escolha desse formato buscou atender à realidade do ambulatório de CTBMF, no qual nem sempre há disponibilidade de recursos digitais de fácil acesso, garantindo, assim, a utilização contínua e imediata do protocolo. Para tanto, considerou-se a necessidade de tiragens periódicas e definição de pontos estratégicos de distribuição — como sala de atendimento, secretaria do ambulatório e murais.

Além de padronizar orientações técnicas, o protocolo tem função pedagógica e relacional: servir de guia para profissionais em formação (como residentes) e ao mesmo tempo constituir suporte de consulta rápida que assegure clareza na comunicação com o paciente. Sua distribuição contínua no ambulatório permite não apenas a uniformização das práticas, mas também a criação de uma cultura comunicacional no serviço, em que a informação é sistematizada, acessível e associada ao cuidado humanizado.

Buscou-se, com esta pesquisa, a criação de um instrumento para orientação das condutas dos profissionais, contendo um conjunto de informações, decisões e normas, com vistas a melhorar condutas e otimizar a tomada de decisões durante o atendimento aos usuários. Dentre as opções levantadas, optou-se pela confecção de um protocolo de boas práticas comunicativas, por permitir considerar as especificidades locais.

A presente pesquisa está organizada em seis capítulos, estruturados de forma a conduzir o leitor da fundamentação teórica à proposta prática do protocolo.

Após a Introdução, no Capítulo 2, discute-se o processo comunicativo na área da saúde, explorando conceitos, abordagens e práticas que sustentam o campo da Comunicação e Saúde.

O Capítulo 3 apresenta o marco legal, abordando o direito à saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública que garante o acesso universal e igualitário.

No Capítulo 4, são descritos os caminhos metodológicos adotados, a abordagem adotada nesta pesquisa empírica foi de caráter qualitativo, optou-se pelo método de pesquisa de campo contendo, as técnica de observação simples e de

entrevista semiestruturada, para compreender se existe ruído na comunicação dos profissionais de saúde que atuam no ambulatório de CTBMF do Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra localizado na cidade de São Luís no Estado do Maranhão.

No Capítulo 5 foi construída uma solução ao problema, por meio da proposta de produto que é o protocolo de comunicação para os profissionais de saúde que atuam no ambulatório de CTBMF do Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra.

Enfim o capítulo 6 é dedicado às considerações finais, reúne a síntese dos principais resultados e reflexões, destacando as contribuições da pesquisa para o campo da Comunicação e Saúde e apresentando perspectivas para investigações futuras. Reconhece-se que o tema não se esgota aqui, mas a intenção é oferecer subsídios relevantes tanto à prática profissional quanto à produção acadêmica.

2 PROCESSO COMUNICATIVO NA ÁREA DE SAÚDE

Neste capítulo, abordamos inicialmente a comunicação e saúde, seguindo para uma discussão sobre o processo comunicativo direcionado à área da saúde. Realizamos um resgate histórico a partir da década de 1920, quando foram utilizadas propagandas de educação sanitária para minimizar epidemias e promover a adoção de medidas higiênicas, percorrendo trajetória histórica até os dias atuais. Essa análise fundamenta-se em autores como Araújo e Cardoso (2007), França e Simões (2016), entre outros, que discutem a comunicação e saúde como um direito do cidadão.

2.1 A Comunicação

A comunicação é essencialmente uma relação na qual acontece a transmissão de ideias e pensamentos entre pessoas e grupos sociais diariamente. Ela é “como a vida, aliás, comparação nada inusitada, já que a comunicação é uma das condições da existência e permanência da vida” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 11).

Nesse sentido, a comunicação:

[...] tem uma existência real, é um fato concreto de nosso cotidiano. Ela não apenas compreende as múltiplas ações através das quais criamos relações, desenvolvemos atividades e vivemos o nosso dia a dia [...] mas significa também uma dimensão institucionalizada, tecnicizada e altamente profissional que permeia igualmente a vida cotidiana e faz parte do nosso mecanismo de sobrevivência (França; Simões, 2016, p. 19).

Portanto, a vida cotidiana, por meio de nossos relacionamentos, gera memórias sociais que possibilitam a nossa sobrevivência. Nesse sentido, é importante compreender que os veículos utilizados para transmitir as informações que geram essas memórias são denominados meios de comunicação.

Entre os meios de comunicação de massa mais conhecidos, destacam-se: internet, televisão, filmes, rádio, jornais e revistas. Além desses, existem outras formas de comunicação, como conversas, cartas, arte, cultura e diversas manifestações comunicativas.

Conforme esclarecem França e Simões (2016, p. 19), “[...] a comunicação é domínio do fazer: é a ação humana, intervenção especializada dos indivíduos no mundo. Enquanto fazer, supõe e aciona um saber fazer”. A comunicação, entendida

como um fazer técnico, exige, portanto, um saber fazer que envolve o uso de técnicas, atitudes, criatividade e organização de ideias e informações.

A comunicação é também:

[...] um objeto de estudo, permitindo identificar suas diferentes configurações, por exemplo, a de um setor da economia, uma arena de embates políticos, um sistema tecnológico [...] leva a compreender, além disto, [...] a comunicação na sua articulação com a saúde vamos tratá-la como campo nascente, o campo da comunicação e saúde. [...] Campo é um espaço sócio discursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizada por contextos específicos (Araújo; Cardoso, 2007, p.19).

Vale destacar que, com o avanço da ciência da comunicação, constituiu-se um conhecimento que ultrapassa o operacional e o instrumental, como defendiam as primeiras correntes teóricas. Passou-se a considerar, portanto, os sentidos das práticas comunicativas que envolvem a intervenção e a criação dos indivíduos em um contexto de significados sobre as representações do mundo.

Como afirmam França e Simões,

[...] conhecer é atividade especificamente humana. Ultrapassa o mero 'dar-se conta de' e significa a apreensão, a interpretação. Conhecer supõe: a) a presença de sujeitos, b) um objeto [...] c) o uso de instrumentos de apreensão, d) um trabalho de debruçar-se sobre. (França e Simões 2016, p. 21),

Seguindo esses passos, é possível identificar a construção do sujeito e o resultado das relações que o permeiam, compreendendo-o como parte integrante do tecido social. Além disso, para a compreensão do espaço social, destaca-se a concepção de campo simbólico. Para Pierre Bourdieu, o campo simbólico constitui um espaço social portador de símbolos, no qual os agentes disputam as definições da realidade social segundo normas e valores específicos. Assim, o poder simbólico refere-se à capacidade de apreender significados, categorias de percepção e contextos regidos por regras particulares (Bourdieu apud Vilarinho, 2004).

Anteriormente, ciências como Sociologia, Filosofia e Economia estudavam fenômenos comunicacionais, mas tornou-se necessária a constituição de um campo autônomo, cujo objeto empírico fosse a comunicação em si. Dessa forma, os fenômenos passaram a ser compreendidos sob uma perspectiva especificamente comunicacional, e não apenas a partir de outros referenciais teóricos. A partir de então, os fenômenos comunicacionais começaram a ser analisados de maneira autônoma no campo da comunicação.

A ciência da comunicação, não obstante, foi permeada por diversas construções teóricas que organizam enunciados sobre aspectos da realidade. Seu objeto empírico é dinâmico, e as práticas comunicativas transformam-se conforme as revoluções sociais e tecnológicas. Destaca-se ainda a dimensão das relações de poder em disputa nesse campo. O objeto da comunicação não está isolado da sociedade; pelo contrário, é um produto histórico dela, assim como a sociedade também é produto da comunicação.

Para melhor elucidação, recapitulam-se os primeiros estudos da comunicação, a fim de compreender sua trajetória científica. Os estudos pioneiros nessa área iniciaram-se no século XX, sendo eles:

“contemporâneos das profundas mudanças que atingiram esse domínio, referentes ao desenvolvimento vertiginoso das técnicas, à institucionalização e profissionalização das práticas, e às novas configurações espaço-temporais que ganham forma no âmbito da realidade comunicativa” (França; Simões, 2016, p. 34).

Dessa forma, com o desenvolvimento dos meios de comunicação e dos estudos na área, formaram-se diversas correntes e escolas teóricas, como a Mass Communication Research, a Escola de Chicago (Estados Unidos), a Escola de Frankfurt (Alemanha) e o Estruturalismo (França). Na Inglaterra, surgiram estudos sobre mídia e análise da dinâmica de produção cultural na sociedade contemporânea, enquanto na América Latina os primeiros estudos emergiram na década de 1970, sob a designação de Teoria da Dependência (França; Simões, 2016, p. 39).

No Brasil, autores como Beltran, na década de 1970, desenvolveram argumentos históricos com base em dimensões sociais e contextuais. Nos anos 1980, a literatura sobre “o estado da arte” tratou da pesquisa em comunicação de modo geral. Outros autores, como Francisco Rüdiger, discorreram sobre a trajetória da pesquisa brasileira em comunicação, realizando análises fundamentadas na perspectiva crítica (França; Simões, 2016, p. 40).

Portanto, a comunicação, enquanto campo de estudo, apresenta-se como uma proposta inovadora para conhecer e interpretar os fenômenos sociais. Nesse ínterim, torna-se necessária a compreensão do processo comunicativo interpessoal, o qual compreende vários elementos:

Os interlocutores (a presença de um e do outro); uma materialidade simbólica (a produção discursiva); a situação discursiva (o contexto imediato e sua inserção em uma estrutura sócio-histórica particular).

O objetivo da análise comunicativa é justamente captar os desenhos dessas relações; o posicionamento dos sujeitos interlocutores; a criação das formas simbólicas e a dinâmica de produção de sentidos. (França; Simões, 2016, p. 28).

Desse modo, o processo comunicativo é constituído por múltiplos elementos que, em conjunto, estruturam esse campo. Recorda-se que a comunicação era compreendida, em grande parte dos estudos iniciais, como a simples transmissão de mensagens de um emissor a um receptor. Contudo, teorias mais recentes passaram a questionar essa matriz linear e a conceber o processo comunicativo como um fenômeno complexo, reconhecendo não apenas a autonomia e a riqueza de possibilidades de seus elementos constitutivos – mensagem, emissor, receptor –, mas também as múltiplas relações que os interconectam (França; Simões, 2016, p. 43).

A partir das compreensões apresentadas neste capítulo, avança-se para a discussão do campo científico do processo comunicativo em saúde.

2.2 Comunicação e saúde

No Brasil, o processo comunicativo direcionado à área da saúde remonta historicamente à década de 1920, com campanhas de educação sanitária voltadas para a minimização de epidemias e a promoção de medidas higiênicas (Araújo; Cardoso, 2007, p. 23).

A reforma sanitária brasileira os anos 1980 integrou um processo de democratização no país sem precedentes, fruto de intensa mobilização política, com o envolvimento de diferentes atores sociais [...] o reconhecimento da saúde como direito e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, representaram uma conquista da sociedade (Machado, 2024, p.2)

Nesse contexto, ocorre o reconhecimento da saúde como direito e as práticas comunicativas no campo da saúde têm como pressupostos o direito à comunicação e o direito à saúde como integrantes (Araújo; Cardoso, 2007, p. 57).

Desse modo, o conjunto de ações, comportamentos e processos que envolvem a comunicação entre os sujeitos do campo da comunicação e saúde devem ter como pilar o respeito ao direito à comunicação e à saúde. Ressalta-se o posicionamento teórico de Araújo e Cardoso (2007, p. 58) de que “a compreensão da comunicação como processo dinâmico de construção de sentidos deslegitima a de

transferência linear e bipolar de mensagens”. Dessa forma, compreende-se que a comunicação não é algo estático, mas dinâmico e em construção. Pois, já existem conhecimentos prévios em um processo comunicativo pois “nenhum discurso parte do zero, sem antecedentes e sem provocar consequências. Pelo contrário, cada fala, enunciado ou discurso integra uma rede de significações, que é parte das suas condições de produção” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 58).

Conforme supracitado, o processo comunicativo deve ser concebido e aplicado como redistribuição do poder que os indivíduos possuem ao se expressarem e serem respeitados em suas ideias, e não mais como o modelo instrumental de mera transmissão de informações.

Não obstante, na história da comunicação diferentes modelos foram se desenhando ao longo do tempo, como exemplo temos: a) o modelo informacional, b) o modelo desenvolvimentista, c) abordagem humanista e política na comunicação, d) o modelo de comunicação em dois fluxos e, e) a teoria da polifonia social de Bakhtin (Araújo; Cardoso, 2007).

Para melhor compreender os modelos de comunicação precisamos entender como a mensagem chega ao seu destinatário. No modelo informacional, as práticas positivistas objetivavam que a mensagem chegasse o mais fielmente possível ao receptor, e as características desse modelo acabaram levando “educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde acreditarem que a prática comunicativa se limitava a transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito a sua saúde e a sua vida” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 46)

No tocante a perspectiva desenvolvimentista da comunicação é importante destacar a existência da matriz pautada no modelo informacional que acreditava na possibilidade da transferência de mensagens e significados desejados, em contraposição a esta perspectiva vai consolidando-se severas críticas a este modelo que tinha uma perspectiva autoritária e não permitia a politização da população (Araujo; Cardoso, p. 48).

É nesse cenário que se destaca a proposta dialógica de Paulo Freire. A perspectiva freiriana de comunicação equipara os polos da relação comunicativa como detentores de saber e produtores de conhecimento. Esta perspectiva propõe a abordagem humanista e política na comunicação, que foi novidade nesta seara ao introduzir a concepção de comunicação dialógica (Araujo; Cardoso, p. 50).

É importante destacar que, nessa perspectiva freiriana de comunicação dialógica, ambos os polos da relação comunicativa são detentores e produtores de conhecimento, elementos que não podem ser desconsiderados na prática comunicativa. Essa abordagem contrapõe-se à perspectiva desenvolvimentista anteriormente apresentada, uma vez que coloca o enfoque nas questões do conhecimento e em sua apropriação crítica. Essa forma de entendimento atuou, por certo período, como inspiradora de experiências inovadoras no campo da saúde (Araujo; Cardoso, 2007, p. 51).

Um exemplo que ilustra bem é o do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), criado em 1956, pelo governo JK, que se constituiu em um espaço permeável as novas ideias, chegando mesmo a utilizar o método Paulo Freire em suas atividades no Nordeste. Na sua prática educativa, trabalhava a partir da cultura e das experiências locais, considerava os interesses da população e incentivava a participação (Araujo; Cardoso, 2007, p. 51)

Conforme supracitado, experiências inovadoras na saúde incentivaram a participação popular através do diálogo. O argumento é de que o diálogo autêntico é um encontro entre sujeitos conhecedores, mediados pelo mundo, buscando em conjunto a significação.

Ainda, tem-se a perspectiva da comunicação em dois fluxos, na qual cada fala, enunciado ou texto exprime uma multiplicidade de vozes que correspondem a interesses e posições diferentes nas estruturas sociais e que fazem com que a linguagem se transforme em uma arena de embates sociais no campo das relações de poder (Araujo; Cardoso, 2007, p. 56).

Essa perspectiva histórica, foi responsável por incluir a figura do mediador no processo, e no campo de saúde esses mediadores são representados pelos agentes de saúde que a partir da abertura de:

Espaços e conversações com uma outra visão da prática comunicativa, que tem como pressuposto o direito a comunicação que é indissociável do direito à saúde, a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base de sua configuração (Araujo; Cardoso, 2007, p. 59-60)

Ademais, Bakhtin propõe a teoria da polifonia social, trazendo avanços para a ciência da comunicação atual ao entender que o processo de comunicação não é mais somente a transmissão de conteúdos prontos, mas é um processo de produção

de sentidos sociais. Desse modo, essa vertente teórica considera uma multiplicidade de vozes presentes em cada fala, que são representativas da estrutura social, possibilitando a identificação de conflitos sociais e relações de poder no ato comunicativo que são utilizados no campo da comunicação e saúde (Araújo; Cardoso, 2007, p. 59).

Nesse entendimento, o processo comunicativo é uma forma discursiva por meio do qual é possível circular significados que são interpretados pelo público e estes podem se converterem em práticas sociais que melhoram sua qualidade de vida, principalmente no que se refere ao campo da saúde. Dessa forma, pode-se falar dos discursos ou das materialidades simbólicas dos fenômenos comunicativos, o modo de pensar a comunicação perpassa por dois momentos centrais do processo de comunicação (Hall apud França; Simões, 2016, p. 7).

Ante o exposto e trazendo para o cenário da saúde, é fundamental a compreensão do processo comunicativo com instrumentos que apresentem orientações e, levando em consideração atores sociais que participam desse contexto. É de extrema importância na prática comunicativa a circulação de informações que levem em consideração as especificidades dos sujeitos envolvidos no processo. Na perspectiva teórica da comunicação interpessoal, própria de processos dialógicos, sugere que os indivíduos ajustam o seu comportamento para corresponder ao do outro, buscando alinhamento e minimizando a diferença entre os seus estilos comunicativos.

Ainda, a comunicação nas práticas em saúde, parte do entendimento da comunicação dialógica, e ela é entendida como:

O ato comunicativo é destacado como processo de compartilhamento e ajuda entre o trabalhador de saúde e o usuário assistido, de forma a estabelecer um processo de ajuda ao indivíduo e à família. No contexto da assistência curativa, vários estudos abordaram essa temática com indivíduos hospitalizados, emergindo nessa abordagem a comunicação como: a) instrumento que propicia uma recuperação mais rápida, efetivada por meio das linguagens verbal e não verbal; e b) ferramenta que promove a humanização das relações por meio da troca de informações, validação das mensagens e interação com as famílias dos pacientes hospitalizados. (CORIOLANO-MARINUS et al, 2014)

Logo, no contexto de saúde, a comunicação efetiva reduz conflitos e proporciona a garantia de um atendimento humanizado que seja compreendido pelo

paciente. Não obstante, o estudo supramencionado revela barreiras existentes no ato comunicativo no ambiente hospitalar, conforme disposto na pesquisa:

O tema comunicação em saúde tem despertado interesse particularmente com o estabelecimento de relações horizontais e democráticas, a humanização da assistência, o protagonismo do indivíduo assistido e o controle social. Entretanto, algumas barreiras dificultam a sua concretude da forma ideal.

A (des)comunicação constitui uma dessas barreiras, que se efetiva por meio de filtros perceptivos os quais podem mudar a mensagem para ouvir o que o receptor deseja, bem como expressar mensagens contraditórias de forma não verbal, pela postura corporal assumida

Estudo que investigou práticas de comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no contexto assistencial assinala que, apesar da preponderância de técnicas de comunicação terapêutica, foram observadas 13,6% técnicas de comunicação não terapêutica, como induzir respostas, falsa tranquilização, comunicar-se unidirecionalmente, mudar de assunto subitamente e julgar o comportamento dos usuários. Dificuldades adicionais foram abordadas nos artigos analisados como barreiras para o ato comunicativo: não saber ouvir, uso de linguagem inacessível, imposições de ordens e lições de moral, ameaças e sugestões que não podem ser cumpridas, negação da percepção do outro e expressão de falso apoio.

Outro impasse que dificulta a comunicação efetiva está nas raízes históricas das práticas de educação em saúde voltadas para a população, as quais têm tido ênfase predominante na transmissão de informações com o objetivo de impor comportamentos a serem adotados pelos indivíduos. (CORIOLANO-MARINUS et al, 2014)

Assim, o contexto hospitalar possui obstáculos que dificultam a eficácia plena do processo de comunicação. Fato este, evidenciado na pesquisa empírica realizada no ambulatório de CTBMF do HU UFMA, na unidade Presidente Dutra.

Os ruídos na comunicação são barreiras que comprometem a compreensão da comunicação. Logo, a qualidade do cuidado e da interação com o paciente é prejudicado. Para PACHECO et al:

[...] os ruídos relacionaram-se à ausência/incompletude de informações sobre o paciente, com focalização da comunicação sobre intercorrências e evolução clínica das últimas 24 horas e pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e estado clínico do paciente; além de chegadas atrasadas, tom de voz baixo, conversas paralelas e uso de celulares. Tais ruídos geraram procedimentos desnecessários, errados ou a sua não realização. (PACHECO, et al, 2023)

Portanto, as interferências que distorcem ou comprometem a comunicação no ambiente hospitalar representam risco à segurança e ao tratamento do usuário de saúde, podendo gerar erros clínicos, administração incorreta de doses de medicamentos ou atrasos em procedimentos. Por isso, fatores como barulho

excessivo, estresse, cansaço dos profissionais ampliam as chances de comprometimento da comunicação.

Logo, a prevenção de ruídos deve ser realizada pelo estabelecimento de protocolos claros sobre a comunicação entre as equipes, é imperioso promover treinamentos periódicos com a equipe de profissionais e garantir que o ambiente físico seja adequado e livre de distrações. Caso, o ambiente já tenha ruídos identificados é necessário agir de forma direta e identificar a origem da falha e restabelecer o fluxo de comunicação.

Ainda, segundo Pacheco et al:

É necessário que os profissionais de saúde reconheçam a importância das relações interpessoais, pois, podem impactar negativamente na assistência ofertada ao paciente. (...) É perceptível que a comunicação interpessoal, não traz benefícios apenas para a equipe de saúde, mas, também na melhora da interação com o paciente facilitando sua avaliação por meio de identificações mais fidedignas de suas necessidades, esta habilidade é passível de aprendizagem por parte dos profissionais uma vez que a comunicação interpessoal permeia toda e qualquer atividade humana. (PACHECO, et al, 2023)

Nesse ínterim, a comunicação interpessoal em um ambiente hospitalar é uma ferramenta eficaz, diante da modalidade de trabalho coletivo, na qual as relações interpessoais estão atreladas as interações entre sujeitos. Dessa forma, a identificação e a solução de ruídos na comunicação interpessoal é imprescindível para o estabelecimento de interações no contexto hospitalar.

3 DIREITO À SAÚDE

Neste capítulo, aborda-se o direito à saúde, tratando em seguida dos marcos legais a partir de documentos que organizam e estabelecem as regras fundamentais para o funcionamento do Estado e da sociedade brasileira, como a Constituição Federal de 1988. O debate é fundamentado em autores como Araújo e Cardoso (2007), França e Simões (2016), entre outros, que discutem a comunicação e saúde como um direito do cidadão.

3.1 Direito à Saúde e os marcos legais

O direito à saúde pode ser compreendido a partir de diferentes perspectivas. Inicialmente, trata-se de um direito reconhecido internacionalmente e previsto de forma expressa nas normas de direitos humanos. Ressalta-se que, desde 1948, é possível identificar legalmente sua presença e relevância. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos daquele ano, dispõe-se que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (Nações Unidas, 1948, grifos nossos).

Com isso, tem-se a compreensão de que o direito a saúde contempla outras necessidades indispensáveis à existência humana. Ele tem um conceito complexo e agrupa elementos como vida, saúde e bem-estar, assistência médica, serviços sociais imprescindíveis à existência, direito ao auxílio na doença e na terceira idade.

Portanto, o direito a saúde tem reconhecimento de direito humano, ele também é considerado um direito fundamental quando analisado dentro das normas internas da legislação constitucionista do Brasil.

Nesse entendimento, os direitos fundamentais, nos quais se insere o direito à saúde, constituem-se como manifestações positivas com aptidão para produzir efeitos jurídicos. Para uma melhor defesa desse direito do cidadão, torna-se necessária a definição do conceito de saúde e sua garantia conforme as normas jurídicas vigentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde de forma ampliada, considerando que ela consiste “não apenas na ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE, 2025).

Portanto, indo muito além da dicotomia saúde versus doença, é necessário associar a ideia de bem-estar social e psíquico. A concepção de saúde exige a compreensão de um contexto social no qual esse direito assume dimensões individuais e coletivas.

Em âmbito interno, no Brasil, a saúde é considerada um direito social e uma meta a ser alcançada progressivamente por meio de políticas públicas implementadas pelo Estado, visando à efetivação dos direitos dos cidadãos. O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 estabelece a categoria dos direitos sociais, sendo neste dispositivo que se reconhece a saúde como um direito coletivo (Brasil, 1988, p. 19).

Além disso, a Carta Magna protege esse direito em seu artigo 196, dispondo que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, p. 176).

De acordo com Lenza (2015), a doutrina aponta uma dupla vertente dos direitos sociais, especialmente no que concerne ao direito à saúde: possui natureza negativa, na medida em que o Estado e terceiros devem abster-se de praticar atos que prejudiquem os indivíduos, e natureza positiva, uma vez que se fomenta um Estado prestacionista para implementar esse direito social.

Dessa forma, evidencia-se a relevância do direito para a garantia da saúde. Não obstante, sob a ótica do mínimo existencial, o direito à saúde é compreendido como de cumprimento obrigatório pelo Estado, a fim de assegurar a sobrevivência com dignidade. Para tanto, o constituinte optou por uma estratégia de vinculação de receitas públicas, estando constitucionalmente previsto que todos os entes federativos são obrigados a aplicar um percentual determinado de suas receitas na saúde.

Nesse cenário, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios constituem-se como entes competentes para a distribuição de recursos, conforme disposto no artigo 5º da Lei Complementar nº 141/2012, “À União cabe investir o montante aplicado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior à lei orçamentária vigente, destinado à saúde”. (BRASIL, 2012)

Assim, os entes federativos além da União, como os Estados e o Distrito Federal devem aplicar, no mínimo, 12% de sua arrecadação proveniente dos impostos sobre transmissão causa mortis e doação, sobre operações relativas à circulação de

mercadorias e prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e sobre a propriedade de veículos automotores, com o objetivo de direcionar recursos para a saúde.

Com igual cuidado jurídico para garantir a execução desse direito, a Lei nº 12.858/2013 dispõe sobre a destinação de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural para a área da saúde, com a finalidade de cumprir a meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 da Constituição Federal (Brasil, 2013).

É necessário ressaltar que, no caso de descumprimento das normas da Carta Magna, constituem inclusive hipótese de sanção com o mecanismo de intervenção. Em caso da não aplicação mínima dos recursos previstos para garantia do direito à saúde por conta do estado ou do município podem ser realizadas intervenções da União nos estados e dos Estados nos municípios, senão vejamos:

Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: [...] e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 1988) (grifos nossos).

É resguardada pela Constituição a manutenção e garantia deste direito; para tanto, foram criadas políticas públicas para concretizar a previsão jurídica. Nesse sentido, o SUS representa uma estrutura de operacionalização da lógica constitucional que prevê o direito à saúde. E mais, a saúde é considerada um direito social e uma meta social que deve ser alcançada de modo progressivo, por meio de políticas públicas criadas pelo Estado, a fim de garantir o direito dos cidadãos.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição reservou à sociedade, ao indivíduo e ao Estado o dever de cuidado com a saúde pública. (Brasil, 1988, p. 176).

Como supracitado, a Constituição Federal dispõe a saúde como um direito. Outro dispositivo jurídico que orienta a temática é a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 3º, trata da saúde considerando seus determinantes e condicionantes:

Art. 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho,

a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

Neste contexto, todo cidadão tem direito à saúde e ao atendimento a fim de garantir condições de bem-estar físico, mental e social e para melhor entendimento no próximo item abordaremos sobre o Sistema Único de Saúde.

3.2 Sistema Único de Saúde

A saúde é entendida não apenas como a ausência de doença, mas também como um conceito complexo que envolve diversas variáveis. A efetivação desse direito depende da concretização de outros direitos fundamentais, sendo considerada, portanto, como o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, determinando a criação de um sistema público que assegure acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Esse sistema foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990).

O artigo 4º da referida lei define o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e pelas fundações mantidas pelo Poder Público. Essa normatização trouxe a forma de organização, princípios, diretrizes e mecanismos de financiamento do SUS, estabelecendo-o como norma legal protetiva do direito à saúde.

Para garantir o financiamento do sistema, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde e define critérios para o rastreamento dos recursos de transferências entre as três esferas de governo. O artigo 2º destaca que as despesas devem ser voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, enquanto o artigo 3º, interpretado em conjunto com o artigo 200 da Constituição Federal, evidencia a competência do SUS para executar ações de promoção à saúde (Brasil, 2012).

O artigo 200 da Constituição Federal explicita atribuições como: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; e participar da formulação de políticas e da execução de ações de saneamento básico (Brasil, 1988).

Fica evidente, assim, a relevância constitucional e legal do direito à saúde, efetivado por meio do SUS, considerado:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; (Brasil, 1988).

Para que o sistema se efetive, é necessária sua capilaridade, isto é, a presença em todo o território nacional, alcançando inclusive populações mais vulneráveis. Assim, a utilização de instituições municipais, estaduais e federais, associada ao financiamento com recursos do Poder Público Federal, é imprescindível para assegurar o acesso da população aos serviços de saúde.

Nesse panorama, insere-se o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), instituição federal que integra a estrutura orgânica do SUS, atuando como órgão da administração pública e desempenhando papel estratégico na garantia do direito à saúde.:

[...] art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990)

O SUS, este é conceituado como:

[...] Um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso

integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 1990, p.1)

Neste contexto, o SUS é reconhecido internacionalmente por sua abrangência no atendimento e fundamenta-se nos seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade, participação social e controle social. Esses princípios visam suprir as necessidades do cidadão, seja como indivíduo, seja como parte de um grupo, organização ou associação. O entendimento sobre a definição do SUS, sua natureza como direito, seu papel e importância, bem como as formas de acesso e os obstáculos para sua concretização efetiva como exercício da cidadania, é fundamental para a garantia dos direitos da população brasileira a esses serviços (Cohn; Elias, 2019).

Com esse entendimento, apura-se que as ações do SUS na área da saúde, para que sejam efetivadas, necessitam de capilaridade, ou seja, de abrangência em todo o território nacional. Dessa forma, a utilização de instituições municipais, estaduais e federais para a realização dessas ações é fundamental para alcançar todas as regiões do Brasil, incluindo as populações mais vulneráveis. O financiamento, com recursos repassados pelo Poder Público Federal, é imprescindível para garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Nesse panorama, insere-se o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), instituição federal que integra a estrutura orgânica do SUS. Trata-se de um órgão da administração pública que exerce papel estratégico na rede de atenção à saúde.

Figura 1 – Hospital Presidente Dutra, década de 1960



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2025)

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Hospital Presidente Dutra foi inaugurado em 28 de julho de 1961, pelo então presidente da República Jânio Quadros, e pertencia ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 17 de janeiro de 1991, o Ministro da Saúde, Alcení Guerra, assinou o Termo de Cessão e Uso do Hospital Presidente Dutra para a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que passou a administrá-lo (Brasil; IBGE, 2025).

Importante centro de formação de recursos humanos na área da saúde, o HU-UFMA presta apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior às quais está vinculado. No campo da assistência à saúde, constitui-se como centro de referência de média e alta complexidade para o SUS.

Nesse contexto, inserem-se as práticas comunicativas em saúde, entendidas como todos os processos de interação e troca de informações que ocorrem no âmbito da saúde. Tais práticas não se limitam à relação médico-paciente, mas abrangem um universo mais amplo de interações, envolvendo o estudo e a aplicação de estratégias de comunicação voltadas a informar, influenciar e mobilizar pessoas e comunidades na promoção da saúde.

3.3 Sistema Único de Saúde como política pública

As práticas comunicativas são essenciais para aprimorar a relação entre profissionais de saúde, pacientes e comunidade, promovendo um cuidado mais eficaz. A comunicação possibilita que os agentes envolvidos mantenham ou transformem sua realidade, a fim de alcançar melhor qualidade de vida no campo da saúde. Esse campo constitui um “espaço sócio discursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos” e que precisa ser constantemente revisitado de acordo com as demandas contextuais (Araújo; Cardoso, 2007, p. 19).

Portanto, é necessário compreender as relações entre as práticas comunicativas e a garantia dos direitos assegurados por políticas públicas, como o SUS, que surgem para responder às demandas sociais e efetivar as garantias constitucionais dos cidadãos no que se refere à saúde. Nesse sentido, as políticas de

saúde representam uma forma essencial de exercício da cidadania, articulando-se com os princípios democráticos. Ademais, à medida que as pessoas adquirem conhecimento sobre seus direitos e dialogam acerca de questões relacionadas à saúde, tornam-se menos suscetíveis a manipulações (Minayo, 2014).

Na perspectiva da comunicação em saúde e políticas públicas tem-se como objeto de investigação políticas, práticas e estratégias de comunicação em saúde. Identificam-se como recortes temáticos nessa perspectiva, comunicação como direito, e comunicação, práticas e estratégias de comunicação em saúde. Tais recortes apresentam como ponto de convergência a busca por novos referenciais teórico-metodológicos para romper e superar as formas tradicionais de fazer comunicação em saúde no âmbito do projeto político da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) (Rangel-S; Ramos, 2017, p. 321)

Portanto, as políticas públicas de saúde devem promover condições para o exercício de uma comunicação que promova a saúde com plenitude:

[...] Nos ecos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é possível recuperar a premissa de que não há saúde sem democracia- e, mais além, não há democracia sem democratização da comunicação. No entanto, a que nos referimos quando falamos de uma comunicação democrática? Como as políticas públicas podem promover condições efetivas para o exercício de uma comunicação que sustente e promova saúde em sua plenitude? [...] chegamos as interpretações que a Constituição Brasileira de 1988 deu a saúde e a comunicação. No legado constitucional saúde é direito de todos e dever do estado (Stevanim e Murtinho, 2021, p. 12).

Dessa forma, o Estado deve garantir serviços de saúde capazes de resolver as demandas e de organizar os processos comunicativos para informar a população sobre os melhores procedimentos a serem seguidos, a fim de evitar complicações na qualidade de vida. Além disso, por meio desse contexto, a população pode participar ativamente da construção das políticas de comunicação que são ofertadas no sistema público de saúde.

Na perspectiva pública da comunicação, tem-se que:

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a cidadãos, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Em consequência, não pode-se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir as pessoas informações suficientes para ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde (Araújo; Cardoso, 2007, p. 61).

A doutrina que orienta o SUS é balizadora das práticas comunicativas, de modo que a comunicação está atrelada aos princípios do SUS. “Os princípios se

distribuem da seguinte forma: doutrinários e organizativos, que englobam a equidade, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 61).

A universalidade, como um dos princípios norteadores do SUS, representa um conceito que fundamenta o sistema. Seu correspondente na comunicação seria, logicamente, a comunicação como direito de todos. As instituições de saúde se valem da comunicação para apoiar a implantação de suas políticas, divulgando ações e prescrevendo comportamentos. Inicialmente, a população era um mero receptor da comunicação, sem direito à expressão (Cohn; Elias, 2019).

Na área da saúde, há a reivindicação do acesso ampliado às informações necessárias para o exercício do controle social. Os indivíduos não são meros receptores, mas sim interlocutores, ou seja, participam ativamente da relação, têm o que dizer e querem ser escutados. Por isso, é imprescindível a existência de canais e espaços de fala e de escuta.

Podemos pensar em uma comunicação em rede, que contém muitos fios. Tais fios representam vozes sociais que apresentam múltiplos discursos dentro de um contexto. Logo, a comunicação produz diversas ideias, e essa rede é composta por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos. Com a representação da rede, temos os sentidos sociais da saúde. Essa rede multidimensional é uma atualização da concepção de polifonia social (Bakhtin apud Araújo; Cardoso, 2007, p. 57).

Além deste, há o princípio da equidade, que consiste em garantir às pessoas com especificidades o respeito de seu direito à igualdade. A comunicação deve respeitar as diferenças, considerando as condições de vida e saúde de cada cidadão e adotando estratégias que contemplem a todos, levando em conta a desigualdade. Ademais, a comunicação e a saúde, juntas, representam um campo no qual a rede produz sentidos, que dependem dos interlocutores das redes, dentro de um contexto, para atribuição de significado.

A produção social de sentidos leva em conta os fatores contextuais como condição para tornar a comunicação possível, visto que ela deve estar alinhada à vivência dos interlocutores. Nesse panorama, a capacidade de comunicar:

[...] é a capacidade de contextualizar: senão nos apercebermos dos contextos em que a comunicação se realiza, produziremos uma comunicação autista. Tal afirmação tem consequências na prática comunicativa da saúde. Entre elas, exige perceber que as pessoas se relacionam num espaço que traz um

certo número de pré-construídos, que definem em parte o modo como elas participarão da comunicação (Araújo e Cardoso, 2007, p. 65)

Conforme supracitado, é necessário contextualizar e entender as relações de poder que acontecem a partir de possibilidades de circulação, compreensão e apropriação de estratégias comunicativas.

3.4 A atuação do profissional de saúde e área de CTBMF

No contexto do direito a saúde, da comunicação e saúde, o papel do profissional de saúde perpassa pelos caminhos da preparação acadêmica, formação profissional, os diferentes modelos que norteiam essa formação, devem levar a uma comunicação humanizada.

Os modelos de treinamento devem capacitar os profissionais a fim de aplicar uma comunicação clara, objetiva e inteligível para informações básicas de saúde empática e respeitosa. Isso implica em reconhecer a importância de escutar o paciente, compreender suas preocupações e integrá-lo ativamente no processo de cuidado, em vez de tratá-lo como um receptor passivo de dados técnicos.

Além da formação inicial, é necessário o aperfeiçoamento contínuo nessa área. Esse aprimoramento constante sobre seu papel e as diferentes formas de comunicação ajudam a melhorar significativamente a relação profissional-paciente, tornando-a mais colaborativa e confiante. Para garantir essa evolução, a existência de materiais impressos serve de guia para atualização dos profissionais de saúde, orientando-os sobre as melhores práticas de comunicação com seus pacientes. Em suma, o objetivo é que a comunicação seja uma ferramenta de cuidado que promova a dignidade e a autonomia do paciente. É necessário a formulação de um protocolo para padronizar condutas comunicativas e orientar profissionais de saúde em atendimento com seus pacientes.

É importante ressaltar que a comunicação entre o paciente e o médico é:

[...] é só parte fundamental da relação e do tratamento, mas se reveste de aspectos legais e pressupostos éticos. Engloba aspectos pessoais e uma visão macro de saúde expandindo o contexto da comunicação [...] para que os pacientes possam fazer escolhas válidas, é necessário que tenham sido bem informados e estejam conscientes dos resultados esperados e dos riscos assumidos – o que decorre, obrigatoriamente, de uma comunicação impecável (Caponero, 2015, p. 111-112).

Nessa acepção, a comunicação vai muito além da simples transmissão de informações clínicas, na realidade ela se reveste de aspectos legais e pressupostos éticos-para o sucesso terapêutico e para a qualidade de vida do paciente. Ela deve ser clara, objetiva e inteligível para o tipo de paciente em atendimento, pois assim ele compreenderá melhor as informações recebidas sobre o tratamento, os procedimentos e riscos envolvidos.

Os profissionais de saúde estão em aperfeiçoamento contínuo e buscam melhorar as interações sociais, pois é necessário que o profissional possa informar o estado de saúde durante o antedimento, conversar sobre o contexto do trauma, o prognóstico, os riscos, a possibilidade de sequelas, o tratamento e demais orientações pertinentes.

A construção da relação entre o profissional e o paciente é fundamental para construir um plano terapêutico efetivo. Para tanto, vale ressaltar que:

“Essa construção se inicia com o autoconhecimento do profissional e continua com a presença, a escuta ativa e sem julgamento, possibilitando uma relação empática, compassiva e inclusiva. O profissional de saúde deve estar disponível para reconhecer as demandas dos pacientes” (Dohms; Gusso, 2024, p. 49).

Ora, a construção da relação entre profissional de saúde e paciente deve ser pautada na confiança, pois o paciente procura a ajuda do profissional que deve orientar de forma clara sobre o que deve ser feito.

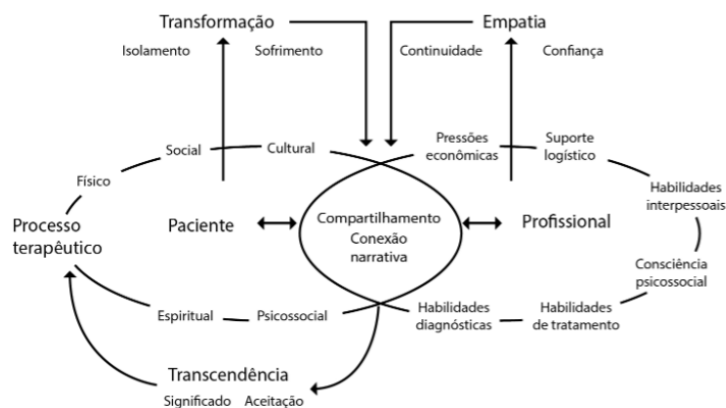
Os autores supramencionados destacam que:

“Com o desenvolvimento de novos conceitos de saúde que englobam o bem-estar, a tomada de decisões mais saudáveis, o autocuidado (...) a construção deixa de ser um componente coadjuvante no processo terapêutico e passa a ganhar um protagonismo”. (Dohms; Gusso, 2024, p. 50).

Entende-se essa construção de saúde como um conceito mais amplo: “A saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando aspectos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas” (Dohms; Gusso, 2024, p. 50).

Nesse sentido, essa relação tem a participação mútua do profissional e do paciente, ambos os sujeitos são protagonistas, senão vejamos a representação a seguir:

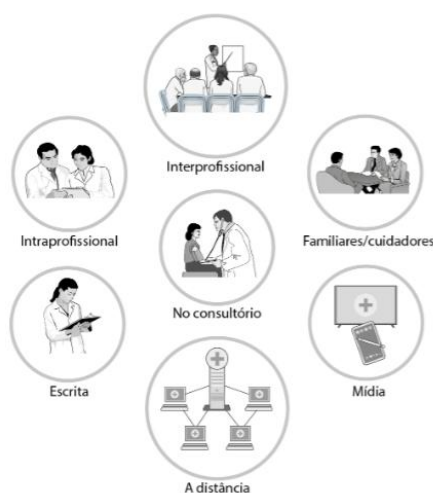
Figura 2 – Relação entre profissional e paciente



Fonte: Dohms; Gusso (2024 p. 60).

Dessa forma, a interação entre os sujeitos é uma forma de comunicação efetiva, que aproxima emissor e receptor, que por sua vez também são receptores e emissores. Nessa lógica comunicacional, com enfoque ao campo da saúde a interação deve ser assertiva de modo evitar consequências, riscos ou sequelas no quadro do paciente. Com isso, é possível melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

Figura 3 – Tipos de comunicação



Fonte: Dohms; Gusso (2024 p. 66).

Dentro os diversos tipos de comunicação, a comunicação no consultório, escrita, com familiares ou acompanhantes são as principais observadas no campo de pesquisa.

De acordo com Covello (2025), em qualquer ambiente de trabalho, a comunicação é uma ferramenta essencial e, quando esta ocorre em instituições de

saúde se torna crucial, tanto por ser uma facilitadora do fluxo de informações entre os profissionais que nelas atuam como também por promoverem eficaz interação com os pacientes, resultando na melhoria da qualidade no atendimento e melhorando a interação entre os envolvidos.

Nesse entendimento, a troca de informações precisas e atualizadas entre os profissionais de saúde permite maior eficácia no desempenho de suas funções. E, quando:

[...] os profissionais de saúde se comunicam de forma clara e eficaz, compartilhando informações relevantes e solicitando apoio quando necessário, há uma maior cooperação entre as diferentes áreas e especialidades. Isso leva a uma abordagem mais abrangente e integrada no cuidado aos pacientes, resultando em diagnósticos mais precisos, tratamentos mais efetivos e melhores resultados clínicos (Covello, 2025)

A autora acima ressalta que, no processo comunicativo interno nas instituições de saúde, estão vinculados tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes e suas famílias, possibilitando-lhes conforto, tranquilidade, confiança, compreensão e participação ativa em seus próprios cuidados. Uma boa comunicação pode minimizar a ansiedade e ajuda a evitar mal-entendidos.

Quando os pacientes recebem explicações adequadas sobre seu quadro clínico, resultados de exames, procedimentos médicos a serem realizados, formas de tratamento para suas necessidades de saúde, maior é o conforto e o envolvimento deles nas decisões.

Nos hospitais, instituições heterogêneas (com relação às rotinas, profissionais atuantes, tipo de clientes, procedimentos e processos administrativos), o desempenho de uma efetiva comunicação é um grande desafio que deve ser enfrentado.

Segundo a Joint Commission International (JCI), uma comunicação efetiva reduz a ocorrência de erros, resultando na melhoria da segurança do paciente. A busca pela efetividade ocorre porque “O exercício da profissão de quem trabalha na Saúde é sempre levado ao limite já que direta ou indiretamente os colaboradores lidam com vidas, e um pequeno erro pode trazer graves consequências” (Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, 2016)

Assim, a melhoria da comunicação e da informação é um investimento valioso para as instituições de saúde por propiciar significativos benefícios a todos os envolvidos nos cuidados de saúde.

O exercício da comunicação precisa e compreensível evita ambiguidades e ruídos, ofertando uma assistência qualificada e segura aos pacientes e, em nível estratégico, cria pertencimento, compromisso com resultados, metas e protocolos, espírito de equipe, além de outros fatores importantes para motivar colaboradores de qualquer empreendimento (ANAHP, 2016)

A comunicação é vital no trabalho da equipe interdisciplinar de saúde por ser determinante na qualidade e na segurança para a prestação de cuidados aos pacientes. A segurança dos pacientes se tornou tendência generalizada nas instituições prestadoras de serviços de saúde, sendo a comunicação efetiva meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, além de proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso e minimização de danos (Alexandre, Beretta, 2019)

A Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF-CPPAS, no seu Protocolo de Atenção à Saúde, elenca algumas sugestões de estratégias para estruturar a comunicação e, enfatiza, que esta deve ser clara, concisa, completa e uniforme. Dentre essas sugestões estão: estratégias para comunicação não-verbal, estratégias para comunicação assertiva, estratégias para a comunicação escrita e Ferramenta SBAR, que é uma técnica utilizada para a comunicação de informação crítica que permite compartilhar informações ao paciente de forma concisa.

Esse tipo de protocolo deve ser embasado na RDC 63/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a qual dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. De acordo com referida Resolução, os fundamentos de tais práticas são a:

[...] qualificação, a humanização da atenção e gestão, e a redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Nessa Resolução são listados alguns termos técnicos a exemplo da “segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (ANVISA).

Dentre as sugestões da Comissão supramencionada, merece destaque a estratégia para a comunicação assertiva por visar a comunicação de informações sem provocar constrangimentos às outras pessoas, o que deve ser considerado em qualquer tipo de comunicação, a exemplo, de um protocolo de boas práticas comunicativas dos serviços de saúde, que é uma forma de comunicação escrita e que, “é um documento onde estão descritas, de forma sistemática, as atividades e

procedimentos que os serviços desempenham a fim de garantir segurança e qualidade sanitária aos seus consumidores e para atender a legislação sanitária federal em vigor” (Instituto Federal Rio Grande do Norte, 2023).

Além disso, a presente pesquisa é balizada para aperfeiçoar comunicação dos profissionais de saúde, visto que quando eles estabelecem um relacionamento positivo com seus paciente, ocorre melhora na sua e qualidade dos tratamentos.

Conforme defendido por Mata: “In this perspective, communication skills training can be effective strategies to improve the care provided by professionals in patient care and the quality of health services.” (MATA et al, 2021)

Portanto, as habilidades de comunicação são relevantes na relação com os pacientes atendidos no ambulatório em análise, visto que para os autores supramencionados:

They are an instrument that can enable the understanding and processing of information by the patient, during the care of health professionals, through empathy, informed collaborative choice and patient involvement. CS, when centered on the patient, leads health professionals to identify demands and plan treatment through knowledge and the provision of a therapeutic and supportive environment for shared decision-making and enables greater adherence to treatment and changes in behavior. (MATA et al, 2021)

Assim, a interação entre os profissionais e pacientes envolve diversos aspectos que contemplam as necessidades dos pacientes e a disponibilidade emocional do profissional, por isso a comunicação nesse contexto é necessária para um cuidado de qualidade.

4 ANÁLISE E OBSERVAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da UFMA

Neste capítulo, faremos uma breve discussão sobre o processo comunicativo e suas boas práticas, que podem ser usadas em instituições de saúde, abordando sua importância para evitar interferências na comunicação e trazendo a discussão para a realidade do campo empírico.

No primeiro tópico, abordamos sobre os caminhos metodológicos, assim como, os resultados da observação simples e da entrevista aplicada e suas análises qualitativas e nos demais tópicos abordamos sobre o campo de pesquisa, os instrumentos utilizados e os dados obtidos.

Enfim, no último tópico apresentamos o protocolo de boas práticas comunicativas, como produto desta pesquisa e o pré-teste realizado.

Essa pesquisa foi fundamentada em autores como Caponero (2015), Cardoso; Rocha (2018), Cohn; Elias (2019), Fonseca (2015), França; Simões (2016), Freire (2019), Gil (2017); Rangel-S; Ramos (2017) Krueger; Casey (2015), Machado (2024), Deslandes; Mitre (2025) entre outros autores.

A pesquisa tem origem nas experiências desenvolvidas pela autora durante a graduação, no âmbito do Grupo de Pesquisa, vinculado ao Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal do Maranhão, sob coordenação da Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo. O envolvimento no grupo possibilitou a participação no trabalho *Levantamento epidemiológico e estratégia comunicacional em benefício dos usuários do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HU/UFMA* e *Estratégia comunicacional em benefício dos usuários do ambulatório de CTBMF do Hospital Universitário da UFMA*, cujos resultados fundamentaram e deram continuidade à presente dissertação.

Ressalta-se que a amostra selecionada é não-probabilística, e sim por conveniência. Foi realizada a etapa de pré-teste para analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o protocolo de boas práticas comunicativas apresentado como solução aos desafios enfrentados.

Enfim, foram realizadas pesquisas sistemáticas em obras teóricas e em banco de dados de trabalhos científicos como Scielo, Fiocruz, Google Acadêmico e Revistas Científicas para identificar as produções científicas relevantes sobre o tema, bem como subsidiar as decisões metodológicas adotadas.

4.1 Tipo e abordagem da pesquisa

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa e de natureza exploratória, pois buscou compreender, em profundidade, as práticas comunicativas estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do HU-UFMA. Dessa forma, para Lakatos:

[...] o investigador deve conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado. Uma variedade de procedimentos de coleta de dados pode ser utilizada, como entrevista, observação, análise de conteúdo etc., para o estudo relativamente intensivo de um pequeno número de unidades, mas geralmente sem o emprego de técnicas probabilísticas de amostragem. (LAKATOS, p. 187, 2018)

Já, o caráter exploratório justifica-se pela intenção de investigar um fenômeno ainda pouco sistematizado nesse campo, permitindo identificar padrões, levantar hipóteses e construir um protocolo aplicável à realidade observada.

Nesse sentido a pesquisa exploratória é entendida como:

São investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos. (LAKATOS, p. 187, 2018)

A partir do levantamento bibliográfico realizado sobre comunicação e saúde, observou-se uma lacuna na literatura científica de estudos voltados especificamente à interface entre a comunicação e saúde no contexto de análise do ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, sobretudo em contextos do Sistema Único de Saúde (SUS). A literatura concentra-se em abordagens tradicionais, a insuficiência de investigações mais integradas e atualizadas demonstra a relevância da produção de conhecimento, explorando novas perspectivas empíricas.

Assim, essa lacuna evidencia a necessidade de ampliar as investigações que articulem práticas comunicativas em serviços de ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, nos quais o diálogo entre profissionais e usuários é determinante para o sucesso terapêutico e a adesão ao tratamento. Assim, esta pesquisa se propõe a contribuir para o campo da Comunicação e Saúde ao desenvolver um protocolo de boas práticas comunicativas voltado aos profissionais de saúde do Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HU-UFMA,

fortalecendo a produção científica nacional nessa interface ainda pouco explorada, visando oferecer uma análise mais abrangente e crítica a fim de fortalecer o debate científico e subsidiar futuras investigações na área.

Como procedimentos metodológicos, foram utilizados observação simples e entrevistas semiestruturadas. A observação foi registrada em diário de campo, permitindo acompanhar o cotidiano do ambulatório e captar interações comunicativas de forma espontânea. As entrevistas buscaram explorar percepções de profissionais de saúde e pacientes quanto ao processo comunicativo, mapeando estratégias, dificuldades e expectativas.

Quanto à abordagem a pesquisa:

A maioria dos especialistas faz hoje uma distinção entre método e métodos por se situarem em níveis distintos no que se refere a sua inspiração filosófica, ao seu grau de abstração, a sua finalidade mais ou menos explicativa, a sua ação nas etapas mais ou menos concretas da investigação e ao momento em que situam. [o método se caracteriza por uma abordagem mais ampla, em nível de abstração mais elevado, dos fenômenos da natureza e da sociedade. É, portanto, denominado método de abordagem, que engloba o indutivo, o dedutivo, o hipotético dedutivo e o dialético]. (Lakatos; Marconi, 2018, p. 221).

Do ponto de vista da lógica de raciocínio, adotou-se o método indutivo, adequado para inferir generalizações a partir de observações particulares. Nesse sentido, “o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam” (Lakatos; Marconi, 2018, p. 86). Assim, a partir dos dados empíricos coletados, buscou-se formular um protocolo de comunicação que pudesse orientar condutas profissionais de forma padronizada e replicável em outros contextos hospitalares.

Ademais, a pesquisa foi apoiada em levantamento bibliográfico, dialogando com referenciais teóricos que subsidiam a compreensão do objeto. Como ressaltam Lakatos e Marconi (2018, p. 225), “nenhuma pesquisa atualmente parte do ponto zero. Mesmo que exploratória, isto é, de avaliação de uma situação concreta desconhecida, pesquisas iguais, semelhantes ou até mesmo complementares já devem ter sido realizadas”.

Os dados empíricos foram analisados qualitativamente, interpretados e confrontados com a literatura, subsidiando a elaboração do protocolo de boas práticas comunicativas, produto final deste mestrado.

No tocante a amostragem realizada nesta pesquisa, a mesma se deu por convência, a qual é compreendida como: “Amostra por conveniência: é uma amostragem não probabilística, definida metodologicamente como aquela em que há escolha deliberada de respondentes.” (AMATUZZI; BARRETO; LITVOC; LEME, 2006)

Assim, a escolha da observação simples e aplicação das entrevistas voltadas aos profissionais de saúde que estão na residência, se deu com base na facilidade do acesso, disponibilidade e proximidade desse público em decorrência da pesquisa anteriormente realizada nesse ambulatório de CTBMF.

Dessa forma, a escolha pelas abordagens adotadas possibilitaram a identificação de padrões de sentido recorrentes nas falas dos entrevistados e nas observações in loco. Essas recorrências deram origem a cinco categorias analíticas centrais: comunicação e humanização no atendimento; desafios estruturais e organizacionais do ambulatório; estratégias comunicativas e tecnológicas; emoções e percepções dos profissionais; e experiências dos pacientes na recuperação e pós-operatório.

Ressalta-se que, o delineamento metodológico adotado possui **potencial de replicabilidade** em outros contextos de ambulatórios de CTBMF. A combinação entre entrevistas, diário de campo e análise qualitativa das práticas comunicacionais permite que a metodologia seja reaplicada em realidades similares, ampliando as possibilidades de estudos comparativos e validação de protocolos comunicativos.

Portanto, a replicabilidade da presente pesquisa fortalece o campo de estudo, por isso a descrição detalhada do percurso metodológico visa garantir que outros pesquisadores possam reproduzir a pesquisa em outros contextos e, assim balizando pesquisas futuras para o aprofundamento das investigações na área.

O uso do método qualitativo e exploratório é utilizado para analisar os eventos em contexto hospitalar, conforme defendido na pesquisa com título: *Using Qualitative Methods to Explore Communication Practices in the Context of Patient Care Rounds on General Care Units*.

Neste estudo foi utilizado o estudo qualitativo da seguinte forma: “On each unit, data collection consisted of 2 weeks of observing and shadowing clinicians during rounds and at other times, as well as asking clinicians questions about rounds and communication during interviews and focus groups.” (MANOJLOVICH, 2020)

Nesse sentido, a coleta de dados por meio da observação e de perguntas nos casos clínicos a respeito da comunicação e a utilização de entrevistas e grupos

focais, é uma metodologia consistente para realização de pesquisas do campo científico em estudo.

4.2 Descrição do campo empírico e diagnóstico do problema

O campo empírico delimitado foi o Ambulatório de CTBMF do Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra, em São Luís (MA), instituição pública vinculada ao SUS que presta assistência de média e alta complexidade a pacientes com traumas faciais.

O ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Universitário da UFMA, unidade Presidente Dutra é localizado na rua Barão de Itapari, número 227, cidade de São Luís, capital do Maranhão atende os usuários do SUS e foi inaugurado em 28 de julho de 1961 pelo presidente da República na época, Jânio Quadros, para administrar foi necessário criar uma fundação de apoio. Em 1996 criou-se a Fundação Josué Montello, e com isso foi possível ter controle dos recursos e da contratação de servidores. Vale destacar que este hospital é um órgão da Administração Pública Federal cuja finalidade é reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde.

Importante ressaltar que quanto ao perfil do paciente atendido no campo empírico, na etapa inicial da coleta de dados realizada na pesquisa “LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E ESTRATÉGIA COMUNICACIONAL EM BENEFÍCIO DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO”, o público alvo foi os pacientes e verificou-se que dos 83 pacientes, 81,9% dos pacientes era do sexo masculino e 18,1% feminino, a maior parte composta por jovens de 18 a 32 anos (48%), seguido por adultos de 33 a 59 anos (38%), com prevalência por pardos (38,55%). (MOREIRA, 2023)

Ademais, os pacientes que buscaram o ambulatório possuíam como causa de trauma, o acidente motociclístico em 75,7%. E, sobre a queixa principal, metade dos pacientes queixavam-se de desarmonia do rosto e dois terços dos pacientes se incomodavam com a alimentação dificultada. À autopercepção dos pacientes: 50% dos pacientes responderam voltar às atividades apenas após 90 dias; 33,3% com 30 dias e 16,7% com 45 dias. Dessa forma, conclui-se que há prevalência por homens

jovens de 22 a 34 anos e como fator causal principal do trauma, o acidente motociclístico. (MOREIRA, 2023)

Não obstante, durante a observação no campo de pesquisa, foi possível perceber que as interações iniciais entre profissionais e pacientes já expressavam aspectos da categoria *Comunicação e Humanização no Atendimento*, especialmente no modo como a escuta e o acolhimento se articulavam ao atendimento técnico.

O campo de estudo atende pacientes que sofreram trauma de face, o qual é compreendido como:

[...] o trauma pode ser considerado o conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situado nos diferentes segmentos corpóreos. Eles estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde. As lesões da cabeça e da face podem representar 50% de todas as mortes traumáticas. (Freire apud Moura *et al*, 2025, p.2)

Nesse contexto, estes dados revelam que dos indivíduos que sofrem algum tipo de acidente nesta área do corpo existem um percentual de 50% que vão a óbitos e os outros 50% dos indivíduos precisam de tratamento das fraturas Bucomaxilofacial emergencial sem necessariamente serem encaminhados para outros profissionais.

O encaminhamento pode gerar algum tipo de demora no atendimento como demora nas marcações de consulta e atraso no atendimento de sequelas que poderiam ser evitadas se o primeiro atendimento fosse realizado adequadamente. Ressalta-se que o primeiro atendimento executado de forma correta e o encaminhamento realizado no momento apropriado são de grande importância para a boa evolução da situação de trauma de face. (Santos; Meurer, 2024).

Porém, por conta da ausência de recursos ou de profissionais habilitados para tratar o trauma de face nos atendimentos de urgência em muitas cidades no Estado do Maranhão, os pacientes são encaminhados para a capital onde são atendidos, dentre outros lugares, nos ambulatorios constantes nesta pesquisa.

Ressalta-se também que a compreensão de pacientes sobre termos frequentemente usados em clínicas odontológicas e a tomada de decisões informadas sobre o cuidado médico depende diretamente da clareza e compreensibilidade das informações fornecidas aos pacientes (Dua *et al*, 2013).

Termos ou jargão comum da cirurgia maxilofacial podem ser mal interpretado pelos pacientes. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde

adaptem sua linguagem durante as consultas, utilizando termos compreensíveis, e façam uso de recursos visuais (imagens, ilustrações) e materiais educativos apropriados (Howe; Varley, 2015)

Dessa forma, busca-se garantir que os pacientes compreendam sua condição, recebam informações abrangentes e possam tomar decisões sensatas e bem informadas sobre seu tratamento. É de extrema importância uma comunicação eficaz para a redução da ansiedade pré-operatória e a satisfação do paciente. (Dua et al, 2013).

Neste contexto, a criação do protocolo de boas práticas comunicativas auxilia os profissionais que trabalham nos ambulatórios escolhidos para realização desta pesquisa. Pois, a atuação de cirurgião bucomaxilofacial exige a especialidade odontológica que trata lesões, doenças e traumas que afetam a boca, o rosto e a face de modo geral bem como uma capacitação no manejo da comunicação com o paciente.

O profissional que atua nessa área trata fraturas faciais, tumores benignos e malignos na cavidade bucal, problemas de articulação temporomandibular, disfunções estéticas faciais e deformidades congênitas ou adquiridas, como lábio leporino e fenda palatina. O profissional pode atuar em diversos contextos, como hospitais, clínicas especializadas, unidades de urgência e centros de trauma. Eles atuam com a remoção de tumores orais, reconstrução de ossos faciais após fraturas, tratamento de deformidades craniofaciais, cirurgia ortognática, e intervenções para tratar o ronco e a apneia do sono (Fonseca, 2015).

No tocante aos atendimentos, estes podem acontecer em uma consulta onde o profissional realiza uma avaliação clínica detalhada, que pode incluir exames de imagem, como radiografias, tomografias e ressonâncias magnéticas. Mas também, temos os atendimentos que ocorrem na urgência, pois o paciente sofreu algum trauma, é fundamental que o atendimento seja realizado com rapidez, para estabilizar a situação do paciente e prevenir complicações (Silva, 2025).

Caso necessite de intervenção cirúrgica, existe a necessidade de anestesia local ou geral, dependendo da gravidade do caso, no pós-operatório o paciente é acompanhado de perto e recebe orientações sobre cuidados, visando garantir a recuperação completa do paciente (Fonseca, 2015).

Nesse contexto, a cirurgia bucomaxilofacial é fundamental tanto para a saúde quanto para o bem-estar dos pacientes pois, trata condições que afetam a

saúde bucal e facial, contribuindo significativamente para a qualidade de vida.

As condições tratadas por essa especialidade têm um impacto direto na capacidade de uma pessoa se alimentar, falar, respirar e até mesmo sorrir. Estando ainda ligada à saúde mental e emocional do paciente que tem sua autoestima e a integração social como cidadão abalada, por isso, o tratamento é fundamental para restabelecer a saúde física, a autoconfiança e o bem-estar emocional (Silva, 2025).

Vale ressaltar que o atendimento de pacientes com trauma de face traz importantes impactos sociais, visto que o tratamento dos pacientes com trauma proporciona a recuperação dessas lesões e a reintegração social, pois contribui para restauração da autoestima do paciente, permitindo-lhe retornar ao seu convívio social, ao trabalho e à vida cotidiana de forma plena, a atuação dos profissionais de saúde que trabalham com trauma de face melhora a qualidade de vida e o bem-estar destes cidadãos.

Portanto, as práticas comunicativas provocam transformações no modus de comunicar que são necessárias a atuação dos profissionais da saúde. A atualização constantemente para dialogar com os pacientes com protocolos como forma de instrumentalizar as práticas de comunicação dos profissionais que atuam nestes ambulatórios otimizam estas práticas.

Ainda, ressalta-se que os pacientes atendidos nos ambulatórios desta pesquisa são usuários do SUS, assim se faz necessário promover o conhecimento sobre os direitos que possuem. Deve-se levar em conta que no ambiente hospitalar estes pacientes estão fragilizados e necessitam que os profissionais de saúde orientem sobre os procedimentos pelos quais irão passar de forma adequada, clara e objetiva.

Logo, devemos entender as relações do campo da comunicação e saúde como forma de concretizar as garantias legais e constitucionais dos cidadãos. As políticas de saúde são uma forma de exercício da cidadania, e isso se articula com as regras da democracia, conforme os cidadãos conversam, interpretam e compreendem sobre os assuntos que envolvem a saúde individual e coletiva eles exercem sua cidadania.

A presente pesquisa iniciou-se com o levantamento bibliográfico para aprofundar os estudos de categorias relacionadas com a proposta. Após foi iniciada a observação simples e a aplicação de entrevistas semiestruturadas para os profissionais de saúde atuantes no ambulatório de CTBMF do HU UFMA, a fim de

identificar quais os melhores caminhos para o aperfeiçoamento do processo comunicativo.

A partir da observação *in loco* do campo da pesquisa, foi possível traçar orientações para os profissionais buco maxilo facial, de forma mais objetiva e padronizada sobre a adoção de uma comunicação eficaz com seus pacientes.

A coleta de dados foi realizada presencialmente por meio da observação simples no período de maio a julho de 2025, permitindo assim um rico momento de escuta. Ainda, foram realizadas entrevistas por meio de videochamadas com os profissionais que atuam no ambulatório em análise. Abaixo segue o registro de um dos dias da pesquisa de campo:

Figura 4: Registro fotográfico da pesquisa *in loco*



Fonte: Arquivos da Autora (2025)

Ainda, considerando a natureza de pesquisa aplicada, uma etapa fundamental foi o diagnóstico do problema, por meio do qual identificou-se a situação real do campo empírico e quais pontos precisaram de intervenção e aperfeiçoamento.

Segundo Marchisotti et al apud Thiollent:

A pesquisa aplicada concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Ela está

empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções. Responde a uma demanda formulada por “clientes, atores sociais ou instituições. (Thiolent, 2009, p.36).

Assim, vale ressaltar que as discussões sobre as formas de identificação de um problema em uma pesquisa aplicada são intensas. Nessa pesquisa optou-se pelas seguintes etapas: 1) Pesquisa teórica em artigos bibliográficos e teóricos, 2) Pesquisa prática, com análise do contexto crítico e entrevistas para consolidação dos dados observados. Logo, foi possível delimitar o problema a partir de uma necessidade empírica, de forma correlacionada aos pressupostos teóricos em que ele se baseia. (MARCHISOTTI; FARIAS, 2022)

4.3 Instrumentos e objetivos da pesquisa

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos principais: diário de campo e roteiro de entrevistas. Esses recursos permitiram registrar análises acerca dos fluxos comunicacionais estabelecidos no ambulatório, das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde e do nível de compreensão dos pacientes sobre diagnósticos, prognósticos e cuidados necessários ao tratamento.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de entrevistas e da técnica de observação simples, realizadas no contexto do Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial (CTBMF) do HU-UFMA. A equipe desse setor é composta por cirurgiões, estagiários, assistentes e residentes. Optou-se por direcionar o foco principal da investigação aos residentes, considerando que se encontram em fase avançada de formação, em transição entre a prática supervisionada e a autonomia profissional.

Esse recorte mostrou-se relevante porque os residentes acumulam responsabilidades progressivas que impactam diretamente a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a eficiência do serviço. Observar sua atuação possibilitou a identificação de lacunas formativas e lançou luz para possibilidade de aperfeiçoamento de estratégias com reflexos imediatos no atendimento e efeitos estratégicos para o futuro da especialidade.

Durante o período de observação, constatou-se que três residentes permanecem no ambiente do ambulatório, enquanto outro grupo de igual número acompanha os procedimentos no Centro Cirúrgico. Os atendimentos ambulatoriais

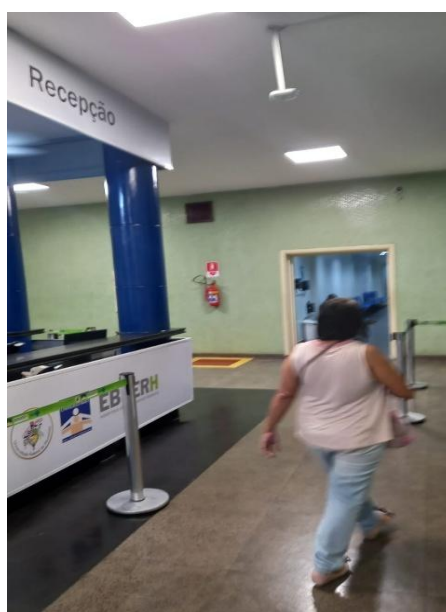
ocorrem na Sala 32 do HU-UFMA, espaço equipado com computador, prontuários, armários, cadeira, objetos de uso odontológico e murais contendo fotos da equipe, anotações em post-its e avisos impressos em papel A4. Ressalta-se, contudo, a ausência de impressora, o que limita a agilidade na disponibilização de materiais de apoio ao atendimento.

Figura 5 – Sala de Atendimento Ambulatorial de CTBMF-HU-UFMA



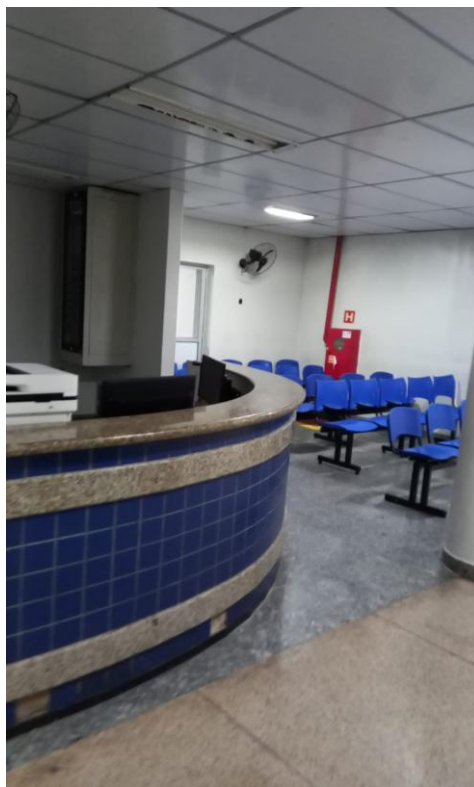
Fonte: Arquivo da autora, 2025

Figura 6 – Entrada do HU-UFMA



Fonte: Arquivo da autora, 2025

Figura 7 – Recepção do HU-UFMA



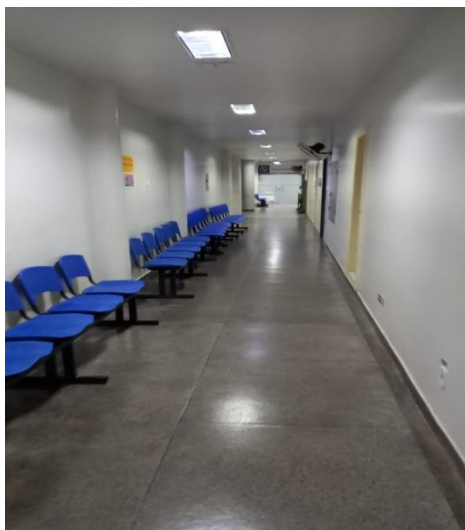
Fonte: Arquivo da autora, 2025

Figura 8 – Porta do Consultório 32



Fonte: Arquivo da autora, 2025

Figura 9 – Local de espera dos pacientes para o atendimento



Fonte: Arquivo da autora, 2025

4.4 Relato da observação simples

Entende-se que a observação direta (intensiva ou não) é uma das técnicas de coleta de dados da pesquisa de campo, utilizada comumente no campo da Antropologia. Segundo Markoni e Lakatos (2010, p.169, grifos nossos), pesquisa de campo,

Consiste na **observação de fatos** e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e **no registro de variáveis** que se presume relevantes, para analisá-los. A pesquisa de campo propriamente dita “não deve ser confundida com simples coleta de dados (este último corresponde à segunda fase de qualquer pesquisa); é algo mais que isso, pois exige contar com controles adequados e com **objetivos preestabelecidos** que discriminam suficientemente o que deve ser coletado” (Trujillo, 1982:229).

Nesta pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritivo, buscou-se aumentar a familiaridade da pesquisadora com a prática da comunicação entre profissionais buco maxilo facial e seus pacientes no ambulatório de CTBMF do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na cidade de São Luís, a partir das categorias ilustradas na figura a seguir.

Considerando a comunicação um processo dinâmico e mutável, para capturar qualquer etapa pequena desse processo, é preciso pensar a técnica mais coerente. Neste caso, escolheu-se a observação simples, com o acompanhamento da

entrevista, o campo de pesquisa foi observado em visitas realizadas ao ambulatório de CTBMF do HU UFMA nos meses de maio, junho e julho de 2025.

Com esse cenário e com a técnica escolhida, o público-alvo da observação foram os profissionais de saúde que atuam no referido local. E, a partir das categorias ilustradas na figura abaixo, detalhou-se as variáveis de observação.

Figura 10 – Categorias



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Desenhou-se um diário de campo onde disponibilizamos as informações coletadas, sobre as variáveis escolhidas, conforme figura abaixo.

Figura 12 – Modelo da página do Diário de Campo

Descrição:	Resposta
Data:	
Local de Pesquisa:	
Identificação do Profissional:	
Estratégias para comunicação eficaz:	
Aspectos Emocionais e sensíveis:	
Interação com os familiares:	
Desafios enfrentados na comunicação:	
Avaliação de satisfação com a comunicação do profissional de saúde:	
Estrutura e clareza da linguagem:	
Processo de comunicação inicial:	

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Com o diário completo, partiu-se para análise dos dados qualitativos, tentando encontrar padrões que colaborem qualificação das orientações aos profissionais bucomaxilo facial, de forma mais objetiva e padronizada sobre uma comunicação eficaz com seus pacientes, principalmente sobre o trauma de face.

As observações realizadas in loco entre maio e julho de 2025 permitiram identificar ruídos comunicacionais, tais como uso de jargões técnicos, ausência de padronização nas orientações e dificuldades na escuta ativa dos pacientes.

Observou-se em algumas visitas a presença de professores que orientava os residentes, esses por vezes, precisam complementar os dados informados ao paciente e prestar informações nos corredores, que possuem muitos ruídos de outros pacientes. Ficou claro que os pacientes se confundem sobre quais exames devem ser realizados.

Os residentes desempenham funções diferentes no ambulatório: enquanto um realiza o exame no paciente, outro anota as informações no sistema, e outro faz as guias de solicitação de exames e consultas; a linguagem utilizada nessas etapas é técnica da área.

Os pacientes são analisados tanto na cadeira odontológica quanto em sua própria cadeira disposta na sala, ao lado do residente que está alimentando o sistema com os dados. Vale ressaltar que o ambulatório em análise recebe pacientes que foram encaminhados por outros sistemas de saúde de urgência, e nesse momento o

paciente realiza sua 2ª consulta odontológica.

Verificou-se que não há controle adequado da quantidade de pacientes marcados em sistema conjuntamente com os papéis de retorno que são entregues fisicamente no ambulatório.

A equipe de técnicos auxilia na instrumentação e em pequenos procedimentos. A equipe de residentes analisa os exames e os encaminha para outros médicos caso seja necessária a atuação em conjunto.

Quando os pacientes retornam das consultas com outros profissionais, são levados os exames realizados para a equipe analisar. Além disso, os residentes coletam fotos dos pacientes da região bucal para análise dos casos e planejamento cirúrgico.

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é um item de segurança que precisa ser melhor observado diariamente e com rigor; houve um caso de um paciente que chegou e, no final da consulta, foi que informou que estava em tratamento de tuberculose, após isso distribuiu-se máscaras aos presentes na sala para usar.

Os profissionais prestam informações sobre remédio para o tratamento e no pós-cirurgias. Eles fazem discussões de casos clínicos. Então, explicam sobre os procedimentos para cirurgia e fazem orientações sobre exames.

Eles mantêm o contato direto com os pacientes, fornecendo informações e tirando dúvidas sobre o procedimento cirúrgico.

Os residentes tiraram fotos dos exames, mas não ficou demonstrada a organização, o controle e a catalogação dos dados obtidos.

Ressalta-se que a aquisição de imagens fotográficas da cavidade bucal do paciente deve ter um rigor e seguir normas de segurança hospitalar; situações presenciadas de introduzir abruptamente o telefone na boca do paciente causam desconforto, principalmente considerando o paciente com trauma que está fragilizado e com dor.

Ainda em relação ao tópico de segurança hospitalar, restaram dúvidas quanto à limpeza da cadeira e da lâmpada da cadeira odontológica. Assim como na pesquisa realizada no grupo de pesquisa durante a graduação, verificou-se que há pacientes que sofreram acidentes de moto.

4.5 Coleta de dados por meio de entrevistas

As entrevistas constituíram uma etapa fundamental da pesquisa, complementando as observações realizadas no campo empírico e possibilitando uma compreensão mais aprofundada das práticas comunicativas estabelecidas pelos profissionais de saúde do ambulatório de CTBMF do HU-UFMA.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, elaboradas a partir dos objetivos específicos da pesquisa e de categorias analíticas previamente definidas. Esse formato garantiu flexibilidade ao pesquisador, permitindo explorar as respostas dos participantes e captar nuances do processo comunicativo, ao mesmo tempo em que assegurava a comparabilidade dos dados obtidos. O roteiro contemplou questões relativas à clareza das informações transmitidas, estratégias utilizadas para adequação da linguagem, dificuldades encontradas no diálogo com os pacientes, envolvimento de familiares no processo de comunicação, além da percepção sobre o impacto da comunicação na adesão ao tratamento e na recuperação.

Participaram das entrevistas profissionais de saúde (residentes). As entrevistas realizadas foram gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente com o apoio da ferramenta SONIX, ferramenta de inteligência artificial voltada para transcrição automática de áudios, garantindo maior precisão e agilidade no processo de tratamento das falas dos participantes. Os depoimentos obtidos foram transcritos e analisados qualitativamente, à luz da literatura de referência e em articulação com os dados do diário de campo.

De modo geral, as entrevistas revelaram oportunidades de melhoria, tais como a adoção de linguagem acessível, o fortalecimento da escuta ativa e o uso de materiais de apoio para padronizar orientações. Essas percepções foram essenciais para subsidiar a elaboração do protocolo de boas práticas comunicativas, produto final deste estudo.

4.6 Análise dos dados

Nesta seção apresenta-se a discussão central da pesquisa, voltada às práticas comunicativas estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes no Ambulatório do CTBMF do HU-UFMA. É aqui que os dados coletados por meio de observação e entrevistas são analisados qualitativamente, evidenciando os principais

ruídos e barreiras na interação, bem como as estratégias utilizadas e as oportunidades de melhoria identificadas. A análise permite compreender como a comunicação se concretiza no cotidiano do serviço, em que medida impacta a qualidade assistencial e a segurança do paciente, e como esses elementos fundamentam a proposição do protocolo de boas práticas comunicativas, produto final desta pesquisa.

As categorias de análise foram definidas a partir da recorrência temática observada nas entrevistas e nos registros do diário de campo, sendo:

1. Identificação do profissional;
2. Estratégias para comunicação eficaz;
3. Aspectos emocionais e sensíveis;
4. Interação com os familiares;
5. Desafios enfrentados na comunicação;
6. Avaliação de satisfação com a comunicação do profissional de saúde;
7. Estrutura e clareza da linguagem;
8. Processo de comunicação inicial.

A análise qualitativa considerou as convergências e divergências entre as falas.

Desta forma, a análise aqui descrita é resultado da combinação dos dados obtidos: na observação simples e nas entrevistas semiestruturadas. A observação possibilitou compreender, em tempo real, como os fluxos comunicacionais se estruturam no cotidiano do ambulatório de CTBMF do HU-UFMA; as entrevistas ofereceram a perspectiva dos profissionais sobre suas experiências e dificuldades no processo de comunicação. Essa integração de procedimentos possibilitou identificar tanto fragilidades (ruídos, uso excessivo de jargões técnicos, falta de padronização nas orientações) quanto potencialidades (experiências positivas de escuta ativa, estratégias acessíveis de explicação e acolhimento dos usuários), que foram organizadas em categorias temáticas e confrontadas com a literatura de referência.

Os dados da pesquisa foram coletados a partir de realização da entrevista, semiestruturada, com as seguintes seções: identificação do profissional; processo inicial de comunicação; estrutura e clareza da linguagem; estratégias para comunicação eficaz; aspectos emocionais; interação com familiares; desafios enfrentados na comunicação; avaliação de satisfação com a comunicação com o profissional de saúde e propostas de melhoria do processo de comunicação (Lakatos; Marconi, 2018).

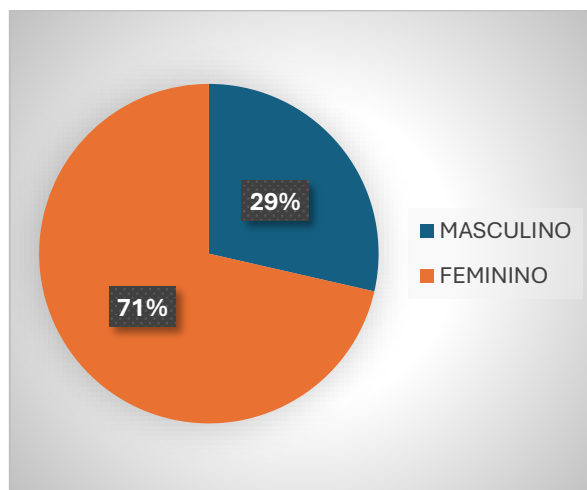
Ressalta-se que esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa e de natureza exploratória, ainda que alguns resultados tenham sido organizados em gráficos e tabelas. O uso desses recursos visuais não altera a natureza da investigação, pois servem apenas para facilitar a compreensão do leitor e ilustrar a frequência das respostas obtidas. O núcleo analítico permanece qualitativo, fundamentado na interpretação das categorias emergentes, articuladas com a literatura e com os objetivos da pesquisa.

De acordo com Minayo (2014), pesquisas qualitativas podem se utilizar de dados numéricos de forma complementar, desde que a interpretação e a construção do conhecimento estejam centradas na análise de significados e sentidos atribuídos pelos sujeitos. Nesse sentido, os gráficos apresentados neste trabalho têm caráter meramente ilustrativo e descritivo, não configurando uma abordagem quantitativa, mas sim um recurso de sistematização dentro de uma lógica qualitativa.

Na categoria de identificação do profissional, o Gráfico 1 evidencia que 71% dos entrevistados são do sexo feminino e 29% do sexo masculino². Tal distribuição coaduna com a tendência de feminização nas profissões da saúde e, especificamente, na Odontologia brasileira (Moimaz *et al.*, 2019). Do ponto de vista comunicacional, A Política Nacional de Humanização (PNH) ressalta a centralidade do vínculo e da escuta qualificada como tecnologias leves do cuidado (Brasil, 2010a), conceito alinhado à noção de 'tecnologias leves' desenvolvida por Merhy (2002).

² Embora o instrumento de coleta tenha utilizado a categoria 'sexo', nesta análise optamos por empregar o termo 'gênero', uma vez que nosso interesse está voltado para a dimensão social e cultural da inserção das mulheres e homens na Odontologia, fenômeno amplamente discutido na literatura sobre a feminização das profissões da saúde (Moimaz *et al.*, 2019).

Gráfico 1 – Gênero dos profissionais entrevistados

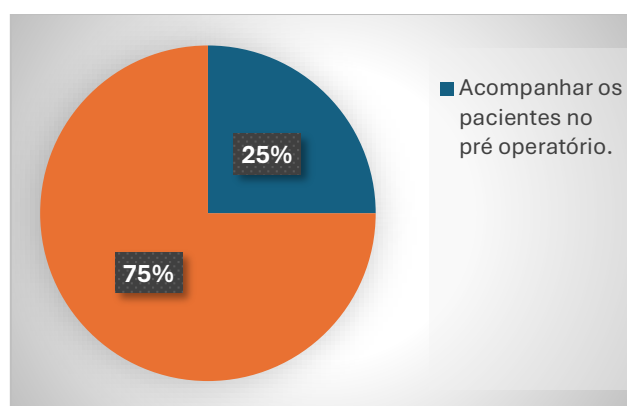


Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

No que se refere à função exercida (Gráfico 2), 25% dos profissionais acompanham o paciente apenas no pré-operatório e 75% participam também do procedimento e do pós-operatório. A continuidade assistencial favorece a construção de vínculo e a comunicação longitudinal, elementos valorizados pela PNH e pela PNAB na coordenação do cuidado (Brasil, 2017; 2010a). Em contextos cirúrgicos, o PNSP recomenda rotinas de comunicação efetiva com checagens e validações em etapas críticas (pré, trans e pós-operatório), de modo a diminuir ansiedade, alinhar expectativas e fortalecer a adesão (Brasil, 2013a; ANVISA, 2013).

Esse dado demonstra a categoria “Identificação do profissional” ao demonstrar o perfil do público-alvo dessa pesquisa.

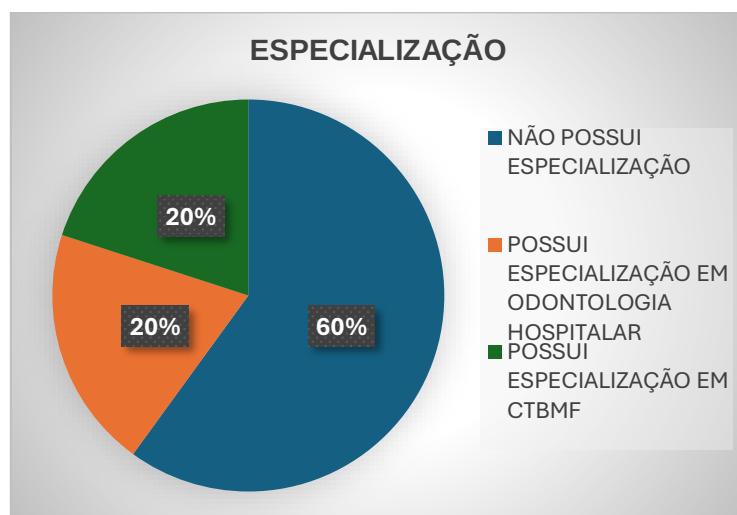
Gráfico 2 – Resultado da pesquisa sobre função exercida no ambulatório de CTBMF



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

A pesquisa buscou informações quanto a formação dos entrevistados em nível de especialização, os dados demonstraram que 60% dos residentes não possuem outra especialização, 20% são especialistas em Odontologia Hospitalar e os outros 20%, especialistas em CTBMF (Gráfico 3).

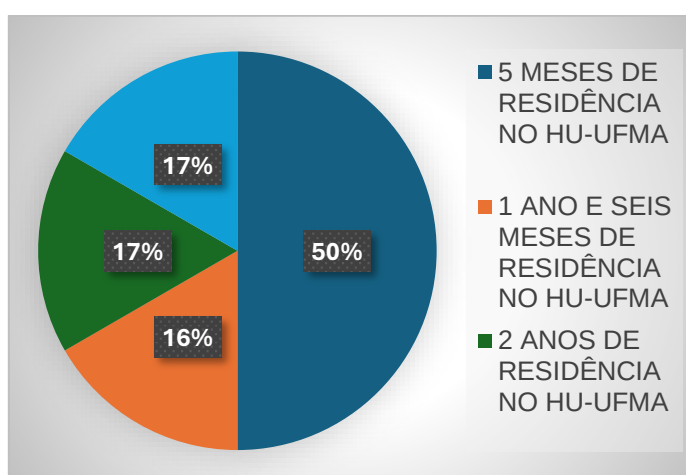
Gráfico 3 – Resultado da pesquisa sobre especialização



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

O tempo de experiência no HU-UFMA (Gráfico 4) apresenta variabilidade entre os participantes. No entanto, a maioria, 50%, possui 5 meses de residência no HU. Essa diferença repercute na segurança comunicacional percebida. Programas de educação permanente em saúde, preconizados pela PNH, e os protocolos do PNSP (como o de Comunicação Efetiva) atuam como niveladores, garantindo clareza e uniformidade independentemente do tempo de atuação (Brasil, 2010a; 2013a).

Gráfico 4 – Tempo de experiência de trabalho no HU-UFMA

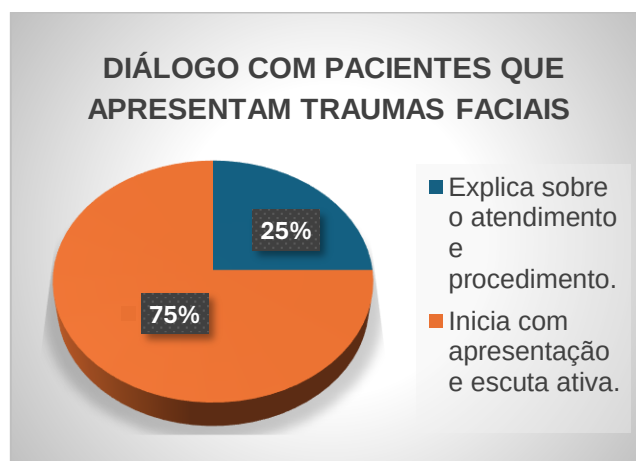


Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Sobre o início do diálogo com pacientes com trauma de face (Gráfico 5), observou-se que as respostas convergem para o acolhimento inicial, apresentação da equipe, explicação breve do motivo do atendimento e escuta das queixas prioritárias. Esse roteiro é consistente com o acolhimento proposto pela PNH, que preconiza recepção ética, escuta qualificada e classificação de risco/necessidades como base para a condução do cuidado (Brasil, 2010b). Esse dado confirma a presença da categoria “Aspectos emocionais e sensíveis”, ao evidenciar o tempo de atuação no local.

No trauma de face, onde dor, ansiedade e alterações estéticas/funcionais impactam a comunicação, o acolhimento e a validação dos medos iniciais reduzem barreiras comunicacionais e facilitam a adesão ao plano.

Gráfico 5 – Início do diálogo com pacientes que apresentam traumas faciais?



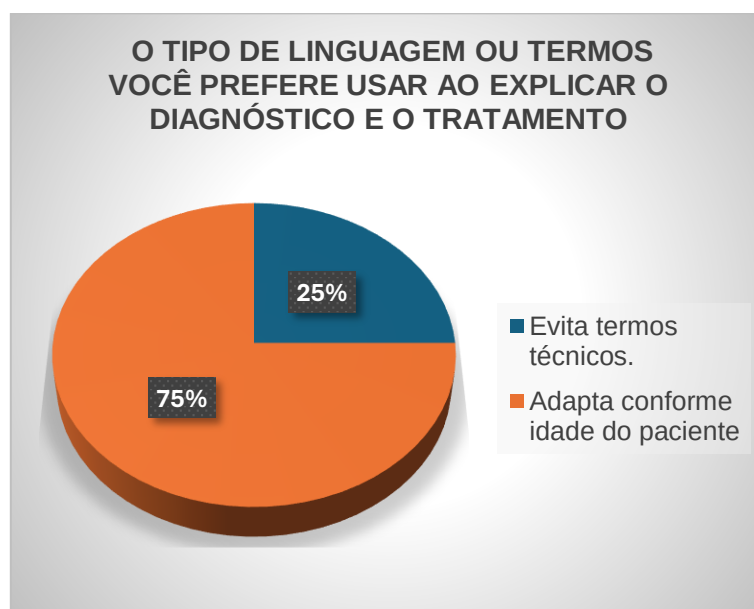
Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Quanto ao tipo de linguagem adotada para explicar diagnóstico e tratamento (Gráfico 6), verifica-se preferência por linguagem simples, concreta e livre de jargões, com reforço por exemplos e metáforas acessíveis. Tal diretriz está alinhada ao Protocolo de Comunicação Efetiva do PNSP, que recomenda padronização, concisão e confirmação de entendimento, bem como à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura o direito à informação clara e compreensível (Brasil, 2013a; Brasil, 2009). Em Odontologia, estudos nacionais ressaltam que a simplificação da linguagem e o uso de materiais ilustrados aumentam

a compreensão sobre riscos, benefícios e cuidados pós-operatórios (Moimaz *et al.*, 2019).

Aqui emerge a categoria “Estratégias para Comunicação Eficaz”, uma vez que a adaptação da linguagem e o uso de exemplos concretos refletem esforços conscientes de mediação da informação e de ampliação da compreensão do paciente.

Gráfico 6 – Tipo de linguagem ou termos você prefere usar ao explicar o diagnóstico e o tratamento



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Acerca da etapa considerada essencial para assegurar a compreensão (Gráfico 7), para 75% dos entrevistados, sobressaem-se as checagens ao final da explicação e a abertura para dúvidas. 25% responderam que retoma os pontos críticos no final da explicação. O PNSP recomenda estratégias de ‘checar-entendimento’ (retorno de informação) e repetição dos itens de segurança e autocuidado, especialmente em consentimentos e orientações de alta (Brasil, 2013a; ANVISA, 2013). Essa etapa protege contra ruídos e heterogeneidades de letramento em saúde, reduzindo o risco de eventos adversos.

Gráfico 7 – O que você considera essencial para assegurar que o paciente compreenda bem a sua situação?

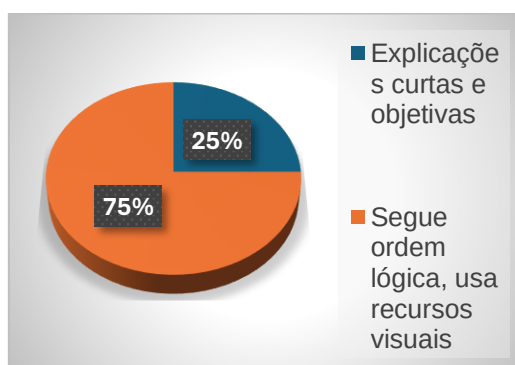


Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Sobre a organização das informações para pacientes e familiares (Gráfico 8), observa-se que, para 75% dos entrevistados, a priorização do encadeamento em ordem lógica (o que é, por que fazer, como será, riscos/cuidados) e o apoio em materiais escritos/ilustrados são os mais relevantes pontos a serem apresentados. 25% utilizam de explicações curtas e objetivas.

Esse comportamento também se relaciona à categoria “Estrutura e Clareza da Linguagem”, pois por meio da verificação de compreensão é possível verificar se a comunicação foi clara. Ressalta-se que esse arranjo converge com a PNH (acolhimento como ‘porta’ de informação e responsabilização) e com as recomendações do PNSP para roteiros e checklists que padronizem conteúdo essencial, minimizando omissões (Brasil, 2010b; 2013a).

Gráfico 8 – Organização das informações para que os pacientes e seus familiares compreendam o tratamento

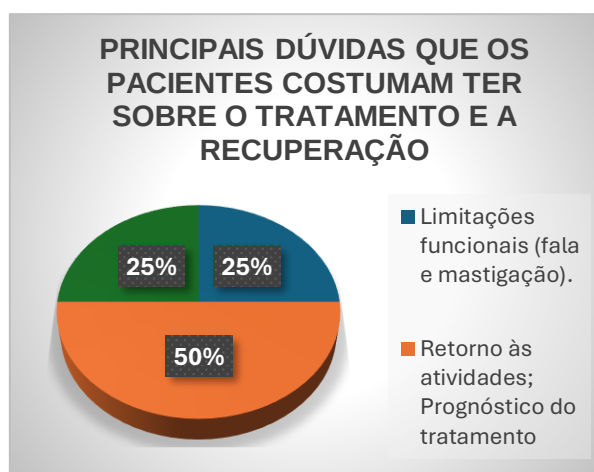


Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Quando questionados sobre quais são as principais dúvidas relatadas pelos pacientes (Gráfico 9) a pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados destacaram: concentram-se em dor, tempo de recuperação, limitações funcionais (mastigação, fala), riscos estéticos e retorno às atividades laborais e cotidianas.

A literatura brasileira em humanização pontua a necessidade de pactuar metas terapêuticas e cuidados domiciliares com linguagem acessível, reforçando canais de contato para dúvidas após a consulta (Brasil, 2010a; 2010b). Em ambulatórios cirúrgicos, orientar sinais de alerta e cuidados com feridas reduz retornos desnecessários e eventos evitáveis (ANVISA, 2013).

Gráfico 9 – Principais dúvidas que os pacientes costumam ter sobre o tratamento e a recuperação



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

No que tange à verificação se o paciente entendeu as informações (Gráfico 10), a maioria apontou que utilizam com frequência estratégias como uso de materiais ilustrados, técnica de retorno), uso de perguntas disparadoras e recapitulação por escrito. O Protocolo de Comunicação Efetiva do PNSP recomenda explicitamente essas práticas, com ênfase na responsabilidade da equipe em confirmar a compreensão (Brasil, 2013a). A presença de recursos visuais e tecnológicos, como o uso do WhatsApp ou de esquemas ilustrativos, apontando para práticas inovadoras e de baixo custo no contexto do SUS.

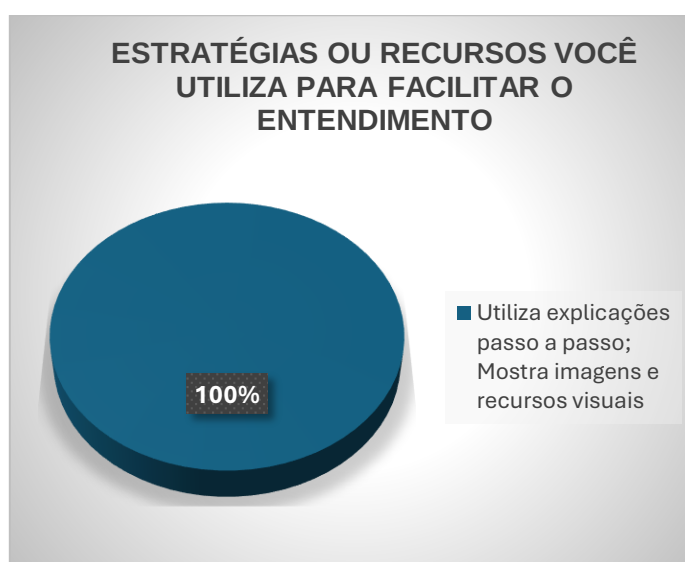
Gráfico 10 – Procedimento de verificação se o paciente entendeu as informações importantes para seu tratamento



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Entre as estratégias e recursos utilizados para facilitar o entendimento (Gráfico 11), destacam-se materiais ilustrados, demonstrações práticas e orientações passo a passo para o autocuidado. A PNH estimula a produção de materiais educativos contextualizados e dialogados, e o Código de Ética Odontológica (CFO) reforça o dever do cirurgião-dentista de informar clara e adequadamente sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento, com consentimento livre e esclarecido (CFO, 2012).

Gráfico 11 – Quais estratégias ou recursos você utiliza para facilitar o entendimento



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Quanto à adaptação da linguagem segundo o nível de entendimento do paciente (Gráfico 12), a maioria respondeu que faz adequação do vocabulário, ritmo

da fala e exemplos à escolaridade e às condições socioculturais. A PNAB e a PNH orientam a comunicação culturalmente sensível e centrada no usuário, valorizando diferenças de letramento e propondo estratégias de acesso equitativo à informação (Brasil, 2017; 2010a).

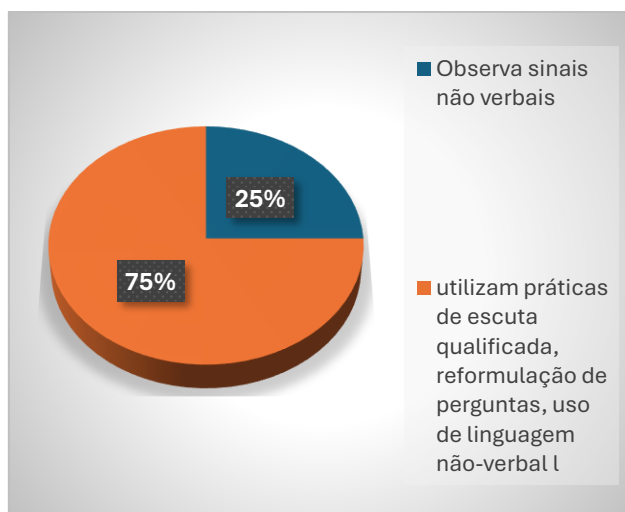
Gráfico 12 – Utilização de alguma técnica para adaptar a linguagem de acordo com o nível de entendimento.



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Sobre a compreensão das falas de pacientes com dificuldades de entendimento (Gráfico 13), 75% dos respondentes destacaram que utilizam práticas de escuta qualificada, reformulação de perguntas, uso de linguagem não-verbal e, quando pertinente, mediação por familiares/acompanhantes. Esse conjunto traduz as diretrizes da PNH de reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e corresponsável pelo cuidado, além de favorecer a redução de assimetrias informacionais (Brasil, 2010a). Esse dado fundamenta a existência da categoria “Processo de comunicação inicial”.

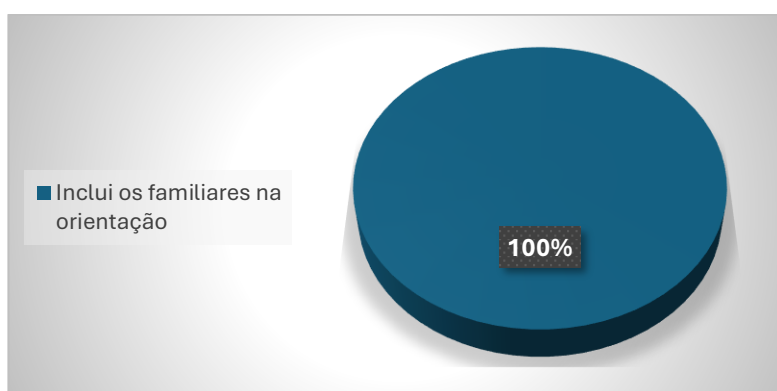
Gráfico 13 – Entendimento por parte do profissional das falas dos pacientes que apresentam dificuldade de compreensão sobre o tratamento ou o trauma de face.



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

A pesquisa também buscou informações sobre o envolvimento dos familiares no processo de comunicação com os residentes (Gráfico 14). Foi possível constatar que, no relato de 100% dos entrevistados, prevalece a inclusão ativa do acompanhante nas orientações, desde que com anuência do paciente e respeito ao sigilo. Essa informação é relevante, pois a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a PNH reforçam o direito à informação e a participação no cuidado, prevendo a presença de acompanhantes em situações indicadas (Brasil, 2009; 2010a). No trauma de face, tal participação é relevante para manutenção dos cuidados domiciliares e suporte emocional. Esse dado confirma a presença da categoria “Interação com os familiares”.

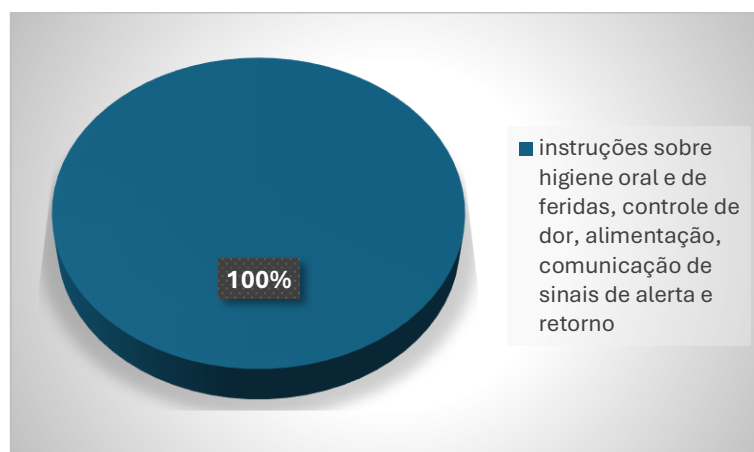
Gráfico 14 – Envolvimento os familiares no processo de comunicação sobre o estado e o tratamento.



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Quanto às orientações específicas fornecidas aos familiares (Gráfico 15), são mencionadas instruções sobre higiene oral e de feridas, controle de dor, alimentação, comunicação de sinais de alerta e retorno. Tais conteúdos devem ser entregues de forma escrita e verbal, com espaço para dúvidas, conforme recomenda o PNSP para transições de cuidado e altas seguras (ANVISA, 2013; Brasil, 2013a).

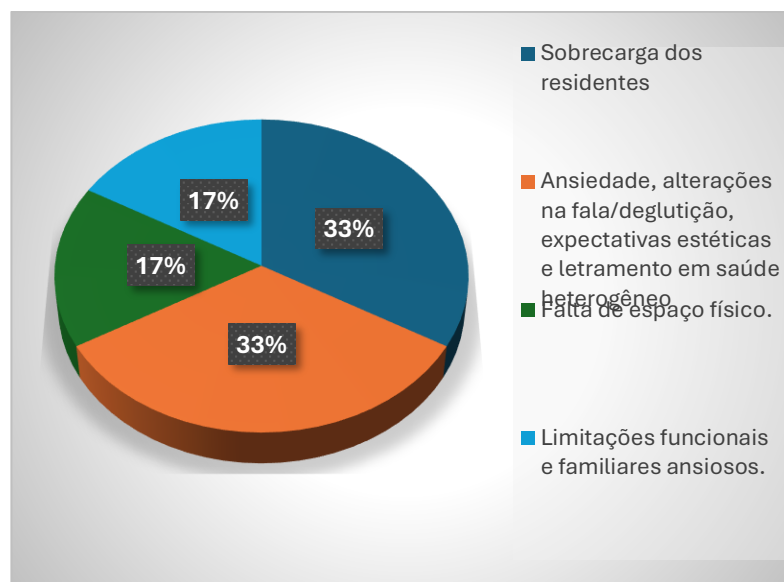
Gráfico 15 – Orientação específica que o profissional fornece aos familiares para ajudar no processo de recuperação.



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Entre os principais desafios na comunicação com pacientes com trauma de face (Gráfico 16), destacam-se ansiedade, alterações na fala/deglutição e expectativas estéticas. Para 33% é a sobrecarga de residentes e Alta demanda de pacientes. Essa constatação ilustra claramente a categoria “Desafios enfrentados na comunicação” ao evidenciar limitações de tempo, espaço físico e ausência de treinamentos específicos que interferem na qualidade comunicativa. A PNH propõe organizar o processo de trabalho de modo a criar tempos/espacos de escuta, reduzir filas e pressões de tempo e articular apoio matricial quando necessário (Brasil, 2010a; 2010b).

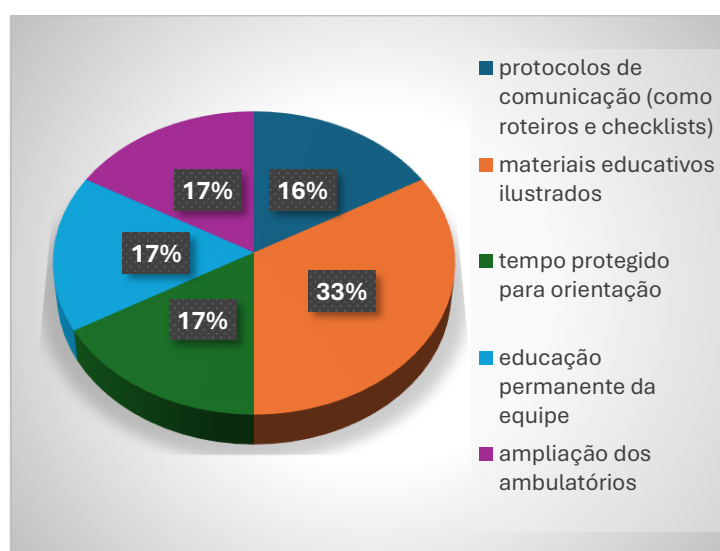
Gráfico 16 – Principais desafios na comunicação com pacientes com trauma de face



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Sobre como superar os desafios (Gráfico 17), as respostas convergem para adoção de protocolos de comunicação (como roteiros e checklists), materiais educativos ilustrados, tempo protegido para orientação e educação permanente da equipe e ampliação dos ambulatorios. Tais medidas estão alinhadas ao PNSP (Portaria MS nº 529/2013) e à RDC ANVISA nº 36/2013, que instituem ações para segurança do paciente e Núcleos de Segurança do Paciente com foco em processos comunicacionais críticos (Brasil, 2013a; ANVISA, 2013).

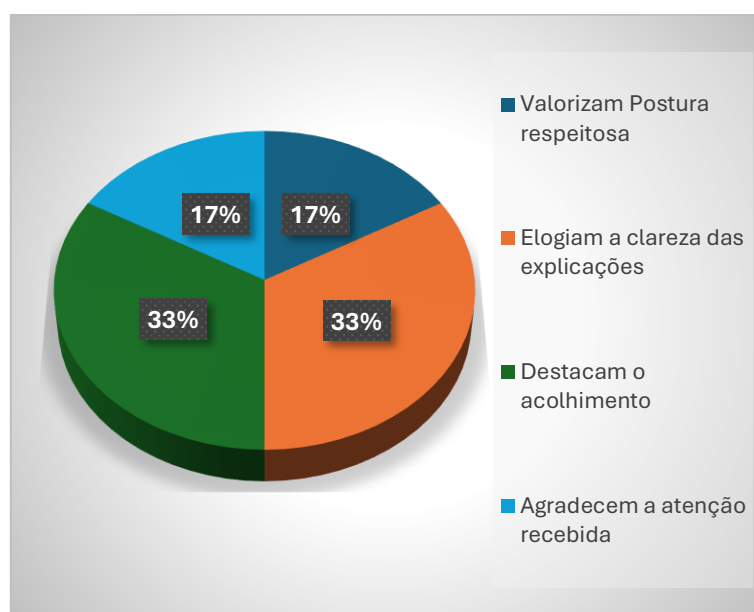
Gráfico 17- Como superar os desafios



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Quanto aos feedbacks recebidos dos pacientes (Gráfico 18), predomina a valorização de linguagem clara, postura respeitosa e disponibilidade para dúvidas, acolhimento, relatos de satisfação e gratidão. A forma como os profissionais recebem e interpretam o retorno dos pacientes remete à categoria “Avaliação de satisfação com a comunicação do profissional de saúde”, indicando que o reconhecimento do esforço comunicativo atua como fator motivacional e de satisfação no trabalho. A PNH indica que a avaliação do usuário é componente estratégico para a cogestão e melhoria contínua, devendo retroalimentar o processo de trabalho e a produção de materiais educativos (Brasil, 2010a).

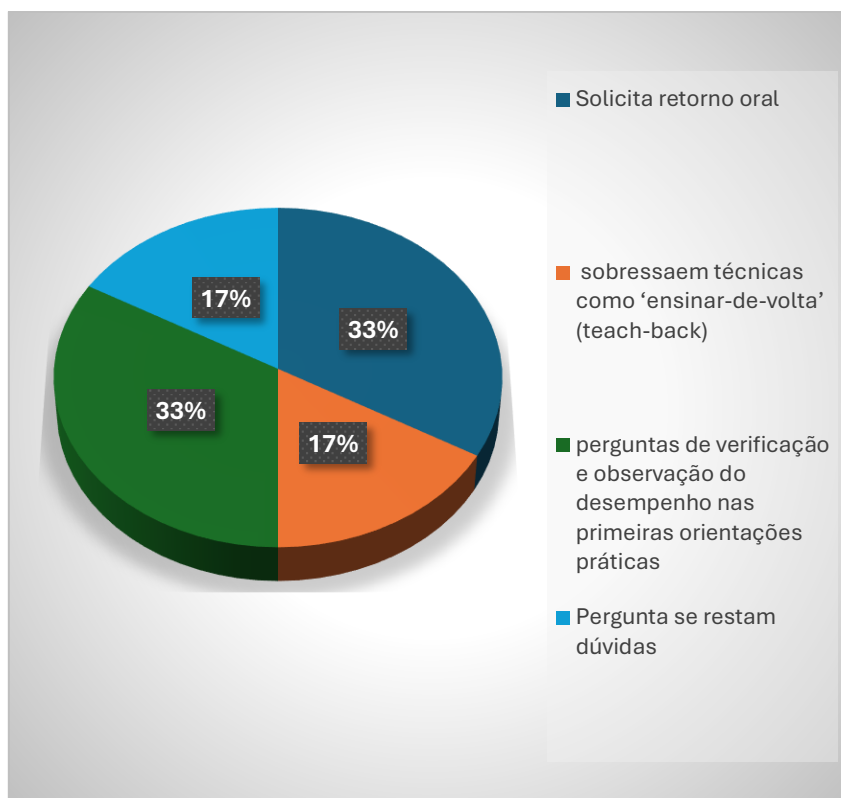
Gráfico 18 – Feedback recebido dos pacientes



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Sobre como o profissional verifica se o que foi explicado foi compreendido (Gráfico 19), solicita retorno oral, sobressaem técnicas como ‘ensinar-de-volta’ (teach-back), perguntas de verificação e observação do desempenho nas primeiras orientações práticas. O Protocolo de Comunicação Efetiva do PNSP legitima essas estratégias como padrão de segurança, especialmente em orientações de alta, consentimento e preparo para procedimentos (Brasil, 2013a).

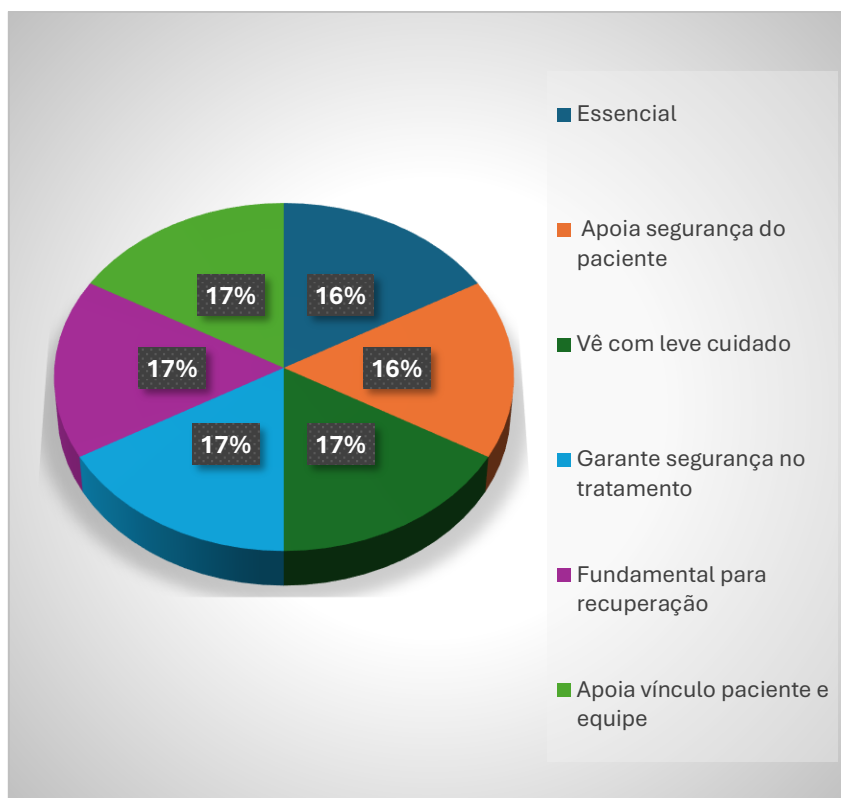
Gráfico 19 – Como confirma compreensão final



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Por fim, quanto ao entendimento do papel da comunicação como suporte à recuperação (Gráfico 20), observa-se reconhecimento de que a comunicação é entendida como parte constitutiva do cuidado e expressão do trabalho vivo em ato, na medida em que se dá no encontro entre trabalhador e usuário, mediada por intencionalidades e subjetividades (Merhy, 2002; Franco & Merhy, 2012). Ao reduzir incertezas, alinhar expectativas e favorecer a corresponsabilização, a comunicação qualificada — enquanto tecnologia leve e expressão do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) — impacta diretamente a adesão terapêutica, a segurança e a satisfação do usuário, objetivos estes centrais tanto da PNH (Brasil, 2010a) quanto do PNSP (Brasil, 2013a).

Gráfico 20 – Papel da comunicação na recuperação



Fonte: Coleta de dados da Pesquisa 2025

Em síntese, a análise dos dados revelou que as práticas comunicativas no ambulatório de CTBMF do HU-UFMA oscilam entre avanços e fragilidades: de um lado, observa-se o esforço dos profissionais em transmitir informações clínicas relevantes; de outro, persistem barreiras relacionadas ao uso de jargões técnicos, à ausência de feedback e à dificuldade de adaptação da linguagem ao perfil sociocultural dos pacientes.

Ao articular esses achados com o referencial teórico da Comunicação em Saúde (Schiavo, 2014; Moura; Lopes, 2016; França; Simões, 2016), confirma-se que a comunicação, quando reduzida a mera transmissão de dados, torna-se insuficiente para garantir acolhimento, adesão ao tratamento e segurança do paciente. Esses resultados sustentam a necessidade de sistematização por meio de um protocolo de boas práticas comunicativas, concebido não apenas como instrumento informativo, mas como estratégia relacional e pedagógica capaz de orientar profissionais, especialmente residentes, no exercício de uma comunicação clara, humanizada e centrada no usuário.

5 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS COMUNICATIVAS

O problema de comunicação que se propôs resolver foi o aperfeiçoamento da comunicação realizada pelos profissionais de buco maxilo facial no ambulatório de CTBMF do HU UFMA, a fim de tornar o processo comunicativo mais objetivo e padronizado.

O uso das técnicas de observação simples e entrevistas permitiram compreender o contexto empírico e, com base nessa análise, optou-se pela construção de um protocolo de boas práticas de comunicação para profissionais que atuam no campo empírico dessa pesquisa, desenvolvido por meio de uma metodologia estruturada e embasada em pesquisa qualitativa.

A importância de protocolos de boas práticas em saúde é amplamente reconhecida na literatura. Segundo Minayo (2014), a padronização de condutas e a implementação de diretrizes são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. Além disso, Reis *et al.* (2018) reforçam que "protocolos bem estruturados reduzem a variabilidade nas práticas clínicas, promovendo maior consistência e eficiência no cuidado em saúde" (Reis *et al.*, 2018, p. 12).

Ademais, o uso de ferramentas de comunicação estruturada é essencial para a prestação de cuidados seguros, vejamos:

[...] Visual aids may offer effective and scalable methods of increasing awareness and understanding of the SBAR communication tool for handovers. Ultimately, strengthening communication requires engaging senior staff members to promote good handover culture. (RUHOMAUY *et al.*, 2019)

Ora, a pesquisa supramencionada indica a importância dos mecanismos de comunicação e destaca que falhas de comunicação entre profissionais de saúde e suas equipes podem comprometer a segurança do paciente e a eficácia do adequado tratamento.

5.1 Produto: Protocolo de Comunicação para profissionais que atuam em ambulatório de cirurgia traumatologia buco maxilo facial

O protocolo, concebido como **Protocolo de Boas Práticas Comunicativas**, foi elaborado para abranger os principais aspectos da comunicação dos profissionais de saúde, com foco em otimizar o atendimento e a tomada de decisões. Ele inclui diretrizes para uma comunicação empática e eficiente, orientações sobre como realizar a comunicação de informações complexas de forma acessível, estratégias para lidar com as especificidades emocionais e psicológicas dos pacientes com sequelas de trauma de face, e normas para padronizar condutas durante o atendimento.

Para que a comunicação seja eficaz, é essencial demonstrar interesse genuíno pelo outro, garantir clareza na transmissão da mensagem e estabelecer relações terapêuticas entre profissionais de saúde e usuários. Como destacam Braga e Silva (2007) e Silva e colaboradores (2000), esses elementos são fundamentais para construir uma comunicação que promova confiança, compreensão e adesão ao tratamento, contribuindo para um atendimento mais humanizado e eficiente.

Desta forma, o protocolo foi organizado em capítulos temáticos, cada um relacionado a um aspecto específico da comunicação e do atendimento. O produto comunicacional apresenta uma linguagem clara, objetiva e acessível, voltada a profissionais de saúde que atuam sob condições de estresse, pressão e sobrecarga diária. O material prioriza orientações diretas e exemplos práticos, visando facilitar a aplicação imediata no cotidiano hospitalar.

Ressalta-se que o material foi desenvolvido com uma linguagem clara, direta e de fácil compreensão, especialmente pensado para atender a demanda dos profissionais de saúde que vivem em um contexto de alta pressão, estresse e sobrecarga de trabalho.

Por isso, a linguagem adotada foi pensada de modo objetivo e acessível, evitando excessos, assim é possível uma assimilação mais rápida e eficaz mesmo diante de rotinas intensas.

Também, destaca-se que o protocolo desenvolvido apresenta o tema de forma organizada, sequencial e visualmente compreensível, facilitando a aplicação das orientações comunicativas na prática hospitalar.

Em relação a formatação das cores, tipografias, fontes e elementos de identidade visual, esta foi baseada no Manual de identidade visual da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). No tocante ao processo de diagramação, este foi realizado por um profissional especializado visando assegurar

a qualidade técnica e alinhamento às diretrizes de comunicação visual da instituição supramencionada.

A estrutura do protocolo de boas práticas comunicativas inclui:

- **Comunicação Inicial e Acolhimento:** Diretrizes para o primeiro contato com o paciente, visando estabelecer confiança e empatia desde o início do atendimento.
- **Comunicação de Informações Complexas:** Orientações sobre como comunicar diagnósticos, tratamentos e prognósticos de forma clara e compreensível.
- **Manejo de Expectativas e Emoções:** Estratégias para lidar com as reações emocionais dos pacientes e familiares, além de gerenciar expectativas sobre o tratamento.
- **Orientações Pós-Atendimento:** Instruções sobre cuidados pós-tratamento, medicação e acompanhamento, garantindo que o paciente compreenda e siga as recomendações.
- **Padronização de Condutas:** Normas para uniformizar as práticas de comunicação entre os profissionais de saúde, visando a consistência e a qualidade do atendimento.

Cada tópico foi desenvolvido com base nas evidências coletadas durante a pesquisa, garantindo que o conteúdo seja relevante e aplicável ao contexto dos ambulatorios públicos. Além disso, o protocolo será disponibilizado em formato impresso e digital, facilitando o acesso e a consulta por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Após aprovação, o protocolo será submetido às instituições de saúde para avaliação e implementação. Ele será projetado como um documento dinâmico, passível de atualizações periódicas com base em novas evidências e feedbacks dos usuários, contribuindo para uma comunicação mais eficiente e humanizada em saúde.

5.2 Pré-teste e Proposta de Implementação do Produto

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizada a etapa de pré-teste do produto proposto, a fim de validar metodologicamente a solução proposta.

Para Lakatos o pré-teste ou pesquisa piloto demonstrará que:

A equipe de especialistas que preparou vivenciou o problema durante certo espaço de tempo. Todas as perguntas parecem necessárias e bem formuladas. [...] Uma vez constatadas as falhas reformula-se o instrumento, conservando, modificando, ampliando, desdobrando ou alterando itens. (LAKATOS, p. 227, 2018)

Com isso, buscou-se verificar a clareza e aplicabilidade do protocolo proposto, de forma a contribuir para o aprimoramento do instrumento para a confiabilidade dos resultados.

Dessa forma, vejamos a seguir os resultados obtidos com a análise de repostas de 2 profissionais do campo empírico pesquisado, diante da ausência dos demais profissionais até o momento de conclusão desta pesquisa.

Gráfico 21 – Os conceitos foram apresentados de forma clara e objetiva?

Os conceitos foram apresentados de forma clara e objetiva?
2 responses



Fonte: Dados do Pré- teste do Produto da Pesquisa 2025

O gráfico 21 demonstra que ambos os profissionais avaliaram positivamente a clareza e a objetividade na apresentação de conceitos abordados no protocolo, bem como fica evidente que os participantes compreenderam o conteúdo proposto. Em relação a uso da linguagem, a pesquisa evidenciou que:

Gráfico 22 – A linguagem utilizada foi adequada?

A linguagem utilizada foi adequada?

2 responses



Fonte: Dados do Pré- teste do Produto da Pesquisa 2025

Assim, a unanimidade na resposta positiva sobre a adequação da linguagem utilizada reforça a compreensão do material pelo público de profissionais, portanto verificou-se que o protocolo é compatível com o nível de entendimento dos residentes. No tocante, a forma de organização do conteúdo ficou demonstrado que:

Grafico 23 – A organização do conteudo facilitou a compreensao dos topicos abordados?

A organização do conteúdo facilitou a compreensão dos tópicos abordados?

2 responses



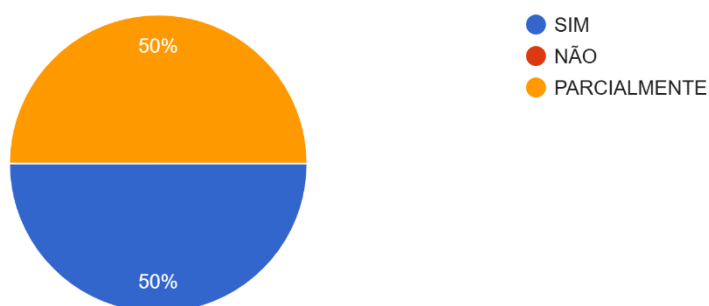
Fonte: Dados do Pré- teste do Produto da Pesquisa 2025

Logo, a avaliação positiva sobre a organização do conteúdo reconhece que a sequência e disposição dos tópicos facilitam a compreensão do protocolo de boa

práticas comunicativas. Sobre a aplicabilidade do produto, os profissionais consideraram que:

Gráfico 24 – Você considera a comunicação do guia motivador e aplicável à sua prática clínica?

Você considera a comunicação do guia motivador e aplicável à sua prática clínica?
2 responses



Fonte: Dados do Pré- teste do Produto da Pesquisa 2025

Nesse sentido, embora um profissional tenha considerado a pertinência e aplicabilidade do produto, o outro profissional identificou limitações do material apresentado com a práticas vivenciada.

Portanto, os dados obtidos demonstram que os participantes entenderam a linguagem e a organização do conteúdo proposto. As avaliações demonstram que o material atende aos objetivos definidos, sendo necessário realizar ajustes para aprimorar o protocolo com a prática clínica.

Não obstante, para implementação do material apresentou-se um cronograma de forma sistematizada para indicar as etapas necessárias no processo aplicação do protocolo de boas práticas comunicativas no contexto do ambulatório de CTBMF, vejamos:

Figura 12- Cronograma

ETAPA	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PERÍODO
Validação técnica e institucional	Revisão do protocolo por especialistas, docentes e gestores; ajustes conforme pareceres técnicos e regulatórios.	8 semanas

Capacitação da equipe	Treinamentos presenciais e teóricos sobre o protocolo	4 semanas
Implantação piloto	Aplicação do protocolo em escala reduzida, com monitoramento de adesão e dificuldades.	4 semanas
Avaliação e ajustes	Avaliação e ajustes	4 semanas
Implantação definitiva	Aplicação do protocolo para o ambulatório de CTBMF	4 semanas
Monitoramento e avaliação contínua	Auditorias internas, análise de indicadores (adesão, incidentes, satisfação), e reuniões periódicas para atualização.	50 semanas

Enfim, o desenvolvimento e a aplicação do protocolo proposto com as etapas metodologicamente construídas, demonstra a relevância e viabilidade da presente pesquisa na realidade prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação, como campo de pesquisa, é fundamental para a escuta ativa, a transmissão de ideias, pensamentos e informações entre indivíduos e grupos sociais, bem como para a criação de relações entre os mediadores do processo comunicativo. A comunicação vai além da simples transmissão de informações, pois engloba processos, interações sociais, construção de significados e formação de identidade. As práticas comunicativas, portanto, têm o potencial de transformar modos de interação, contribuindo para a solução de problemas, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar dos cidadãos.

No campo da saúde, ressalta-se que a comunicação deve ser clara e objetiva entre profissionais e usuários, a fim de possibilitar a adequada transmissão de orientações sobre os tratamentos de saúde.

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa cujo objetivo principal foi a elaboração de um protocolo de boas práticas comunicativas para os profissionais de saúde que atuam no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HU-UFMA. O intuito foi padronizar práticas comunicativas e melhorar o fluxo de comunicação nesse ambiente, promovendo, assim, um cuidado humanizado e a concretização dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal e em legislações correlatas.

Para alcançar tal objetivo, definiram-se os seguintes objetivos específicos: a) levantar como ocorre a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, visando à proposição de ações estratégicas de comunicação; b) realizar o investigação do processo comunicativo para identificar obstáculos presentes na interação e, c) produzir material orientador em formato impresso e digital para os profissionais que atuam no ambulatório de CTBMF.

O protocolo construído estabelece diretrizes comunicativas e além disso, sugere a criação de espaços em que os profissionais se sintam seguros para fazer perguntas, expressar preocupações e relatar erros sem medo de retaliação, bem como a adoção de medidas para reduzir o ruído ambiental, como o isolamento acústico e o controle de alarmes em ambientes hospitalares.

Os resultados da observação simples indicaram o predomínio do uso de linguagem técnica e da lógica de transmissão de mensagens em que o paciente é visto como mero receptor, o que compromete sua percepção como sujeito em uma

relação dialógica. Destaca-se também a ausência de materiais de apoio padronizados e estruturados. Entretanto, verificou-se que, em alguns casos, profissionais utilizaram imagens, além dos exames, para melhorar a compreensão do paciente sobre seu quadro clínico.

As entrevistas revelaram que muitos profissionais reconhecem a importância da comunicação adequada com o paciente. Contudo, apontaram desafios como a alta demanda de atendimentos em determinados dias da semana, a falta de controle no agendamento de retornos e a ausência de acompanhantes em algumas consultas. Esses achados reforçam a relevância da presente pesquisa.

Com base nisso, desenvolveu-se um protocolo de boas práticas comunicativas para o ambulatório de CTBMF do HU-UFMA, com vistas a facilitar a compreensão, uniformizar condutas, otimizar o tempo de atendimento e aumentar a eficiência dos cuidados prestados.

Esse protocolo também tem o potencial de ser replicado e adaptado em outros contextos hospitalares e serviços públicos de saúde, de modo a melhorar a experiência do paciente, valorizar o cuidado e fortalecer a escuta ativa. Tais ações concretizam os direitos à cidadania, à saúde e à comunicação.

Apesar das limitações temporais e administrativas enfrentadas durante a pesquisa, sua relevância para o campo é significativa, abrindo caminho para novas investigações e a continuidade dos estudos sobre comunicação e saúde.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Pedro Eduardo; BERETTA, Ana Laura R. Zeni. A importância da comunicação efetiva do enfermeiro em CCIH frente à equipe multidisciplinar: revisão de literatura. **Revista Científica da FHO**, v.7, n.1/2019. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/4%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/4%20(3).pdf). Acesso em: 31 jul. 2025.
- AMATUZZI, Maria Luiza L.; BARRETO, Maria do Carmo C.; LITVOC, Julio; LEME, Luiz Eugênio Garcez. **Linguagem metodológica** – Parte 1. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53–56, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aob/a/MpfjcFTVDyHrCHzyXYBxJ3b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 de setembro de 2025.
- ANAHP. **Comunicação no ambiente hospitalar**. 10 fev. 2016. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/comunicacao-no-ambiente-hospitalar/>. Acesso em: 31 jul. 2025.
- ANDRADE, Maria. **Metodologia da pesquisa científica: da concepção à prática**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2020.
- ANVISA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
- ARAÚJO, Ana Cleonice Almeida de et al. Comunicação eficaz entre enfermeiros e pacientes: melhores práticas para melhorar a comunicação e promover a segurança do paciente. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação** [S. l.], v.10, n.11, p.3734–3754, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16674>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. **Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.20, n.4, p.410-414, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 maio 2025.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2024. E-book (284 p.).
- BRASIL. **Decreto nº 6.555 de 2008**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6555.htm.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=434935&view=detalhes>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. **Lei 8.080/1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. **Lei 8.142/1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.858/2013**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. **Lei 141/2012**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Segurança do paciente**: comunicação efetiva. Brasília, DF: SES/DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+paciente+comunica%C3%A7%C3%A3o+efetiva.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.

BRASIL. **Lei 8.142/1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 maio 2025.

CAPONERO, Ricardo. **A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico**: um guia para profissionais de saúde, portadores de câncer e seus familiares. São Paulo: MG Editores, 2015.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1871–1880, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>. Acesso em: 04 jul. 2024.

CFO – Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Brasília: CFO, 2012.

COHN, Amélia; ELIAS, P. E. O Sistema Único de Saúde como direito de cidadania e os desafios de sua efetivação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.1163-1172, abr. 2019.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; RUIZ-MORENO, Lúdia; LIMA, Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, out./dez. 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg>. Acesso em: 25 set 2025.

COVELLO, Camilla. **O poder de uma boa comunicação em instituições de saúde**. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/boa-comunicacao-saude/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Revista Comun., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.641-649, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DmMxCv3wWhHzkQxMkX5qcks>. Acesso em: 12 jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde: Segurança do Paciente: Comunicação Efetiva**. Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências/DIENF/COASIS/SAIS e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente da SES/DF. Portaria SES-DF Nº 31, de 16 de janeiro de 2019; nº 17, de 24 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+paciente+comunica%C3%A7%C3%A3o+efetiva.pdf/ca225b6>. Acesso em: 31 jul. 2025.

DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo (Org.). **Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2024.

DUA, Radhika; VASSILIOU, Leandros; FAN, Kathleen. **Terminologia maxilofacial comum**: Nossos pacientes entendem o que dizemos? *Revista The Surgeon*, v.13, ed.1, fev. 2015, p.1-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1479666X13001194>. Acesso em: 30 jun. 2025.

FONSECA, Raymond. **Trauma bucomaxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FRANÇA, Vera V.; SIMÕES, Paula G. **Curso básico de teorias da comunicação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v.6, n.3, p.151-163, 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.6-19, 1999. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-do-amapa/integracao-regional/11psf-contradicoes-sus/57200626>. Acesso em: 7 set. 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALVES, Mônica Elizandra Castro; QUEIROZ, Luiz Alberto Bastos; ROBERTO, José Carlos Alves; SOUTO, Sístina Pereira. **Atendimento hospitalar: acolhimento e humanização como prioridade para o paciente**. Ciências da Saúde, Ciências Sociais, v.27, n.121, p.25-30, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7864046>. Acesso em: 31 jul. 2025.

HOWE, Thomas E.; VARLEY, Iain. **Terminologia maxilofacial comum: nossos pacientes entendem quem somos?** Revista The Surgeon, v.13, ed.5, out. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1479666X15000542>. Acesso em: 30 jun. 2025.

INSTITUTO FEDERAL RIO GRANDE DO NORTE. **Manual de Boas Práticas dos Serviços de Saúde**. 2023. Disponível em: <https://portal.ifrn.edu.br/institucional/estudantes/saude/manual-de-boas-praticas-dos-servicos-de-saude/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

KRUEGER, Richard A.; CASEY, Mary Anne. **Focus groups: a practical guide for applied research**. 5. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LOPES, Maria Imacolata Vassallo de. Pesquisa de comunicação: questões epistemológicas, teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v.27, n.1, p.13-39, 2004. Disponível em: <http://www3.eca.usp.br/sites/default/files/form/biblioteca/acervo/producao-academica/001399190.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.

MANOJLOVICH M, Harrod M, Hofer TP, Lafferty M, McBratnie M, Krein SL. Using Qualitative Methods to Explore Communication Practices in the Context of Patient Care Rounds on General Care Units. **J Gen Intern Med**. 2020 Mar;35(3):839-845. doi: 10.1007/s11606-019-05580-9. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31832929; PMCID: PMC7080921.

MACHADO, Cristiani Vieira. Democracia, Cidadania e Saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1163-1172, jul. 2024.

MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL – Versão 2.5- fevereiro 2023. EBSEH. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/legislacao-e-normas-de-comunicacao/manual-de-identidade-visual-versao-2-5-fevereiro-2023.pdf/view>. Acesso em 18 set. 2025.

MARCHISOTTI, Gustavo Guimarães; FARIAS, José Rodrigues Filho. **Aplicação de um Método Múltiplo para Identificar um Problema de Pesquisa**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/4bbXpzSQVdKD7JgRcMQbCbQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05 set 2025.

MATA ÁNS, de Azevedo, KPM, Braga, LP, de Medeiros, GCBS, de Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Nicolás IM, Piuvezam G. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. **Hum Resour Health**. 2021 Mar 6;19(1):30. doi: 10.1186/s12960-021-00574-3. PMID: 33676515; PMCID: PMC7937280. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7937280/>

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, Maria Luiza de Moraes Rego. **LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E ESTRATÉGIA COMUNICACIONAL EM BENEFÍCIO DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**. 2023.

MOIMAZ, S. A. S. et al. **Feminização da Odontologia: tendências e desafios no Brasil**. Revista da ABENO, [S. l.], v.19, n.1, p.64-72, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abeno/a/L9xTxRvtjPgqGmTRSyttGwt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2025.

MOURA, Cláudia Peixoto de; LOPES, Maria Immacolata Vassallo. **Pesquisa em comunicação: metodologias e práticas acadêmicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

MOURA, Milena Tatiana Ferreira Lima de; DALTRO, Rafael Moreira; ALMEIDA, Tatiana Frederico de. **Traumas faciais: uma revisão sistemática da literatura**. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=. Acesso em: 14 maio 2025.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/decE1cao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 4 ago. 2025.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.20, n.3, p.630-634, jul./set. 2015. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>. Acesso em: 22 jul. 2025.

PACHECO, Alessandra Miranda da Silva; BESERRA, José Marcelo de Azevedo; RODRIGUES, Maria da Paixão; MOTA, Lícia Ribeiro; MENEZES NETO, Carlos Mathias de; LIMA, Cláudio Guerra de; CAMELO, Evellyn Mariane Santos; ALVES, Yorrane Kelly Gomes; SILVA, Lucas Antonio da; FARIAS, Mariane Teixeira Dantas; SILVA, Gabriella Ribeiro; MASLINKIEWICZ, Alexandre. **A comunicação interpessoal como ferramenta eficaz da equipe multiprofissional na promoção do bem-estar em um ambiente hospitalar**. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/373093805_A_comunicacao_interpessoal_como_ferramenta_eficaz_da_equipe_multiprofissional_na_promocao_do_bem-estar_em_um_ambiente_hospitalar. Acesso em 5 jul 2025.

RANGEL-S, Maria Ligia; RAMOS, Natália (org.). **Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas**. Salvador: EDUFBA, 2017.

REIS, A. O. A. et al. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: ferramentas para a qualidade na assistência. **Revista Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.10-20, 2018.

RENÓ, Denis Porto. **Pesquisa aplicada em comunicação: uma tendência necessária**. Disponível em: <http://acervodigital.unesp.br/handle/11449/135421>. Acesso em: 12 ago. 2024.

RUHOMAUZY Z, Betts K, Jayne-Coupe K, Karanfilian L, Szekely M, Relwani A, McCay J, Jaffry Z. Improving the quality of handover: implementing SBAR. **Future Healthc J**. 2019 Jun;6(Suppl 2):54. doi: 10.7861/futurehosp.6-2s-s54. PMID: 31572947; PMCID: PMC6752450.

SANTOS, Aira Maria Bonfim; MEURER, Eduardo. **Eventos agudos na atenção básica: trauma de face**. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/886/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SEGRE, Marco. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5, p.538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJt>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SILVA, Airton Marques da. **Metodologia da pesquisa**. 2. ed. rev. Fortaleza, CE: EDUECE, 2015.

SILVA, Lucia Marta Giunta et al. **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.52-58, 2000.

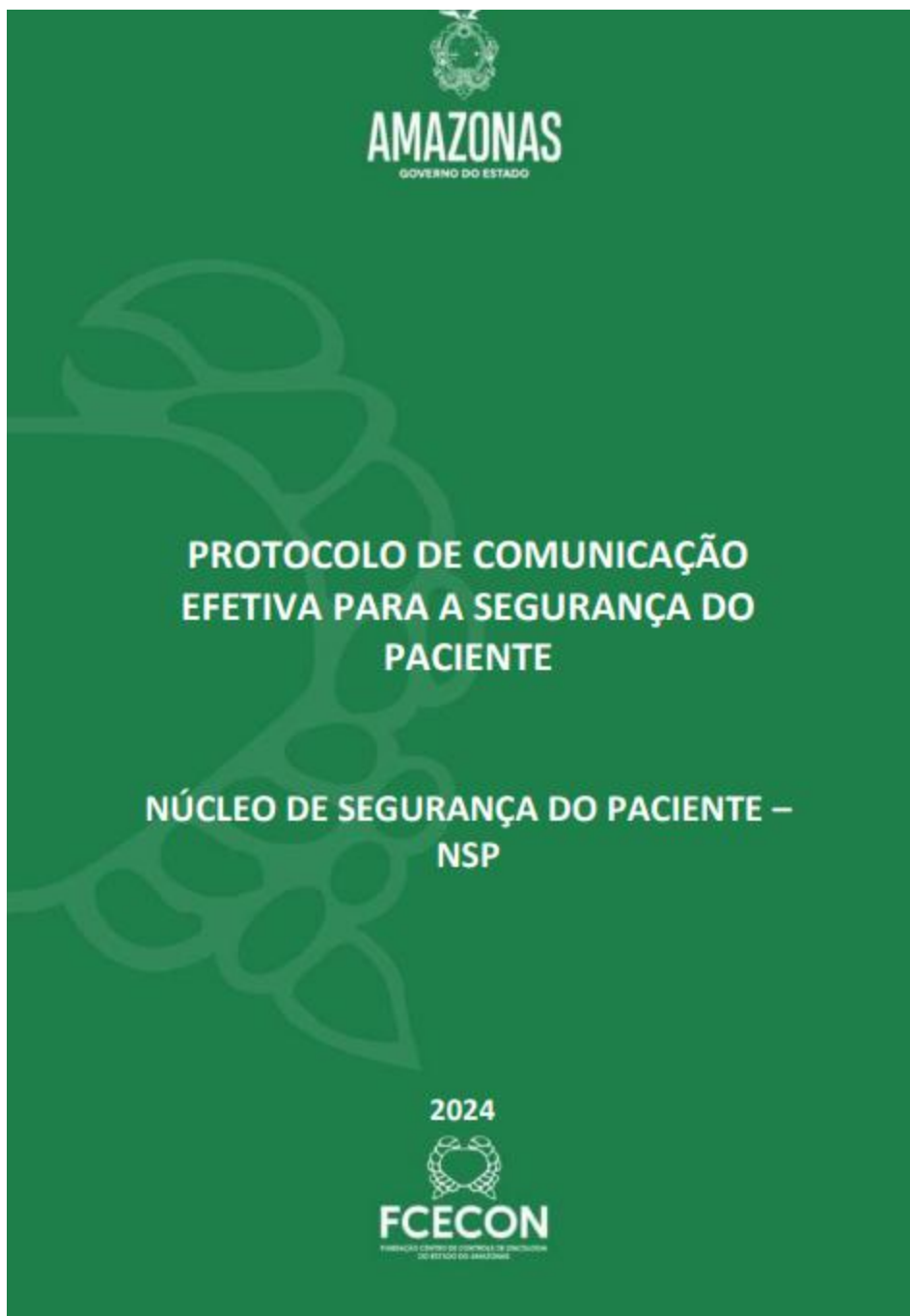
SILVA, Olga Maria Panhoca da. **A odontologia hospitalar e a traumatologia bucomaxilofacial no município de São Paulo**. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/be09/0d308c0ba8d6f2929c76a3cc890408e6c90a.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. **Direito à Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia de Pesquisa-ação**. São Paulo: Saraiva, 2009.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.1-15, dez. 2004.

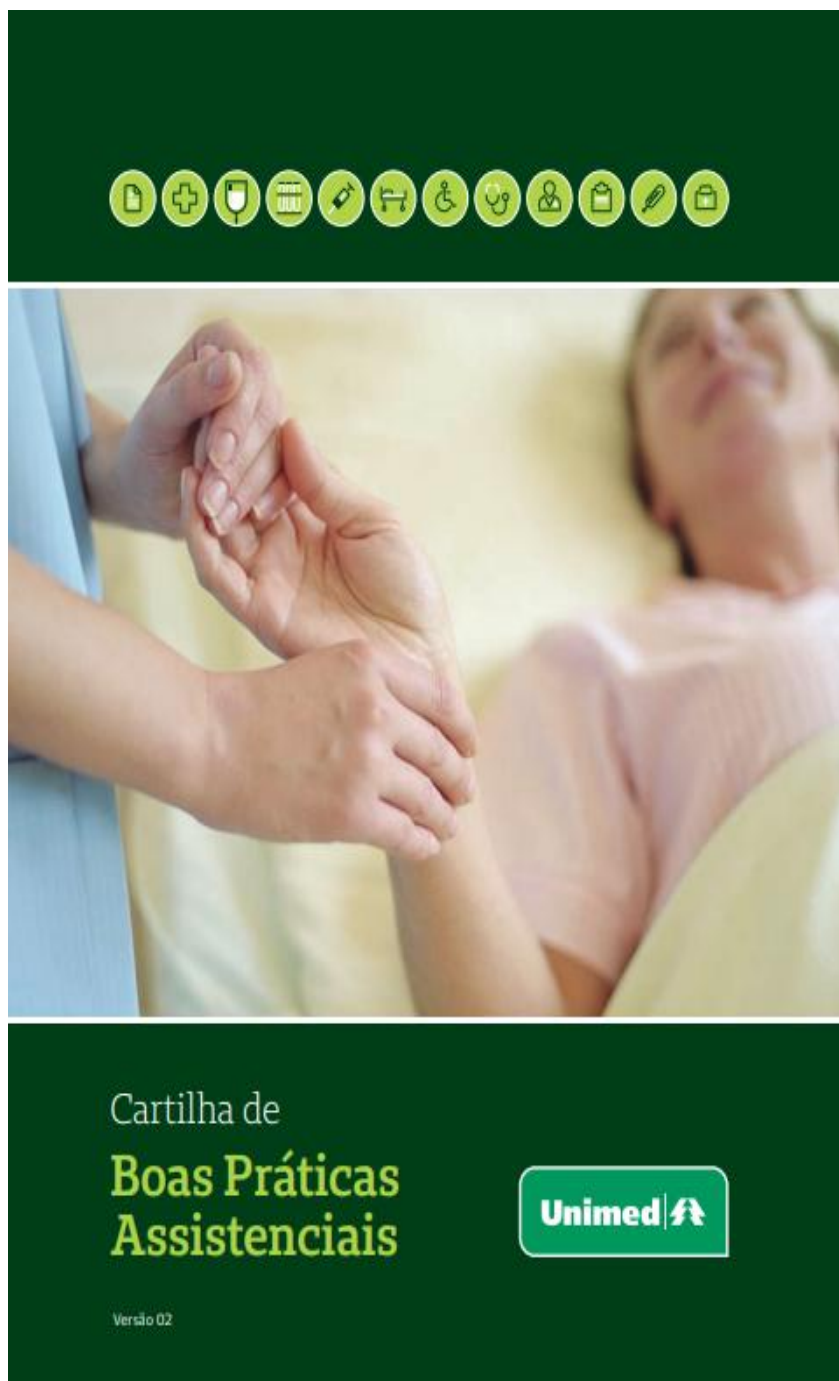
ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de Comunicação Efetiva para Segurança do Paciente

ANEXO B – Guia de Boas Práticas



ANEXO C – Cartilha de Boas Práticas Assistencias



ANEXO D – Manual de Identidade Visual EBSEH

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

Função:

Especialidade _____

Tempo de experiência na área de traumas faciais. () 1 a 3 anos () 4 a 5 anos ()
ou mais de 5 anos na área específica de bucomaxilo

PROCESSO DE COMUNICAÇÃO INICIAL

- 1) Como você geralmente inicia o diálogo com pacientes que apresentam traumas faciais?
- 2) Que tipo de linguagem ou termos você prefere usar ao explicar o diagnóstico e o tratamento?
- 3) Há alguma etapa específica que você considera essencial para assegurar que o paciente compreenda bem a sua situação?

ESTRUTURA E CLAREZA DA LINGUAGEM

- 1) Como você organiza as informações para que os pacientes e seus familiares compreendam o tratamento?
- 2) Quais são as principais dúvidas que os pacientes costumam ter sobre o tratamento e a recuperação?
- 3) Como você verifica se o paciente entendeu as informações importantes?

ESTRATÉGIAS PARA COMUNICAÇÃO EFICAZ

- 1) Quais estratégias ou recursos você utiliza para facilitar o entendimento?
- 2) Você utiliza alguma técnica para adaptar a linguagem de acordo com o nível de entendimento?
- 3) Você atende pessoas com dificuldade de compreensão sobre o tratamento ou o trauma de face?

INTERAÇÃO COM OS FAMILIARES

- 1) Como você envolve os familiares no processo de comunicação sobre o estado e o tratamento?
- 2) Há alguma orientação específica que você fornece aos familiares para ajudar no processo de recuperação?

DESAFIOS ENFRENTADOS NA COMUNICAÇÃO”

- 1) Quais são os principais desafios que você enfrenta na comunicação com pacientes que tiveram traumas de face?
- 2) Como você acredita que esses desafios poderiam ser superados para melhorar a comunicação e o atendimento?

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

- 1) Você já recebeu alguns feedbacks dos pacientes sobre a sua comunicação durante o atendimento?
- 2) De que forma você entende se o que o que foi dito e explicado foi compreendido?
- 3) Quais mudanças você consideraria implementar no seu estilo de comunicação para melhorar a experiência do paciente?
- 4) Você entende que essa é uma importante etapa para a recuperação do paciente?

SUGESTÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

- 1) Na sua opinião, quais recursos ou treinamentos poderiam ajudar os profissionais da área de saúde na comunicação com pacientes que têm traumas faciais?
- 2) Existe alguma prática que você gostaria de adotar, caso tivesse os recursos necessários?

APÊNDICE B – Roteiro do Diário de Campo

Descrição:	Resposta
Data:	
Local de Pesquisa:	
Identificação do Profissional:	
Estratégias para comunicação eficaz:	
Aspectos Emocionais e sensíveis:	
Interação com os familiares:	
Desafios enfrentados na comunicação:	
Avaliação de satisfação com a comunicação do profissional de saúde:	
Estrutura e clareza da linguagem:	
Processo de comunicação inicial:	

APÊNDICE C – Categorias



APÊNDICE D – Produto: Protocolo de Comunicação para profissionais que atuam em ambulatório de cirurgia traumatologia buco maxilo facial.



Ficha Técnica



Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo,
Pesquisa, Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Comunicação
Mestrado Profissional

Autora

Ozana Carolina Lins Siqueira Almeida

Orientadora

Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo

Coorientadora

Dra. Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo

Apresentação

O presente protocolo de boas práticas comunicativas foi elaborado com base em estudo desenvolvido nos ambulatórios de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) do Hospital Presidente Dutra e do Hospital da Ilha, em São Luís, Maranhão. Seu objetivo é oferecer um protocolo prático e acessível que auxilie profissionais de saúde na adoção de estratégias comunicacionais humanizadas, claras e efetivas, fortalecendo o vínculo entre equipe e pacientes. Mais do que um conjunto de recomendações técnicas, este protocolo representa um instrumento de valorização da escuta ativa, do acolhimento e da integralidade do cuidado, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Política Nacional de Humanização. Acreditamos que a comunicação eficaz é essencial para a segurança do paciente, a adesão aos tratamentos e a concretização do direito à saúde.

A autora.



Sumário

01	Introdução	1
02	Comunicação Inicial e Acolhimento	2
03	Comunicação de Informações complexas	3
04	Manejo de Expectativas e Emoções	4
05	Orientações Pós Atendimento	5
06	Padronização de Condutas Comunicativas	6
07	Conclusão	7
08	Referências	9



Introdução

A comunicação em saúde é um processo que transcende a transmissão de informações. Trata-se de uma prática social, mediada por fatores culturais, emocionais e institucionais, que interfere diretamente na qualidade da assistência e no bem-estar dos indivíduos. Nos serviços de CTBMF, em que os pacientes enfrentam procedimentos complexos e, muitas vezes, vivenciam dor, ansiedade e limitações funcionais, a comunicação torna-se ainda mais estratégica.

O presente protocolo tem como finalidade orientar a prática comunicativa dos profissionais de saúde que atuam nesses ambulatorios, padronizando condutas e oferecendo suporte para a transmissão de informações em diferentes etapas do atendimento. Estruturado a partir de observações em campo e entrevistas com residentes e profissionais, o documento contempla diretrizes para o acolhimento inicial, a explicação de procedimentos, o manejo das emoções, a interação com familiares e a orientação pós-atendimento. Ao consolidar essas diretrizes em um único material, busca-se não apenas aprimorar a qualidade da comunicação, mas também contribuir para a efetividade terapêutica, a satisfação dos pacientes e o fortalecimento do cuidado humanizado.



Comunicação Inicial e Acolhimento

Objetivo: Criar uma relação de confiança e empatia desde o primeiro contato com o paciente.

Diretrizes:

1. Apresente-se de forma clara, com nome, função e disponibilidade para escuta.
2. Use linguagem corporal aberta e postura acolhedora.
3. Mantenha contato visual respeitoso e adequado.
4. Pergunte ao paciente como prefere ser chamado.
5. Evite o uso de termos técnicos nos primeiros momentos do atendimento.
6. Demonstre atenção ao sofrimento, validando as emoções do paciente (ex: "Entendo que este momento pode ser assustador").
7. Garanta um ambiente que promova privacidade e escuta qualificada



O primeiro contato é decisivo para estabelecer vínculo terapêutico, reduzir a ansiedade e garantir que o paciente se sinta sujeito do processo de cuidado.

3

Comunicação de Informações Complexas

Objetivo: Assegurar que diagnósticos, procedimentos e prognósticos sejam compreendidos pelo paciente e familiares.

Diretrizes:

1. Antes de explicar, pergunte o que o paciente já sabe ou compreende sobre sua condição.
2. Utilize termos simples, metáforas ou analogias acessíveis.
3. Divida as informações em blocos curtos, checando a compreensão ao final de cada explicação.
4. Apoie-se em recursos visuais, quando possível (exames de imagem, desenhos explicativos).
5. Evite transmitir excesso de informações de uma só vez.
6. Reforce verbalmente os pontos principais e ofereça material de apoio por escrito, se disponível.



A clareza na transmissão de informações fortalece a autonomia do paciente e concretiza o princípio da universalidade do SUS.



Manejo de Expectativas e Emoções

Objetivo: Promover um espaço seguro para expressar emoções e alinhar as expectativas do paciente e seus familiares em relação ao tratamento.

Diretrizes:

1. Reconheça as reações emocionais sem julgamento (ex: medo, raiva, tristeza).
2. Demonstre empatia ativa: "É natural se sentir assim diante dessa situação."
3. Explique claramente os limites e possibilidades do tratamento, incluindo tempo de recuperação e possíveis intercorrências.
4. Encoraje o paciente e os familiares a fazerem perguntas.
5. Ofereça encaminhamento para suporte psicológico, quando necessário.
6. Mantenha tom de voz calmo, respeitoso e sereno, mesmo em situações de estresse.



O manejo das emoções é parte integrante da prática clínica e contribui para a adesão, confiança e integralidade do cuidado



Orientações Pós-Atendimento

Objetivo: Garantir que o paciente compreenda e possa seguir corretamente as recomendações após o atendimento

Diretrizes:

1. Reforce oralmente as orientações principais no final do atendimento.
2. Entregue as instruções por escrito, em linguagem simples, clara e objetiva.
3. Destaque informações essenciais: medicações, horários, repouso, higiene, sinais de alerta.
4. Certifique-se de que o paciente ou acompanhante entendeu as instruções. Use perguntas como: "O que você entendeu sobre o combinado?"
5. Oriente sobre os canais disponíveis para tirar dúvidas após a consulta.
6. Informe a data ou o local do próximo atendimento, ou retorno, quando aplicável.



A orientação clara e acessível no pós-atendimento é determinante para o sucesso terapêutico e para a redução de riscos.



Padronização de Condutas Comunicativas

Objetivo: Promover consistência e qualidade na comunicação entre os diferentes profissionais que atuam no atendimento, assegurando uma experiência clara, acolhedora e uniforme para o paciente e seus familiares.

Diretrizes:

1. Todos os profissionais devem utilizar o mesmo protocolo para apresentações, explicações e orientações.
2. Adotar ficha-padrão de orientação ao paciente com espaço para observações e registro de dúvidas.
3. Estimular reuniões de equipe para alinhamento das condutas comunicativas e discussão de casos sensíveis.
4. Promover treinamentos periódicos sobre comunicação ética, humanizada e baseada em evidências.
5. Registrar no prontuário as principais informações compartilhadas com o paciente e suas reações.
6. Estimular feedback dos pacientes sobre a comunicação durante o atendimento, como instrumento de melhoria contínua.

7

Conclusão

A comunicação nos serviços de saúde constitui uma tecnologia leve indispensável para a efetivação do cuidado, uma vez que garante ao usuário o acesso pleno à informação, fortalece vínculos terapêuticos e assegura a integralidade do atendimento. Nos ambulatórios de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, onde os pacientes vivenciam situações de vulnerabilidade física e emocional, a adoção de práticas comunicativas claras, humanizadas e acessíveis torna-se condição essencial para a qualidade da assistência. O protocolo aqui elaborado estabelece diretrizes que abrangem desde o primeiro contato até as orientações pós atendimento, contemplando aspectos de acolhimento, manejo de expectativas, padronização de condutas e acessibilidade das informações. Essas orientações devem ser entendidas não apenas como um conjunto de instruções, mas como parte de um processo contínuo de educação permanente em saúde, articulado às políticas públicas vigentes, como a Política Nacional de Humanização (Brasi I, 2013) e a Política Nacional de Segurança do Paciente (Brasi I, 2013).

Recomenda-se que este protocolo seja incorporado às rotinas institucionais por meio de treinamentos periódicos, oficinas interprofissionais e mecanismos de monitoramento da efetividade comunicacional, incluindo a coleta sistemática de

feedback dos pacientes e familiares. Sugere-se, ainda, que seja garantida sua adaptação para diferentes públicos, em especial pessoas com deficiência, por meio da produção de materiais acessíveis (pictogramas, braille, áudio, vídeos legendados). Dessa forma, este protocolo não apenas orienta a prática dos profissionais nos ambulatórios de CTBMF, mas também se apresenta como uma ferramenta replicável em outros serviços de saúde, contribuindo para a redução de falhas comunicacionais, o fortalecimento do vínculo terapêutico e a concretização do direito à comunicação e à saúde no âmbito do SUS.



9

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2013.

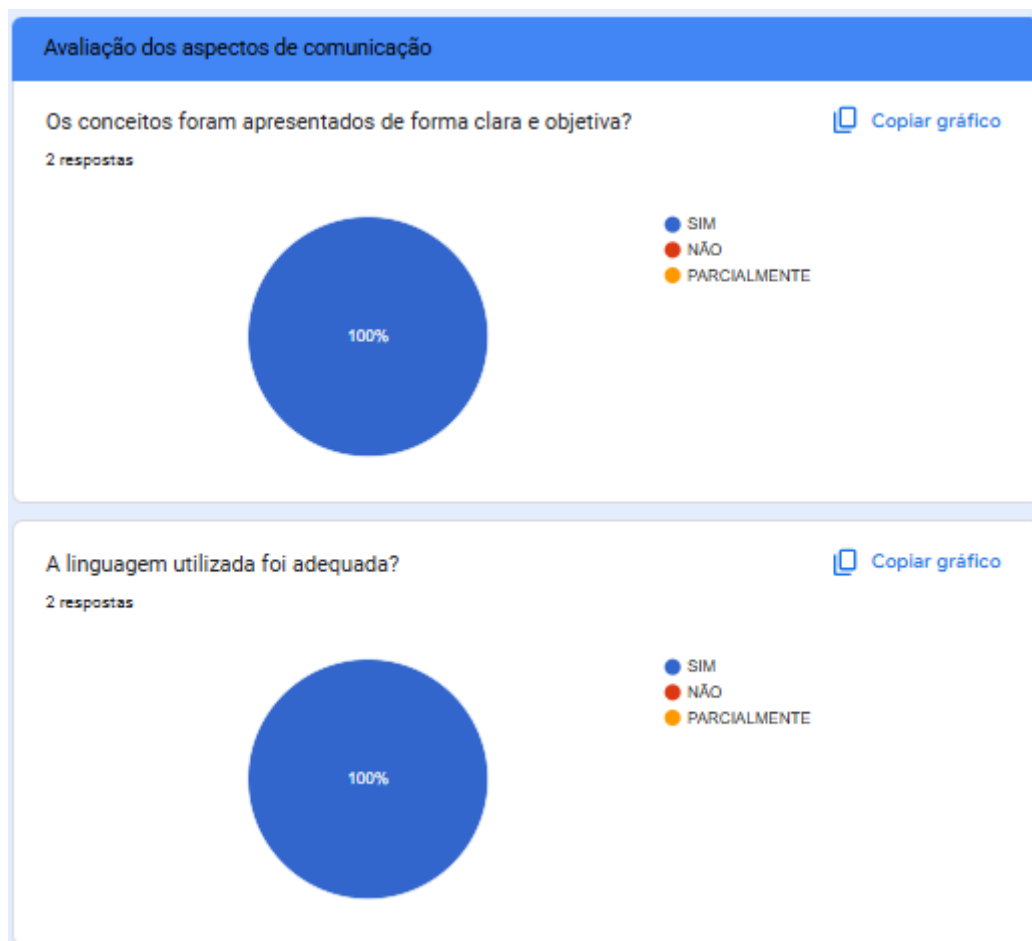
MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Comunicação em saúde: desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 21, n. 2, 2018.

OLIVEIRA, V. C. et al. Letramento em saúde e práticas comunicativas: revisão integrativa. Revista de Saúde Pública, v. 53, n. 56, 2019.



APÊNDICE E – Resultado do Pré-Teste



A organização do conteúdo facilitou a compreensão dos tópicos abordados?

 Copiar gráfico

2 respostas



Você considera a comunicação do guia motivador e aplicável à sua prática clínica?

 Copiar gráfico

2 respostas



O material atendeu às suas expectativas em relação à atualização e aplicabilidade prática? Justifique.

2 respostas

Sim.

Sim. As medidas sugeridas são aplicáveis à realidade do atendimento no SUS

Que pontos você destacaria como os mais positivos do material?

2 respostas

Clareza de todos os objetivos na comunicação entre o profissional e o paciente

As propostas sugeridas são aplicáveis à realidade do atendimento, apesar das adversidades e do grande número de pacientes

Que melhorias você sugere para versões futuras?

2 respostas

Guia prático sobre a logística de atendimento e agendamento do hospital para o paciente

Ajuste no nome do manual, adequando-se ao nome da especialidade: ambulatório de traumatologia facial

Avaliação técnica

Há algum tema ou abordagem da área de CTBMF que você considera que deveria ter sido pontuado ou aprofundado?

2 respostas

Não

Nada digno de nota

O conteúdo apresentado contempla de forma suficiente situações encontradas na prática do ambulatório da CTBMF?

 Copiar gráfico

2 respostas



As informações técnicas são aplicáveis ao cotidiano profissional, auxiliando na prática profissional?

 Copiar gráfico

2 respostas



APÊNDICE F – Cronograma de Implementação

ETAPA	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PERÍODO
Validação técnica e institucional	Revisão do protocolo por especialistas, docentes e gestores; ajustes conforme pareceres técnicos e regulatórios.	8 semanas
Capacitação da equipe	Treinamentos presenciais e teóricos sobre o protocolo	4 semanas
Implantação piloto	Aplicação do protocolo em escala reduzida, com monitoramento de adesão e dificuldades.	4 semanas
Avaliação e ajustes	Avaliação e ajustes	4 semanas
Implantação definitiva	Aplicação do protocolo para o ambulatório de CTBMF	4 semanas
Monitoramento e avaliação contínua	Auditorias internas, análise de indicadores (adesão, incidentes, satisfação), e reuniões periódicas para atualização.	50 semanas

APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Pesquisa aplicada no ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Facial)

Este é um convite para o(a) Sr.(a.) participar da presente pesquisa que tem como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabêlo e Ozana Carolina Lins Siqueira Almeida (orientanda).

Esta pesquisa tem como objetivo principal compreender, por meio dos(as) profissionais que atuam no referido ambulatório, aspectos do processo comunicacional envolvendo os pacientes acometidos por sequelas de trauma de face. Pretende-se, com isso, produzir instrumentos de comunicação que sirvam de suporte informacional e educativo, tanto para os usuários quanto para a equipe de saúde, abordando cuidados, consequências de tratamentos inadequados, tempo ideal para busca de atendimento, entre outros temas relevantes.

Busca-se também investigar a percepção dos(as) profissionais sobre os direitos dos usuários à saúde, a partir da experiência no atendimento diário, bem como construir uma base de dados que contribua para o aperfeiçoamento de protocolos, a prevenção de agravos e o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à realidade local.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer desconfortos, como eventuais dúvidas ou receios em relatar percepções profissionais. Ressaltamos que os riscos serão minimizados por meio do sigilo absoluto dos dados, da realização do questionário em ambiente reservado e da garantia de que a participação é totalmente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, conforme Resolução 466/2012. Como benefício, a participação do(a) Sr.(a.) contribuirá para o aprimoramento da comunicação entre profissionais e usuários do serviço, bem como para a elaboração de materiais informativos e o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao cuidado com os traumas de face.

Durante todo o período da pesquisa, o(a) Sr.(a.) poderá tirar dúvidas entrando em contato com o Dr. Paulo Rabêlo Junior, no Hospital Universitário, sala 32, pelo e-mail: paulo.rabelo@ufma.br, ou telefone: (98) 99112-8747. O(a) Sr.(a.) tem o direito de recusar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

As informações fornecidas serão tratadas com confidencialidade e utilizadas apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, sem qualquer identificação dos(as) participantes.

Caso haja algum gasto decorrente da sua participação nesta pesquisa, ele será de

responsabilidade do pesquisador e será reembolsado ao(à) Sr.(a.).

Se ocorrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, seja ele imediato ou tardio, previsto ou não, o(a) Sr.(a.) terá o direito de buscar indenização nas instâncias legais, conforme item IV.4.c da Resolução nº 466/2012.

Em caso de dúvidas sobre aspectos éticos, o(a) Sr.(a.) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Florence de Ensino Superior, localizado na Rua Rio Branco, nº 216, Centro – Prédio Principal da IES, telefone: (98) 3878-2120, Ramal 2157.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, com caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos(as) participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para promover o desenvolvimento ético das investigações científicas.

Conforme a Resolução CNS nº 466/2012, item IV.5.d, este documento foi impresso em duas vias, deverá ser rubricado em todas as páginas e assinado na última página pelo(a) Sr.(a.) ou por seu representante legal. Uma via ficará com o(a) participante e a outra com o pesquisador responsável.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos, importância e a forma de coleta dos dados nesta pesquisa, bem como os riscos, desconfortos e benefícios envolvidos, e estando ciente de todos os meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação das informações fornecidas, desde que de forma anônima e sem qualquer identificação.

São Luís (MA) _ / _ / _

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável