

Construindo pontes: o papel da comunicação na efetividade do cuidado centrado

Building bridges: the role of communication in the effectiveness of patient-centered care

Construyendo puentes: el papel de la comunicación en la efectividad del cuidado centrado en el paciente

Como citar:

Silva, Patrícia L.; Alves, Marília; Vieira, Adriane & Jeunon, Ester E. (2025). Construindo pontes: o papel da comunicação na efetividade do cuidado centrado. Revista Gestão & Tecnologia, vol. 25, nº 1, p.243-272

Patrícia Lourdes Silva, Doutoranda em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto - UFMG
patricialourdes.ufmg@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8857-4487>

Marília Alves, Professora Titular e Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
marilix.alves@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-4695-0787>

Adriane Vieira, Doutora em Administração pela UFMG. É Professora Associada Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG
vadri.bh@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

Ester Eliane Jeunon, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília - UNB e Newcastle University Austrália. Professora da Faculdade Pedro Leopoldo
eejeunon@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-5158-0151>

As autoras declaram não haver qualquer conflito de interesse pessoal ou institucional entre a pesquisa e as organizações em estudo.

"As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa de pesquisa, que viabilizou a realização deste estudo."

Editor Científico: José Edson Lara
Organização Comitê Científico
Double Blind Review pelo SEER/OJS
Recebido em 20/09/2024
Aprovado em 21/02/2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution – Non-Commercial 3.0 Brazil

Resumo

Objetivo: Analisar fatores que influenciam a comunicação entre profissionais de saúde em urgência e emergência, identificando barreiras, estratégias de aprimoramento e impactos na segurança do paciente.

Metodologia: Estudo misto, combinando abordagens quantitativa e qualitativa. Utilizou o Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e a Escala Jefferson de Empatia para análise de correlações foram aplicados para 45 profissionais de saúde atuantes no pronto socorro. Na fase qualitativa foram realizadas 25 entrevistas semiestruturadas e analisadas notificações de eventos adversos conforme a Análise de Conteúdo de Bardin.

Originalidade/Relevância: O estudo amplia a compreensão sobre comunicação em contextos hospitalares críticos, demonstrando sua relação com a segurança do paciente e a formação profissional, além de propor estratégias para aprimoramento.

Principais Resultados: Profissionais capacitados em comunicação apresentaram maior autoeficácia comunicativa e empatia ($p < 0,05$). Dificuldades foram encontradas na comunicação de más notícias e no manejo de pacientes emocionalmente abalados. A sobrecarga de trabalho e a hierarquia rígida limitaram a aplicação dessas competências. Análises evidenciaram que profissionais com maior autoeficácia comunicativa também apresentaram maior empatia, sendo essa relação fundamental para um atendimento seguro e centrado no paciente.

Contribuições Teóricas/Metodológicas: O estudo reforça a importância da comunicação eficaz para a segurança do paciente e destaca a necessidade de protocolos formais, treinamentos interprofissionais e desenvolvimento de habilidades comunicacionais.

Contribuições Sociais e para a Gestão: Recomenda-se a adoção de tecnologias, criação de espaços para diálogo interprofissional e revisão curricular nos cursos de saúde para aprimorar a comunicação e reduzir eventos adversos, promovendo um cuidado mais seguro focado no paciente.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Segurança do Paciente; Empatia; Formação Profissional em Saúde; Urgência e Emergência.

Abstract

Objective: To analyze factors influencing communication among healthcare professionals in emergency units, identifying barriers, improvement strategies, and impacts on patient safety.

Methodology: Mixed-method study, combining quantitative and qualitative approaches. The Self-Efficacy in Communication Questionnaire (SEbr-12) and the Jefferson Scale of Empathy were used for correlation analysis. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted, and adverse event reports were analyzed using Bardin's Content Analysis method.

Originality/Relevance: The study expands understanding of communication in critical hospital settings, demonstrating its relation to patient safety and professional training, while proposing improvement strategies.

Main Results: Professionals trained in communication showed higher communicative self-efficacy and empathy ($p < 0.05$). Difficulties were found in communicating bad news and managing emotionally distressed patients. Work overload and rigid hierarchy limited the application of these skills. Analyses showed that professionals with higher communicative self-efficacy also exhibited greater empathy, which is fundamental for safe and patient-centered care.



Theoretical/Methodological Contributions: The study reinforces the importance of effective communication for patient safety and highlights the need for formal protocols, interprofessional training, and development of communication skills.

Social and Management Contributions: The adoption of technologies, creation of spaces for interprofessional dialogue, and curriculum revision in health courses are recommended to improve communication and reduce adverse events, promoting safer and more patient-centered care.

Keywords: Health Communication; Patient Safety; Empathy; Professional Training in Health; Emergency and Urgency.

Resumen

Objetivo: Analizar los factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de la salud en unidades de emergencia, identificando barreras, estrategias de mejora e impactos en la seguridad del paciente.

Metodología: Estudio de método mixto que combina enfoques cuantitativos y cualitativos. Se aplicaron el Cuestionario de Autoeficacia en la Comunicación (SEbr-12) y la Escala Jefferson de Empatía a 45 profesionales de la salud que trabajan en el servicio de urgencias para analizar correlaciones. En la fase cualitativa, se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas y se analizaron informes de eventos adversos utilizando el Análisis de Contenido de Bardin.

Originalidad/Relevancia: Este estudio amplía la comprensión de la comunicación en entornos hospitalarios críticos, demostrando su relación con la seguridad del paciente y la formación profesional, al tiempo que propone estrategias de mejora.

Principales Resultados: Los profesionales de la salud capacitados en comunicación presentaron una mayor autoeficacia comunicativa y empatía ($p < 0,05$). Se identificaron dificultades en la entrega de malas noticias y en el manejo de pacientes con angustia emocional. La sobrecarga de trabajo y la jerarquía rígida limitaron la aplicación de estas competencias. Los análisis mostraron que los profesionales con mayor autoeficacia comunicativa también demostraron mayor empatía, resaltando la importancia de esta relación para una atención segura y centrada en el paciente.

Contribuciones Teóricas/Metodológicas: El estudio refuerza la importancia de una comunicación eficaz para la seguridad del paciente y destaca la necesidad de protocolos formales, formación interprofesional y desarrollo de habilidades comunicativas.

Contribuciones Sociales y para la Gestión: Se recomienda la adopción de tecnologías, la creación de espacios para el diálogo interprofesional y la revisión curricular en los cursos de salud para mejorar la comunicación, reducir eventos adversos y promover una atención más segura y centrada en el paciente.

Palabras clave: Comunicación en Salud; Seguridad del Paciente; Empatía; Formación Profesional en Salud; Urgencias y Emergencias.

1 Introdução

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é essencial para garantir a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Em unidades de urgência e emergência, nas quais o atendimento ocorre sob intensa pressão, falhas comunicacionais podem resultar em eventos adversos, como erros de medicação, atrasos diagnósticos e descontinuidade do cuidado (Sheehan et al., 2021). A comunicação inadequada está entre as principais causas de eventos adversos em hospitais, afetando milhares de pacientes anualmente. Um levantamento da Joint Commission revelou que a comunicação ineficaz foi responsável por mais de 70% dos erros médicos graves, incluindo complicações perinatais que levaram a óbito (Assis-Brito et al., 2022). Tais falhas são frequentemente associadas à sobrecarga de trabalho, limitações estruturais e desafios na interação entre equipes de saúde em serviços de urgência e emergência, comprometendo a qualidade assistencial e a segurança do paciente (Mass et al., 2022). Estudos, como o de Norouzinia et al. (2015), apontam que problemas de comunicação impactam negativamente os desfechos clínicos e reduzem a satisfação de pacientes e profissionais de saúde.

Nesse contexto, a comunicação eficaz transcende a simples transmissão de informações, exigindo habilidades como escuta ativa, empatia e clareza na troca de mensagens entre os membros da equipe e os pacientes. A adoção de estratégias dialógicas estruturadas, como a Comunicação Não Violenta (CNV), pode contribuir significativamente para a construção de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente. A CNV enfatiza a empatia, a escuta ativa e a assertividade na expressão de necessidades, facilitando a colaboração e minimizando conflitos nas interações assistenciais (Rosenberg, 2006). A empatia, por sua vez, desempenha um papel fundamental na comunicação clínica, influenciando a adesão ao tratamento e a satisfação dos pacientes (Hojat, 2016). Albuquerque (2020) diferencia a empatia geral da empatia clínica, sendo esta última a capacidade do profissional de compreender as emoções do paciente sem comprometer a objetividade técnica. No entanto, fatores como sobrecarga de trabalho e fadiga por compaixão podem comprometer essa habilidade e dificultar a humanização do atendimento (Mendoza, Drescher & Eberman, 2023).

Embora amplamente reconhecida como essencial para a prática clínica segura e eficaz, a comunicação ainda recebe pouca atenção na formação dos profissionais de saúde. A ausência

de disciplinas específicas sobre comunicação nos currículos acadêmicos e a carência de treinamentos contínuos resultam em interações interprofissionais e com pacientes muitas vezes inadequadas, afetando a efetividade do cuidado prestado (Tobase et al., 2022; Delante et al., 2024; Moreira et al., 2019). Nos serviços de urgência e emergência, esse problema se agrava diante da alta carga de trabalho e da necessidade de decisões rápidas, fatores que podem intensificar as falhas comunicacionais e aumentar os riscos assistenciais (Rodrigues, Portela & Malik, 2019). Nesse sentido, a implementação de treinamentos em comunicação e o desenvolvimento de competências comunicativas são estratégias essenciais para minimizar riscos e otimizar a segurança do paciente.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar a comunicação e a empatia da equipe multiprofissional no cuidado centrado no paciente em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital de grande porte em Belo Horizonte. E os objetivos específicos são:

- Investigar fatores que influenciam a comunicação entre profissionais de saúde no contexto de urgência e emergência, utilizando dados do Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e das entrevistas;
- Analisar a comunicação entre profissionais e pacientes, avaliando como interfere na qualidade do cuidado e integrando os achados quantitativos e qualitativos;
- Identificar a percepção da equipe sobre o cuidado centrado no paciente, destacando barreiras e práticas facilitadoras nas interações comunicativas;
- Avaliar a autoeficácia e a empatia dos profissionais, correlacionando resultados do Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e da Escala Jefferson de Empatia com os achados qualitativos.

Essa pesquisa busca contribuir para a compreensão dos desafios e potencialidades da comunicação na assistência hospitalar, propondo estratégias baseadas em evidências para aprimorar a interação entre profissionais e pacientes.

2 Revisão da literatura

A comunicação e o cuidado centrado no paciente são fundamentais para garantir a segurança, a qualidade e a humanização do atendimento em saúde. Essa revisão narrativa da literatura explora conceitos e abordagens essenciais para compreender a importância da comunicação no contexto das unidades de urgência e emergência, destacando as habilidades comunicativas que promovem a segurança assistencial e um cuidado mais efetivo.

O cuidado centrado no paciente representa uma mudança no modelo tradicional biomédico, priorizando a participação ativa do paciente e sua inclusão nas decisões sobre o próprio tratamento. Esse modelo valoriza a escuta ativa, o respeito à individualidade e a compreensão do contexto biopsicossocial do paciente, conforme apontado por Almeida, Caldeira e Gomes (2022). Além disso, Santana et al. (2018) ressaltam a necessidade de integrar as necessidades e valores dos pacientes em todas as etapas do cuidado.

No entanto, desafios como a resistência dos profissionais de saúde e a falta de infraestrutura dificultam sua implementação (Mendoza, Drescher & Eberman, 2023). Estudos demonstram que esse modelo melhora a satisfação dos pacientes e profissionais, além de favorecer melhores desfechos clínicos (Figueiredo et al., 2019). Nos serviços de urgência e emergência, onde a triagem é essencial para a priorização do atendimento, a comunicação clara é indispensável para evitar falhas e garantir que pacientes críticos sejam atendidos de maneira adequada (Brasil, 2013).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências busca integrar os pontos de atendimento para uma assistência ágil e segura, destacando a comunicação como elemento-chave nesse processo (Brasil, 2013). Tofani et al. (2022) reforçam que desafios como a sobrecarga de trabalho e a pressão por decisões rápidas tornam a comunicação eficaz ainda mais essencial nesses contextos.

Estudos indicam que falhas de comunicação são responsáveis por mais de 70% dos erros médicos graves, tornando a comunicação eficaz um pilar fundamental para a qualidade e segurança do cuidado (Assis-Brito et al., 2022). Tobase et al. (2022) explicam que esse processo exige uma troca bidirecional de informações entre emissor e receptor, garantindo que a mensagem seja compreendida de forma clara e precisa.

A literatura científica destaca a importância da adaptação da linguagem ao público-alvo, da escuta ativa e do feedback, essenciais para evitar ruídos e fortalecer a relação interpessoal (Delante et al., 2024; Moreira et al., 2019; Soares et al., 2022). No setor de saúde, estratégias como feedback estruturado e uso de protocolos são cruciais para garantir a transmissão precisa de informações, minimizando falhas e reduzindo riscos à segurança do paciente.

A comunicação eficaz, tanto verbal quanto não verbal, fortalece o vínculo entre profissional e paciente, criando um ambiente de confiança e acolhimento (Costa; Barreto, 2019). A linguagem corporal, o contato visual e outros elementos não verbais são fundamentais para a construção dessa relação, conforme demonstrado por Hojat, Dessantis e Gonnella (2017).

A Comunicação Não Violenta (CNV), proposta por Rosenberg (2006), emerge como uma abordagem eficaz para minimizar conflitos e fortalecer as relações interpessoais, promovendo um ambiente colaborativo e respeitoso (Uehara, Norman & Morgado, 2024; Coifman et al., 2021).

A empatia, conforme descrita por Hojat (2016), é uma habilidade essencial para a prática clínica, associada a melhores desfechos de saúde e maior satisfação do paciente. Estudos demonstram que a empatia facilita a adesão ao tratamento e melhora a comunicação, promovendo um cuidado mais humanizado e colaborativo (Derksen, Bensing & Lagro-Janssen, 2013).

No entanto, o desenvolvimento da empatia enfrenta desafios, especialmente em ambientes de alta pressão como as unidades de urgência e emergência. Albuquerque (2022) ressalta que treinamentos específicos podem ajudar os profissionais a fortalecer essa competência, mesmo em cenários adversos.

Batt-Rawden et al. (2013) identificaram que simulações práticas e interações empáticas melhoram significativamente a empatia clínica, enquanto estudos longitudinais conduzidos por Hojat (2016) demonstram que médicos com maior empatia obtêm melhores resultados clínicos.

As unidades de urgência e emergência apresentam desafios específicos para a comunicação, como a alta rotatividade de pacientes, a pressão por decisões rápidas e a sobrecarga dos profissionais (Tofani et al., 2022). A superlotação dessas unidades intensifica

esses desafios, dificultando a troca eficiente de informações e aumentando os riscos de eventos adversos (Witiski et al., 2019).

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da comunicação eficaz para a segurança do paciente, destacando o uso de ferramentas estruturadas, como checklists e protocolos padronizados, para reduzir erros na transmissão de informações (Brasil, 2013). Estudos demonstram que falhas na passagem de plantão podem levar a erros críticos, impactando a continuidade do cuidado e comprometendo a segurança do paciente (Meireles et al., 2021).

A adoção de ferramentas de comunicação estruturadas, como handovers e protocolos de triagem, tem se mostrado eficaz na mitigação desses problemas (Meireles et al., 2021). A colaboração interprofissional surge como uma estratégia fundamental para fortalecer a comunicação e reduzir eventos adversos, embora barreiras hierárquicas ainda dificultem sua implementação (Reeves et al., 2017).

Peduzzi e Agreli (2018) sugerem a adoção de modelos de liderança horizontal para fomentar um ambiente mais colaborativo, enquanto Moura et al. (2019) indicam que treinamentos em comunicação podem aprimorar as habilidades dos profissionais, tornando a prática assistencial mais segura e eficiente.

O desenvolvimento de competências comunicativas é essencial para a segurança do paciente, especialmente em ambientes de alta complexidade. A Portaria Ministerial 529/2013 destaca que a comunicação eficaz é fundamental para prevenir eventos adversos e garantir um cuidado seguro (Brasil, 2013).

Estudos como o de Pena e Meleiro (2018), indicam que falhas na comunicação entre equipes de saúde estão entre as principais causas de erros assistenciais, reforçando a necessidade de capacitação contínua para os profissionais. Protocolos estruturados, como checklists e simulações clínicas, ajudam a reduzir omissões e melhoram a precisão das informações transmitidas (Bukoh & Siah, 2020).

A capacitação contínua é essencial para aprimorar as habilidades comunicativas dos profissionais, permitindo-lhes lidar com cenários de urgência e emergência com maior segurança e eficiência (Ávila et al., 2022). Ainda segundo o mesmo autor um ambiente organizacional que valoriza o diálogo transparente e a troca de informações reduz erros e melhora a satisfação dos profissionais e dos pacientes.

A escuta ativa e a empatia são habilidades fundamentais para fortalecer a comunicação entre profissionais e pacientes, promovendo um atendimento mais humanizado e colaborativo (Skär & Söderberg, 2018).

Simulações clínicas, feedback estruturado e o ensino da Comunicação Não Violenta são abordagens eficazes para o desenvolvimento dessas competências (Conceição, Marcellos & Rachard, 2019; Moore et al., 2018; Ribeiro et al., 2024).

Além disso, a reformulação dos currículos acadêmicos para incluir a comunicação centrada no paciente é essencial para preparar futuros profissionais para um cuidado mais seguro e eficiente (Conceição, Marcellos & Rachard, 2019).

Dessa forma, a comunicação eficaz e o desenvolvimento de competências comunicativas emergem como elementos indispensáveis para transformar a prática clínica, garantindo maior segurança, qualidade e humanização no atendimento em saúde.

2.1 3 Metodologia

2.2 3.1 Delineamento do Estudo

Este estudo adota um método misto concorrente, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para investigar a comunicação e a empatia no cuidado centrado no paciente em um pronto-socorro de grande porte (Creswell, 2007). A triangulação dos dados permitiu uma análise mais abrangente, possibilitando a correlação entre percepções subjetivas e dados mensuráveis, garantindo uma visão holística do fenômeno estudado (Fetters, Curry & Creswell, 2013).

A pesquisa tem um delineamento descritivo e exploratório, estruturado a partir da metodologia de método misto concorrente, conforme Creswell e Plano Clark (2011). Nesta abordagem, a coleta de dados quantitativos e qualitativos ocorreu simultaneamente, permitindo a análise comparativa e integrada dos achados.

2.3 3.2 Cenário, Participantes do Estudo e Seleção da Amostra

O estudo foi realizado em um pronto-socorro de um hospital de grande porte em Belo Horizonte, referência regional no atendimento de urgência e emergência clínica e traumatológica. A unidade conta com uma estrutura complexa, composta por consultórios médicos, leitos de observação e uma equipe multiprofissional diversificada. Sua dinâmica de alta complexidade tornou o local ideal para investigar os desafios da comunicação interprofissional e seu impacto na segurança do paciente.

A população elegível incluiu médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais que atuavam na unidade de urgência e emergência há pelo menos seis meses. A seleção da amostra utilizou um processo de amostragem aleatória estratificada, garantindo representatividade dos diferentes perfis profissionais do pronto-socorro. Esse método probabilístico foi adotado para minimizar vieses, garantindo que todos os profissionais da unidade tivessem igual probabilidade de participação no estudo (Barbetta, 2014).

A população total da unidade foi estimada em 50 profissionais de saúde, distribuídos em diferentes jornadas de trabalho. Para garantir a representatividade de todos os grupos, a captação dos voluntários foi realizada diariamente durante o período da pesquisa, contemplando as escalas de trabalho 12x36. Essa abordagem assegurou a participação de profissionais de todos os turnos, reduzindo o viés amostral e respeitando a rotina assistencial sem interferir na dinâmica do serviço.

A estratégia amostral foi planejada para não impactar a dinâmica assistencial do pronto-socorro, evitando interferências na demanda do serviço, na experiência dos pacientes e no cuidado centrado no paciente. A abordagem dos participantes foi conduzida de forma ética e respeitosa, garantindo que a pesquisa não comprometesse o fluxo de trabalho da equipe de saúde nem gerasse desconforto aos profissionais durante o desempenho de suas funções.

A fase quantitativa contou com 45 profissionais de saúde, garantindo um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, com a amostragem calculada para uma população total de 50 trabalhadores. O cálculo foi realizado utilizando o software G*Power, com a seguinte equação para amostragem em populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p)}{(e^2 \cdot (N - 1)) + (Z^2 \cdot p(1 - p))}$$

onde:
N = 50 (população total),
Z = 1,96 (nível de confiança de 95%),
p = 0,5 (proporção esperada),
e = 0,05 (margem de erro).

Fonte: Elaborado pela autoras.

O resultado do cálculo indicou que 44 participantes seriam suficientes para garantir representatividade estatística. Como a amostra final incluiu 45 participantes, o estudo manteve rigor metodológico e garantia de validade estatística.

Para a fase qualitativa contou com 25 participantes, selecionados a partir da amostra quantitativa. O critério de saturação teórica foi adotado para determinar o encerramento da coleta de dados, sendo interrompida quando as falas passaram a apresentar redundância e não trouxeram novas informações relevantes ao estudo. Esse método garante a profundidade analítica da pesquisa, sendo amplamente utilizado na investigação qualitativa em saúde (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Os profissionais foram convidados por meio de abordagem direta, garantindo sigilo e voluntariedade na participação. O sorteio foi realizado por meio de um processo aleatorizado e automático, utilizando a plataforma Sorteador, garantindo imparcialidade na escolha dos participantes.

2.4 3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados para este estudo realizada utilizando uma abordagem mista, quantitativa e qualitativa ocorreu entre 5 de fevereiro de 2024 e 28 de março de 2024. Os instrumentos utilizados foram:

O Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) desenvolvido originalmente por Axboe et al. (2016) e adaptado para o contexto brasileiro por Mata (2019), é composto por 17 itens que avaliam a autoeficácia dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação, especialmente em contextos centrados no paciente. Cada item do questionário começa com a expressão "O quanto você é capaz de..." seguida de uma habilidade específica de comunicação.

As respostas são registradas em uma escala de 10 pontos, variando de 1 (muito incapaz) a 10 (muito capaz), com a opção "não se aplica" para itens irrelevantes à prática do profissional. A pontuação total é obtida pela soma dos valores atribuídos aos itens, sendo que pontuações mais altas indicam maior autoeficácia comunicativa.

A Escala Jefferson de Empatia, validada para o Brasil por Castro (2019) e originalmente desenvolvida por Hojat et al. (2001), mede qualidades e tendências empáticas entre estudantes e profissionais de saúde. Composta por 20 itens distribuídos em três dimensões — assumir perspectivas diferentes, cuidado com compaixão e vivenciar o lugar do paciente —, a escala utiliza uma pontuação Likert de sete pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Pontuações mais altas indicam maior empatia, e itens redigidos de forma negativa são codificados inversamente para garantir a coerência na interpretação dos resultados.

Esses instrumentos foram escolhidos por sua robustez psicométrica e sua adequação para avaliar competências comunicativas e empáticas no contexto do cuidado centrado no paciente.

Na fase qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas conduzidas pela pesquisadora em uma sala privativa no hospital, assegurando sigilo e conforto aos participantes. Cada entrevista, com duração média de 30 minutos, foi gravada mediante autorização prévia conforme estipulado no TCLE, foram realizadas 25 entrevistas, explorando barreiras e estratégias para uma comunicação eficaz. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas por meio de Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Antes da coleta oficial, foi realizado um teste piloto com três participantes para validar o instrumento. Com base no piloto, ajustes foram feitos no roteiro final, como a reformulação das perguntas 1 e 2 para torná-las mais abertas, ampliando a possibilidade de respostas. Conduzir a coleta de dados em um ambiente dinâmico como o pronto-socorro exigiu atenção cuidadosa para equilibrar as demandas assistenciais dos profissionais com os requisitos de pesquisa, minimizando interrupções nas rotinas de trabalho.

Análise Documental de Notificações de Eventos Adversos Foram analisadas notificações de eventos adversos registradas entre 2019 e 2023 no Núcleo de Segurança do Paciente do hospital, categorizadas segundo: Tipo de falha comunicacional (ex.: ruído na passagem de plantão, falta de checagem verbal); consequências para o paciente (ex.: erro medicamentoso, piora clínica, necessidade de internação prolongada) e medidas corretivas adotadas pelo

hospital. A apuração das notificações de EA foi conduzida de forma anônima, com foco em identificar eventos relacionados à comunicação da equipe multiprofissional. Essa análise permitiu compreender como falhas comunicativas contribuíram para a ocorrência de eventos adversos, fornecendo subsídios para a proposição de estratégias voltadas à melhoria das práticas de comunicação no ambiente hospitalar.

3.4 Análise dos Dados e Triangulação

Os dados quantitativos foram analisados utilizando o software SPSS, com estatísticas descritivas e testes de correlação de Pearson. Foi realizada uma análise utilizando o coeficiente tau de Kendall, adequado para dados ordinais. As relações foram visualizadas por meio de um *heatmap* (mapa de calor).

Os dados qualitativos foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), estruturando os achados em unidades de registro, contexto e categorias temáticas, utilizando o software MAXQDA para codificação e organização dos dados.

A triangulação metodológica foi essencial para fortalecer a confiabilidade e a validade dos achados, permitindo uma comparação entre dados quantitativos, qualitativos e documentais. Esse cruzamento de informações possibilitou uma análise mais aprofundada dos fatores que influenciam a comunicação interprofissional, identificando tanto convergências quanto discrepâncias nos relatos dos profissionais de saúde.

4 Resultados e discussão dos dados quantitativos

4.1 Caracterização da Amostra e Análise Quantitativa

A amostra do estudo foi composta por 45 profissionais de saúde atuantes no pronto-socorro de um hospital de grande porte em Belo Horizonte, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais.

A amostra foi composta predominantemente por profissionais do sexo feminino (73,33%), com nível superior e pós-graduação (51,11%). Médicos representaram a maior parcela dos participantes (44,44%), seguidos por enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e outros profissionais da saúde. Os participantes atuavam em consultório

(28,89%) e na Unidade de Decisão Clínica (20,00%). A maioria tinha mais de 10 anos de formação (42,22%), entre 2 e 6 anos de atuação na instituição (37,78%) e entre 2 e 6 anos de trabalho no pronto-socorro (40,00%). Vale ressaltar que 46,67% dos profissionais não tiveram formação específica em técnicas de comunicação durante seu percurso acadêmico e profissional.

Essa composição de profissionais, com ampla experiência e formação diversificada, pode influenciar positivamente suas percepções de autoeficácia na comunicação e empatia. Estudos indicam que profissionais com maior experiência e formação avançada tendem a demonstrar maior confiança em suas habilidades comunicativas (Hojat *et al.*, 2017). A predominância de mulheres na amostra reflete uma tendência nacional de feminização da força de trabalho na saúde (Oliveira; Ceballos, 2022).

A Escala de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) avalia o nível de confiança dos profissionais de saúde em suas habilidades comunicacionais. Os participantes responderam a 17 itens que avaliam a autoeficácia dos profissionais de saúde em suas habilidades de comunicação, especialmente em contextos centrados no paciente, utilizando uma escala Likert de 10 pontos (1 = muito incapaz a 10 = muito capaz). A pontuação total foi de 6.397 pontos, com uma média geral de 142,16.

Tabela 1

Itens da Escala de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12)

Número	Item do Questionário	Score Total	Média (Desvio- Padrão)
1	O quanto você é capaz de identificar as demandas e queixas que o paciente deseja tratar durante o atendimento?	402	8,93 (0,96)
2	O quanto você é capaz de montar um planejamento para a conversa com o paciente (verifica o agendamento, concentra-se na consulta, prepara o ambiente e os materiais necessários)?	371	8,83 (1,31)
3	O quanto você é capaz de estimular o paciente a falar sobre suas demandas e queixas?	401	8,91 (1,06)
4	O quanto você é capaz de ouvir o paciente com atenção e sem interromper ou desviar o foco?	398	8,84 (1,13)
5	O quanto você é capaz de incentivar o paciente a expressar seus sentimentos e pensamentos?	387	8,60 (1,12)
6	O quanto você é capaz de estruturar a conversa com o paciente (seguir as etapas da entrevista, em sequência lógica, e sinalizar a necessidade de exames)?	371	8,83 (1,03)

7	O quanto você é capaz de demonstrar ao paciente comportamentos não verbais apropriados (contato visual, expressão facial, posicionamento, postura, tom de voz)?	380	8,44 (1,37)
8	O quanto você é capaz de demonstrar empatia (reconhecer perspectivas, pontos de vista e sentimentos do paciente)?	407	9,04 (0,95)
9	O quanto você é capaz de identificar o que o paciente sabe sobre seu problema de saúde, para você comunicar a quantidade certa de informação?	374	8,31 (1,22)
10	O quanto você é capaz de verificar a compreensão do paciente sobre as informações fornecidas?	383	8,51 (0,94)
11	O quanto você é capaz de montar um plano de cuidados baseado nas decisões discutidas entre você e o paciente?	371	8,63 (1,20)
12	O quanto você é capaz de encerrar o atendimento garantindo que as demandas e queixas do paciente foram respondidas?	382	8,88 (0,96)
13	O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares emotivos?	371	8,24 (1,38)
14	O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares irritados?	356	7,91 (1,66)
15	O quanto você é capaz de dar notícias difíceis para pacientes/familiares?	320	8,00 (1,93)
16	O quanto você é capaz de controlar bem seu tempo de atendimento/conversa com pacientes/familiares?	349	8,31 (1,37)
17	O quanto você é capaz de envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado que estão sendo tomadas?	374	8,70 (1,10)

Fonte: elaborado pelas autoras.

O Item 8, que avalia a capacidade de demonstrar empatia e reconhecer as perspectivas dos pacientes, destacou-se com a maior pontuação (407; 9,04), evidenciando que essa habilidade é altamente valorizada na prática clínica (Hojat et al., 2017). Entretanto, a literatura aponta que fatores como sobrecarga de trabalho e estresse podem comprometer a empatia, tornando essencial a implementação de estratégias para fortalecimento dessa competência. O desenvolvimento contínuo por meio de treinamentos específicos pode ser um caminho eficaz para manter essa qualidade na interação profissional-paciente.

Por outro lado, o Item 15, que aborda a comunicação de más notícias, apresentou a menor pontuação (320; 8,00), sugerindo uma fragilidade na preparação dos profissionais para lidar com essa situação desafiadora. De acordo com Gesser et al. (2021), essa tarefa exige não apenas técnicas apropriadas, mas também habilidades emocionais para minimizar o impacto do momento. Embora existam protocolos, como o SPIKES, sua aplicação requer um nível elevado de adaptação e sensibilidade por parte do profissional.

A distribuição das respostas indicou que habilidades como estimular o paciente a se expressar (Item 3) e ouvir atentamente (Item 4) foram bem avaliadas pela maioria dos participantes. Esse achado é consistente com a literatura, como demonstrado por Asan e Crotty

(2021), que associam uma comunicação bem conduzida a maior confiança dos pacientes e melhor adesão ao tratamento. Ainda assim, a comunicação pode ser afetada por contextos emocionalmente exigentes, o que reforça a necessidade de capacitação contínua.

A escuta ativa foi considerada uma competência essencial, com 37,8% dos profissionais declarando-se plenamente capazes de ouvir atentamente sem interrupções. Estudos como os de Malta e Carmo (2020) ressaltam que essa habilidade impacta diretamente na qualidade das informações coletadas e na adesão do paciente às recomendações. Oliveira et al. (2018) também enfatizam que a escuta ativa deve ser fomentada desde a formação acadêmica para garantir um atendimento mais humanizado e eficiente.

Aspectos como controle do tempo de consulta (Item 16) e comunicação de informações delicadas (Item 15) foram considerados desafios pelos participantes. Varkey et al. (2021) destacam que uma comunicação eficaz é indispensável para a prática clínica ética, pois permite equilibrar os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência. Assim, a capacitação contínua é recomendada para garantir a melhoria progressiva dessas habilidades (Abelha, Silva & Souza, 2023).

Çakmak e Uğurluoğlu (2024) reforçam que uma comunicação centrada no paciente tem impacto direto na experiência do cuidado, favorecendo melhores desfechos clínicos. Em estudo com 312 pacientes oncológicos, os autores evidenciaram que a adoção de estratégias comunicacionais personalizadas eleva significativamente a satisfação dos pacientes, indicando a importância de um aprimoramento contínuo das competências comunicativas dos profissionais de saúde.

A Escala Jefferson de Empatia avalia a capacidade dos profissionais de compreender e responder às emoções dos pacientes, validada para o contexto brasileiro por Castro (2019), originalmente desenvolvida por Hojat et al. (2001). Composta por 20 itens, utiliza uma escala Likert de 7 pontos (1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente). A pontuação total foi de 3.730 pontos, com uma média geral de 82,89.

Tabela 2

Itens da Escala Jefferson de Empatia (Jefferson Medical College)

Número	Item da Escala de Empatia	Score Total	Média (Desvio-Padrão)
1	Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico.	112	2,49 (2,29)
2	Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.	300	6,67 (0,74)
3	Para mim, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.	97	2,20 (1,52)
4	Na relação profissional de saúde-paciente, considero que a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes é tão importante quanto a comunicação verbal.	284	6,31 (1,00)
5	Eu tenho um bom senso de humor, que considero capaz de contribuir para um melhor resultado clínico.	274	6,23 (1,14)
6	Como as pessoas são diferentes, é difícil perceber as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.	155	3,44 (2,01)
7	Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.	87	1,93 (1,42)
8	A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.	81	1,80 (1,41)
9	Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando estou cuidando deles.	267	6,68 (0,89)
10	Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica.	242	5,38 (1,66)
11	As doenças dos pacientes só podem ser curadas por tratamento clínico ou cirúrgico; portanto, os laços emocionais com meus pacientes não têm influência significativa no resultado do tratamento.	82	1,82 (1,54)
12	Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.	85	1,93 (1,42)
13	Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a seus sinais não verbais e sua linguagem corporal.	247	5,49 (1,84)
20	Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.	307	6,82 (0,49)

Fonte: elaborado pelas autoras.

A aplicação da Escala Jefferson de Empatia evidenciou que os profissionais de saúde reconhecem a empatia como uma competência essencial na interação com os pacientes. A pontuação total foi de 3.730, com média de 82,89, refletindo um alto grau de valorização dessa característica na prática assistencial. O Item 20, "A empatia é um fator terapêutico importante", obteve a maior pontuação (307; 6,82), indicando que os profissionais entendem a empatia como um elemento chave para o sucesso terapêutico (Souza, Hokama & Hokama, 2020).

Por outro lado, o Item 14, "Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento", registrou a menor pontuação (62; 1,38), demonstrando que os participantes discordam da ideia de que emoções são irrelevantes no atendimento. Estudos de Buljac-Samardzic, Doekhie e Van Wijngaarden (2020) ressaltam que as emoções desempenham um papel central na tomada de

decisões clínicas, influenciando comportamentos e a adesão ao tratamento. De forma semelhante, Ignatowicz (2018) destaca que integrar a dimensão emocional ao cuidado contribui para a melhor experiência do paciente e para um acompanhamento mais eficaz.

A empatia é um pilar do modelo de Cuidado Centrado no Paciente (CCP), que busca oferecer um atendimento baseado nas preferências individuais dos pacientes (Albuquerque, 2020). A American Academy of Orthopaedic Surgeons (2016) demonstrou que até 65% da satisfação do paciente pode estar relacionada à empatia do profissional de saúde, o que reforça sua relevância para uma relação terapêutica eficaz.

4.2 Correlação entre Autoeficácia na Comunicação e Empatia

A análise das correlações entre os Questionários de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e a Escala Jefferson de Empatia revelou associações estatisticamente significativas entre a eficácia comunicativa e a empatia dos profissionais de saúde. A correlação entre os questionários evidenciou uma relação significativa entre autoeficácia comunicacional e empatia. A maior correlação positiva (+0,44) foi encontrada entre o Item 12 da autoeficácia (capacidade de encerrar o atendimento garantindo que todas as demandas foram atendidas) e o Item 16 da empatia (compreensão do estado emocional do paciente e familiares). Isso sugere que profissionais que percebem sua comunicação como eficaz também demonstram maior sensibilidade emocional no atendimento (Uehara, Norman & Morgado, 2024). Outras correlações, como entre planejamento da consulta e empatia (+0,38), reforçam a importância da preparação na construção de interações terapêuticas mais eficazes (Neumann et al., 2019).

Correlações negativas também foram observadas, destacando a interdependência entre habilidades comunicacionais e a valorização da dimensão emocional no atendimento. A correlação negativa mais forte (-0,36) ocorreu entre a capacidade de demonstrar empatia (Item 8 da autoeficácia) e a crença de que questões pessoais não influenciam o tratamento (Item 12 da empatia), reforçando a necessidade de considerar o contexto do paciente na assistência (Razi, Fouzia & Razzaque, 2023).

Os achados indicam que a combinação entre comunicação eficaz e empatia deve ser incentivada nos programas de formação e desenvolvimento profissional. Estratégias educacionais bem estruturadas e treinamentos regulares são essenciais para garantir um

atendimento mais humanizado e eficaz (Batista & Lessa, 2019; Souza, Pereira & Andrade, 2021). O fortalecimento dessas competências possibilita um cuidado mais seguro, eficiente e centrado no paciente.

Os resultados quantitativos evidenciam que os profissionais de saúde reconhecem a importância dessas habilidades no cuidado centrado no paciente, mas lacunas persistem em aspectos como a comunicação de más notícias, a escuta ativa e a integração de contextos biopsicossociais.

5 Resultados e discussão dos dados qualitativos

A análise qualitativa, fundamentada na Análise de Conteúdo do tipo categorial temática (Bardin, XXXX), revelou que a comunicação eficaz desempenha um papel essencial na segurança do paciente e na qualidade assistencial. No entanto, diversas barreiras estruturais, emocionais e organizacionais comprometem sua efetividade, especialmente em unidades de urgência e emergência. A categorização dos dados revelou quatro eixos temáticos: a percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado e a segurança do paciente, os desafios que dificultam uma comunicação eficaz, estratégias para aprimorar esse processo e os benefícios de uma comunicação eficiente no ambiente hospitalar.

5.1 Cuidado e Segurança do Paciente sob a Perspectiva dos Profissionais de Saúde

Os dados coletados indicam que os profissionais de saúde reconhecem a relevância da tomada de decisão compartilhada e do envolvimento ativo do paciente no processo de cuidado, elementos fundamentais para garantir a segurança assistencial e favorecer a adesão ao tratamento (Soares et al., 2022). A ausência dessa participação pode aumentar a incidência de erros, conforme apontado por um dos entrevistados:

“O cuidado centrado no paciente é garantir que ele faça parte das decisões. Quando isso não acontece, há mais risco de erro.” (Med 10)

A literatura corrobora essa visão, destacando que um cuidado personalizado, baseado na colaboração entre equipe e paciente, fortalece a confiança e melhora os resultados clínicos (Esch et al., 2016). Esse aspecto se torna ainda mais crítico no contexto dos serviços de urgência

e emergência, nos quais a comunicação eficiente pode compensar falhas estruturais e operacionais (Gonçalves et al., 2016).

A transição de cuidado entre turnos de trabalho foi identificada como um momento particularmente vulnerável, em que falhas comunicacionais podem comprometer a segurança do paciente. Um evento relatado ilustra esse problema:

“Paciente sofreu erro de medicação durante a transição de plantão, devido à falta de comunicação entre as equipes.” (Evento de 12/07/2023)

Para reduzir esses riscos, o uso de ferramentas estruturadas, como checklists e prontuários eletrônicos, tem se mostrado eficaz (Meireles et al., 2021). Além disso, a participação ativa do paciente durante essas transições pode funcionar como um mecanismo adicional de segurança:

“Quando o paciente participa mais, ele ajuda a gente a perceber se algo não está certo. Às vezes, ele levanta questões que a gente poderia ter esquecido.” (Tec Enf 6)

Esses achados reforçam a necessidade de adotar abordagens centradas no paciente, combinando estratégias estruturadas de comunicação com a inclusão ativa do paciente no processo de cuidado.

5.2 Barreiras para uma Comunicação Eficaz

Diversos fatores foram apontados como barreiras que dificultam a comunicação eficiente no ambiente hospitalar, incluindo a sobrecarga de trabalho, a hierarquia rígida e os conflitos interprofissionais (Coifman et al., 2021; Witiski, 2019). A falta de tempo para trocas adequadas de informações foi amplamente citada pelos participantes:

“A sobrecarga de pacientes faz com que, muitas vezes, a gente não consiga parar para passar todas as informações adequadas.” (Enf 4)

O impacto da exaustão emocional sobre a comunicação entre os profissionais também foi destacado:

“A pressão para dar conta de tudo deixa a gente estressado, e isso afeta como a gente fala com os colegas e os pacientes.” (Enf 8)

Além disso, a rigidez hierárquica foi mencionada como um fator que inibe a troca de informações entre diferentes categorias profissionais:

“Às vezes, eu tenho uma solução, mas fico com receio de falar porque o médico pode não querer ouvir. Se tivéssemos um ambiente mais aberto, eu me sentiria mais à vontade para sugerir.” (Tec Enf 9)

A estrutura hierárquica excessivamente rígida também pode interferir na segurança do paciente:

“A hierarquia impede que a gente intervenha, mesmo quando algo importante está acontecendo com o paciente.” (Tec Enf 5)

Eventos adversos relacionados à comunicação ineficaz ilustram os impactos dessas barreiras:

“Paciente transferido sem prescrição médica devido à sobrecarga de trabalho, causando atraso na administração de medicação.” (Evento de 10/03/2021)

“Paciente sofreu complicações durante a cirurgia porque a enfermeira responsável não foi consultada sobre a troca de medicação.” (Evento de 18/05/2023)

Para superar esses desafios, os profissionais apontaram a importância de estratégias que incentivem o diálogo, descentalizem a tomada de decisões e promovam um ambiente colaborativo, como reuniões regulares e feedbacks estruturados (Almeida et al., 2021; Delant, 2024; Leite; Santos, 2020).

5.3 Estratégias para Melhorar a Comunicação

Os entrevistados destacaram diversas estratégias que podem aprimorar a comunicação hospitalar, enfatizando a necessidade de ferramentas estruturadas, como prontuários eletrônicos e checklists (Almeida et al., 2022; Moreira et al., 2019; Gittel et al., 2021):

“Com o prontuário eletrônico, a gente tem tudo registrado, mas ainda precisa conversar para alinhar as informações direitinho.” (Enf 10)

A realização de reuniões de transição de plantão também foi citada como essencial para garantir a continuidade do cuidado (Meireles et al., 2021):

“Quando todos estão alinhados, o atendimento flui melhor.” (Enf 17)

Além disso, a escuta ativa e a comunicação empática foram apontadas como fatores essenciais para uma assistência humanizada e segura (Tobase et al., 2022; Coifman et al., 2021):

“Quando escutamos o paciente com empatia, ele sente que estamos de fato cuidando dele, e isso faz toda a diferença no tratamento.” (Enf 19)

A comunicação não violenta também foi mencionada como um recurso eficaz para a redução de conflitos e promoção da cooperação entre os membros da equipe (Uehara; Norman; Morgado, 2024; Rosenberg, 2006):

“A comunicação não violenta nos ajuda a evitar conflitos desnecessários. Com ela, conseguimos resolver situações difíceis de forma respeitosa e colaborativa.” (Tec Enf 4)

5.4 Benefícios da Comunicação Eficaz

Os benefícios de uma comunicação eficiente foram amplamente reconhecidos pelos participantes, especialmente no que se refere à segurança do paciente e ao fortalecimento do trabalho em equipe (Tobase et al., 2022). A troca contínua de informações foi apontada como um fator determinante para a redução de erros e a melhoria dos desfechos clínicos (Malta; Do Carmo, 2020):

“A comunicação entre os profissionais é essencial para garantir que não haja perda de informações durante a troca de plantão.” (Tec Enf 3)

A comunicação estruturada também tem impacto direto na confiança do paciente e na adesão ao tratamento:

“Quando explicamos bem o tratamento, o paciente confia mais na gente e segue melhor as orientações.” (Med 6)

Relatos de eventos adversos ilustram as consequências das falhas comunicacionais:

“Paciente transferido sem comunicação adequada entre a UDC e a unidade de internação, prejudicando o atendimento e atrasando a continuidade do cuidado.” (Evento de 12/12/2023)

Dessa forma, reforça-se a necessidade de integrar treinamentos interdisciplinares que desenvolvam habilidades comunicacionais entre os profissionais de saúde (Batista & Lessa, 2019; Tobase et al., 2022).

Os achados deste estudo reforçam que protocolos estruturados, treinamentos interprofissionais e suporte psicológico são fundamentais para otimizar a comunicação em serviços de urgência e emergência. A implementação dessas estratégias não apenas reduz eventos adversos, mas melhora a relação entre equipes e fortalece a segurança do paciente, promovendo um cuidado mais seguro e humanizado.

6 Análise da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos

A triangulação metodológica permitiu a integração dos achados quantitativos, e qualitativos favorecendo uma análise abrangente da relação entre comunicação, empatia e segurança do paciente. Esse processo foi estruturado em três etapas:

- **Convergências:** achados que se reforçam mutuamente entre os diferentes métodos;
- **Divergências:** discrepâncias que sugerem nuances e complexidades na relação entre os fatores analisados;
- **Complementaridades:** aspectos em que uma abordagem complementa lacunas da outra, oferecendo uma visão mais holística do fenômeno estudado.

6.1 Convergências – Comunicação Eficaz, Empatia e Segurança do Paciente

A relação entre comunicação eficaz e empatia foi evidenciada pela convergência dos dados quantitativos e qualitativos. Profissionais com maior formação em comunicação obtiveram escores mais elevados na Escala Jefferson de Empatia (média de 89,78), reforçando que a comunicação estruturada fortalece a empatia e melhora a experiência do paciente (Derksen, Bensing & Lagro-Janssen, 2013). Os relatos qualitativos confirmaram essa tendência:

“A empatia me ajuda a me conectar melhor com o paciente e a entender suas necessidades, o que faz toda a diferença no cuidado prestado.” (Enf 3)

A correlação direta entre comunicação eficaz e empatia também se refletiu na segurança do paciente. A análise documental revelou que falhas comunicacionais foram responsáveis por erros assistenciais, incluindo atrasos diagnósticos e erros de medicação. Profissionais que relataram maior autoeficácia na comunicação também demonstraram melhores práticas de empatia clínica, reduzindo a incidência de eventos adversos associados a ruídos na troca de informações.

6.2 Divergências – Sobrecarga de Trabalho e Comunicação Deficitária

A sobrecarga de trabalho foi identificada como um fator que compromete a comunicação, criando divergências entre a autoeficácia comunicativa percebida e a efetividade da comunicação na prática clínica. Profissionais mais experientes relataram menor autoeficácia comunicacional, indicando que o tempo de atuação influencia a percepção da própria capacidade comunicativa.

Essa discrepância foi reforçada pelos dados qualitativos, nos quais os participantes relataram:

“O volume de pacientes e o tempo curto de atendimento tornam difícil manter uma comunicação realmente eficaz.” (Med 5)

A análise documental de eventos adversos também evidenciou que falhas de comunicação durante a transição de plantão foram um dos principais fatores associados a erros clínicos. Esse achado reforça a necessidade de protocolos estruturados, como checklists e treinamentos regulares, para minimizar os impactos da sobrecarga sobre a comunicação interprofissional (Melo et al., 2023).

6.3 Complementaridade – Hierarquia, Empatia e Segurança do Paciente

A hierarquia rígida foi apontada como uma barreira para a comunicação e a empatia na equipe multiprofissional. Embora os dados quantitativos tenham indicado **níveis** elevados de empatia entre os profissionais, os achados qualitativos revelaram que a rigidez hierárquica inibe a comunicação aberta, comprometendo a segurança do paciente.

“Não me sinto confortável em discutir certas decisões com superiores; parece que minha opinião não será levada em conta.” (Tec Enf 9)

Além disso, eventos adversos analisados indicaram que falhas comunicacionais decorrentes da hierarquia resultaram em erros assistenciais evitáveis. Profissionais de enfermagem relataram que decisões médicas eram alteradas sem consulta à equipe de enfermagem, gerando atrasos e descontinuidade do cuidado.

Esse achado reforça a importância da **liderança colaborativa** para fortalecer a comunicação e garantir um ambiente mais seguro para os pacientes (Peduzzi & Agreli, 2018).

7 Considerações finais

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é essencial para garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Em unidades de urgência e emergência, onde a alta demanda e a necessidade de decisões rápidas impõem desafios constantes, a comunicação estruturada é determinante para prevenir eventos adversos e melhorar os desfechos clínicos. A triangulação dos dados revelou que, apesar da alta autoeficácia comunicacional relatada por alguns profissionais, barreiras organizacionais como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e limitação de tempo impactam a aplicação dessas habilidades na prática clínica.

A fragmentação da comunicação na passagem de plantão e a ausência de protocolos padronizados foram identificadas como fatores críticos na ocorrência de erros assistenciais. A implementação de estratégias institucionais que favoreçam a troca eficaz de informações entre equipes é fundamental para minimizar falhas comunicacionais e garantir um cuidado mais seguro. Além disso, a empatia emergiu como um aspecto central das relações terapêuticas, influenciando diretamente a experiência do paciente e sua adesão ao tratamento. No entanto, sua plena aplicação depende de um contexto organizacional que estimule interações significativas e ofereça suporte adequado.

A reformulação da cultura organizacional é essencial para fortalecer a comunicação interprofissional. Modelos de liderança horizontal, reuniões interdisciplinares regulares e feedback contínuo podem mitigar barreiras hierárquicas e promover um ambiente mais colaborativo. O modelo de liderança transformacional, que incentiva a participação ativa dos profissionais na tomada de decisões e estimula uma cultura de inovação, também tem

demonstrado impacto positivo na segurança do paciente e na coesão das equipes multiprofissionais.

A reestruturação dos currículos acadêmicos se apresenta como uma necessidade urgente para preparar futuros profissionais para a complexidade do cuidado em saúde. A inclusão do ensino estruturado da comunicação clínica e da empatia ao longo da formação profissional pode contribuir significativamente para a melhoria da interação entre profissionais e pacientes. Métodos educacionais como aprendizagem baseada em problemas, simulações clínicas e programas de mentoria são recomendados para o desenvolvimento dessas competências. Além disso, a educação permanente deve ser uma prioridade para instituições de saúde, garantindo o aprimoramento contínuo das habilidades comunicacionais.

Apesar das contribuições deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A pesquisa foi realizada em um único hospital, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos assistenciais. Estudos multicêntricos podem ampliar a compreensão das barreiras e estratégias comunicacionais em diferentes realidades. Além disso, a coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas pode ter gerado viés de socialização, no qual os participantes relataram práticas mais favoráveis do que as realmente executadas.

Outro ponto relevante a ser explorado em estudos futuros é a avaliação do impacto de longo prazo das intervenções propostas. Estudos longitudinais podem fornecer evidências sobre a efetividade de treinamentos estruturados, incorporação de novas tecnologias na comunicação hospitalar e protocolos comunicacionais auxiliando na redução de eventos adversos e na melhoria da segurança assistencial.

Diante desses achados, torna-se essencial que as instituições de saúde adotem práticas baseadas em evidências para fortalecer a comunicação interprofissional e promover um cuidado mais seguro e eficiente. A transformação da comunicação hospitalar tem o potencial de não apenas aprimorar a segurança do paciente, mas também fortalecer a resiliência das equipes assistenciais e construir um sistema de saúde mais eficiente, transparente e centrado no paciente.

Referências

- Abelha, F. *et al.* (2023). Experiências de estudantes participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde: interprofissionalidade: ressignificação das práticas em saúde. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 15(11), 14093-14110. <https://doi.org/10.55905/cuadv15n11-062>
- Albuquerque, A. *Manual de direito do paciente: para pacientes, profissionais da saúde e profissionais do direito*. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2020.
- Almeida, E.W. S. *et al.* (2022). Saúde digital e enfermagem: ferramenta de comunicação na estratégia saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, p. eAPE02086. <https://www.scielo.br/j/ape/a/hw3PhB59YVw74F63yy7Dbfw>
- Almeida, H. B. *et al.* (2021). As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(2), p. e00022020, <https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/?lang=pt&format=html>.
- Almeida, P. J. R.; Caldeira, F. I. D.; Gomes, C. (2022). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE*, 3(2), p. e-017, 2022. <https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/13>
- . American Academy Of Orthopaedic Surgeons. (2016). Physician empathy a key driver of patient satisfaction: New study supports enhanced physician-patient communication training. *ScienceDaily*. <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160301143542.htm>
- Asan, O.; Crotty, B. H. (2021). How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey. *PloS ONE*, v. 16, n. 2, e0247583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247583>
- Ávila, G. P. *et al.* (2022). Comunicação não verbal na relação médico-paciente: percepções e satisfação de usuários atendidos na unidade básica de saúde da UNIFAP. *Concilium*, 22(6), 76-85. <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/529>
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Batalden, P. *et al.* (2016). Uction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509-517, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4941163/>
- Batalden, P. *et al.* (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509-517.
- Batista, N. A.; Lessa, S. S. (2019). Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 349-356. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JRf8vKxXWhxm8vpsbJ3d4Ps>
- Batista, N. A.; Lessa, S. S. (2019). Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 349-356

- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
- Buljac-Samardzic, M.; Doekhie, K. D.; Van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Intervenções para melhorar a eficácia da equipe dentro dos cuidados de saúde: uma revisão sistemática da última década. *Human Resources for Health*, 18(2), <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Çakmak, C.; Uğurluoğlu, (2024). Ö. The effects of patient-centered communication on patient engagement, health-related quality of life, service quality perception and patient satisfaction in patients with cancer: A cross-sectional study in Türkiye. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 31, 10732748241236327
- Castro, I. R. S. (2019). *Empatia de médicos avaliada por meio da Jefferson Scale of Empathy (JSE) como marcador do cuidado centrado no paciente*. Tese (Doutorado em Saúde letiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- Coifman, A. H. M. et al. (2021). Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e037811. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6b3gxp5DL5YJy5ZQPgTgnv/>.
- Coifman, A. H. M. et al. (2021). Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03781.
- Conceição, L. A. C.; Marcellos, L. N.; Rachard, C. D. A. Comunicação organizacional: com ênfase na equipe de saúde. *Saúde Foco*, 11, 424-430.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2016). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44.
- Creswell, J. W.; Plano Clark, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2011.
- Da Costa, A.R.C.; Barreto, M.A.M. (2019). Comunicação eficaz: um estudo de caso de padronização de canal de comunicação. *Brazilian Journal of Development*, 5(8), 13164-13174. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/2906/2906>
- Delant, M. L. R. et al. (2024). Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 48(1), e007, 2024. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/T6RDbyQFLqGSFqmJTHhvBth/>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>.
- Esch, Tobias et al. (2016). Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ open*, 6(1), e010034. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4735137/>
- Figueiredo, F. M. et al. (2019). Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4605–4620, dez. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085480>
- Gesser, A. M.; Dos Santos, M. S.; Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334–103345, <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>

- Gesser, A. M.; Santos, M. S.; Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334–103345, 2021. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204>.
- Gittell, J. H. et al. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health care management review*, 45(1), 12-20. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000192>
- Gonçalves, M. I. et al. (2016). Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25, e2310014, <https://www.scielo.br/j/tce/a/4pFXWwtDd4j4qGd8pkshVys/>
- Hojat, M.; Desantis, J.; Gonnella, J. S. (2017). Patient perceptions of clinician's empathy: Measurement and psychometrics. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 78-83. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373517699273>
- Hojat, M.; Desantis, J.; Gonnella, J. S. (2017). Patient perceptions of clinician's empathy: Measurement and psychometrics. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 78-83. <https://doi.org/10.1177/2374373517699273>
- Malta, M.; Carmo, E. D. (2020). A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas de Ciências da Saúde*, 9, 41-51. <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611>
- Mass, S. F. L. S et al. (2022). Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210007, 2022. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RCXTDjSSbCXcDbYKS98z3nm/?lang=pt>
- Meireles, T. et al. (2021). Ferramentas utilizadas durante as transferências de pacientes: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(17) e55101724200. Recuperado de <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24200>.
- Meireles, T. et al. (2021). Ferramentas utilizadas durante as transferências de pacientes: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(17), e55101724200. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24200>
- Mendoza, A. M.; Drescher, M. J.; Eberman, L. E. (2023). The Integration of Patient-Centered Care and the Biopsychosocial Model by Athletic Trainers in the Secondary School Setting. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), 5480, 2023. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/8/5480>
- Moreira, F. T. L. dos S. et al. (2019). Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
- Norouzinia, R. et al. (2015) Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6) 65-74.
- Oliveira, M. J. S. et al. (2018). A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(2), 33.
- Razi, M. O.; Fouzia, R.; Razzaque, M. S. (2023). Decline of empathy among healthcare apprentices. *International Medical Education*, 2(4), 232-238.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database*

- of *Systematic Reviews*, 2017(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Rodrigues, M. A. F.; Portela, G. L.; Malik, A. M. (2019). Competências comunicativas no cuidado em saúde: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 99-108.
- Rosenberg, Marshall B. (2006). *Comunicação não violenta*. Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 3. ed. São Paulo: Ágora.
- Santana, M. J. et al. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Santos, T. de O. et al. (2021^{maio}) Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Id on Line Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 15(55), 159-168. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030>
- Sheehan, J. et al. (2021). Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 493-511. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JMDH.S295549>
- Sheehan, J. et al. (2021). Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 493-511.
- Soares, A. K. F. et al. (2022). Comunicação em saúde nas vivências de discentes e docentes de Enfermagem: contribuições para o letramento em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1753-1762. <https://www.scielo.br/j/csc/a/NjdfpqHCnQL3bgjBGDfJmrG/>.
- Souza A. G. R. G. et al. (2021). COVID-19 e a atuação da comunicação em saúde: boas práticas em Sobral-CE. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*, 20.
- Souza, L. C.; Hokama, P. O. M.; Hokama, N. (2020). A empatia como instrumento para a humanização na saúde: lições de um curso de especialização para a prática profissional. *Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco*, 10(21), 148-167.
- Souza, T. M.; Leite, A. L.; Santos, J. A. F. (2020). Empatia e humanização no atendimento à saúde. *Revista Brasileira de Psicologia*, 56(2), 85-103.
- Tobase, L. et al. (2022). Comunicação não violenta como tecnologia leve no contexto da enfermagem: revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 21(5), 621-635. <https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/493>
- Tofani, L. F. N. et al. (2022). A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. *Saúde em Debate*, 46(134), 761-776. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pRV4m4hwLWY7jcdQp7SGf4L/>
- Uehara, B. Y.; Norman, A. H.; Morgado, T. de A. (2024). Empatia (parte I): contribuições para a abordagem centrada na pessoa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 19(46), 3398, 2024. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3398>
- Uehara, B. Y.; Norman, A. H.; Morgado, T. de A. Empatia (parte I): contribuições para a abordagem centrada na pessoa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 19(46), 3398. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3398](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3398)
- Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17-28, 2021. <https://doi.org/10.1159/000509119>

Witiski, M. et al. (2019). Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988>