

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto
Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

Patrícia Lourdes Silva

**A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DO CUIDADO CENTRADO NO
PACIENTE**

Belo Horizonte
2025

Patrícia Lourdes Silva

**A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DO CUIDADO CENTRADO NO
PACIENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Aplicadas à saúde do Adulto

Orientadora: Dra. Marília Alves

Coorientador: Dr. Nilton Alves Rezende

Belo Horizonte
2025

SI586c Silva, Patrícia Lourdes.
A comunicação como ferramenta do cuidado centrado no paciente
[recurso eletrônico]. / Nome do autor. - - Patrícia Lourdes Silva: 2025.
104f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Marília Alves.
Coorientador (a): Nilton Alves Rezende.
Área de concentração: Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina.

1. Comunicação em Saúde. 2. Assistência Centrada no Paciente. 3.
Serviço Hospitalar de Emergência. 4. Segurança do Paciente. 5.
Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Rezende, Nilton Alves. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 590

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

ATA DE DEFESA DE TESE

Às 14:00 horas do dia vinte e quatro de abril de dois mil e vinte e cinco, em sessão remota realizada pela **Plataforma Lifesize**, com acesso provido pela Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de **PATRÍCIA LOURDES SILVA**, número de registro **2021701080**, graduada no curso de **GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO. A presidência da sessão coube a professora Marília Alves, Orientadora. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Profa. Marília Alves - Orientadora (UFMG)**, **Prof. Nilton Alves de Rezende - Coorientador (UFMG)**, **Profa. Karla Rona da Silva (UFMG)**, **Profa. Fabiane Ribeiro Ferreira (UFMG)**, **Profa. Simone Costa Nunes (PUCMINAS)** e **Profa. Amyra Moyzes Sarsur (Fundação Joao Pinheiro -FJP-MG)**. Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua Tese de Doutorado, intitulada: "**A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar aprovada a Tese de Doutorado. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da Comissão. Conforme artigo 77 das Normas Gerais de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese será pública. A aluna e os membros da Comissão estão cientes e autorizaram a gravação da defesa, que ficará disponibilizada em acervo da Faculdade de Medicina. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 24 de abril de 2025.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Simone Costa Nunes, Usuária Externa**, em 05/05/2025, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karla Rona da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 05/05/2025, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amyra Moyzes Sarsur, Usuária Externa**, em 05/05/2025, às 14:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Ribeiro Ferreira, Membro**, em 05/05/2025, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Alves de Rezende, Membro de comissão**, em 06/05/2025, às 07:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marilia Alves, Professora do Magistério Superior**, em 08/05/2025, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4176357** e o código CRC **21C1F234**.

Dedico esta tese a todos que sonham,
persistem e vencem.

Aos otimistas, que veem possibilidades
mesmo nos desafios.

Aos que têm fé, que acreditam no poder da
superação.

E àqueles que, com perseverança,
constroem seus próprios caminhos,
inspirando-nos a nunca desistir dos nossos
sonhos.

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Antoine de Saint-Exupéry

Estes quase quatro anos dedicados a esta pesquisa foram uma árdua jornada de desafios, construção e amadurecimento. Nenhum empreendimento é realizado sem esforço ou dificuldades. Na vida de todos nós, surgem situações inesperadas, obstáculos e problemas que jamais imaginamos. É justamente nesses momentos que revelamos o que verdadeiramente carregamos no coração.

Ao longo desse período, aprendi que uma tese, assim como qualquer trabalho, é uma extensão da vida do autor. Para que algo de valor seja produzido, é necessário que a pessoa primeiro crie algo de valor em si mesma. Pessoa e obra são inseparáveis do resultado final. Por isso, agradeço sinceramente a todas as pessoas que me encorajaram e ajudaram a produzir algo significativo em minha vida.

Primeiramente, agradeço ao meu grande exemplo, a professora Marília Alves. Para mim, é uma imensa honra e orgulho tê-la como orientadora. Não esquecerei seus ensinamentos, preciosos conselhos e sua inestimável confiança. Sou igualmente grata pelo apoio e confiança do professor Nilton Rezende, meu coorientador.

Agradeço às minhas amigas e amigos, cujos nomes não mencionarei para não correr o risco de esquecer alguém, mas tenho certeza de que elas vão se reconhecer neste agradecimento. Não há palavras para expressar minha gratidão por tudo o que vivemos ao longo desses anos. A paciência, o carinho, a parceria e a cumplicidade trouxeram sentido e direção à jornada, que ora foi solitária, ora foi vivida juntas e entrelaçadas. Esse ciclo se encerra, mas novos desafios virão! Obrigada por compartilharem sonhos, medos, sorrisos e lágrimas. Manifesto também minha gratidão a todos os professores e funcionários dos departamentos pelos quais passei. Agradeço pelos ensinamentos e pela acolhida.

Meus respeitosos agradecimentos à banca do exame de qualificação e aos membros da banca examinadora da defesa pela valiosa contribuição.

Agradeço à FAPEMIG pelo apoio financeiro, que me permitiu realizar o meu doutorado.

Por fim, meu agradecimento especial àqueles que sempre me apoiaram

incondicionalmente, que apostaram em mim mais do que ninguém e que, certamente, são os que mais compartilham da minha alegria: minha amada família. Mais uma etapa foi vencida! Sei que este ainda é apenas o começo da jornada.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes, basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E, isso, não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que compartilha o que sabe e aprende o que ensina”.
(*Cora Carolina, 1987, p. 150-151*)

RESUMO

A comunicação eficaz em pronto-socorro pode ser considerada crucial para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, mas enfrenta desafios decorrentes da alta pressão e complexidade desse ambiente. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a comunicação da equipe multiprofissional em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte em Belo Horizonte, investigando práticas comunicativas, eficácia da comunicação e seus impactos na assistência e segurança do paciente. Utilizou-se de um método misto concorrente, combinando coleta simultânea de dados quantitativos e qualitativos para triangulação dos resultados. A coleta foi realizada entre 5 de fevereiro e 28 de março de 2024, com 45 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social) selecionados por amostragem aleatória estratificada, garantindo representatividade dos diferentes grupos. Os critérios de inclusão exigiram experiência mínima de seis meses na unidade, excluindo profissionais em licença médica, afastados ou indisponíveis para entrevistas. Na análise quantitativa, aplicou-se o Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e a Escala Jefferson de Empatia, adaptados para o contexto brasileiro. Os dados estatísticos revelaram correlações significativas ($p < 0,05$) entre empatia e autoeficácia comunicativa, indicando que profissionais mais confiantes em suas habilidades comunicativas apresentaram níveis mais elevados de empatia. Contudo, dificuldades como comunicar más notícias e lidar com a sobrecarga de trabalho foram apontadas como barreiras à comunicação eficaz, impactando negativamente a segurança do paciente. Na análise qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os achados evidenciaram benefícios da comunicação eficaz, como fortalecimento da coesão da equipe e da confiança dos pacientes, mas, também, desafios significativos. Barreiras como hierarquias rígidas, falta de tempo e interrupções dificultaram a prática do cuidado centrado no paciente, destacando a necessidade de melhorias organizacionais. A triangulação dos dados, fundamentada no modelo de Creswell, integrou as perspectivas quantitativas e qualitativas, oferecendo uma visão ampla do fenômeno. Os dados quantitativos sugeriram percepções positivas sobre autoeficácia e empatia, enquanto os qualitativos aprofundaram as dificuldades enfrentadas no cotidiano, incluindo pressões institucionais e comunicação fragmentada. Uma análise de eventos adversos (EA) entre 2019 e 2023 reforçou a associação entre falhas comunicacionais e ocorrência de EA, sublinhando a relevância de práticas integradas para a segurança do paciente. Os resultados indicaram a necessidade de intervenções estratégicas, como treinamentos interprofissionais que enfatizem habilidades de comunicação e empatia, visando à redução de EA relacionados a falhas comunicacionais. Além disso, recomendou-se a inclusão de treinamentos e simulações nos currículos acadêmicos para promover empatia e comunicação eficaz desde a formação inicial. Concluiu-se que a comunicação eficaz e a empatia são interdependentes no cuidado centrado no paciente, mas encontram limitações institucionais e contextuais significativas. Medidas como treinamentos específicos e mudanças organizacionais não apenas melhoram a prática clínica e a segurança do paciente, mas também promovem o bem-estar dos profissionais, contribuindo para um ambiente assistencial mais seguro e humanizado.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; cuidado centrado no paciente; equipes multiprofissionais; serviços de urgência e emergência; segurança do paciente.

ABSTRACT

Effective communication in emergency departments is crucial for quality care and patient safety but faces challenges due to the high-pressure and complex nature of this environment. This study aimed to analyze the communication of a multidisciplinary team in an emergency unit of a large hospital in Belo Horizonte, investigating communication practices, the effectiveness of communication, and its impact on patient care and safety. A concurrent mixed-methods approach was employed, combining simultaneous collection of quantitative and qualitative data to enable triangulation of results. Data collection occurred between February 5 and March 28, 2024, involving 45 professionals (physicians, nurses, nursing technicians, and a social worker) selected through stratified random sampling to ensure representation of different professional groups. Inclusion criteria required a minimum of six months of experience in the unit, while professionals on medical leave, unavailable, or otherwise absent, were excluded from participation. For quantitative analysis, the Self-Efficacy in Communication Questionnaire (SEbr-12) and the Jefferson Empathy Scale, adapted to the Brazilian context, were utilized. Statistical analysis revealed significant correlations ($p < 0.05$) between empathy and communication self-efficacy, indicating that professionals with higher confidence in their communication skills demonstrated greater levels of empathy. However, challenges such as delivering bad news and coping with workload demands were identified as barriers to effective communication, negatively affecting patient safety. Qualitative analysis, based on semi-structured interviews and field journal entries, used Bardin's content analysis technique. Findings highlighted the benefits of effective communication, such as enhanced team cohesion and patient trust, alongside significant challenges. Barriers like rigid hierarchies, time constraints, and communication interruptions hindered the practice of patient-centered care, emphasizing the need for institutional and organizational improvements. Data triangulation, based on Creswell's model, integrated quantitative and qualitative perspectives, providing a comprehensive view of the phenomenon. Quantitative data suggested positive perceptions of self-efficacy and empathy, while qualitative insights delved deeper into everyday challenges, including institutional pressures and fragmented communication. An analysis of adverse events (AEs) between 2019 and 2023 reinforced the link between communication failures and the occurrence of AEs, underscoring the importance of integrated practices for patient safety. The results highlighted the need for strategic interventions, such as interprofessional training focused on communication skills and empathy, to reduce adverse events associated with communication failures. Additionally, the study recommended the inclusion of training and simulations in academic curricula to foster empathy and effective communication from the outset of professional education. The study concluded that effective communication and empathy are interdependent in patient-centered care but face significant institutional and contextual limitations. Measures such as specialized training and organizational changes not only improve clinical practice and patient safety but also promote the well-being of healthcare professionals, contributing to a safer and more humanized care environment.

Keywords: Health communication; patient-centered care; multidisciplinary teams; emergency services; patient safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Correlação entre os itens das duas escalas	65
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens do Questionário de Autoeficácia na Comunicação	51
Quadro 2 - Itens da Escala de Empatia (Jefferson Medical College)	57
Quadro 3 - Relacionamento entre os objetivos e os resultados alcançados	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra de profissionais de saúde (Belo Horizonte/MG) ..	39
Tabela 2 - Características descritivas dos profissionais (n=45), média e desvio-padrão da pontuação obtida na escala de autoeficácia e na escala de empatia	49
Tabela 3 - Pontuação por item e média na escala de autoeficácia (n=45)	52
Tabela 4 - Distribuição de frequência de resposta por item na escala de autoeficácia (n=45)	54
Tabela 5 - Pontuação por item e média de pontuação na escala de empatia (n=45)	58
Tabela 6 - Distribuição de frequência de resposta por item na escala de empatia (n=45)	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNV	Comunicação Não Violenta
CTI	Centro de terapia intensiva
DP	Desvio-padrão
EA	Eventos Adversos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PS	Pronto Socorro
RUE	Rede de Atenção às Urgência e Emergência
SBI	Situação, Comportamento, Impacto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UE	Unidade De Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Objetivo geral	20
1.2 Objetivos específicos	20
1.3 Justificativa	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Fundamentos e princípios do cuidado centrado no paciente	23
2.2 A comunicação eficaz como pilar da qualidade e segurança no cuidado	25
2.3 O papel da empatia nas relações assistenciais em saúde	28
2.4 Desafios e estratégias de comunicação em unidades de urgência e emergência	29
2.5 Formação e desenvolvimento de competências comunicativas em saúde	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1 Tipo do estudo	35
3.2 Cenário de estudo	36
3.3 Participantes do estudo	38
3.4 Aspectos éticos	40
3.5 Coleta de dados	42
3.5.1 Coleta fase quantitativa	43
3.5.2 Coleta fase qualitativa.....	43
3.5.3 Coleta eventos adversos	44
3.6 Análise dos dados	45
3.6.1 Análise de dados quantitativa	45
3.6.2 Análise de dados qualitativa	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 Caracterização da amostra – Etapa quantitativa	48
4.2 Etapa quantitativa questionário escala de autoeficácia na comunicação	51
4.3 Etapa quantitativa questionário escala de empatia	56
4.4 Correlação entre os itens de autoeficácia na comunicação e da escala de empatia	63
4.5 Etapa qualitativa	67
4.5.1 Categoria temática “cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde”	68

4.5.2 Categoria temática “barreiras para uma comunicação eficaz”	70
4.5.3 Categoria temática “estratégias de comunicação na perspectiva dos profissionais”	72
4.5.4 Categoria temática “benefícios da comunicação eficaz”	73
4.6 Análise da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos	75
4.6.1 Convergências empatia e comunicação eficaz	76
4.6.2 Divergências sobrecarga de trabalho e falhas comunicativas	77
4.6.3 Divergências hierarquia e empatia na prática	77
4.6.4 Complementaridade dos dados	78
4.7 Implicações	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES	95

APRESENTAÇÃO

Quem é a Patrícia?

Eu sou filha, irmã, amiga, colega, sobrinha e neta de pessoas que tornaram minha vida mais leve. Pertencço a uma família extraordinária, que superou as adversidades e viveu a vida em sua plenitude, apesar das dores, amores, indiferenças e alegrias. Eles viveram cada dia como se fosse o último e aprendi muito com isso.

Tenho uma personalidade marcante: sou intensa, resiliente, criteriosa, observadora, bem-humorada, otimista, desconfiada e estrategista. A comunicação sempre foi meu forte desde a infância; mal sabia eu que se tornaria meu mais precioso objeto de trabalho.

Minhas escolhas formativas sempre estiveram profundamente conectadas com meus momentos mais íntimos. Quando entrei na universidade para a graduação, lembrei-me das palavras de Moisés que sempre me motivaram: “Todo lugar que pisar a planta do vosso pé será vosso. Seja forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares”. Durante minha jornada acadêmica, fui bolsista de Iniciação Científica, participei de Projetos de Pesquisa e Comissões Organizadoras de Seminários. Formei-me como Gestora de Serviços de Saúde, ministrei treinamentos, liderei equipes, criei e gerenciei processos.

Após a conclusão do mestrado, enfrentei meus medos e os dos outros durante a pandemia, empreendi e iniciei minha carreira docente. Nesse percurso, conheci pessoas e fiz amigos, perdi parentes, celebrei conquistas, vidas e curas. Também discuti, planejei, implementei processos, amei, tive medo, ansiedade, chorei, sorri, enfrentei desafios, cheguei, parti, deixei e levei saudades.

Tudo foi vivido de maneira intensa! Escrever minha trajetória foi uma viagem no tempo; passo a acreditar que, realmente, ela foi construída entre flores, pois, ao longo do meu percurso, sempre encontrei pessoas e lugares que transmitiram ensinamentos e inspiraram minha vida, sendo essenciais para minhas decisões. Quando eu mesma duvidava que fosse possível, meus pais, amigos e professores acreditaram em mim e me incentivaram.

No doutorado, com o tema de tese "A comunicação como ferramenta do cuidado centrado no paciente", pretendo continuar minha carreira, promovendo meu crescimento pessoal e profissional. Tenho a certeza de que o conhecimento transforma e impulsiona minhas escolhas, encorajando-me a vencer novos desafios.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado centrado no paciente pode ser entendido como uma abordagem de assistência à saúde que coloca o paciente no centro do processo de cuidado, considerando suas necessidades, preferências e valores individuais. Essa prática respeita e responde às expectativas do paciente, garantindo que suas escolhas orientem os desfechos clínicos e promovam maior adesão ao tratamento (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Segundo o relatório *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, do *Institute of Medicine* (IOM), o modelo de cuidado centrado tem por definição "a prestação de cuidado de forma respeitosa, respondendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores norteiem todas as decisões clínicas" (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p. 6).

Habilidades como escuta ativa, empatia, negociação e flexibilidade são essenciais nesse contexto, pois impactam diretamente a clareza das informações trocadas, assegurando a segurança e a qualidade assistencial (SHEEHAN et al., 2021). A empatia, componente fundamental dessa abordagem, permite aos profissionais compreenderem as necessidades físicas e emocionais dos pacientes, promovendo um cuidado humanizado e eficaz (BATISTA; LESSA, 2019). Além disso, a empatia está associada a melhores resultados clínicos e maior adesão ao tratamento, atuando como fator protetor em ambientes de alta pressão, como as urgências, onde facilita a comunicação e a segurança do paciente (CASTRO, 2019).

De outro lado, falhas de comunicação representam uma das principais causas de eventos adversos em hospitais, comprometendo a segurança e os desfechos clínicos de milhares de pacientes anualmente. Uma análise da *Joint Commission* identificou que a comunicação ineficaz esteve na raiz de mais de 70% dos erros médicos graves, incluindo lesões e mortes perinatais (ASSIS-BRITO et al., 2022). Essas falhas, frequentemente associadas à sobrecarga de trabalho e limitações estruturais em serviços de urgência e emergência, afetam a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e a eficiência das equipes de saúde (MASS et al., 2022). Estudos como o de Norouzinia et al. (2015) apontam que problemas de comunicação contribuem significativamente para eventos adversos, prejudicando tanto os resultados clínicos como a satisfação de pacientes e profissionais.

Os serviços de urgência e emergência enfrentam desafios adicionais, como superlotação, infraestrutura inadequada e estresse contínuo das equipes de saúde. Nessas situações, protocolos claros e treinamentos especializados são indispensáveis para garantir um atendimento seguro e eficiente (TOFANI et al., 2022). A comunicação eficaz, nesse cenário, deve ser um processo bidirecional que envolva empatia, escuta ativa e *feedback*, promovendo alinhamento de expectativas e colaboração entre as partes (TOBASE et al., 2022; DELANTE et al., 2024; MOREIRA et al., 2019; SOARES et al., 2022).

No Brasil, há escassez de estudos sobre comunicação no cuidado centrado no paciente, evidenciando a necessidade de pesquisas que contribuam para a reorganização das práticas profissionais e o alinhamento da formação de competências comunicacionais desde a graduação. Instituições de ensino têm reformulado currículos para promover uma comunicação mais reflexiva e humanizada, capacitando estudantes e profissionais para práticas alinhadas ao cuidado centrado no paciente.

Globalmente, a humanização da saúde tem se tornado uma prioridade crescente e a comunicação eficaz emerge como elemento central para transformar sistemas de saúde e melhorar os desfechos clínicos. Nesse contexto, torna-se importante compreender como práticas comunicativas e empáticas impactam a qualidade assistencial e a segurança do paciente, especialmente em ambientes de alta pressão, como as urgências e emergências hospitalares.

A escolha deste tema foi motivada pela experiência desta pesquisadora no mestrado, quando desenvolveu a dissertação "O modelo de cuidado centrado no paciente: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte", que identificou a dificuldade de comunicação como um dos principais entraves para a efetivação do cuidado centrado. Assim, este estudo se propõe a aprofundar essa investigação, explorando as competências necessárias no contexto de um pronto-socorro.

Para ampliar o entendimento sobre a comunicação como ferramenta do cuidado centrado no paciente, foram utilizados o Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e a Escala Jefferson de Empatia, instrumentos que avaliam aspectos essenciais da comunicação em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte em Belo Horizonte. Entrevistas e investigações de

eventos adversos relacionados a falhas de comunicação foram autorizadas pela Superintendência do Hospital, enriquecendo os dados analisados.

Por fim, aplicou-se a análise de conteúdo de Bardin para examinar as interações comunicativas entre profissionais de saúde e desses com pacientes, identificando desafios e propondo estratégias para melhorar a qualidade da comunicação em serviços de urgência e emergência. Os resultados pretendem contribuir para a promoção de uma assistência mais segura e centrada no paciente, destacando a importância de práticas comunicativas eficazes e competências empáticas no ambiente hospitalar.

1.1 Objetivo geral

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, com foco em práticas comunicativas, eficácia da comunicação e seus impactos na qualidade assistencial e na segurança do paciente.

1.2 Objetivos específicos

- 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.
- Desenvolver estratégias baseadas nas evidências levantadas para aprimorar a comunicação e a empatia no cuidado centrado no paciente, considerando os desafios institucionais e organizacionais.

1.3 Justificativa

A comunicação ineficaz está entre as principais causas de eventos adversos em serviços de saúde, impactando diretamente a segurança e a qualidade do cuidado prestado. Apesar de amplamente reconhecida como um problema crítico, a literatura carece de estudos aprofundados que abordem de forma integrada a comunicação e a empatia, especialmente em ambientes de alta complexidade, como os serviços de urgência e emergência. Essa lacuna reflete uma fragilidade no modelo tradicional de atenção à saúde que, frequentemente, negligencia a formação comunicativa como elemento central para a humanização e segurança do cuidado.

Uma das principais contribuições acadêmicas deste estudo está em evidenciar a relevância de estratégias de comunicação mais eficazes e profundas no cuidado centrado no paciente. Ao explorar a interseção entre comunicação e empatia em contextos de alta pressão, o trabalho preenche uma importante lacuna, fornecendo subsídios para transformar práticas assistenciais e formativas. O número limitado de publicações que avaliam a eficácia de práticas comunicativas e empáticas nesse contexto reforça a necessidade de estudos como este, que diagnosticam os problemas e propõem soluções embasadas em evidências.

No âmbito da educação continuada e permanente, este estudo oferece uma análise detalhada e propõe capacitações voltadas ao desenvolvimento de competências comunicativas e empáticas. Tais estratégias são indispensáveis para fortalecer a cultura do cuidado centrado no paciente e para preparar equipes de saúde a lidarem com as demandas emocionais e técnicas de ambientes de alta complexidade. A formação contínua, ao alinhar teoria e prática, eleva a qualidade do atendimento e promove a segurança do paciente, ao integrar comunicação eficaz com abordagens humanizadas.

A aplicabilidade prática dos achados destaca-se, particularmente, em serviços de urgência e emergência, onde clareza, acolhimento e informações precisas são indispensáveis. Em situações de vulnerabilidade extrema, a comunicação eficaz atua como um elemento estabilizador, tanto para os pacientes como para as equipes. O estudo evidencia como as práticas comunicativas podem reduzir a ansiedade, aumentar a adesão ao tratamento e fortalecer a coesão das equipes multiprofissionais, essencial em cenários de alta pressão.

Por fim, a análise das múltiplas dimensões da comunicação, tanto entre os profissionais de saúde como entre eles e os pacientes, catalisa reflexões significativas sobre a necessidade de inovações no processo de educação permanente. Este trabalho, ao propor estratégias concretas, como treinamentos interprofissionais, simulações realistas e adoção de ferramentas comunicativas estruturadas, tem o potencial de subsidiar políticas institucionais e transformar práticas profissionais. A pesquisa posiciona-se, assim, como um marco essencial para alinhar ciência, prática e humanização, oferecendo caminhos claros para a melhoria da assistência em saúde em ambientes de alta complexidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A comunicação e o cuidado centrado no paciente configuram-se como pilares fundamentais para uma prática de saúde que priorize a segurança, a qualidade e a humanização do atendimento. Neste capítulo, são explorados conceitos e abordagens que sustentam a importância da comunicação no contexto das unidades de urgência e emergência, com destaque para as habilidades comunicativas que promovem a segurança assistencial e o cuidado centrado no indivíduo.

A revisão da literatura está estruturada em cinco áreas temáticas principais: o cuidado centrado no paciente, a comunicação eficaz no cuidado, o papel da empatia nas relações assistenciais, os desafios e estratégias de comunicação em unidades de urgência e emergência e o desenvolvimento de competências comunicativas. Esses tópicos interligam-se para fornecer uma visão abrangente sobre as competências necessárias para enfrentar os desafios específicos de ambientes de alta complexidade, onde a pressão por decisões rápidas e a alta rotatividade podem comprometer a qualidade do atendimento e aumentar a incidência de eventos adversos.

Por meio dessa revisão, buscou-se compreender como as práticas de comunicação, alinhadas a uma abordagem centrada no paciente, podem transformar o cuidado em saúde, garantindo maior segurança e eficiência no atendimento em cenários críticos.

2.1 Fundamentos e princípios do cuidado centrado no paciente

O cuidado centrado no paciente representa uma evolução significativa em relação ao tradicional modelo biomédico, colocando o paciente no centro das decisões sobre o seu tratamento. Ele valoriza as relações interpessoais onde o diálogo, a escuta ativa e o respeito à individualidade são fundamentais para a construção de um cuidado integrado e colaborativo. Esse modelo também reconhece a importância de entender o contexto biopsicossocial do paciente, frequentemente negligenciado no modelo biomédico tradicional (ALMEIDA; CALDEIRA; GOMES, 2022).

Santana et al. (2018) propõem uma estrutura conceitual para a prática do cuidado centrado no paciente, enfatizando a necessidade de uma abordagem que integre as necessidades, preferências e valores dos pacientes em todas as etapas do

processo de cuidado. Essa estrutura promove um ambiente em que o paciente deve ser visto como um participante ativo, cujas necessidades e preferências moldam todas as etapas do processo assistencial, facilitando uma abordagem mais personalizada e eficaz (SANTANA et al., 2018; SHEEHAN et al., 2021).

No entanto, um dos maiores desafios na implementação do cuidado centrado no paciente está na resistência dos profissionais de saúde que, frequentemente, permanecem presos às práticas tradicionais e às estruturas de poder hierárquicas. Além disso, a falta de infraestrutura adequada nas unidades de saúde pode dificultar a aplicação prática desses princípios (MENDOZA; DRESCHER; EBERMAN, 2023).

A literatura demonstra que a adoção do cuidado centrado no paciente a satisfação dos pacientes e profissionais de saúde, como também resulta em melhores desfechos clínicos. A participação ativa do paciente no seu plano de cuidado, incentivada pela comunicação eficaz deve ser considerada essencial para a adesão ao tratamento e para a obtenção de resultados de saúde mais satisfatórios (FIGUEIREDO et al., 2019). Quando bem utilizada, a comunicação transcende a simples transferência de informações, tornando-se uma ferramenta poderosa para entender e responder às necessidades subjetivas dos pacientes. Essa abordagem destaca a importância de enxergar o paciente como um sujeito ativo em seu próprio processo de cuidado, possibilitando uma prática clínica mais empática e centrada no indivíduo (NASCIMENTO, 2021; SHEEHAN et al., 2021).

Nos serviços de urgência e emergência, a triagem é uma etapa nesse processo, pois determina a gravidade de cada caso e prioriza o atendimento conforme a urgência, com o uso de protocolos de classificação de risco que permitem identificar rapidamente os casos mais críticos. Dessa forma, assegura-se que esses pacientes recebam atendimento prioritário, enquanto os de menor gravidade são atendidos conforme a disponibilidade (BRASIL, 2013).

O trabalho realizado pelos profissionais de saúde na urgência e emergência hospitalar tem por característica o de ser dinâmico, desafiador e exige um conjunto complexo de competências técnicas e emocionais para lidar com situações críticas e imprevisíveis. Essas competências incluem a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas, muitas vezes, sob pressão, o que pode ser a diferença entre a vida e a morte dos pacientes. A colaboração entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares se torna essencial para um atendimento ágil e eficaz. Nesse cenário, a comunicação clara e precisa deve ser entendida como imprescindível para coordenar ações e evitar

erros, especialmente em um ambiente de alta demanda, onde faz-se necessário manter a calma para decisões assertivas, mesmo diante da intensa carga emocional de situações de alto risco ou de grandes fluxos de pacientes.

A comunicação, portanto, desempenha um papel na eficácia dos serviços de urgência e emergência, sendo fundamental para a coordenação dos cuidados em cenários críticos. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, busca garantir que os diferentes pontos de atenção estejam conectados de maneira eficiente, possibilitando um atendimento ágil e seguro (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a comunicação entre os profissionais de saúde faz-se necessária para enfrentar desafios como a sobrecarga de trabalho, os ambientes estressantes e a necessidade de decisões rápidas (TOFANI et al., 2022).

Dado que o cuidado centrado no paciente enfatiza a individualização do atendimento, deve ser considerado muito importante explorar como a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes sustenta e potencializa esse modelo de cuidado. Na próxima seção, aborda-se a comunicação eficaz como um pilar essencial do cuidado.

2.2 A comunicação eficaz como pilar da qualidade e segurança no cuidado

Estudos mostram que falhas de comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos em saúde, sendo responsáveis por mais de 70% dos erros médicos graves (ASSIS-BRITO et al., 2022). Diante disso, a comunicação eficaz emerge como um pilar essencial para a qualidade e segurança no cuidado em saúde.

A comunicação pode ser descrita como um processo pelo qual informações são transmitidas de um emissor, que codifica a mensagem, para um receptor, que a decodifica e a interpreta. Esse processo de troca de mensagens deve fluir de maneira bidirecional: de um lado, o emissor deve garantir que suas ideias sejam transmitidas de forma clara para promover o entendimento; do outro lado, o receptor precisa captar e compreender essas ideias (TOBASE et al., 2022). A comunicação eficaz nas organizações envolve a transmissão clara e precisa de informações, assegurando que as mensagens cheguem aos destinatários corretos sem distorções. Esse processo tem a sua relevância para o alinhamento de expectativas e a resolução de conflitos, promovendo um entendimento comum entre os membros da equipe (TOBASE et al., 2022).

A literatura científica destaca que essa forma de comunicação exige a capacidade de adaptar a linguagem ao público-alvo, evitando jargões técnicos que possam dificultar a compreensão. Em contextos como saúde e educação, a comunicação eficaz tem a sua construção com base em empatia, escuta ativa e *feedback*, criando um ambiente de troca no qual todos compreendem e processam as informações de forma colaborativa (DELANTE et al., 2024; MOREIRA et al., 2019; SOARES et al., 2022). O *feedback* como prática essencial nesse contexto entre profissionais, permite a identificação e correção de falhas, além de promover o desenvolvimento contínuo da equipe. Por exemplo, a implementação de protocolos estruturados de *feedback*, como o método Situação, Comportamento, Impacto (SBI), auxilia na comunicação clara e objetiva sobre comportamentos observados e seus efeitos, facilitando a melhoria do desempenho individual e coletivo. A adoção de estratégias como o *feedback* radical, caracterizado pela honestidade e transparência, pode fortalecer a confiança e a colaboração entre os membros da equipe, resultando em um atendimento mais seguro e eficiente.

No contexto corporativo, a comunicação eficaz ajuda a sincronizar ferramentas de apoio e processos, de modo que todos os colaboradores compreendam as mensagens sem dúvidas ou ambiguidades. A padronização dos canais de comunicação, como boletins internos, assegura que a informação seja objetiva e livre de ruído, aumentando o controle e a qualidade no fluxo de informações. Isso contribui para o desenvolvimento de uma cultura organizacional que promove a interação e a participação em todos os níveis hierárquicos (TOBASE et al., 2022).

Apesar de seus benefícios comprovados, a comunicação eficaz enfrenta desafios significativos, como barreiras culturais, sobrecarga de trabalho e resistência à adoção de práticas estruturadas. No setor da saúde, esses fatores podem comprometer a qualidade assistencial, evidenciando a necessidade de estratégias específicas para superar essas barreiras e promover um cuidado mais seguro e eficiente.

Estudos destacam a comunicação eficaz como elemento essencial para estabelecer boas relações interpessoais em ambientes profissionais. Ela exerce um papel fundamental para construir um ambiente colaborativo e alinhar objetivos e expectativas entre as partes (MOREIRA et al., 2019). Além disso, destaca-se a importância da escuta sensível no setor da saúde, com impactos positivos tanto na experiência do paciente como na satisfação dos profissionais. Gittell et al. (2020)

discutem como a coordenação relacional, caracterizada pela comunicação frequente, respeito mútuo e compreensão compartilhada dos objetivos, contribui para o trabalho em equipe em contextos de alta pressão, promovendo um cuidado mais integrado e colaborativo.

A comunicação eficaz, tanto a verbal como a não verbal, fortalece o vínculo afetivo entre profissional e paciente, proporcionando uma relação intersubjetiva que dá ênfase às necessidades individuais do paciente (COSTA; BARRETO, 2019). A comunicação não verbal desempenha um papel igualmente importante na construção de um ambiente terapêutico de confiança. A linguagem corporal, o contato visual e outros gestos sutis podem transmitir empatia e compreensão, mesmo quando as palavras são insuficientes para expressar plenamente as emoções (HOJAT; DESSANTIS; GONNELLA, 2017). Ávila et al. (2022) explicam como a comunicação não verbal pode ser uma ferramenta poderosa para identificar sentimentos e preocupações que os pacientes, muitas vezes, não conseguem articular verbalmente, facilitando maior engajamento da equipe de saúde e a construção de uma relação de confiança.

A Comunicação Não Violenta (CNV), desenvolvida pelo psicólogo social Rosenberg (2006), deve ser considerada outro elemento importante da comunicação eficaz. A CNV oferece benefícios a resolução e a prevenção de conflitos, promovendo uma escuta empática e um diálogo sincero. Esse método enfatiza o autoconhecimento e a escuta ativa, ajudando a minimizar barreiras de comunicação e fortalecendo as relações interpessoais (UEHARA; NORMAN; MORGADO, 2024; COIFMAN et al., 2021). A abordagem de Rosenberg também propõe superar padrões de “comunicação alienante”, como julgamentos moralizadores e negação de responsabilidade, que dificultam interações compassivas.

A escuta ativa e a expressão empática são práticas essenciais nos cuidados de saúde, promovendo relacionamentos de confiança e entendimento mútuo (BATISTA; LESSA, 2019; MALTA; CARMO, 2020). Rogers (1977) descreve a empatia como um processo dinâmico que exige sintonizar-se com as emoções do outro sem julgamento, criando um ambiente de segurança e colaboração.

Assim, a comunicação eficaz não deve ser apenas uma ferramenta técnica, mas uma competência essencial para transformar o cuidado em saúde. Ela promove relações humanas mais significativas, melhora os desfechos clínicos e estabelece um ambiente de segurança e colaboração. Compreendida a sua importância, a seguir

explora-se como a empatia contribui para fortalecer a relação entre profissionais de saúde e pacientes, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades individuais.

2.3 O papel da empatia nas relações assistenciais em saúde

A empatia, amplamente reconhecida como uma competência central para a prática clínica, está associada a melhores desfechos de saúde e maior satisfação dos pacientes (HOJAT, 2016). No contexto do cuidado centrado no paciente, a empatia na comunicação e no cuidado torna-se um pilar fundamental para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade. Quando um profissional de saúde tem a capacidade de compreender o paciente e expressar essa compreensão de forma clara e compassiva, o vínculo entre ambos se fortalece, criando uma relação de confiança mútua. Essa abordagem coloca as necessidades e perspectivas do paciente no centro do processo de tomada de decisão, promovendo um ambiente de colaboração e respeito mútuo, sendo o cuidado direcionado de forma mais personalizada e eficaz.

A empatia, definida como a capacidade de compreender e compartilhar as emoções e perspectivas dos outros, se torna fundamental para estabelecer uma conexão significativa entre o profissional de saúde e o paciente. Essa conexão facilita a comunicação aberta, melhora a adesão ao tratamento e contribui para resultados mais positivos no atendimento ao paciente (HOJAT, 2016).

A empatia clínica, uma forma específica de empatia, refere-se à habilidade do profissional de saúde de se colocar no lugar do paciente e compreender suas experiências e sentimentos dentro do contexto da assistência médica. Segundo Derksen, Bensing e Lagro-Janssen (2013), a empatia clínica combina cognição e emoção, resultando em maior adesão ao tratamento, comunicação mais eficaz e construção de confiança entre o profissional e o paciente. Essa forma de empatia tem sido associada a melhores desfechos de saúde, maior satisfação dos pacientes e menor incidência de erros médicos, evidenciando sua importância para a prática clínica de alta qualidade.

No entanto, desenvolver e manter a empatia em ambientes de alta pressão, como urgências e emergências, pode ser desafiador, especialmente diante da sobrecarga de trabalho e da necessidade de decisões rápidas. Esses desafios

reforçam a necessidade de treinamentos e intervenções que possibilitem o fortalecimento dessa competência em contextos adversos.

Albuquerque (2022) enfatiza que a empatia clínica pode ser considerada uma competência multifacetada, que vai além da simples compreensão das emoções do paciente. Ela envolve a capacidade do profissional de agir de forma compassiva, comunicando essa compreensão com clareza e demonstrando um cuidado que respeita a individualidade e as necessidades de cada paciente. Essa abordagem contribui para um cuidado mais humanizado e centrado no paciente, promovendo melhor adesão ao tratamento e proporcionando uma experiência de saúde mais satisfatória e positiva.

Em uma revisão sistemática sobre o ensino de empatia para estudantes de medicina, Batt-Rawden et al. (2013) destacaram que treinamentos que incorporam simulações e interações práticas melhoram significativamente a empatia clínica dos participantes. Essas práticas levam a uma melhor comunicação, maior compreensão das necessidades dos pacientes e uma abordagem de cuidado mais holística.

Estudos longitudinais conduzidos por Hojat (2016) mostraram que médicos que demonstram maior empatia clínica tendem a alcançar melhores resultados em indicadores de saúde dos pacientes, como controle de condições crônicas, como diabetes. A empatia permite que os profissionais de saúde identifiquem sinais não verbais e respondam de maneira mais eficaz às necessidades dos pacientes.

A empatia se torna uma das ferramentas mais poderosas para fortalecer o cuidado centrado no paciente, promovendo interações que consideram as condições clínicas e as experiências e perspectivas individuais. Ela transforma a comunicação em uma ferramenta poderosa de cuidado, humanizando a interação entre profissional e paciente e garantindo um atendimento mais completo e centrado nas reais necessidades do paciente.

2.4 Desafios e estratégias de comunicação em unidades de urgência e emergência

O ambiente das unidades de urgência e emergência pode ser caracterizado por sua dinâmica intensa, com pacientes em condições graves que requerem intervenções imediatas e decisões rápidas para salvar vidas e reduzir complicações (TOFANI et al., 2022). A alta rotatividade, somada à pressão constante sobre os profissionais, cria um cenário de sobrecarga e estresse que eleva o risco de falhas na

comunicação e compromete a segurança do paciente (WITISKI et al., 2019). Nesse contexto, a comunicação desempenha um papel crucial para a coordenação dos cuidados em situações críticas, sendo um elemento essencial para a eficácia dos serviços prestados.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, busca garantir que os diferentes pontos de atenção estejam conectados de maneira eficiente, permitindo um atendimento ágil e seguro (BRASIL, 2013). A comunicação eficaz auxilia na redução de eventos adversos, já que qualquer erro na transmissão de informações pode ter consequências graves para os pacientes (SILVA et al., 2020).

A superlotação nas unidades de emergência agrava a complexidade desse cenário, aumentando a pressão sobre os profissionais e dificultando a manutenção de uma comunicação eficaz. A falta de protocolos padronizados contribui para a fragmentação do cuidado, impactando negativamente a qualidade da assistência prestada. A ausência de uma comunicação estruturada pode resultar em erros na transferência de informações críticas, afetando diretamente a segurança do paciente e levando à ocorrência de eventos adversos (SILVA et al., 2020).

Estudos demonstram que falhas na comunicação durante a passagem de plantão podem gerar erros críticos no tratamento dos pacientes. A ausência de informações essenciais ou a transmissão incorreta de dados pode resultar em diagnósticos equivocados, administração inadequada de medicamentos e omissão de cuidados necessários. Essas falhas comprometem a continuidade do cuidado e aumentam o risco de eventos adversos, impactando negativamente a segurança e a qualidade da assistência prestada (MEIRELES et al., 2021).

Um estudo de caso documentado por Tiwary et al. (2019) revelou que a comunicação inadequada entre as equipes de saúde foi responsável por um aumento significativo de eventos adversos em um hospital de grande porte. A implementação de ferramentas padronizadas, como *checklists*, foi essencial para mitigar esses riscos e melhorar a segurança do paciente. Complementarmente, Meireles et al. (2021) identificaram que ferramentas de comunicação como *handover* e *checklists* melhoram significativamente a precisão e a eficácia das transferências de cuidado, reduzindo o risco de erros e eventos adversos.

O uso de sistemas estruturados de comunicação, como o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), também tem demonstrado impactos positivos. Estudo

de Anzilio et al (2016) destaca que esse sistema, baseado na codificação por cores para priorização de casos, melhora o fluxo de informações, garantindo que os pacientes recebam o atendimento adequado conforme a gravidade clínica.

A carga de trabalho e o estresse contínuo representam fatores críticos que afetam a comunicação nas unidades de urgência e emergência. Witiski et al. (2019) ressaltam que ambientes de trabalho estressantes podem levar a equívocos na troca de informações, comprometendo a segurança do paciente. Profissionais sob extrema pressão estão mais suscetíveis a falhas comunicativas, o que reforça a necessidade de estratégias para mitigar esses efeitos.

A prática colaborativa interprofissional surge como uma estratégia essencial para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. A comunicação entre diferentes categorias profissionais facilita o trabalho em equipe, reduzindo riscos e eventos adversos (REEVES et al., 2017). No entanto, barreiras culturais e hierárquicas ainda representam desafios significativos, exigindo mudanças no paradigma assistencial. Peduzzi e Agreli (2018) sugerem que a transição do modelo biomédico tradicional para um modelo interprofissional centrado no paciente se torna fundamental. Essa mudança requer a adoção de comportamentos colaborativos e o estabelecimento de relações baseadas no diálogo e na cooperação.

Soluções inovadoras, como a utilização de aplicativos digitais para a comunicação em tempo real e sistemas eletrônicos de registro de dados, têm mostrado potencial para melhorar a eficiência e a segurança nas trocas de informação. Além disso, treinamentos em comunicação também se mostram eficazes na melhoria das habilidades comunicativas dos profissionais, promovendo práticas mais seguras e colaborativas (MOURA et al., 2019). A gestão organizacional também desempenha um papel crucial nesse processo, ao planejar e implementar ações que incentivem a comunicação eficaz. Isso inclui a adoção de ferramentas padronizadas, a criação de ambientes de trabalho que promovam a comunicação aberta e o *feedback* construtivo, além de políticas institucionais que sustentem essas mudanças e garantam a melhoria contínua da qualidade do cuidado (COIFMAN et al., 2021).

Dessa forma, compreender e enfrentar os desafios da comunicação em unidades de urgência e emergência passa a ser fundamental para promover um cuidado mais seguro, eficiente e centrado no paciente. Considerando as barreiras enfrentadas nesses contextos, torna-se indispensável aprofundar a discussão sobre

o desenvolvimento de competências comunicativas que assegurem a segurança e a qualidade do atendimento em cenários críticos.

2.5 Formação e desenvolvimento de competências comunicativas em saúde

A comunicação, amplamente reconhecida como um dos pilares fundamentais para a segurança do paciente, vem sendo especialmente crítica em ambientes de alta pressão como as unidades de urgência e emergência. Nessas condições, a necessidade de decisões rápidas e assertivas exige uma troca de informações precisa e eficaz. De acordo com a Portaria Ministerial 529/2013, a comunicação se mostra essencial para prevenir erros e eventos adversos, destacando a importância de uma participação ativa de pacientes, familiares e profissionais de saúde como parceiros no processo de cuidado (BRASIL, 2013). Esse envolvimento promove um ambiente de cuidado mais colaborativo, seguro e reforça a responsabilidade compartilhada entre todos os envolvidos na segurança assistencial.

Estudos demonstram que falhas na comunicação entre equipes de saúde figuram como uma das principais causas de eventos adversos, impactando diretamente a qualidade do atendimento (PENA; MELLEIRO, 2018). Comunicações inadequadas, sejam entre os profissionais ou entre profissionais e pacientes, frequentemente resultam em diagnósticos incorretos e tratamentos inadequados, aumentando o sofrimento dos pacientes e o risco de danos à saúde. Por exemplo, um erro na transmissão de informações durante a passagem de plantão pode levar à administração incorreta de medicamentos, colocando a vida do paciente em risco. Ferramentas estruturadas, como protocolos e *checklists*, têm se mostrado eficazes em assegurar a precisão e completude das informações transmitidas, particularmente em momentos críticos (PREVIATO; BALDISSERA, 2018; BUKOH; SIAH, 2020). O uso desses recursos diminui o risco de omissões e promove uma troca de informações clara e precisa, essencial em ambientes de alta pressão como as unidades de emergência.

A capacitação contínua dos profissionais de saúde pode ser considerado um fator essencial para a promoção de uma comunicação eficaz. Treinamentos regulares e simulações de cenários críticos permitem que os profissionais desenvolvam habilidades comunicativas necessárias para lidar com a complexidade e as especificidades do ambiente de urgência (ÁVILA et al., 2022). Além disso, uma cultura

organizacional que valoriza a transparência e o diálogo aberto favorece a criação de um ambiente onde os profissionais se sintam confortáveis para compartilhar informações críticas e levantar questões sem medo de retaliações. Tal ambiente reduz erros e aumenta a satisfação dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde, promovendo um cuidado mais colaborativo e centrado nas necessidades individuais dos pacientes (SANTOS et al., 2021).

Para que a prática do cuidado centrado no paciente seja efetiva, os profissionais de saúde devem possuir habilidades comunicativas que promovam uma comunicação clara, empática e centrada no paciente. Habilidades como a escuta ativa e a empatia são cruciais para garantir que o paciente se sinta compreendido e valorizado no processo de decisão sobre seu tratamento (SKÄR; SÖDERBERG, 2018). O desenvolvimento dessas competências exige uma abordagem pedagógica que vá além da instrução técnica, abrangendo atitudes e crenças que promovam o respeito à individualidade do paciente.

Simulações clínicas e *feedback* estruturado têm se mostrado eficazes no desenvolvimento dessas competências, proporcionando uma aprendizagem prática e interativa (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019). Programas de treinamento em comunicação, incluindo simulações e *feedback*, são especialmente importantes em contextos emocionais desafiadores, como a comunicação de más notícias e o suporte em momentos de crise (MOORE et al., 2018; RIBEIRO et al., 2024). Esses programas preparam os profissionais para manejar as emoções dos pacientes e familiares com clareza e precisão, favorecendo um cuidado técnico e humanizado.

A prática da Comunicação Não-Violenta (CNV), como desenvolvida por Rosenberg (2006), oferece uma estrutura que promove o diálogo empático e a compreensão mútua, sendo especialmente útil em situações de estresse elevado. A CNV melhora a interação entre profissionais e pacientes e contribui para um ambiente de trabalho mais colaborativo e respeitoso.

Para que essas habilidades comunicativas sejam incorporadas na prática clínica, passa a ser fundamental que a formação acadêmica dos profissionais da saúde inclua, de maneira robusta e contínua, o desenvolvimento dessas competências ao longo de toda a grade curricular. Reestruturar os currículos dos cursos de saúde para incluir a comunicação centrada no paciente assegura que futuros profissionais estejam preparados para exercer uma prática clínica que alie

competência técnica e respeito pelo indivíduo (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019). Tal abordagem eleva a qualidade do atendimento e transforma o cuidado em uma experiência centrada nas necessidades e expectativas dos pacientes, reforçando a confiança e a satisfação dos profissionais em seu trabalho.

Dessa forma, o desenvolvimento de competências comunicativas passa a ser mais que uma ferramenta técnica, assumindo um papel de transformação essencial para a prática clínica, capaz de enfrentar os desafios das unidades de urgência e emergência e promover um cuidado centrado no paciente. A comunicação eficaz, quando sustentada por estruturas organizacionais adequadas e currículos acadêmicos bem planejados, tem o poder de transformar a experiência assistencial, fortalecendo a segurança, a qualidade e a humanização do cuidado em saúde. Assim, esta revisão da literatura reafirma a comunicação como um elemento central para alcançar práticas assistenciais mais seguras, colaborativas e centradas no indivíduo, apontando para a necessidade de mudanças profundas nas políticas institucionais e na formação profissional.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo do estudo

A escolha metodológica se apresenta como fundamental para responder a questões complexas, como as relacionadas à comunicação em saúde. Neste estudo, foi adotado um desenho de métodos mistos concorrente, utilizando a triangulação de técnicas quantitativas e qualitativas. Em estudos de métodos mistos concorrentes ou paralelos, a coleta de dados ocorre simultaneamente, permitindo a combinação de diferentes fontes de informação em um único desenho de pesquisa (CRESWELL et al., 2007). Essa abordagem integra a coleta, análise e interpretação de dados quantitativos e qualitativos, com o pressuposto central de que essa interação proporciona uma análise mais abrangente e aprofundada do fenômeno investigado, especialmente em áreas complexas como a comunicação em saúde.

Para este estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário de Autoeficácia na Comunicação (quantitativo), a Escala Jefferson de Empatia (quantitativo), entrevistas semiestruturadas (qualitativas) e a apuração de notificações de eventos adversos (EA) relacionados à comunicação. A escolha dessas ferramentas teve como objetivo aprofundar os achados e esclarecer as relações complexas entre comunicação, empatia e segurança do paciente.

As técnicas quantitativas e qualitativas apresentam potencialidades e limitações distintas, que contribuem de maneiras complementares para a compreensão do fenômeno. Por exemplo, enquanto os dados quantitativos indicam padrões gerais de eficácia comunicativa, os dados qualitativos revelam as nuances das experiências vividas pelos profissionais de saúde (PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014). Embora ambas as abordagens tenham sido utilizadas com prioridade equilibrada, a aplicação prática variou conforme a ênfase necessária para responder aos objetivos específicos do estudo (CRESWELL et al., 2007).

A análise dos dados foi realizada separadamente para cada abordagem, com a integração ocorrendo na fase de interpretação. Nesse momento, a triangulação foi empregada para comparar e contrastar os dados obtidos por diferentes métodos, identificando convergências e divergências (HANSON et al., 2005). Essa etapa de integração foi crucial para fortalecer a robustez do estudo, permitindo a incorporação de áreas inexploradas e contribuindo para um desenho de pesquisa mais sólido.

(PARANHOS et al., 2016). A triangulação de métodos oferece uma compreensão mais detalhada dos fenômenos estudados e possibilita uma análise crítica que, dificilmente, seria alcançada por meio de um único método (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A utilização da triangulação fortalece a validade, confiabilidade e credibilidade dos resultados ao examinar o fenômeno a partir de diferentes perspectivas. O objetivo principal da triangulação neste estudo foi o de obter uma visão ampla e integrada da comunicação como ferramenta do cuidado, considerando diferentes profissionais de saúde e as experiências daqueles que vivenciam a prática comunicativa. Essa abordagem permitiu uma análise mais aprofundada e fundamentada, baseada em crenças e valores de um grupo diversificado de participantes. No entanto, ressalta-se a importância de reconhecer os desafios associados à pesquisa de métodos mistos, como a necessidade de recursos adicionais e habilidades diversificadas para conduzir análises complexas de forma eficaz (CRESWELL; CLARK, 2011).

Creswell et al. (2007) destacam que o desenho de métodos mistos concorrentes tem sido amplamente utilizado entre os principais modelos dessa abordagem, justificando sua adoção neste estudo pela capacidade de oferecer uma análise crítica e multifacetada, "dando voz aos números". Essa metodologia contribui para o entendimento da complexidade dos fenômenos sociais e de saúde, promovendo a diversidade de perspectivas e fortalecendo a produção de conhecimento. A escolha por esse tipo de estudo foi fundamentada na necessidade de capturar diferentes percepções sobre a comunicação como ferramenta do cuidado, considerando as crenças e valores dos profissionais de saúde envolvidos. Essa abordagem permitiu uma análise mais robusta.

3.2 Cenário de estudo

O presente estudo foi realizado no pronto-socorro (PS) de um hospital privado de grande porte, identificado como "Hospital Alfa", cuja identidade foi preservada para garantir confidencialidade. Localizado na região Centro-Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, o hospital é referência regional em atendimentos de urgências e emergências clínicas e traumatológicas. O pronto-socorro dispõe de uma estrutura composta por 20 consultórios destinados a atendimentos clínicos e cirúrgicos, além de 35 leitos de

observação, distribuídos em 24 para adultos, seis para casos respiratórios e cinco para emergências específicas (Hospital Alfa, 2023).

Fundado em 2010, o Hospital Alfa oferece serviços de assistência ambulatorial e hospitalar aos usuários de um plano de saúde. Sua missão está em prestar atenção integral e integrada à saúde com excelência, qualidade e eficiência, complementando a rede credenciada, proporcionando oportunidade de trabalho e conhecimento ao cooperado, contribuindo para a regulação assistencial e sustentabilidade da cooperativa (Hospital Alfa, 2023).

A infraestrutura do hospital inclui 204 leitos de internação adulto e 50 leitos no Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto, sendo 20 destinados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 20 à UTI respiratória e 10 à Unidade Coronariana (UCO). O hospital também conta com um centro cirúrgico equipado com 10 salas, um centro de radiologia, um laboratório e um heliponto para remoção de pacientes em situações de emergência (Hospital Alfa, 2023).

Compõem a equipe do Hospital Alfa 250 médicos atuantes e 1.281 colaboradores, distribuídos entre áreas assistenciais (662), administrativas (226), laboratórios e imagem (137) e serviços terceirizados (256). Em termos de volume de atendimento, o hospital realiza, aproximadamente, 256 mil atendimentos anuais no pronto-socorro, além de 19,7 mil internações clínicas e cirúrgicas, 12,6 mil internações via PS e 23,7 mil cirurgias anuais. Além de suas atividades assistenciais, o Hospital Alfa também se apresenta como um centro de ensino, oferecendo programas de residência médica que integram ensino e assistência como partes fundamentais de sua missão (Hospital Alfa, 2023).

A escolha do Hospital Alfa como cenário de estudo deve-se à sua infraestrutura robusta e ao volume significativo de atendimentos realizados no pronto-socorro. Essas características se mostram como um ambiente ideal para analisar as práticas de comunicação e empatia no cuidado centrado no paciente, bem como para identificar desafios específicos relacionados à segurança do paciente em situações de alta complexidade.

Dado o papel central do Hospital Alfa como referência em urgências e emergências, sua dinâmica oferece uma oportunidade única para compreender os aspectos comunicativos entre os profissionais de saúde e sua relação com a segurança do paciente.

3.3 Participantes do estudo

A população elegível para este estudo incluiu profissionais da equipe multiprofissional do Hospital Alfa, composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e assistentes sociais, representando a diversidade dos funcionários do pronto-socorro (PS). A seleção desses participantes foi essencial para garantir a representatividade e a validade externa dos resultados.

O estudo foi conduzido em duas etapas: quantitativa e qualitativa. A seleção das amostras para ambas as etapas utilizou uma amostragem aleatória estratificada de tipo probabilístico, método que assegura que todos os indivíduos do universo tenham uma chance igual de participação, com probabilidade fixa e maior que zero. Esse procedimento foi adotado para eliminar a parcialidade do entrevistador na escolha dos entrevistados, garantindo representatividade. Essa abordagem tem sido especialmente indicada quando a população possui características que permitem a criação de subconjuntos específicos, como ocorre com os diferentes grupos profissionais.

Os indivíduos foram selecionados por meio de sorteio aleatorizado e automático, utilizando o *site* Sorteador, o que garantiu que todos tivessem a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra. Após o sorteio, os profissionais foram convidados a participar do estudo, respondendo ao Questionário de Autoeficácia na Comunicação e à Escala Jefferson de Empatia. Além disso, participaram de entrevistas semiestruturadas que exploraram aspectos da comunicação na unidade de pronto-socorro.

Todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa e os aspectos éticos envolvidos. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegurou conformidade com os princípios éticos e legais. A população foi dividida em subconjuntos, e o sorteio foi realizado considerando essas divisões, de forma que os elementos da amostra fossem proporcionais ao número de integrantes desses subconjuntos (BARBETTA, 2012). Esse cuidado permitiu que a amostra refletisse a composição real da equipe multiprofissional do PS, assegurando que as percepções coletadas representassem a diversidade dos profissionais de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição da amostra de profissionais de saúde (Belo Horizonte/MG)

Profissionais de Saúde	População	Amostra Coletada
Médico	20	20
Enfermeiro	10	8
Técnico de Enfermagem	21	16
Assistente Social	1	1
Total	52	45

Nota*: Os dados apresentados refletem a diversidade profissional e a proporcionalidade do sorteio estratificado realizado.

Nota**: A população foi definida com base nos profissionais atuantes no pronto-socorro do Hospital Alfa, e a amostra foi selecionada por sorteio aleatório, respeitando critérios de inclusão e exclusão descritos na metodologia.

Fonte: Elaborado pela autora

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 compromettesse o fluxo de trabalho da equipe de saúde nem gerasse desconforto aos profissionais durante o desempenho de suas funções.

Na 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 52 trabalhadores. O resultado do cálculo indicou que 44 participantes seriam suficientes para garantir representatividade estatística. 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 = 52 (população total),

Z = 1,96 (nível de confiança de 95%),

p = 0,5 (proporção esperada),

e = 0,05 (margem de erro).

Fonte: Elaborado pela autora

Esse quantitativo foi ajustado para não afetar o processo de trabalho do setor, respeitando a alta demanda de atendimento e a disponibilidade dos profissionais de saúde do PS. A amostra coletada foi composta por 45 profissionais de saúde, dos quais 12 eram homens (26,67%) e 33 mulheres (73,33%).

Tanto na etapa quantitativa como na qualitativa, o critério de inclusão foi a atuação dos profissionais por um período igual ou superior a seis meses no PS. Profissionais ausentes durante o período de coleta de dados, devido a férias ou afastamento por atestado ocupacional, foram excluídos do estudo. A delimitação da amostra se apresenta como um dos grandes desafios das pesquisas qualitativas. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a seleção dos elementos deve espelhar dimensões relevantes do contexto, muitas vezes em contínua construção histórica.

Na etapa qualitativa, participaram 25 profissionais. O critério de encerramento das entrevistas foi a saturação teórica, definida como o ponto em que novos dados deixam de emergir e as entrevistas subsequentes não adicionam informações relevantes ao estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Durante a coleta, as entrevistas foram revisadas periodicamente para avaliar a emergência de novos dados e determinar o momento ideal para encerrar a coleta. A saturação teórica é amplamente aceita em pesquisas qualitativas e fundamental para garantir a profundidade e a validade das análises (GUEST; BUNCE; JOHNSON, 2006).

Essa amostragem, cuidadosamente delineada, assegurou que as percepções coletadas refletissem a diversidade da equipe multiprofissional, alinhando-se ao objetivo de analisar a comunicação e a empatia no contexto do cuidado centrado no paciente. A abordagem adotada fortalece a representatividade e a validade dos resultados, contribuindo para uma compreensão aprofundada e integrada do fenômeno estudado.

Com os participantes definidos e os critérios metodológicos estabelecidos, a próxima seção aborda os aspectos éticos que nortearam a condução deste estudo.

3.4 Aspectos éticos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e disponibilizado a todos os participantes do estudo. Este documento detalhou os objetivos, benefícios e demais informações pertinentes à pesquisa, ressaltando o compromisso com a preservação do sigilo e da identidade dos envolvidos. A

participação foi totalmente voluntária, assegurando aos participantes o direito de recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo funcional. Com a assinatura do TCLE, os participantes formalizaram sua adesão ao estudo.

Em conformidade com os procedimentos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o número CAAE: 68040923.3.0000.5149 e número do Parecer: 6.074.320. Além disso, foi encaminhado ao setor de *Compliance* do Hospital Alfa e à sua Diretoria, assegurando que todas as etapas da pesquisa estivessem alinhadas às normas vigentes, sob o número de demanda: COM0002354.

Os benefícios esperados deste estudo incluem a contribuição para o avanço do conhecimento e o estímulo ao debate sobre a comunicação em equipes multiprofissionais como ferramenta essencial no cuidado centrado no paciente. Adicionalmente, o estudo possui potencial pedagógico, oferecendo a oportunidade de reflexão e promoção de mudanças nas práticas de comunicação entre os profissionais de saúde. Após a conclusão, os resultados serão amplamente divulgados e estarão acessíveis a qualquer interessado, reforçando o compromisso com a transparência e a disseminação do conhecimento gerado.

Conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o TCLE incluiu obrigatoriamente a justificativa, os objetivos e os procedimentos adotados na pesquisa, com detalhamento dos métodos utilizados. De acordo com o artigo 7º da Resolução CNS nº 674/2022, a pesquisa foi classificada como do tipo A, por descrever fenômenos ocorridos no cotidiano, sem intervenções diretas no corpo humano. A pesquisa também foi categorizada como de risco mínimo, segundo a Resolução CNS nº 510/2016, considerando potenciais riscos relacionados à invasão de privacidade, questões sensíveis (como atos ilegais, violência, sexualidade) ou riscos emocionais ao revelar pensamentos e sentimentos anteriormente não expressos.

Durante o estudo, foi assegurado aos participantes o direito de recusar-se a responder perguntas que causassem desconforto, bem como o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Eventuais desconfortos, como o tempo dedicado à pesquisa ou possíveis constrangimentos durante as entrevistas, foram minimizados por meio de uma comunicação clara e de apoio contínuo aos participantes. Essa abordagem garantiu uma experiência respeitosa e ética ao longo de todo o processo, em conformidade com as melhores práticas de pesquisa ética.

A preservação dos princípios éticos se faz especialmente relevante em estudos que exploram temas sensíveis, como a comunicação em saúde, assegurando que os participantes sejam respeitados e protegidos em todas as etapas da pesquisa. Conduzir uma pesquisa ética em um ambiente dinâmico como o pronto-socorro exigiu atenção redobrada para equilibrar a coleta de dados com a rotina de trabalho dos profissionais, garantindo que suas atividades assistenciais não fossem comprometidas.

Esses cuidados éticos asseguram a conformidade com as normas vigentes e reforçam a credibilidade científica e o potencial transformador deste estudo no campo da saúde. A próxima seção apresenta os procedimentos de coleta de dados, para a execução das etapas quantitativa e qualitativa desta pesquisa.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados para este estudo foi realizada utilizando uma abordagem mista, quantitativa e qualitativa. Segundo Creswell et al. (2007), a abordagem mista combina técnicas quantitativas e qualitativas em um único estudo, com o objetivo de compreender melhor o problema de pesquisa, generalizar os resultados qualitativos, aprofundar a compreensão dos resultados quantitativos ou corroborar os achados.

A abordagem mista se fundamenta na premissa de que a interação entre os métodos fornece melhores possibilidades analíticas, permitindo que os pontos fortes de ambas as abordagens sejam combinados para obter uma compreensão mais abrangente de fenômenos complexos. Creswell et al. (2007) enfatiza a importância de coletar dados precisos, mas também de interpretá-los em profundidade para capturar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado. Essas etapas metodológicas foram estruturadas para explorar as percepções e práticas comunicativas dos profissionais de saúde, alinhando-se ao objetivo de analisar a comunicação e empatia no cuidado centrado no paciente em um ambiente de urgência e emergência.

O período de coleta de dados ocorreu entre 5 de fevereiro de 2024 e 28 de março de 2024.

3.5.1 Coleta fase quantitativa

Na fase quantitativa, foram utilizados dois instrumentos validados no Brasil: o Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) e a Escala Jefferson de Empatia. O SEbr-12, desenvolvido originalmente por Axboe et al. (2016) e adaptado para o contexto brasileiro por Mata (2019), sendo 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. Obtém-se a pontuação total 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.

3.5.2 Coleta fase qualitativa

Na fase qualitativa, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos participantes. Essas entrevistas tiveram como objetivo explorar, em profundidade, as perspectivas dos profissionais de saúde sobre as práticas de comunicação em seus contextos de trabalho.

As entrevistas foram 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. Os dados coletados permaneceram confidenciais e serão armazenados em segurança na sala 334 da Escola de Enfermagem da UFMG por um período de 5 a 10 anos, sendo destruídos após esse prazo.

O roteiro semiestruturado (Apêndice A) guiou as entrevistas, permitindo uma abordagem flexível que facilitou a emergência de novos temas relevantes conforme apresentados pelos entrevistados. 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.

O critério de saturação teórica foi adotado, sendo definido como o ponto em que os dados coletados passaram a apresentar redundância, sem a adição de informações relevantes para o estudo e a coleta foi encerrada (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Durante a coleta, as entrevistas foram revisadas periodicamente para avaliar a emergência de novos dados e determinar o momento ideal para encerrá-las.

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.

3.5.3 Coleta eventos adversos (EA)

Durante as entrevistas, a questão dos eventos adversos (EA) emergiu como um tema relevante, levando a pesquisadora a solicitar acesso aos dados para análise. Com a autorização da superintendência do hospital, foi realizada uma análise das planilhas anuais de EA do período de 2019 a 2023, fornecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

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.

Essas etapas metodológicas foram fundamentais para assegurar uma análise multifacetada e integrada, essencial para compreender as complexas interações entre comunicação, empatia e segurança do paciente.

3.6 Análise dos dados

As análises quantitativas permitiram identificar padrões e correlações relacionadas às competências comunicativas e empáticas, enquanto a análise qualitativa aprofundou as percepções subjetivas dos profissionais de saúde, alinhando-se aos objetivos do estudo.

3.6.1 Análise de dados quantitativa

Na análise quantitativa, os dados coletados por meio dos 45 questionários de Autoeficácia na Comunicação e 45 da Escala Jefferson de Empatia foram inseridos em um arquivo eletrônico utilizando o *Microsoft Excel*®. Este arquivo de dados foi verificado duas vezes por pares para avaliar possíveis erros de entrada de dados, garantindo a precisão das informações. As análises descritivas foram realizadas para resumir as características dos profissionais participantes da pesquisa, envolvendo a distribuição de frequências absolutas e proporções para as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, bem como médias e desvios-padrão (DP) para as pontuações obtidas nas escalas de autoeficácia e empatia.

As respostas às escalas foram descritas de forma quantitativa, considerando o score total para cada item, além de médias e desvios-padrão. Gráficos foram utilizados para avaliar a distribuição de frequências nas categorias de respostas a cada item das escalas, destacando a proporção de respostas concordantes, discordantes e neutras na escala de empatia, e a proporção de respostas indicativas de capacidade e incapacidade na escala de autoeficácia.

O grau de correlação entre os itens das duas escalas foi analisado e apresentado em um *heatmap* (mapa de calor). Para isso, utilizou-se o coeficiente de correlação *tau de Kendall*, adequado para dados ordinais e para situações com empates (valores idênticos em várias observações). O coeficiente de correlação varia entre -1 e +1, em que:

- 0 indica nenhuma correlação;

- +1 indica uma correlação positiva perfeita, ou seja, quanto maior a pontuação em um item da escala, maior a pontuação no item da outra escala ou, quanto menor a pontuação em um item, menor a pontuação no item da outra escala;
- -1 indica uma correlação negativa perfeita, ou seja, quanto maior a pontuação em um item da escala, menor a pontuação no item da outra escala ou, quanto menor a pontuação em um item da escala, maior a pontuação no item da outra escala.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software R*, versão 4.3.2 (THE R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING, 2023) reconhecido por sua robustez na análise de dados estatísticos. Os gráficos de distribuição das respostas a cada item das escalas foram gerados com o pacote *likert* (versão 1.3.5), enquanto as correlações entre itens das escalas foram apresentadas com o pacote *pheatmap* (versão 1.0.12).

A tabulação dos eventos adversos (EAs) do período de 2019 a 2023 também foi organizada em planilhas *Microsoft Excel®*, facilitando a análise anual e a contabilização dos EA relacionados a falhas de comunicação.

3.6.2 Análise dados qualitativa

Para a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática, baseada no referencial de Laurence Bardin (2016). Esta técnica tem por característica a de ser sistemática e objetiva, focada na descrição e inferência do conteúdo das mensagens, permitindo uma interpretação aprofundada dos dados.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e comparadas com as gravações de áudio para garantir a acurácia das transcrições. A análise de conteúdo foi organizada em três fases:

1. Pré-análise: esta fase envolveu a organização do material, com uma leitura flutuante das entrevistas transcritas para estabelecer um primeiro contato com o corpus da pesquisa e captar as impressões gerais (BARDIN, 2016).
2. Exploração do material e categorização: após uma leitura global, foram realizados recortes do texto em unidades de registro, que foram agrupadas em categorias temáticas. Esta fase permitiu atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2016). O *software* MAXQDA, versão 24, foi

utilizado para organizar e codificar os dados das entrevistas e do diário de campo, facilitando a categorização sistemática dos temas emergentes.

3. Tratamento dos dados e interpretação dos resultados: a última fase consistiu na descrição e interpretação dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente por meio da categorização dos dados. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica permitiu dar sentido à interpretação, revelando o que se esconde sob a realidade aparente e proporcionando uma análise profunda das respostas dos participantes (BARDIN, 2016).

A validade dos resultados foi garantida pela coerência entre as fases da pesquisa e pelo rigor na organização da investigação. A interpretação dos dados quantitativos e qualitativos foi realizada separadamente, com a integração dos achados ocorrendo posteriormente, enriquecendo a análise final e proporcionando uma visão mais holística dos fenômenos estudados.

A partir das análises realizadas, os resultados quantitativos e qualitativos são discutidos nas seções seguintes, esses achados contribuem para a compreensão dos fenômenos de comunicação e empatia no contexto do cuidado centrado no paciente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de analisar a comunicação no cuidado centrado em um pronto-socorro, buscou-se organizar os resultados quantitativos e qualitativos à luz da literatura científica. Inicialmente, apresentou-se a caracterização dos profissionais, resultados dos questionários, a análise de conteúdo das falas e a quantificação dos eventos adversos dos últimos cinco anos.

4.1 Caracterização da amostra – Etapa quantitativa

A amostra deste estudo foi composta, majoritariamente, por profissionais do sexo feminino (73,33%), com nível superior e pós-graduação (51,11%). A maior parte dos participantes era médicos (44,44%), atuando, principalmente, em consultórios (28,89%) e na Unidade de Decisão Clínica (20,00%). A maioria dos profissionais possuía 10 ou mais anos de formação (42,22%), com experiência de dois a seis anos na instituição (37,78%) e no Pronto Socorro (40,00%). Um aspecto relevante identificado foi que 46,67% dos profissionais não tiveram formação específica em técnicas de comunicação durante seus percursos acadêmico e profissional.

Na análise das pontuações na escala de autoeficácia, observou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram a média (146,75), seguidos por profissionais com apenas graduação (150,00), assistentes sociais (148,00) e profissionais na coordenação geral de medicina do pronto socorro (165,00). Profissionais que receberam formação em técnicas de comunicação durante a pós-graduação também apresentaram médias elevadas (148,00). Além disso, destacaram-se os profissionais com menos de um ano de formação (149,20), aqueles com menos de um ano na instituição (147,88) e os que atuam há 10 ou mais anos no Pronto Socorro (148,90).

Em relação à escala de empatia, as maiores médias foram observadas entre participantes do sexo feminino (83,36), profissionais com apenas graduação (84,17), enfermeiros analistas (85,00) e aqueles que atuam na sala de sutura (95,00). Profissionais que receberam formação em técnicas de comunicação durante a graduação apresentaram médias mais altas (89,78). Em termos de tempo de formação, os profissionais com menos de um ano de formação (87,00) e aqueles com

menos de um ou dois anos na instituição (85,00) demonstraram maior empatia, assim como os que atuam de um a dois anos no Pronto Socorro (87,25).

A análise revelou diferenças significativas ($p < 0,05$) nas pontuações médias da escala de autoeficácia, especialmente nas categorias de tempo de atuação no Pronto Socorro, com médias variando de 123,67 (6 a <10 anos) a 148,90 (10 anos ou mais). Também foram identificadas diferenças significativas na pontuação média da escala de empatia, com variações entre 78,81 (profissionais sem formação específica em comunicação) e 89,78 (profissionais que receberam formação em comunicação durante a graduação).

A diversidade da amostra proporcionou uma visão abrangente das percepções de autoeficácia e empatia entre os profissionais de saúde. As características sociodemográficas, a experiência profissional e as especialidades influenciam significativamente as percepções e práticas profissionais, oferecendo *insights* valiosos para o aprimoramento de programas de treinamento e políticas de saúde que promovam uma comunicação eficaz e empática no atendimento ao paciente (Tabela 2).

Tabela 1 - Características descritivas dos profissionais (n=45), média e desvio-padrão da pontuação obtida na escala de autoeficácia e na escala de empatia

(Continua...)

Características Descritivas	Total		Autoeficácia*	Empatia*
	n	%	média (DP)	média (DP)
Sexo				
Feminino	33	73,33	140,48 (17,26)	83,36 (9,66)
Masculino	12	26,67	146,75 (11,89)	81,58 (7,39)
Escolaridade				
Curso Técnico	16	35,56	139,75 (21,55)	83,12 (8,63)
Graduação	6	13,33	150,00 (10,92)	84,17 (6,59)
Pós-Graduação	23	51,11	141,78 (12,46)	82,39 (10,15)
Profissão				
Assistente Social	1	2,22	148,00	82,00
Enfermeira(o)	6	13,33	140,17 (16,89)	84,50 (18,03)
Enfermeira(o) Analista	2	4,44	135,50 (13,44)	85,00 (4,24)
Médica(o)	20	44,44	145,05 (11,38)	82,05 (6,55)
Técnica(o) de Enfermagem	16	35,56	139,75 (21,55)	83,12 (8,63)

Nota: Abreviações: DP – desvio-padrão; PS - pronto socorro; UDC - unidade de decisão clínica; NDA - o profissional não teve formação específica para técnicas de comunicação. Nota: *nas categorias com apenas um profissional não é possível estimar o DP.

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 - Características descritivas dos profissionais (n=45), média e desvio-padrão da pontuação obtida na escala de autoeficácia e na escala de empatia

(Conclusão)

Características Descritivas	Total		Autoeficácia*	Empatia*
	n	%	média (DP)	média (DP)
Setor				
Coleta	1	2,22	100,00	64,00
Consultório	13	28,89	144,54	81,08
Coordenação Geral de Enfermagem do OS	1	2,22	132,00	85,00
Coordenação Geral de Medicina do OS	1	2,22	165,00	79,00
Material	1	2,22	111,00	70,00
Medicação	7	15,56	141,29 (22,35)	85,86 (6,87)
Ortopedia	2	4,44	149 (22,63)	88,5 (0,71)
Pronto Socorro	2	4,44	135,5 (13,44)	85 (4,24)
Recepção da Triagem	1	2,22	163,00	92,00
Sala de Emergência	4	8,89	135,00 (7,30)	88,00 (16,85)
Sala de Sutura	1	2,22	149,00	95,00
Triagem	2	4,44	133,50 (23,33)	69,50 (16,26)
UDC	9	20,00	148,11 (9,47)	83,56 (6,93)
Formação sobre técnicas de comunicação				
Capacitação no Serviço de Saúde	3	6,67	138,33 (11,02)	85,33 (5,51)
Curso Técnico	6	13,33	144,83 (24,05)	87,33 (5,13)
Graduação	9	20,00	143,33 (14,04)	89,78 (10,74)
Pós-Graduação	6	13,33	148,00 (10,24)	81,17 (5,23)
NDA	21	46,67	139,76 (17,00)	78,81 (8,47)
Tempo desde a formação				
<1 ano	5	11,11	149,20 (12,26)	87,00 (4,90)
1 a <2 anos	6	13,33	147,00 (17,12)	85,17 (5,91)
2 a <6 anos	8	17,78	132,38 (19,12)	79,38 (10,73)
6 a <10 anos	7	15,56	142,00 (12,18)	85,29 (4,96)
10 ou mais anos	19	42,22	142,95 (16,25)	81,68 (10,83)
Tempo na instituição				
<1 ano	8	17,78	147,88 (12,71)	85,00 (4,81)
1 a <2 anos	4	8,89	139,25 (13,57)	85,00 (6,78)
2 a <6 anos	17	37,78	142,82 (17,70)	84,41 (8,75)
6 a <10 anos	8	17,78	133,50 (20,43)	74,88 (5,57)
10 ou mais anos	8	17,78	145,12 (10,99)	84,50 (13,35)
Tempo de atuação em Pronto Socorro				
<1 ano	7	15,56	147,00 (13,47)	84,29 (4,72)
1 a <2 anos	4	8,89	141,25 (15,65)	87,25 (5,32)
2 a <6 anos	18	40,00	142,89 (17,18)	83,94 (8,69)
6 a <10 anos	6	13,33	123,67 (15,02)	75,33 (7,58)
10 ou mais anos	10	22,22	148,90 (9,35)	82,80 (12,36)

Nota: Abreviações: DP – desvio-padrão; PS - pronto socorro; UDC - unidade de decisão clínica; NDA - o profissional não teve formação específica para técnicas de comunicação. Nota: *nas categorias com apenas um profissional não é possível estimar o DP.

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Etapa quantitativa questionário escala de autoeficácia na comunicação

O Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12) foi composto por 17 itens que avaliam a autoeficácia dos profissionais de saúde em suas habilidades de comunicação, especialmente em contextos centrados no paciente. Cada item do questionário começou com a expressão "O quanto você é capaz de..." seguida de uma habilidade específica de comunicação. As respostas foram dadas em uma escala *Likert* 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 avaliado. O quadro 1 abaixo apresenta os itens avaliados.

Quadro 1 - Itens do questionário de autoeficácia na comunicação

Número	Item do Questionário
1	O quanto você é capaz de identificar as demandas e queixas que o paciente deseja tratar durante o atendimento?
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)?
3	O quanto você é capaz de estimular o paciente a falar sobre suas demandas e queixas?
4	O quanto você é capaz de ouvir o paciente com atenção e sem interromper ou desviar o foco?
5	O quanto você é capaz de incentivar o paciente a expressar seus sentimentos e pensamentos?
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)?
7	O quanto você é capaz de demonstrar ao paciente comportamentos não verbais apropriados (contato visual, expressão facial, posicionamento, postura, tom de voz)?
8	O quanto você é capaz de demonstrar empatia (reconhecer perspectivas, pontos de vista e sentimentos do paciente)?
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?
10	O quanto você é capaz de verificar a compreensão do paciente sobre as informações fornecidas?
11	O quanto você é capaz de montar um plano de cuidados baseado nas decisões discutidas entre você e o paciente?
12	O quanto você é capaz de encerrar o atendimento garantindo que as demandas e queixas do paciente foram respondidas?
13	O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares emotivos?
14	O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares irritados?
15	O quanto você é capaz de dar notícias difíceis para pacientes/familiares?
16	O quanto você é capaz de controlar bem seu tempo de atendimento/conversa com pacientes/familiares?
17	O quanto você é capaz de envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado que estão sendo tomadas?

Fonte: Elaborado pela autora

A pontuação total de 6.397 na escala de autoeficácia, com uma média de 142,16 (Tabela 3), reflete uma percepção positiva das habilidades de comunicação entre os profissionais de saúde.

Tabela 3 - Pontuação por item e média na escala de autoeficácia (n=45)

Item	Score Total	média (desvio-padrão)
1	402	8,93 (0,96)
2	371	8,83 (1,31)
3	401	8,91 (1,06)
4	398	8,84 (1,13)
5	387	8,60 (1,12)
6	371	8,83 (1,03)
7	380	8,44 (1,37)
8	407	9,04 (0,95)
9	374	8,31 (1,22)
10	383	8,51 (0,94)
11	371	8,63 (1,20)
12	382	8,88 (0,96)
13	371	8,24 (1,38)
14	356	7,91 (1,66)
15	320	8,00 (1,93)
16	349	8,31 (1,37)
17	374	8,70 (1,10)
Todos os itens	6397	142,16 (16,12)

Fonte: Elaborado pela autora.

O Item 8, que avalia a "capacidade de demonstrar empatia e reconhecer as perspectivas dos pacientes", destacou-se com a maior pontuação total (407) e média (9,04), demonstrando a importância atribuída à empatia nas práticas diárias dos profissionais.

Conforme Hojat et al. (2016), a empatia estabelece confiança e melhora os resultados dos tratamentos. Contudo, sobrecarga de trabalho e exaustão emocional podem levar a um declínio na empatia, comprometendo a qualidade do atendimento. Os autores alertam sobre a necessidade de estratégias para preservar e fortalecer a empatia dos profissionais de saúde, dado que a alta pontuação obtida sugere sua valorização, embora o risco de declínio devido ao esgotamento seja real. Assim, treinamentos regulares e programas de suporte emocional são essenciais para manter essas habilidades.

Por outro lado, o Item 15, que avalia a capacidade de "dar notícias difíceis para pacientes/familiares", obteve a menor pontuação total (320) e média de 8,00, sugerindo fragilidade na formação dos profissionais nesta área crítica. Gesser, Santos

e Gambetta (2021) apontam que a comunicação de más notícias se torna uma tarefa complexa que requer sensibilidade e técnicas específicas para minimizar o impacto emocional. A combinação de um ambiente estressante com a falta de orientação adequada torna essa prática ainda mais desafiadora. Sublinham ainda que a comunicação em áreas críticas envolve uma interação emocionalmente carregada que exige habilidades interpessoais avançadas. Embora existam protocolos como o SPIKES, a eficácia da comunicação depende da capacidade do profissional de se adaptar às necessidades emocionais dos pacientes e familiares.

A distribuição de frequências (Tabela 4) também oferece percepções. A resposta "muito frequentemente capaz" foi a mais comum para itens como o 3, que avalia a capacidade de "estimular o paciente a falar sobre suas demandas e queixas" e, o Item 8, relacionado à demonstração de empatia. Isso sugere que, em geral, os profissionais se sentem confiantes na habilidade de se comunicar de maneira a encorajar a participação ativa dos pacientes no seu próprio cuidado.

Estudo realizado nos Estados Unidos (ASAN; YU; CROTTY, 2021) explorou a associação entre a comunicação centrada no paciente e a confiança dos pacientes nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde. A análise revelou que uma comunicação eficaz resulta em maior confiança dos pacientes, em um cenário de saúde em constante mudança. Contudo, essa confiança pode variar em situações mais complexas ou emocionalmente carregadas, impactando negativamente a qualidade do cuidado e a adesão dos pacientes às orientações.

No Item 4, "ouvir o paciente com atenção e sem interromper ou desviar o foco", 37,8% dos profissionais se consideram "totalmente capazes", evidenciando a percepção da escuta ativa como um elemento essencial na prática clínica. Malta e Carmo (2020) apontam que a habilidade de escutar ativamente está diretamente ligada à adesão dos pacientes às recomendações, à qualidade das informações coletadas e à honestidade na comunicação. Oliveira et al. (2018) reforçam que a escuta ativa permite aos profissionais identificar as necessidades emocionais dos pacientes, possibilitando um manejo mais assertivo das situações de crise e a construção de um vínculo de confiança. Incorporar essa prática na formação dos profissionais tem mostrado resultados positivos, com profissionais desenvolvendo uma postura mais sensível e empática, essencial para a eficácia no cuidado em saúde.

Tabela 4 - Distribuição de frequência de resposta por item na escala de autoeficácia (n=45)

Item	Resposta ao Item frequência absoluta (%)										Não se aplica / dado ausente
	totalmente incapaz	muito frequentemente incapaz	frequentemente incapaz	eventualmente incapaz	raramente incapaz	raramente capaz	eventualmente capaz	frequentemente capaz	muito frequentemente capaz	totalmente capaz	
1	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	2 (4,4)	10 (22,2)	18 (40,0)	14 (31,1)	-
2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	2 (4,4)	3 (6,7)	3 (6,7)	20 (44,4)	13 (28,9)	3 (6,7)
3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	9 (20,0)	22 (48,9)	12 (26,7)	-
4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	5 (11,1)	11 (24,4)	11 (24,4)	17 (37,8)	-
5	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	4 (8,9)	18 (40,0)	10 (22,2)	12 (26,7)	-
6	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	4 (8,9)	8 (17,8)	17 (37,8)	12 (26,7)	3 (6,7)
7	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	6 (13,3)	12 (26,7)	16 (35,6)	9 (20,0)	-
8	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	3 (6,7)	4 (8,9)	22 (48,9)	15 (33,3)	-
9	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)	7 (15,6)	13 (28,9)	18 (40,0)	5 (11,1)	-
10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,4)	2 (4,4)	18 (40,0)	17 (37,8)	6 (13,3)	-
11	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	7 (15,6)	10 (22,2)	13 (28,9)	13 (28,9)	2 (4,4)
12	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,2)	13 (28,9)	15 (33,3)	13 (28,9)	2 (4,4)
13	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	4 (8,9)	10 (22,2)	8 (17,8)	12 (26,7)	10 (22,2)	-
14	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,4)	2 (4,4)	4 (8,9)	11 (24,4)	5 (11,1)	13 (28,9)	8 (17,8)	-
15	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (2,2)	4 (8,9)	4 (8,9)	10 (22,2)	11 (24,4)	8 (17,8)	5 (11,1)
16	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,7)	0 (0,0)	6 (13,3)	15 (33,3)	8 (17,8)	10 (22,2)	3 (6,7)
17	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	2 (4,4)	18 (40,0)	9 (20,0)	13 (28,9)	2 (4,4)

Nota: As proporções somam 100% na linha.

Fonte: Dados da pesquisa

As respostas mais frequentes a cada item da escala de autoeficácia revelam uma autopercepção positiva das habilidades de comunicação entre os profissionais de saúde. Itens como 1, 4, 6, 8 e 10 tiveram 100% das respostas concentradas nas categorias de "raramente capaz" até "totalmente capaz", indicando que os participantes se consideram, no mínimo, raramente capazes nas habilidades avaliadas. Uma proporção de 98% das respostas para os Itens 13, 5, 3, 17, 11 e 2 também se distribuiu nas mesmas categorias, refletindo uma percepção de eficácia, mesmo em habilidades consideradas mais desafiadoras.

Os Itens 9, 7, 16, 15 e 14, que receberam proporções mais baixas de eficácia percebida, indicando áreas críticas nas quais a comunicação e a gestão do tempo são essenciais, tais como o controle do tempo de atendimento e a comunicação de notícias difíceis. Varkey (2021) enfatiza que a comunicação adequada se torna crucial para a prática médica ética, e essencial para respeitar os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência. Em contextos de atendimento ao paciente, onde há conflitos entre esses princípios, um modelo integrado de cuidado que entrelace ética e comunicação se torna vital para garantir um cuidado holístico e eficaz.

Em suma, enquanto a alta pontuação em itens relacionados à empatia foi um sinal positivo, a menor pontuação em itens que envolvem a comunicação de notícias difíceis e a escuta ativa sugerem áreas que necessitam de melhoria. Çakmak e Uğurluoğlu (2024) destacam que a autoeficácia em comunicação como essencial para a prática clínica e que profissionais que se percebem competentes tendem a exibir melhores resultados na interação com os pacientes. Contudo, áreas, como a gestão de conversas difíceis podem se beneficiar de treinamentos direcionados. Instituições de ensino e serviços de saúde devem considerar o suporte contínuo e a implementação de programas de educação permanente que fortaleçam essas competências, promovendo uma prática clínica mais empática e eficaz.

Além disso, a comunicação entre pacientes adultos com câncer e seus prestadores de cuidados de saúde desempenha um papel fundamental na experiência geral de cuidados, influenciando o engajamento dos pacientes, a satisfação com o tratamento e as percepções sobre a qualidade dos cuidados recebidos. Çakmak e Uğurluoğlu (2024) revelaram, em estudo com 312 pacientes com câncer, que a comunicação centrada no paciente melhora os resultados clínicos e a satisfação do paciente. Medir com precisão a comunicação e entender seu impacto nos resultados

de saúde se faz necessário para aprimorar a qualidade do atendimento e incorporar uma perspectiva centrada no paciente como parte integrante dos sistemas de saúde. Os resultados destacaram a valorização da empatia e da escuta ativa nas práticas dos profissionais, mas revelam fragilidades em habilidades como comunicação de notícias difíceis e gerenciamento do tempo. Estudos como os de Gesser, Santos e Gambetta (2021) e Çakmak e Uğurluoğlu (2024) reforçam a necessidade de treinamentos direcionados para aprimorar essas competências, especialmente em contextos críticos como o pronto-socorro.

4.3 Etapa quantitativa questionário escala de empatia

A empatia, um componente essencial na prática de saúde, foi definida como a capacidade de compreender e compartilhar as emoções e perspectivas dos outros, o que contribui significativamente para a qualidade do cuidado centrado no paciente (HOJAT et al., 2001). Esse conceito foi explicado aos entrevistados de forma clara e objetiva, enfatizando que a empatia vai além do simples reconhecimento das emoções do paciente. Ela envolve uma resposta compassiva que promove ações terapêuticas e suporte emocional funcional, criando um vínculo de confiança e colaboração entre o profissional de saúde e o paciente. A abordagem empática melhora a satisfação, a adesão ao tratamento por parte do paciente e contribui para resultados clínicos mais positivos e um ambiente de cuidado mais humano e eficaz.

Hojat et al. (2001) apontam que a empatia no contexto clínico se apresenta como uma competência cognitiva que implica entender as experiências do paciente e comunicar essa compreensão de forma eficaz. Essa definição foi usada para orientar os profissionais que responderam ao questionário, para que eles tenham uma visão consistente do conceito antes de avaliar suas percepções e práticas de empatia em suas interações.

A Escala Jefferson de Empatia, validada para o contexto brasileiro por Castro (2019). Originalmente desenvolvida por Hojat et al. (2001), esta escala mede as qualidades e tendências empáticas entre estudantes e profissionais de saúde, composta por 20 itens utiliza uma pontuação *Likert* de sete pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O quadro 2 apresenta os itens:

Quadro 2 - Itens da Escala de Empatia (*Jefferson Medical College*)

Número	Item da Escala de Empatia
1	Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico.
2	Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.
3	Para mim, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
4	Na relação profissional de saúde-paciente, considero que a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes é tão importante quanto a comunicação verbal.
5	Eu tenho um bom senso de humor, que considero capaz de contribuir para um melhor resultado clínico.
6	Como as pessoas são diferentes, é difícil perceber as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
7	Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.
8	A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.
9	Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando estou cuidando deles.
10	Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica.
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.
12	Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.
13	Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a seus sinais não verbais e sua linguagem corporal.
14	Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças.
15	A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16	Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias.
17	Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado.
18	Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares.
19	Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte.
20	Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise quantitativa da escala revelou uma pontuação total de 3.730, com uma média geral de 82,89, refletindo uma valorização significativa da empatia entre os profissionais de saúde. A tabela 5 apresenta as pontuações totais e médias por item.

Tabela 5 - Pontuação por item e média de pontuação na escala de empatia (n=45)

Item	Score Total	média (desvio-padrão)
1	112	2,49 (2,29)
2	300	6,67 (0,74)
3	97	2,20 (1,52)
4	284	6,31 (1,00)
5	274	6,23 (1,14)
6	155	3,44 (2,01)
7	87	1,93 (1,42)
8	81	1,80 (1,41)
9	267	6,68 (0,89)
10	242	5,38 (1,66)
11	82	1,82 (1,54)
12	85	1,93 (1,42)
13	247	5,49 (1,84)
14	62	1,38 (0,86)
15	247	5,49 (2,16)
16	291	6,47 (0,81)
17	268	5,96 (1,17)
18	178	3,96 (1,71)
19	64	1,42 (0,97)
20	307	6,82 (0,49)
Todos os itens	3730	82,89 (9,07)

Fonte: Elabora pela autora.

Em particular, o Item 20, que avalia a crença de que "a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente", obteve a maior pontuação, com um score de 307 e uma média de 6,82. Este achado está fortemente alinhado com a literatura existente, que destaca a empatia como um componente essencial para o sucesso terapêutico e a satisfação dos pacientes.

Estudos de Souza, Hokama e Hokama (2020), destacam que a empatia desempenha um papel vital na relação entre profissionais de saúde e pacientes. A valorização da empatia pelos profissionais corrobora a ideia de que a empatia não é apenas uma qualidade desejável, mas uma competência essencial para uma prática clínica eficaz.

Por outro lado, o Item 14, que avalia a afirmação "Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças", obteve a menor pontuação total, com um score de 62 e uma média de 1,38. A baixa pontuação reflete uma discordância entre os profissionais de saúde em relação à ideia de que as emoções são irrelevantes no tratamento. O estudo de Rey (2013) reforça essa perspectiva, argumentando que os

processos emocionais são fundamentais para a eficácia do tratamento, uma vez que influenciam as decisões e comportamentos dos pacientes. Da mesma forma, Damásio (2013) destaca que as emoções são mecanismos biológicos fundamentais, sugerindo que sua integração no cuidado é importante para o sucesso terapêutico.

Os itens com maiores respostas entre "discordo parcialmente" e "discordo fortemente" foram o Item 19 "O tempo que gasto tentando entender os sentimentos do meu paciente poderia ser melhor utilizado em discutir o tratamento", com 93,4% de respostas e, o Item 14 "Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças", com 95,5% de respostas. Esses resultados indicam rejeição por parte dos profissionais de saúde das crenças que minimizam a importância da empatia e das emoções no processo terapêutico.

A tabela 6 revela uma diversidade nas percepções dos profissionais de saúde sobre a empatia, particularmente em contextos de alta demanda emocional. Itens como o Item 6 ("Como as pessoas são diferentes, é difícil perceber as coisas do ponto de vista dos meus pacientes") e o Item 8 ("A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento") sugerem variações nas respostas que podem estar relacionadas ao ambiente de trabalho. A empatia foi comumente citada como a capacidade de se colocar no lugar do outro, sendo impactado pelas emoções de outros indivíduos. Assim, o indivíduo percebe o sofrimento do outro e, sendo impactado pelas emoções que observa, não faz distinção entre o eu e o outro, vivenciando-as como se fossem suas. O estresse gerado pela experiência de empatia, associado à dificuldade do profissional de saúde em elaborar tais vivências em sua rotina e intensas no impacto, pode acarretar mecanismos de defesa psíquica de autopreservação (AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS, 2016).

A Tabela 6 apresenta a distribuição de frequências das respostas por item, evidenciando percepções variadas sobre empatia, especialmente em itens relacionados ao impacto das emoções e à gestão de relações interpessoais no cuidado clínico.

Tabela 6 - Distribuição de frequência de resposta por item na escala de empatia (n=45)

Item	Resposta ao Item frequência absoluta (%)							
	discordo fortemente	discordo	discordo parcialmente	neutro	concordo parcialmente	concordo	concordo plenamente	dado ausente
1	30 (66,7)	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	3 (6,7)	5 (11,1)	4 (8,9)	-
2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	4 (8,9)	4 (8,9)	36 (80,0)	-
3	20 (44,4)	10 (22,2)	7 (15,6)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	0 (0,0)	1 (2,2)	-
4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	3 (6,7)	2 (4,4%)	14 (31,1)	25 (55,6)	-
5	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,4%)	3 (6,7)	3 (6,7)	11(24,4)	25 (55,6)	1 (2,2)
6	10 (22,2)	9 (20,0)	4 (8,9)	7 (15,6)	8 (17,8)	2 (4,4%)	5 (11,1)	-
7	24 (53,3)	12 (26,7)	3 (6,7)	3 (6,7)	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	-
8	29 (64,4)	6 (13,3)	6 (13,3)	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	-
9	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	6 (13,3)	32 (71,1)	5 (11,1)
10	0 (0,0)	3 (6,7)	5 (11,1)	6 (13,3)	5 (11,1)	10 (22,2)	16 (35,6)	-
11	29 (64,4)	9 (20,0)	2 (4,4%)	0 (0,0)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	1 (2,2)	-
12	24 (53,3)	11(24,4)	2 (4,4%)	0 (0,0)	5 (11,1)	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)
13	3 (6,7)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	4 (8,9)	3 (6,7)	14 (31,1)	17 (37,8)	-
14	35 (77,8)	6 (13,3)	2 (4,4%)	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
15	4 (8,9)	4 (8,9)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	6 (13,3)	25 (55,6)	-
16	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	3 (6,7)	14 (31,1)	27 (60,0)	-
17	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,2)	2 (4,4%)	9 (20,0)	14 (31,1)	18 (40,0)	-
18	7 (15,6)	1 (2,2)	9 (20,0)	8 (17,8)	11(24,4)	8 (17,8)	1 (2,2)	-
19	36 (80,0)	3 (6,7)	3 (6,7)	2 (4,4%)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
20	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,4%)	4 (8,9)	39 (86,7)	-

Nota: As proporções somam 100% na linha.

Fonte: Dados da pesquisa

Neste caso, o profissional que testemunha o sofrimento do outro não possui recursos amplos para se engajar em um comportamento de ajuda, deixando de focar no sofrimento do outro para focar no seu próprio sofrimento. Comportamentos de autoproteção, tristeza e/ou evitamento de contato social são exemplos de resposta ao estresse empático (LAGO, 2013). Em pesquisa sobre a compaixão e os profissionais de saúde, Lago (2013) refere que estudos indicam que indivíduos que relatam habilidades de regular suas emoções, em situações em que são expostos ao sofrimento alheio, estão mais propensos a sentir compaixão ao invés de estresse. Do mesmo modo, outros estudos indicam que quanto maior o sentimento de autoeficácia no que tange à capacidade de ajudar pessoas em sofrimento, maior a possibilidade de que o indivíduo sinta compaixão (BANDURA, 1997; NEFF, 2003).

Mesmo em ambientes de alta demanda, a empatia continua sendo essencial. Estudos como o de Wang et al. (2018) sublinham que a manutenção da empatia em contextos críticos se mostra fundamental para a qualidade do atendimento. Por outro lado, em ambientes de menor intensidade emocional, como clínicas ambulatoriais, a empatia pode ser expressa de maneira mais evidente, com profissionais de saúde tendo mais tempo e espaço para estabelecer conexões emocionais profundas com os pacientes, facilitando a construção de relações terapêuticas mais sólidas (MERCER et al., 2016).

As respostas mais frequentes a cada item da Escala de Empatia destacaram a valorização da empatia pelos profissionais de saúde. Um dos principais destaques dessa análise foi o Item 20, que afirma "Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente". Esse item obteve 100% de respostas entre "Concordo parcialmente" e "Concordo plenamente", evidenciando a importância que os profissionais de saúde atribuem à empatia no contexto clínico.

Essa valorização da empatia pelos profissionais de saúde está fortemente alinhada com o modelo de Cuidado Centrado no Paciente (CCP), que enfatiza a necessidade de proporcionar um cuidado que respeite e responda às preferências, necessidades e valores dos pacientes, assegurando que essas diretrizes norteiem todas as decisões clínicas (ALBUQUERQUE, 2020). A empatia, nesse contexto, emerge como uma ferramenta indispensável para a prática clínica, pois permite que os profissionais compreendam melhor as necessidades dos pacientes, facilitando a construção de um plano de cuidado mais personalizado e eficaz.

A relevância da empatia na prática clínica tem sido amplamente documentada. A *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (2016) conduziu um estudo demonstrando que 65% da satisfação do paciente pode ser atribuída à empatia demonstrada pelo médico. Esse dado revela o papel crucial da empatia na experiência do paciente e nos resultados clínicos, sugerindo que a capacidade de "entrar brevemente, mas completamente, no mundo do paciente" se apresenta como essencial para o sucesso terapêutico e para a construção de uma relação de confiança entre médico e paciente.

Outros estudos adicionais apoiam a importância da empatia. The Arnold P. Gold Foundation (2013) relatou que a empatia médica está associada a melhorias significativas nos resultados para pacientes com condições crônicas, como câncer e diabetes e para aqueles em tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Esses achados indicam que a empatia não só melhora os resultados clínicos, mas também desempenha um papel central na qualidade do cuidado, reforçando a necessidade de empatia como um componente da prática clínica eficaz. Por outro lado, os itens que apresentaram maiores proporções de respostas neutras, como o Item 10 (13%) "Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica", Item 18 (18%) "Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares" e Item 6 (16%) "Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias", indicam uma variação nas percepções dos profissionais de saúde sobre o impacto da empatia e dos laços pessoais no cuidado terapêutico.

Essa neutralidade pode ser reflexo de uma série de fatores, incluindo o estresse ocupacional ou a Síndrome de *Burnout* (SB), como discutido por Perniciotti et al. (2020). O ambiente hospitalar, especialmente em ambiente de tensão, pode exacerbar esses fatores, levando os profissionais a adotar uma postura mais cautelosa ou neutra em relação ao envolvimento emocional com os pacientes e suas famílias. Esses desafios destacam a necessidade de estratégias para lidar com o estresse e a exaustão emocional, de forma a preservar a capacidade dos profissionais de exercerem a empatia de maneira saudável e eficaz. Esses achados, combinados com a análise das respostas ao Item 20, reforçam a conclusão de que se tem na empatia uma competência central na prática clínica, mas que sua aplicação pode ser modulada por vários fatores contextuais e individuais, exigindo uma abordagem cuidadosa na

formação e no apoio aos profissionais de saúde para garantir que ela seja efetivamente incorporada à prática diária.

Estudos de Batista e Lessa (2019) com estudantes de medicina no Nordeste do Brasil, mostram que a formação inadequada pode comprometer o desenvolvimento dessas habilidades, sugerindo a necessidade de reformulação dos currículos de saúde para incorporar metodologias que promovam a empatia como competência essencial. Isso aponta para a necessidade de estratégias de formação e suporte emocional que ajudem os profissionais a sustentar a empatia em diferentes contextos de trabalho, conforme discutido por (SOUZA; BAHIA; VITORINO, 2020; CID et al, 2016).

A análise das respostas ao Item 1 “Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento” (66,7%) e ao Item 14 “Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças” (77,8%) revela rejeição das crenças que minimizam a importância das emoções no tratamento. Souza, Bahia e Vitorino. (2020) destacam que a empatia se apresenta como uma ferramenta fundamental para a humanização na saúde, argumentando que sua falta pode comprometer a resolução de problemas e a satisfação dos usuários dos serviços de saúde. A empatia, nesse contexto, não é apenas uma qualidade desejável, mas um componente indispensável para a eficácia, eficiência e satisfação na produção de saúde.

A análise revela que os profissionais reconhecem a empatia como essencial para a qualidade do cuidado, mas apontam desafios em itens que envolvem emoções complexas e gestão de conflitos. Estudos como os de Souza, Bahia e Vitorino et al. (2020) e Lago (2013) destacam a importância de estratégias de suporte emocional e treinamento para fortalecer a empatia e minimizar o impacto do estresse ocupacional. Essas iniciativas são fundamentais para garantir que a empatia permaneça uma prática sustentável, especialmente em ambientes de alta demanda emocional como o pronto-socorro.

4.4 Correlação entre os itens de autoeficácia na comunicação e da escala de empatia

A análise da correlação entre os itens dos questionários de autoeficácia na comunicação e da Escala Jefferson de Empatia revelou percepções sobre como essas duas dimensões se inter-relacionam no contexto do atendimento à saúde. A

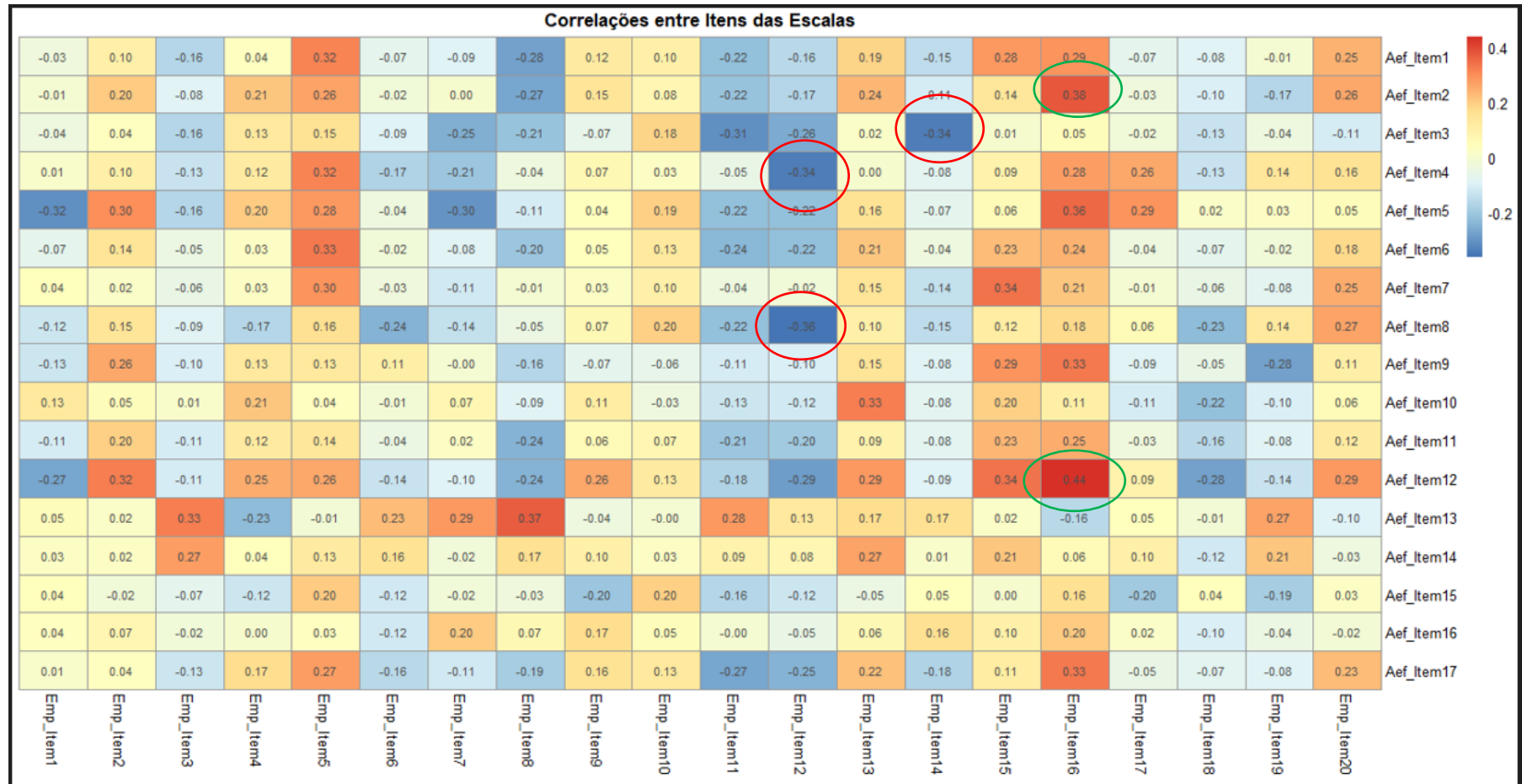
correlação positiva mais forte, de +0,44, foi observada entre o Item 12 da escala de autoeficácia ("O quanto você é capaz de encerrar o atendimento garantindo que as demandas e queixas do paciente foram respondidas") e o Item 16 da escala de empatia ("Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias"). Esse achado foi consistente com a literatura que sugere que a eficácia na comunicação está associada à empatia na prática clínica (UEHARA; NORMAN; MORGADO, 2024).

Profissionais que se consideram eficazes em atender plenamente às necessidades dos pacientes durante o atendimento também tendem a valorizar a compreensão do seu estado emocional e de suas famílias. Isso foi corroborado por estudos que indicam uma comunicação eficaz, especialmente no encerramento de consultas, pode fortalecer a relação terapêutica e melhorar os resultados clínicos (LEITE; YOSHII; LANGARO, 2018).

Outra correlação positiva, de +0,38, foi identificada entre o Item 2 da escala de autoeficácia ("O quanto você é capaz de montar um planejamento para a conversa com o paciente?") e o Item 16 da escala de empatia ("Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias"). Esse resultado indicou que a capacidade dos profissionais de planejar suas conversas, incluindo o agendamento e a preparação do ambiente, está associada a maior valorização do estado emocional dos pacientes e famílias. O planejamento estruturado das consultas são fundamentais para promover um cuidado empático e centrado no paciente (NEUMANN et al., 2019).

Essas correlações positivas mostram a importância de integrar o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia na formação contínua dos profissionais (Figura 1).

Figura 1 - Correlação entre os itens das duas escalas



Fonte: Dados da pesquisa

Pesquisas mostram que programas de educação permanente e continuada, abordando essas habilidades de forma integrada resultam em melhorias na satisfação dos pacientes e nos desfechos clínicos (PATEL et al., 2019). Fortalecer essas competências permite aos profissionais de saúde oferecer atendimento mais completo e humanizado, que responde às necessidades emocionais dos pacientes e garante uma comunicação clara e eficaz em todas as etapas do cuidado.

Por outro lado (Figura 1), a análise das correlações negativas entre os itens dos questionários revelou como a eficácia na comunicação pode influenciar a percepção da relevância das questões emocionais e pessoais no atendimento ao paciente. A correlação negativa mais forte, de -0,36, foi observada entre o Item 8 da escala de autoeficácia ("O quanto você é capaz de demonstrar empatia, reconhecer perspectivas, pontos de vista e sentimentos do paciente") e o Item 12 da escala de empatia ("Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas"). Essa correlação sugere que à medida que os profissionais se sentem mais capazes de demonstrar empatia e reconhecer as perspectivas dos pacientes, menos eles acreditam que as perguntas sobre a vida pessoal dos pacientes são irrelevantes para compreender suas queixas físicas. Isso reforça a importância de considerar o contexto pessoal dos pacientes como parte integral de um atendimento eficaz (KELM et al., 2014; RAZI; FOUZIA; RAZZAQUE, 2023)

Outra correlação negativa, de -0,34, foi observada entre o Item 3 da escala de autoeficácia ("O quanto você é capaz de estimular o paciente a falar sobre suas demandas e queixas?") e o Item 14 da escala de empatia ("Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças"). Esse achado sugere que profissionais eficazes em estimular a expressão das demandas dos pacientes tendem a valorizar a dimensão emocional no tratamento, reconhecendo o papel significativo das emoções na saúde e bem-estar dos pacientes (LICCIARDONE et al., 2024)

Uma terceira correlação negativa de -0,34 foi identificada entre o Item 4 da escala de autoeficácia ("O quanto você é capaz de ouvir o paciente com atenção e sem interromper ou desviar o foco?") e o Item 12 da escala de empatia ("Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas"). Isso indica que profissionais que são eficazes em ouvir atentamente e sem interrupções tendem a valorizar as perguntas sobre a vida pessoal dos pacientes para compreender melhor suas queixas. Essa correlação sublinha a importância de uma

escuta atenta e da inclusão do contexto pessoal dos pacientes no processo diagnóstico, reforçando a necessidade de uma abordagem que combine comunicação eficaz e sensibilidade emocional (HARIBHAI-THOMPSON et al., 2022)

Essas correlações negativas ressaltam a interdependência entre a eficácia na comunicação e a empatia dos profissionais de saúde. Profissionais que demonstram alta capacidade de empatia e comunicação tendem a valorizar a relevância das emoções e do contexto pessoal dos pacientes no processo de tratamento. Esses achados sugerem que a formação e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia devem ser abordados de forma integrada nos programas de educação e treinamento, pois são competências complementares e essenciais para oferecer um atendimento de alta qualidade e centrado no paciente (ROCHA et al 2019; LICCIARDONE et al., 2024).

A análise das correlações, tanto positivas quanto negativas, entre a autoeficácia na comunicação e a empatia revelaram a necessidade de uma abordagem integrada no desenvolvimento dessas competências. Ao combinar uma comunicação eficaz com uma compreensão empática do paciente, os profissionais de saúde podem melhorar os resultados clínicos e promover uma relação mais sólida e confiável com os pacientes, assegurando um atendimento de alta qualidade e verdadeiramente centrado no paciente (BATISTA; LESSA 2019).

Os resultados quantitativos evidenciam que os profissionais de saúde reconhecem a importância de habilidades comunicativas e empáticas no cuidado centrado no paciente. No entanto, lacunas permanecem em áreas específicas, como a comunicação de notícias difíceis, reforçando a necessidade de treinamentos direcionados. As correlações entre autoeficácia e empatia destacaram que essas dimensões são complementares e devem ser desenvolvidas em conjunto para alcançar uma prática clínica mais eficaz e humanizada.

4.5 Etapa qualitativa

Nesta etapa, procede-se à apresentação dos resultados e à discussão dos dados qualitativos coletados nas entrevistas com os profissionais, no intuito de aprofundar o tema comunicação em saúde como ferramenta do cuidado centrado. Enquanto os dados quantitativos ofereceram uma visão panorâmica, a análise qualitativa aprofunda

a interpretação ao trazer a voz dos profissionais e destacar os desafios e estratégias enfrentados na prática.

Os dados qualitativos são resultantes das entrevistas e observações realizadas no PS, quando foram registradas notas de observação com impressões da pesquisadora: expressões faciais, o não dito, interferências, postura, gestos.

As observações auxiliaram na compreensão do ambiente do PS e como a comunicação ocorre no trabalho cotidiano da equipe e os fatores que a influenciam. A observação do cenário permitiu, gradualmente, a compreensão da organização do trabalho das equipes, a condução do cuidado centrado e a comunicação entre os profissionais, discussão de casos clínicos e condutas terapêuticas. Considerou-se a atuação das equipes, conforme o perfil dos pacientes, que interfere nas práticas de saúde.

Análise dos dados iniciou com a leitura cuidadosa do diário de campo e da transcrição das entrevistas. Em um primeiro momento, fez-se recortes das falas e grifos nas situações observadas que, potencialmente, responderiam aos objetivos do estudo. Para o armazenamento dos dados, o processo de codificação e a validação da codificação entre codificadores, utilizou-se o Software MAXQDA® versão 2024. Os dados obtidos da observação e conversas informais, registrados em diário de campo foram utilizados para aprofundar a reflexão e analisadas conforme os direcionamentos da AC.

O tratamento e interpretação dos resultados deram sequência, expressos qualitativamente, com a categorização dos dados.

Nesse item as seguintes categorias temáticas são descritas e analisadas: cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde; barreiras para uma comunicação eficaz; estratégias para uma comunicação eficaz; benefícios da comunicação eficaz.

4.5.1 Categoria temática “cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde”

As unidades de registro nesta categoria ressaltaram os princípios do cuidado centrado no paciente, destacando a importância da tomada de decisão compartilhada e da participação ativa do paciente no processo de cuidado. Esses dois elementos atuam promovendo tanto a segurança do paciente quanto uma maior adesão ao

tratamento, pois o paciente se sente mais consciente e informado sobre o seu próprio tratamento (SOARES et al., 2022).

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

Estudos de Esch et al. (2016), indicam que a tomada de decisão compartilhada promove uma personalização significativa do cuidado e fortalece a confiança entre paciente e equipe, um fator essencial para a segurança do tratamento. No contexto brasileiro, o envolvimento do paciente adquire ainda mais relevância em ambientes de urgência e emergência, onde essa participação pode atuar como uma barreira contra erros, compensando falhas de comunicação entre as equipes (GONÇALVES et al., 2016).

A transição de cuidado, especialmente durante a passagem de plantão ou a transferência entre setores do hospital, emerge como um momento crítico que exige uma comunicação eficaz entre equipe e paciente para assegurar a continuidade do cuidado sem falhas.

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

A literatura recomenda o uso de ferramentas padronizadas, como *checklists* e prontuários eletrônicos, para minimizar esses erros e assegurar que informações críticas sejam mantidas ao longo das transições de cuidado. No estudo de Meireles et al. (2021), o uso dessas ferramentas se mostrou eficaz na redução de falhas. Tais achados estão em consonância com os resultados do presente estudo, que sublinha a importância de ferramentas estruturadas para aprimorar a comunicação entre as equipes, ainda que desafios como a sobrecarga de trabalho e a ausência de protocolos padronizados continuem impactando a segurança do paciente.

A participação ativa do paciente nas transições de cuidado também exerce um papel preventivo relevante, permitindo que ele questione e contribua ao processo, atuando como uma camada adicional de segurança (SHEEHAN et al., 2021).

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)

Os resultados desta categoria reforçaram que a concepção do cuidado centrado no paciente, fundamentada na tomada de decisão compartilhada e na comunicação eficaz, faz-se essencial para promover a segurança e melhorar a adesão ao tratamento. A combinação de ferramentas estruturadas e a participação ativa do paciente nas transições de cuidado se mostra uma estratégia eficaz para minimizar erros. No entanto, para maximizar esses benefícios torna-se necessário enfrentar desafios específicos, como a sobrecarga de trabalho e a carência de treinamento contínuo em comunicação (SHEEHAN *et al.*, 2021).

4.5.2 Categoria temática “barreiras para uma comunicação eficaz”

As unidades de registro desta categoria evidenciaram barreiras para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde no ambiente hospitalar e na relação deles com os pacientes. Fatores como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e conflitos interprofissionais emergiram como barreiras interligadas, comprometendo a continuidade do cuidado e aumentando os riscos de eventos adversos. A sobrecarga de trabalho, associada à falta de tempo, frequentemente limita a troca adequada de informações entre os profissionais, impactando tanto a qualidade como a segurança do cuidado (COIFMAN *et al.*, 2021; TOBASE *et al.*, 2022; WITISKI, 2019).

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

Esse cenário favorece o adoecimento emocional, o que agrava as falhas de comunicação, pois profissionais exaustos tendem a cometer mais erros e a se comunicar de forma menos eficiente (GESSER; SANTOS; GAMBETTA, 2021).

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)

A dificuldade de expressar frustrações e dores pessoais no contexto profissional acaba silenciando os profissionais de enfermagem e dificultando a ressignificação de suas práticas. Isso pode transformar o ambiente de trabalho em um espaço nocivo, comprometendo a capacidade de reflexão dos profissionais sobre o autocuidado e o cuidado com os pacientes. Como resultado, a insatisfação tende a

aumentar a hostilidade entre colegas, pacientes e familiares, afetando a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a imagem da instituição (CORIOLANO-MARINUS, 2014; MORETTI; BATISTA, 2020; MALTA; CARMO, 2020).

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)

As barreiras de comunicação resultam em falhas que comprometem a continuidade do cuidado e a segurança do paciente (WITISKI, 2019). Exemplos de eventos adversos relacionados a essas barreiras destacaram a gravidade dessas falhas.

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)

Outro obstáculo foi a rigidez hierárquica, que restringe a comunicação aberta e colaborativa entre diferentes níveis profissionais.

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

A rigidez hierárquica limita a autonomia e desestimula sugestões que poderiam beneficiar o atendimento, gerando obstáculos para a segurança do paciente (VARKEY, 2021). Em muitos casos, ela intensifica os conflitos interprofissionais, dificultando uma colaboração harmoniosa, especialmente em situações críticas em que a comunicação rápida e eficiente é indispensável (Almeida *et al.*, 2021).

Esses exemplos reforçaram a necessidade de estratégias que promovam uma comunicação mais estruturada e inclusiva, visando mitigar o impacto dessas barreiras no cuidado ao paciente. Práticas que incentivem a descentralização das decisões e promovam um ambiente colaborativo, onde todos os profissionais possam expressar suas opiniões de maneira segura, são essenciais para superar esses desafios (ALMEIDA *et al.*, 2021). Lideranças horizontais, reuniões regulares e *feedback* são estratégias que fortalecem uma cultura de diálogo aberto e apoio mútuo, fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado (DELANTE *et al.*, 2024; SOARES *et al.*, 2022).

4.5.3 Categoria temática “estratégias de comunicação na perspectiva dos profissionais”

As unidades de registro desta categoria revelaram estratégias sugeridas pelos profissionais de saúde para promover a comunicação eficaz no ambiente hospitalar. Os participantes ressaltaram, principalmente, a necessidade de utilizar ferramentas estruturadas, como *checklists*, protocolos e prontuários eletrônicos, que asseguram que nenhuma informação essencial seja omitida durante o cuidado, garantindo a continuidade do cuidado.

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

A literatura aponta que, quando utilizada de forma eficaz, a tecnologia padroniza a troca de dados e melhora o rastreamento de informações, reduzindo erros e facilitando a comunicação, no entanto, na comunicação interpessoal se assegura a integração e compreensão dessas informações, fundamentais para um cuidado seguro (ALMEIDA et al., 2022; MOREIRA et al., 2019; GITTELL et al., 2020).

Reuniões de transição de plantão também são uma forma de eliminar as barreiras, de modo a organizar a troca de informações entre diferentes membros da equipe, garantindo alinhamento quanto ao estado e às necessidades do paciente, assegurando uma abordagem holística e focada nas necessidades específicas de cada paciente (MEIRELES et al., 2021).

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

Além disso, a escuta ativa e a comunicação empática são fundamentais para um cuidado colaborativo e centrado no paciente. A escuta ativa envolve atenção plena durante a comunicação com o paciente e entre os membros da equipe, fortalecendo a relação de confiança entre equipe e paciente (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 empática, aliada à escuta ativa, fortalece o vínculo entre profissionais e pacientes, promovendo um ambiente de cuidado mais sensível às

necessidades do paciente (BATISTA; LESSA, 2019; MALTA; CARMO, 2020). Essa abordagem resulta em uma satisfação maior dos pacientes e aumenta a adesão ao tratamento, o que impacta positivamente nos desfechos clínicos.

Outro aspecto apontado pelos profissionais foi o uso da comunicação não violenta como estratégia para reduzir conflitos e estimular a cooperação nas equipes. A comunicação não violenta promove uma abordagem colaborativa e respeitosa, evitando conflitos desnecessários e facilitando a resolução construtiva de situações desafiadoras (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)

As estratégias de comunicação sugeridas pelos profissionais entrevistados fornecem diretrizes práticas para aprimorar a comunicação no ambiente hospitalar. Essas práticas reduzem os erros e fortalecem a confiança entre as equipes, elevando a qualidade do atendimento. Ao adotar uma abordagem integrada que combina tecnologias digitais com práticas de comunicação humanizada, os hospitais podem alcançar melhorias significativas na segurança do paciente e na coesão da equipe.

Estudos como o de Batista e Lessa (2019), realizados com estudantes de medicina no nordeste do Brasil, mostraram que uma formação inadequada compromete o desenvolvimento de competências relativas à comunicação, sugerindo a necessidade de reformulação dos currículos de saúde para incluir metodologias que promovam a empatia como competência essencial. A inclusão de treinamentos em comunicação empática e interprofissional pode, portanto, ser decisiva para a construção de uma prática de saúde centrada no paciente e voltada à segurança e à qualidade assistencial. Esse cenário indica a importância de estratégias de formação e suporte emocional que ajudem os profissionais a manter a empatia em diferentes contextos de trabalho (TOBASE et al., 2022).

4.5.4 Categoria temática “benefícios da comunicação eficaz”

As unidades de registro desta categoria destacaram os benefícios de uma comunicação eficaz no ambiente hospitalar, essencial para a coesão da equipe multiprofissional e a segurança do paciente. Em contextos de saúde e segurança, a

comunicação clara, precisa e eficiente impacta diretamente o bem-estar dos envolvidos, sendo descrita na literatura como oportuna, completa, livre de ambiguidade e compreendida pelo receptor, especialmente em momentos de transição de cuidados (TOBASE et al., 2022).

Uma comunicação objetiva facilita o alinhamento da equipe, priorizando a segurança do paciente em todas as etapas do cuidado. Estudos, como o de Malta e Carmo (2020), mostraram que a troca contínua e precisa de informações contribui para a redução de eventos adversos e a otimização dos desfechos clínicos.

Além de reduzir a incidência de erros, a comunicação eficaz deve ser entendida como um elo entre a atuação coordenada da equipe e a construção da confiança dos pacientes no sistema de saúde. Esse processo se torna especialmente crítico em momentos de transição, como a passagem de plantão, em que a perda de dados compromete a continuidade do cuidado.

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

A valorização da comunicação se sustenta nos estudos que recomendam ferramentas como *checklists* e protocolos de transição para garantir que informações essenciais não sejam perdidas e o risco de omissões durante a transferência de responsabilidades possa ser mitigado, promovendo maior continuidade assistencial (MEIRELES et al., 2021).

Outro benefício está no impacto direto da comunicação eficaz na satisfação e na confiança dos pacientes, fortalecendo a adesão ao tratamento.

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

Segundo Malta e Carmo (2020), a escuta ativa se apresenta como um ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos, no qual a pessoa que fala pode escutar melhor a si mesma por intermédio de quem a escuta. Portanto, ela se refere à capacidade de estar presente na relação com aquele que fala, demonstrando interesse verdadeiro por sua história, dado espaço para a livre expressão.

As unidades de registro desta categoria destacaram os benefícios da comunicação eficaz no ambiente hospitalar, essencial para a coesão da equipe

multiprofissional e a segurança do paciente. Em contextos de saúde e segurança, uma comunicação clara e eficiente impacta diretamente o bem-estar dos envolvidos, sendo descrita na literatura como oportuna, completa, sem ambiguidade e compreensível pelo receptor, especialmente em transições de cuidado (TOBASE et al., 2022).

Além disso, uma comunicação objetiva entre os membros da equipe contribui para o alinhamento de ações e a priorização da segurança do paciente em todas as etapas do atendimento. Estudos, como o de Malta e Carmo (2020), indicaram que uma troca contínua e precisa de informações reduz eventos adversos e melhora os desfechos clínicos.

Eventos adversos documentados relacionados às falhas de comunicação também reforçam a relevância deste tema. Um exemplo é o caso de um paciente transferido sem comunicação adequada, extraído dos documentos analisados.

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).

Isso demonstra a necessidade de uma comunicação estruturada para assegurar a segurança do paciente. A escuta ativa e a objetividade nas interações são elementos essenciais para criar um ambiente colaborativo, no qual as informações fluem de forma eficiente, evitando falhas e promovendo a continuidade do cuidado (MALTA; CARMO, 2020).

Os dados qualitativos revelaram que a comunicação eficaz se mostra como um elemento central para a segurança e qualidade do cuidado. Apesar das barreiras identificadas, como a sobrecarga de trabalho e a rigidez hierárquica, estratégias como o uso de ferramentas estruturadas, comunicação empática e não violenta oferecem soluções práticas para melhorar a interação entre equipes e pacientes.

4.6 Análise da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos

A triangulação foi adotada como estratégia metodológica para integrar dados quantitativos e qualitativos, garantindo maior consistência e profundidade analítica. Esse processo combinou as respostas obtidas por intermédio do Questionário de Autoeficácia na Comunicação (SEbr-12), da Escala Jefferson de Empatia e das

entrevistas semiestruturadas, ampliando a compreensão sobre os fatores que influenciam a comunicação e a empatia no cuidado centrado no paciente.

A triangulação foi conduzida em três etapas: convergência, divergência e complementaridade, integrando os achados de ambas as abordagens para oferecer uma análise detalhada.

4.6.1 Convergências empatia e comunicação eficaz

A análise triangulada evidenciou a interdependência entre empatia e comunicação eficaz, reforçando a importância da formação em comunicação para o desenvolvimento de práticas centradas no paciente.

No âmbito quantitativo, os dados mostraram que profissionais com maior formação em técnicas de comunicação apresentaram resultados mais elevados de empatia, com uma pontuação média de 89,78 na Escala Jefferson de Empatia. A análise estatística indicou uma correlação positiva significativa ($p < 0,05$) entre o treinamento em comunicação e a capacidade empática. Esses resultados corroboraram os estudos de Derksen, Bensing e Lagro-Janssen (2013), que associam a formação em comunicação a práticas assistenciais mais focadas no paciente.

No contexto qualitativo, as entrevistas complementaram essa perspectiva ao revelar que a comunicação eficaz fortalece a coesão da equipe e cria um ambiente acolhedor para o paciente. Como um dos entrevistados relatou: "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".

Esse relato aponta a empatia como uma consequência direta de uma comunicação bem-sucedida, promovendo confiança e colaboração entre a equipe multiprofissional e os pacientes. Estudos recentes, como o de Ávila et al. (2022), reforçam que a empatia está associada à melhoria dos desfechos clínicos.

A análise integrada confirma que empatia e comunicação eficaz são componentes interdependentes que se fortalecem mutuamente. Profissionais com formação sólida em comunicação demonstram maior capacidade de reconhecer e responder às necessidades dos pacientes, promovendo um cuidado mais humanizado e colaborativo. Esses achados estão alinhados com os estudos de Hojat et al. (2016) e Macêdo e Farinha (2022), que destacaram a empatia como um componente essencial para o sucesso terapêutico e para a satisfação do paciente.

4.6.2 Divergências sobrecarga de trabalho e falhas comunicativas

A análise dos dados destacou divergências significativas relacionadas à sobrecarga de trabalho e suas implicações nas falhas comunicativas.

No componente quantitativo, identificou-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) na autoeficácia comunicativa entre profissionais com diferentes tempos de experiência. Os dados sugerem que a sobrecarga de trabalho impacta negativamente a percepção de capacidade comunicativa, particularmente entre os profissionais mais experientes, frequentemente submetidos a altas demandas.

Os dados qualitativos complementaram esse panorama ao apontar que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo são barreiras críticas para a prática da comunicação eficaz, como relatado por um participante: "Às vezes, sinto que o tempo e a quantidade de tarefas me impedem de prestar atenção plena ao que o paciente está dizendo."

Um exemplo ilustrativo envolveu um evento adverso em que a falta de comunicação clara durante a passagem de plantão resultou em um erro na administração de medicamentos, comprometendo a segurança do paciente. Esse achado converge com estudos como os de Melo et al. (2023), que destacaram as estratégias de gestão de estresse e protocolos de comunicação como essenciais para mitigar os riscos associados à sobrecarga de trabalho.

Embora os dados quantitativos apresentem níveis de confiança na autoeficácia comunicativa, os relatos qualitativos evidenciaram nuances que destacam como a sobrecarga limita a comunicação ideal. Esses resultados reforçam a necessidade de intervenções práticas que aprimorem a comunicação em ambientes de alta demanda, conforme defendido por Bukoh e Siah (2020).

4.6.3 Divergências hierarquia e empatia na prática

A estrutura hierárquica foi outra barreira identificada, com implicações diretas para a comunicação empática. Os dados quantitativos indicaram que profissionais do sexo feminino apresentaram médias de empatia mais elevadas, com diferença significativa ($p < 0,05$) em relação aos profissionais do sexo masculino. No entanto, esses dados não capturaram integralmente as barreiras impostas pela hierarquia nas relações interpessoais.

Nos dados qualitativos, as entrevistas revelaram que a estrutura hierárquica frequentemente dificulta a comunicação aberta e empática. Um dos entrevistados afirmou: "Não me sinto confortável em discutir certas decisões com superiores. Parece que minha opinião não será levada em conta".

Esse relato evidenciou que a hierarquia gera insegurança, restringindo a troca de informações e o desenvolvimento de uma comunicação eficaz. Estudos como os de Peduzzi e Agreli (2018) sugeriram que modelos de liderança mais horizontais podem fomentar ambientes de comunicação mais colaborativos e empáticos.

4.6.4 Complementaridade dos dados

A análise qualitativa destacou que barreiras hierárquicas comprometem a clareza da comunicação, especialmente em situações de conflito. Esse achado complementou os dados quantitativos do SEbr-12, que indicaram médias inferiores de autoeficácia na "comunicação com superiores em situações de alta tensão." Um médico relatou: "Às vezes, não me sinto confortável em questionar decisões de colegas mais experientes, mesmo sabendo que isso pode impactar o cuidado".

Além disso, os resultados qualitativos trouxeram exemplos específicos de como a falta de diálogo e a ausência de empatia no ambiente hospitalar podem afetar negativamente a segurança do paciente. Um exemplo relatado por um técnico de enfermagem: "Em uma ocasião, a equipe médica decidiu alterar a medicação sem consultar a enfermagem, o que gerou um atraso no cuidado e impactou o estado clínico do paciente". Essa percepção foi corroborada pelos dados quantitativos, que indicaram que profissionais com menor autoeficácia comunicativa relataram maior dificuldade em atuar em contextos de pressão.

A integração entre os métodos também reforçou a importância de ferramentas estruturadas para mitigar falhas de comunicação. Os relatos qualitativos frequentemente destacaram que o uso de prontuários eletrônicos e *checklists* promoveu maior alinhamento entre as equipes. Essas percepções complementam os dados quantitativos, que indicaram que profissionais com formação em técnicas de comunicação e experiência no uso de ferramentas digitais relataram maior autoeficácia e empatia. Por exemplo, a pontuação média no Item 6 da Escala de Autoeficácia, que avalia a capacidade de estruturar conversas com os pacientes, foi

significativamente mais alta ($p < 0,05$) entre os profissionais que utilizavam essas ferramentas.

A triangulação evidenciou que a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa enriqueceu a análise e permitiu identificar nuances que seriam difíceis de captar isoladamente. Por exemplo, enquanto os dados quantitativos sugeriram correlações positivas entre formação e empatia, os dados qualitativos revelaram as barreiras específicas enfrentadas pelos profissionais ao aplicar essas competências no cotidiano. A integração metodológica proporcionou, assim, uma análise aprofundada, ao combinar os números que quantificam a realidade com as vozes que narram suas experiências. Esse equilíbrio destaca a complexidade da comunicação em saúde e a necessidade de abordagens multifacetadas para melhorar a prática clínica.

A triangulação assegurou a validade dos achados, fornecendo uma visão holística das dinâmicas de comunicação e empatia em contextos hospitalares. Embora desafios como sobrecarga de trabalho e rigidez hierárquica persistam, os resultados evidenciaram o papel central da formação em comunicação e da liderança colaborativa na construção de um ambiente mais seguro e centrado no paciente.

O Quadro 3 apresenta uma síntese dos objetivos alcançados na pesquisa, evidenciando como os dados quantitativos e qualitativos se complementam para fornecer uma visão detalhada da comunicação na equipe multiprofissional.

Quadro 3 - Relacionamento entre os objetivos e os resultados alcançados

(Continua...)

Objetivo Geral	Resultados Alcançados
Analisar a comunicação e a empatia da equipe multiprofissional no cuidado centrado no paciente em uma Unidade de Urgência e Emergência, com foco em práticas comunicativas, eficácia da comunicação e seus impactos na qualidade assistencial e na segurança do paciente.	A análise triangulada revelou que a comunicação eficaz e a empatia são elementos interdependentes e essenciais para a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Barreiras como sobrecarga de trabalho e hierarquia rígida foram destacadas como desafios centrais, reforçando a necessidade de intervenções estratégicas (Derksen, Bensing e Lagro-Janssen, 2013; Melo et al., 2023).
Objetivos Específicos	Resultados Alcançados
1. Investigar os fatores que influenciam a comunicação entre profissionais de saúde no contexto de urgência e emergência.	Foram identificados fatores críticos, como sobrecarga de trabalho, hierarquia rígida e falta de treinamento, que afetam negativamente as interações entre profissionais. Esses fatores foram corroborados por dados qualitativos e quantitativos, destacando a importância de estratégias como gestão de estresse e treinamento contínuo (VARKEY., 2021; BUKOH; SIAH, 2020).

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 - Relacionamento entre os objetivos e os resultados alcançados
(Conclusão)

Objetivos Específicos	Resultados Alcançados
2. Analisar a comunicação entre profissionais e pacientes, avaliando como interfere na qualidade do cuidado.	A comunicação inadequada foi apontada como um fator que compromete a adesão ao tratamento e aumenta os riscos de eventos adversos. Estratégias como escuta ativa e comunicação empática foram relacionadas a melhorias na confiança e nos desfechos clínicos (OLIVEIRA et al., 2018; SHEEHAN et al., 2021).
3. Identificar a percepção da equipe sobre o cuidado centrado no paciente, destacando barreiras e práticas facilitadoras.	Os profissionais reconheceram a importância da tomada de decisão compartilhada e da comunicação eficaz. Barreiras como falta de tempo e suporte organizacional foram identificadas, enquanto práticas facilitadoras, como protocolos padronizados e reuniões interdisciplinares, mostraram-se eficazes (SOARES et al., 2022; MEIRELES et al., 2021).
4. 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.	A correlação positiva entre formação em comunicação e níveis mais elevados de empatia foi confirmada. Dados quantitativos e qualitativos apontaram que a empatia melhora a coesão das equipes e os desfechos clínicos (Derksen, Bensing e Lagro-Janssen, 2013; Hojat, 2016).
5. Desenvolver estratégias baseadas nas evidências levantadas para aprimorar a comunicação e a empatia no cuidado centrado no paciente.	Foram propostas intervenções práticas, como simulações realistas, treinamentos interprofissionais e protocolos padronizados, que integram habilidades comunicativas e empatia. Políticas organizacionais para gestão de estresse e suporte emocional também foram sugeridas para aprimorar o ambiente de trabalho (Ávila et al., 2022; ROSENBERG, 2006).

Fonte: Elaborado pela autora

4.7 Implicações

Os resultados desta pesquisa trazem implicações significativas nos âmbitos prático, educacional e organizacional, reforçando a necessidade de estratégias direcionadas à comunicação eficaz e à empatia no contexto da saúde, especialmente em ambientes de alta complexidade, como os serviços de urgência e emergência. A seguir, são apresentadas recomendações derivadas dos achados deste estudo.

No âmbito prático, torna-se essencial implementar programas contínuos de capacitação que articulem habilidades comunicativas e empáticas. Estratégias como simulações realistas, treinamentos interprofissionais, dramatizações e programas de mentoria proporcionam aos profissionais oportunidades para lidar com situações complexas de forma segura e colaborativa, fortalecendo as equipes multiprofissionais e promovendo um cuidado mais centrado no paciente. Além de reduzirem riscos assistenciais, essas práticas favorecem a construção de um ambiente de trabalho mais integrado e acolhedor (ÁVILA et al., 2022).

A adoção de protocolos estruturados, como *checklists* e ferramentas como o modelo SBAR (Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação), contribui para padronizar a comunicação entre os profissionais, aumentando a clareza das informações e prevenindo falhas. Evidências demonstram que o uso do SBAR em momentos críticos, como a passagem de plantão, reduz significativamente os erros relacionados à comunicação (MELO et al., 2023).

A incorporação de tecnologias educacionais, como módulos de *e-learning* e recursos de telessaúde, também representa uma via promissora para o aprimoramento das práticas comunicativas. Tais ferramentas contribuem para o desenvolvimento contínuo de competências técnicas e interpessoais, promovendo um cuidado mais seguro, eficiente e adaptado às exigências contemporâneas.

Além disso, ajustes na organização do trabalho e na gestão das equipes são necessários para minimizar a sobrecarga e otimizar os fluxos assistenciais. Medidas como a implementação de *checklists* eletrônicos têm mostrado impacto positivo na redução da duplicidade de tarefas e na liberação de tempo para uma atenção mais centrada no paciente, com benefícios diretos na qualidade assistencial (MELO et al., 2023).

No campo educacional, destaca-se a importância de integrar o ensino de habilidades comunicativas, empatia e gestão de conflitos aos currículos acadêmicos desde os primeiros ciclos da formação em saúde. Técnicas como simulações, dramatizações e *role-playing* enriquecem o processo de aprendizagem, preparando os estudantes para interações mais sensíveis e eficazes em situações de alta pressão (DERKSEN; BENSING; LAGRO-JANSSEN, 2013).

Paralelamente, faz-se fundamental investir em educação permanente, por meio de *workshops*, treinamentos baseados em cenários reais e atividades interativas. Estudos como o de Conceição, Marcellos e Rachard (2019) evidenciaram que programas contínuos aumentam a confiança dos profissionais em contextos de alta complexidade, com impacto positivo nas práticas colaborativas.

Do ponto de vista organizacional, torna-se necessário repensar estruturas hierárquicas rígidas, promovendo ambientes mais horizontais e abertos à escuta e à troca entre os diferentes membros da equipe. A valorização de lideranças colaborativas e a criação de espaços seguros para o diálogo contribuem para mitigar os efeitos negativos da verticalização das relações profissionais (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019).

Políticas institucionais que ofereçam suporte emocional e estratégias de enfrentamento ao estresse também são fundamentais para criar condições adequadas de trabalho. Iniciativas como grupos de apoio, *feedback* contínuo e reuniões interprofissionais frequentes fortalecem os vínculos entre os profissionais, promovendo ambientes mais coesos, colaborativos e seguros.

A integração entre os dados quantitativos e qualitativos desta pesquisa reforça a urgência de se investir na qualificação das práticas comunicativas, destacando o papel central da empatia e da formação contínua. Quando alinhadas a políticas institucionais consistentes, as estratégias aqui propostas favorecem a consolidação de um modelo de cuidado mais centrado nas necessidades do paciente, promovendo também o bem-estar dos profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a complexidade da comunicação nos serviços de saúde, particularmente em unidades de urgência e emergência, onde as dinâmicas aceleradas e os contextos de alta pressão intensificam os desafios comunicacionais. A triangulação dos dados quantitativos e qualitativos permitiu uma compreensão aprofundada sobre como a formação em comunicação, associada ao desenvolvimento da empatia, pode impactar positivamente a coesão das equipes e a qualidade do cuidado centrado no paciente.

Os achados revelaram que, embora exista reconhecimento por parte dos profissionais quanto à relevância da empatia e da comunicação eficaz, fatores como a sobrecarga de trabalho e a rigidez das estruturas hierárquicas ainda limitam a aplicação dessas competências na prática cotidiana. Relatos de eventos adversos, sobretudo os associados à passagem de plantão, ilustram de forma concreta os riscos das falhas comunicativas em contextos críticos.

Uma das principais contribuições deste trabalho foi evidenciar a importância da formação contínua e da criação de ambientes colaborativos para o fortalecimento das habilidades comunicativas no cuidado em saúde. Além disso, a utilização da triangulação metodológica permitiu enriquecer a análise e ampliar o alcance das interpretações, fornecendo uma base consistente para o desenvolvimento de intervenções e políticas institucionais mais efetivas.

Apesar da solidez dos resultados, o estudo apresenta limitações, como a impossibilidade de generalização dos achados, considerando que a pesquisa foi conduzida em uma única unidade de urgência e emergência. Ademais, a sobrecarga de trabalho relatada pelos participantes pode ter impactado a profundidade de algumas entrevistas qualitativas.

No contexto brasileiro, ainda são escassas as pesquisas que exploram a comunicação como ferramenta estruturante do cuidado centrado no paciente em ambientes de alta complexidade. Assim, futuras investigações poderão aprofundar o papel das tecnologias emergentes — como a telessaúde e a inteligência artificial — na mediação das relações comunicacionais, além de explorar modelos de liderança horizontal que favoreçam a escuta ativa, a inclusão e o trabalho em equipe.

Conclui-se que a comunicação eficaz, associada à empatia, deve ocupar lugar central nas estratégias das instituições de saúde que buscam qualificar o cuidado,

fortalecer a segurança do paciente e promover o bem-estar dos profissionais. Integrar essa perspectiva ao ensino, à gestão e à prática clínica representa um passo decisivo para a construção de um sistema de saúde mais humano, seguro e responsivo às necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. **Manual de direito do paciente**: para pacientes, profissionais da saúde e profissionais do direito. Belo Horizonte: D'Plácido, 2020.
- ALMEIDA, E. W. S.; GODOY, S.; SILVA, I. R.; DIAS, O. V.; MARCHI-ALVES, L. M.; VENTURA, C. A. et al. Saúde digital e enfermagem: ferramenta de comunicação na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hw3PhB59YVw74F63yy7Dbfw>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- ALMEIDA, H. B.; VANDEERLEI, L. C. M.; MENDES, M. F. M.; FRIAS, P. G. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE**, v. 3, n. 2, p. e-017, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33872/rebesde.v3n2.e017>. Acesso em: 11 fev. 2025.
- AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Physician empathy a key driver of patient satisfaction: New study supports enhanced physician-patient communication training. *ScienceDaily*, 1 mar. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160301143542.htm>. Acesso em: 30 ago. 2024.
- ANZILIERO, F. et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 4, 2016.
- ASAN, O.; YU, Z.; CROTTY, B. H. How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247583>. Acesso em: 2 set. 2024.
- ASSIS-BRITO, M.; CARNEIRO, C. T.; BEZERRA, M. A. R.; ROCHA, R. C.; ROCHA, S. S. Estratégias de comunicação efetiva entre profissionais de saúde em neonatologia: revisão integrativa. **Enfermagem Global**, v. 21, n. 67, p. 548-591, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.502051>. Acesso em: 25 nov.
- ÁVILA, G. P.; SILVA, R. T.; SILVA, S. G.; SILVA, R. M. R. Comunicação não verbal na relação médico-paciente: percepções e satisfação de usuários atendidos na unidade básica de saúde da UNIFAP. **Concilium**, v. 22, n. 6, p. 376-385, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.53660/CLM-529-615>. Acesso em: 11 fev. 2025.
- AXBOE, M. K.; CHRISTENSEN, K. S.; KOFOED, P.; AMMENTORP, J. Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical

communication skills of health care professionals. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 272-281, 2016. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0798-7>. Acesso em 11 fev. 2025.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 9. ed. Florianópolis: UFSC, 2014. 315 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. 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**, v. 43, n. 1, p. 349–356, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190118>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BATT-RAWDEN, S. A.; CHISOLM, M. S.; ANTON, B.; FLICKINGER, T. E. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. **Academic Medicine**, v. 88, n. 8, p. 1171–1177, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUKOH, M. X.; SIAH, C. R. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 3, p. 744–755, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ÇAKMAK, C.; UĞURLUOĞLU, 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**, v. 31, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10732748241236327>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CASTRO, I. R. S. **Empatia de médicos avaliada por meio da Jefferson Scale of Empathy (JSE)**: physician como marcador do cuidado centrado no paciente. 2019. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

CID, D. P. T.; DIAS, M.; BENINCASA, M.; MARTINS, M. C. F. Elos entre a psicologia e o trabalho humanizado na saúde: compreensão, formação e práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/34813/25392>. Acesso em: 11 fev. 2025.

COIFMAN, A. H. M.; PEDREIRA, L. C.; JESUS, A. P. S.; BATISTA, R. E. A. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CONCEIÇÃO, L. A. C.; MARCELLOS, L. N.; RACHARD, C. D. A. Comunicação organizacional: com ênfase na equipe de saúde. **Saúde Foco**, v. 11, p. 424-430, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/035_COMUNICA%C3%87%C3%83O-ORGANIZACIONAL-COM-%C3%8ANFASE-NA-EQUIPE-DE-SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 11 fev. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 674, de 31 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. 2022. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2022/resolucao-no-674.pdf/view>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CORIOLO-MARINUS, M. W.; QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ, L.; LIMA, L. S. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TztQ9sMg/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

COSTA, A. R. C.; BARRETO, M. A. M. Comunicação eficaz: um estudo de caso de padronização de canal de comunicação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 8, p. 13164-13174, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/2906/2906>. Acesso em: 3 nov. 2024.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P.; GUTMANN, M. L.; HANSON, W. E. An expanded typology for classifying mixed methods research into designs. *The Mixed Methods Reader*. California: Sage Publications, 2007. p. 159-196.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2011.

DELANTE, M. L. R.; MONTEIRO, S. O. N.; SILVA, C. O.; SANTOS, L.R.; LEONARDO, R. S. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-

paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2023-0146> Acesso em: 3 nov. 2024.

DERKSEN, F.; BENSING, J.; LAGRO-JANSSEN, A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, v. 63, n. 606, p. 76–84, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp13x660814>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ESCH, T. et al. Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2016. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4735137/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6, p. 2134–2156, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>. Acesso em: 2 set. 2024.

FIGUEIREDO, F. M.; GÁLVEZ, A. M., P.; GARCIA, E. G.; EIRAS, M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4605–4620, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>. Acesso em: 2 set. 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 11 fev. 2025.

GESSER, A. M.; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103334–103345, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-111. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>. Acesso em: 1 set. 2024.

GITTELL, J. H. et al. Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*, v. 45, n. 1, p. 12–20, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.000000000000192>. Acesso em: 2 set. 2024.

GONÇALVES, M. I.; ROCHA, P. K.; ANDERS, J. C.; KUSAHARA, D. M.; TOMAZONI, A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4pFXWwtDd4i4qGd8pkshVys/>. Acesso em: 3 nov. 2024. GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. **Field Methods**, v. 18, n. 1, p. 59-82, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>. Acesso em: 11 fev. 2025.

HANSON, W. E.; CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P.; PETSKA, K. S.; CRESWELL, J. D. et al. Mixed methods research designs in counseling psychology. **Journal of Counseling Psychology**, v. 52, n. 2, p. 224, 2005. Disponível em: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1372&context=psychfacpub>. Acesso em: 11 fev. 2025.

HARIBHAI-THOMPSON, J.; MCBRIDE-HENRY, K. HALES, C.; TORRE, H. Understanding of empathetic communication in acute hospital settings: a scoping review. **BMJ Open**, v. 12, n. 9, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/9/e063375.full.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2025.

HOJAT, M. *Empathy in health professions education and patient care*. Springer International Publishing, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>.

HOJAT, M.; MANGIONE, S. MAGEE, M. The Jefferson Scale of Empathy (Physician): Development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, v. 61, p. 349-365, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>. Acesso em: 11 fev. 2025.

HOJAT, M.; DESSANTIS, J.; GONNELLA, J. S. Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. **Journal of Patient Experience**, v. 4, n. 2, p. 78-83, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2374373517699273>. Acesso em: 11 fev. 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academies Press (US), 2001.

KELM, Z.; MULHER, J.; WALTER, J. K.; FEUDTNER, C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 1, p. 4-11, 2014. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-219>. Acesso em: 11 fev. 2025.

LAGO, K. C. **Compaixão e Trabalho**: Como sofrem os profissionais de saúde. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14514/1/2013_KennystonCostaLago.pdf. Acesso em: 2 set. 2024.

LEITE, K. L.; YOSHII, T. P.; LANGARO, F. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 2, p. 145–166, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.21.292>. Acesso em: 2 set. 2024.

LICCIARDONE, J. C. et al. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 4, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MACÊDO, S.; FARINHA, M. G. Services school of psychology in Brazil: challenges and possibilities for clinical practices in times of pandemic. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 56, n. 1, p. 1549–1549, 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/284/28471295009/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MALTA, M.; CARMO, E. D. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 9, p. 41-51, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371>. Acesso em: 11 fev. 2024.

MASS, S. F. L. S et al. Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210007>. Acesso em 3 nov. 2024.

MATA, A. N. S. Tecnologias leves para a promoção das habilidades de comunicação na atenção primária à saúde. Natal, 2019. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

MEIRELES, T. et al. Ferramentas utilizadas durante as transferências de pacientes: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. 1-11, 21 dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24200>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MELO, R. A.; FERNANDES, F. E. C. V.; COQUEIRO, L. S. R.; MELO, D. C.; CARVALHO, M. C. Comunicação e entraves no processo de trabalho das equipes de atendimento às urgências e emergências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, p. 1-13, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1721. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1721>. Acesso em: 29 out. 2024.

MENDOZA, A. M.; DRESCHER, M. J.; EBERMAN, L. E. 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**, v. 20, n. 8, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20085480>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MERCER, S. W. et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. **Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 2, p. 117-124, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1910>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MOORE, P. M.; MERCADO, S. G.; ARTIGUES, M. G.; LAWRIE, T. A. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, p. 1-81, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>. Acesso em: 2 set. 2024.

MOREIRA, F. T. L. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista**

Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. spe, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MORETTI, S. A.; BATISTA, E. C. Saúde mental no ambiente organizacional: os desafios de uma comunicação não violenta e eficaz com os trabalhadores. **Saber Humano: Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti**, v. 10, n. 17, p. 124-140, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18815/sh.2020v10n17.424>. Acesso em: 3 nov. 2024.

MOURA, J. A.; MOURA, E. P.; FARIA, A. D.; SOARES, T. F.; FARIA, R. M. D. Impacto do Treinamento de Habilidades de Comunicação e do Registro Médico na Prática do Método Clínico de Atendimento Integral à Pessoa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 47–54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170099>. Acesso em: 12 fev. 2025.

NASCIMENTO, F. J. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Nursing**, v. 24, n. 279, p. 6035–6044, 2 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6035-6044>. Acesso em: 11 fev. 2025.

NEFF, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity**, v. 2, n. 3, p. 223-250, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15298860309027>. Acesso em: 12 fev. 2025.

NEUMANN, M. et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 1, p. 7-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318221e615>. Acesso em: 12 fev. 2025.

NOROUZINIA, R.; AGHABARARI, M.; SHIRI, M.; KARIMI, M.; SAMAM, E. Communication barriers perceived by nurses and patients. **Journal of Nursing and Care**, v. 4, n. 2, p. 1-5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>. Acesso em: 12 fev. 2025.

OLIVEIRA, M. J. S.; SOUZA, A.; CALVETTI, P. Ã.; FILIPPIN, L. I. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 2, p. 33, 11 set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18316/sdh.v6i2.4732>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PARANHOS, R.; FIQUEIREDO FILHO, D. B.; ROCHA, E. C.; SILVA JÚNIOR, J. A.; FREITAS, D. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PATEL, S. et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. **PloS ONE**, v. 14, n. 8, p. 1-25, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>. Acesso em: 2 set. 2024.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–

1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 3, p. 616, 28 set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769225432>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PERNICIOTTI, P.; SERRANO JÚNIOR, C. V.; GUARITA, R. V.; MORALES, R. J.; ROMANO, B. W. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 23, n. 1, p. 36-51, 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, suppl 2, p. 1535–1547, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 30 ago. 2024.

PUMAR-MÉNDEZ, M. J.; ATTREE, M.; WAKEFIELD, A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. **Nurse Education Today**, v. 34, n. 2, p. 162-170, 2014. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/05.pdf>. Acesso em 12 fev. 2025.

RAZI, M. O.; FOUZIA, R.; RAZZAQUE, M. S. Decline of empathy among healthcare apprentices. **International Medical Education**, v. 2, n. 4, p. 232–238, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ime2040022>. Acesso em: 12 fev. 2025.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, n. 6, p. 1-40, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>. Acesso em: 12 fev. 2025.

REY, F. L. G. **O pensamento de Vygotsky**: contradições, desdobramentos e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 2013.

RIBEIRO, M. A. et al. A relevância da formação contínua e especializações para profissionais de saúde: garantindo excelência e atualização. **Deleted Journal**, v. 3, n. 2, p. 816–826, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.120>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ROCHA, S. R.; ROMÃO, G. S.; SETÚBAL, M. S. V.; COLLARES, C. F.; AMARAL, E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 236–245, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>. Acesso em: 12 fev. 2025.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.

11, p. 4263–4275, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ROGERS, C. **Um jeito de ser**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 3. ed. São Paulo: Ágora, 2006.

SANTANA, M. J.; MANALILI, K.; JOLLEY, R. J.; ZELINSKY, S.; QUAN, H. How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy**, v. 21, n. 2, p. 429–440, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12640>. Acesso em: 2 set. 2024.

SANTOS, T. de O. et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.

SHEEHAN, J. et al. Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 14, p. 493–511, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S295549>. Acesso em: 2 set. 2024.

SILVA, D. P. et al. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, p. 65-76, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/artic/e/view/1066>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SKÄR, L.; SÖDERBERG, S. The importance of ethical aspects when implementing eHealth services in healthcare: A discussion paper. **Journal of Advanced Nursing**, v. 74, n. 5, p. 1043–1050, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13493>. Acesso em: 2 set. 2024.

SOARES, A. K. F.; SÁ, C. H. C.; LIMA, R. S.; BARROS, M. S.; COLRIOLANO-MARINUS, M. W. L. Comunicação em saúde nas vivências de discentes e docentes de Enfermagem: contribuições para o letramento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1753-1762, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NjdfpqHCnQL3bgjBGDfJmrG/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SOUZA, A. C. de; BAHIA, E. M. dos S.; VITORINO, E. V. Dimensões da competência em informação sob a perspectiva de Zarifian. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 25, n. 2, p. 56–76, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3903>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SOUZA, L.; HOKAMA, P.; HOKAMA, N. 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**, v. 10, n. 21, p. 148–167, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/1064>. Acesso em: 2 set. 2024.

THE ARNOLD P. GOLD FOUNDATION. How does the physician's empathy affect patient outcomes? 2013. Disponível em: <https://www.gold-foundation.org/how-does-physician-empathy-affect-patient-outcomes/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

The R Foundation for Statistical Computing. **The R project for statistic computing**. 2023. Disponível em: <http://www.r-project.org>.

TIWARY, A.; RIMAL, A.; PAUDYAL, B. SIGDEL, K. R.; BASNYAT, B. Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: examples from two case reports. **Wellcome Open Res.**, v. 4, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15042.1>. Acesso em: 2 set. 2024.

TOBASE, L. et al. Comunicação não violenta como tecnologia leve no contexto da enfermagem: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 5, p. 621-635, 2022. Disponível em: <https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4936>. Acesso em: 3 nov. 2024.

TOFANI, L. F. N. et al. A rede de atenção às urgências e emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 761–776, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213412>. Acesso em: 12 fev. 2025.

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**, v. 19, n. 46, p. 3398, 2024. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3398>. Acesso em: 2 set. 2024.

VARKEY, B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. **Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre**, v. 30, n. 1, p. 17–28, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000509119>. Acesso em: 2 set. 2024.

WANG, H. et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. **PloS ONE**, v. 13, n. 9, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204113>. Acesso em: 12 fev. 2025.

WITISKI, M.; MAKUCH, M.; ROZIN, L.; MATIA, G. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i3.46988>. Acesso em: 12 fev. 2025.

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “A comunicação como ferramenta do cuidado centrado no paciente” para a tese de doutorado de Patrícia Lourdes Silva, sob a minha coordenação, Profª Drª Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Prof. Dr. Nilton Alves Rezende, docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo tem como objetivo analisar a comunicação da equipe multiprofissional no cuidado centrado do paciente em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte de Belo Horizonte.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, que lhe será apresentado, contendo perguntas abertas sobre a comunicação no trabalho da equipe multiprofissional na prestação do cuidado centrado ao paciente do Pronto Socorro do Hospital da Unimed-BH Unidade Contorno. O sr(a) responderá perguntas envolvendo os principais tópicos: a comunicação entre a equipe multiprofissional e a comunicação na prestação do cuidado centrado do paciente. As entrevistas serão realizadas no Pronto Socorro em horário e dia agendados de acordo com a sua conveniência. A duração da entrevista estará condicionada ao alcance das respostas às perguntas realizadas pelo pesquisador, tendo em vista os objetivos do estudo. A entrevista será gravada para assegurar a fidedignidade de suas respostas, estando à sua disposição para leitura ou escuta se assim o desejar. Será realizada também, análise de documentos (eventos adversos), após autorização da Diretora do Hospital da Unimed-BH Unidade Contorno e *Compliance* da Unimed – BH, bem como política de comunicação da UNIMED BH.

A pesquisa oferece ao sr(a) riscos mínimos em relação a sua participação. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado ou constrangimento na realização da entrevista de se expor ou de ser avaliado, que será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionam constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. A sua colaboração é voluntária e o anonimato será garantido. Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade de produção do conhecimento, fomentar a discussão sobre a comunicação de uma equipe multiprofissional como ferramenta do cuidado centrado no paciente, incluindo seu potencial pedagógico. E proporcionará a possibilidade do participante envolvido no processo do desenvolvimento do projeto a auto reflexão e promoção de mudanças no comportamento do profissional quanto à comunicação. Concluída a pesquisa, os resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora individualmente e agendadas previamente conforme a disponibilidade dos sujeitos. As entrevistas serão guiadas por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) e gravadas com o objetivo transcrever de forma fiel as falas dos entrevistados, de acordo com a autorização dos envolvidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. As entrevistas ocorreram no Hospital, em sala privativa de forma a garantir o sigilo e conforto ao participante.

Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde, e as gravações de

áudio e o diário de campo ficarão arquivadas em meio digital, sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos e depois desse prazo serão destruídos. O sr(a) não será remunerado nem terá gastos financeiros com a pesquisa. Seu consentimento é pessoal e o sr(a) poderá solicitar informações à equipe de pesquisa a qualquer momento, caso tenha dúvida, e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. O sr(a) poderá contactar também o Comitê de Ética e Pesquisa para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário desta pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Eu, _____ CI _____

Declaro que fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e que será garantido o meu anonimato, sigilo das informações e utilização somente para fins científicos. Sei que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, se o desejar. Concordo espontaneamente em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante:

Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar: CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadoras: Profª. Drª Marília Alves, telefone (31) 988733191, e-mail: marilix@enf.ufmg.br

Prof. Dr Nilton Alves Rezende, telefone (31) 34099641, e-mail: nilton.a.rezende@gmail.com

Doutoranda Patrícia Lourdes Silva (031) 988500937, email: patylourdes@enf.grad.ufmg.br

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG / Faculdade de medicina da UFMG.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Setor: _____ Profissão: _____

Tempo de formado: _____ Sexo: () Masc () Fem

Escolaridade: _____ Tempo de instituição: _____

Tempo de Pronto Socorro: _____

- 1) Fale-me como é a comunicação entre os membros da equipe de saúde na urgência e emergência.
- 2) Como a comunicação entre os membros da equipe favorece o cuidado do paciente e da família.
- 3) Para você o que é cuidado centrado no paciente/pessoa?
- 4) Como você percebe a relação entre a comunicação e o cuidado centrado nesse serviço? (com os pacientes, familiares e entre a equipe multiprofissional) Você acha que a comunicação e a Segurança do Paciente estão relacionadas?
- 5) Quais os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação? E na prestação do cuidado centrado no paciente/pessoa?
- 6) Fale sobre alguma experiência ou situação relacionada à comunicação entre profissionais ou pacientes/familiares que foi um desafio ou uma conquista para realização do cuidado?
- 7) Em qual período da sua formação ou capacitação houve abordagem sobre comunicação na gestão do cuidado? () Técnico () Graduação () Pós Graduação () Cursos livres e capacitação no Serviço de saúde () NDA
Quais dessas técnicas foram abordadas:
 - () Comunicação eficaz
 - () Comunicação de más notícias a pacientes/familiares
 - () Comunicação não violenta
 - () Comunicação terapêutica
 - () Outras: _____
- 8) Você acha necessário que as técnicas de comunicação sejam estudadas? Porque? Quais dificuldades você percebe no ensino sobre a comunicação?
- 9) Você tem alguma sugestão para melhorar o ensino da comunicação? Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

ANEXO A – Questionário de autoeficiência

QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA

Comunicação com o paciente

As questões a seguir referem-se a habilidades de comunicação específicas, relativas ao atendimento/conversa com o paciente.

Por favor, responda cada questão e somente utilize a opção “não se aplica” se a pergunta não corresponder ao seu trabalho cotidiano.

Em uma escala de 1 a 10, em que 1 = Muito incapaz (a) e 10 = Muito capaz

1. O quanto você é capaz de identificar as demandas e queixas que o paciente deseja tratar durante o atendimento?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
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)?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3. O quanto você é capaz de estimular o paciente a falar sobre suas demandas e queixas?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4. O quanto você é capaz de ouvir o paciente com atenção e sem interromper ou desviar o foco?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5. O quanto você é capaz de incentivar o paciente a expressar seus sentimentos e pensamentos?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

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)?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
7. O quanto você é capaz de demonstrar ao paciente comportamentos não verbais apropriados (contato visual, expressão facial, posicionamento, postura, tom de voz)?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
8. O quanto você é capaz de demonstrar empatia (reconhecer perspectivas, pontos de vista e sentimentos do paciente)?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
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?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
10. O quanto você é capaz de verificar a compreensão do paciente sobre as informações fornecidas?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
11. O quanto você é capaz de montar um plano de cuidados baseado nas decisões discutidas entre você e o paciente?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
12. O quanto você é capaz de encerrar o atendimento garantindo que as demandas e queixas do paciente foram respondidas?												
Muito Incapaz										Muito Capaz		Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

No seu trabalho diário com pacientes/familiares

As próximas cinco questões referem-se a situações específicas do atendimento/conversa com pacientes/familiares.

Por favor, responda cada questão e somente utilize a opção “não se aplica” se a pergunta não se aplicar a você em seu trabalho cotidiano.

Em uma escala de 1 a 10, em que 1 = Muito incapaz (a) e 10 = Muito capaz

13. O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares emotivos?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
14. O quanto você é capaz de lidar com pacientes/familiares irritados?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
15. O quanto você é capaz de dar notícias difíceis para pacientes/familiares?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
16. O quanto você é capaz de controlar bem seu tempo de atendimento/conversa com pacientes/familiares?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
17. O quanto você é capaz de envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado que estão sendo tomadas?											
Muito Incapaz										Muito Capaz	Não se aplica
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

ANEXO B - Escala Jefferson de Empatia – Versão para profissionais de saúde (adaptação brasileira)

Jefferson Scale of Empathy – physicians version - Escala Jefferson de Empatia – versão
para profissionais de saúde (Adaptação brasileira)

Instruções: Indique a extensão do seu acordo ou desacordo com cada uma das seguintes declarações, escrevendo o número de classificação apropriado no espaço sublinhado fornecido antes de cada declaração. Use a seguinte escala de 7 pontos (um número maior na escala indica mais concordância):

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Discordo fortemente

Concordo plenamente

1. _____ Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico.
2. _____ Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.
3. _____ Para mim, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
4. _____ Na relação profissional de saúde-paciente, eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes é tão importante quanto a comunicação verbal.
5. _____ Eu tenho um bom senso de humor, que considero capaz de contribuir para um melhor resultado clínico.
6. _____ Como as pessoas são diferentes, é difícil perceber as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
7. _____ Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.
8. _____ A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.
9. _____ Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando estou cuidando deles.
10. _____ Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica.
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 clínico ou cirúrgico.

12. _____Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.
13. _____ Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a seus sinais não verbais e sua linguagem corporal.
14. _____Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças.
15. _____ A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16. _____Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias.
17. _____Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado.
18. _____Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares.
19. _____Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte.
20. _____ Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.