

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Larissa Cândida Melo

**COMUNICAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO  
DE BARREIRAS SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL**

Belo Horizonte

2025

Larissa Cândida Melo

**COMUNICAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO  
DE BARREIRAS SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marília Alves

Belo Horizonte

2025

M528c Melo, Larissa Cândida.  
Comunicação em pronto-socorro [recurso eletrônico]: estratégias para superação de barreiras sob a perspectiva da equipe interprofissional / Larissa Cândida Melo. - - Belo Horizonte: 2025.  
74 f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientadora: Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Sistemas de Comunicação entre Serviços de Emergência. 3. Estratégias de Saúde. 4. Barreiras de Comunicação. 5. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.8

Bibliotecário responsável: Monaliza Maria Silveira Caires Lima CRB-6/1707



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

#### ATA DE NÚMERO 763 (SETECENTOS E SESSENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LARISSA CÂNDIDA MELO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de dois mil vinte e cinco, às 14:00 horas, realizou-se por webconferência e no Auditório Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "COMUNICAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DE BARREIRAS SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL", da aluna **Larissa Cândida Melo**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro e Adriane Vieira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Heloísa dos Santos de Castro, Assistente em Administração do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de abril de 2025.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro  
(UFSJ)

Profª. Drª. Adriane Vieira  
(UFMG)

Heloísa dos Santos de Castro  
Assistente em Administração

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Usuário Externo**, em 30/04/2025, às 14:30, 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 **Marília Alves, Professora do Magistério Superior**, em 30/04/2025, às 20:00, 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 **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 07/05/2025, 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 **Heloísa dos Santos de Castro, Assistente em Administração**, em 07/05/2025, às 10:34, 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](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4172347** e o código CRC **E7CF70E1**.

Ao meu noivo: Matheus; aos meus pais: Ana Maria e Nício; à minha irmã: Mariane.

## APRESENTAÇÃO

Em busca de um mundo novo, cheio de descobertas e tentando encontrar mais possibilidades para então me encontrar, em 2015 me mudei da minha cidade no interior para cursar faculdade. O cuidar do outro sempre esteve presente em minha vida e isso, com certeza, me fez escolher a enfermagem.

Desde a graduação, estudar temas relacionados à comunicação, trabalho em equipe e tudo que os envolve sempre foi instigante para mim. Percebia que eram feitos vários treinamentos e discussões sobre protocolos e regras assistenciais. Mas e o “não palpável”? Buscava compreender a pouca dedicação em aprimorar a comunicação, trabalho em equipe e os resultados no gerenciamento. Isso despertou em mim a curiosidade e a vontade de compreender melhor essas temáticas tão importantes e que eu percebia serem pouco abordadas no cotidiano de trabalho. Ainda na graduação, iniciei a participação em pesquisas e projetos de ensino e de extensão relacionados.

Em 2021, dei início a mais um sonho, numa área que durante a graduação, ganhou meu coração: a urgência e emergência. Iniciei então minha especialização na modalidade residência multiprofissional no hospital que também foi campo desta pesquisa. Vivi momentos de grande aprendizado não só profissional, mas também pessoal. Ali também, me apaixonei pela terapia intensiva. E agora, no mestrado, desde 2023, e já como especialista em urgência e emergência, aliar dois interesses: a emergência e a comunicação, é motivo de alegria.

Recordo que, quando criança, por diversas vezes eu era chamada de curiosa. Desde pequena sempre fui comunicativa e acho que isso, no meu caminhar pela pesquisa me conduziu à área qualitativa. Fazer pesquisa vai além de criar um projeto de pesquisa e entrevistar pessoas. É preciso refletir, se fazer e refazer como pesquisador, numa posição de sujeito que pensa e sente, num processo que é construído e reconstruído. Considero este o maior desafio: o próprio pesquisador, ser humano, que precisa se superar para compreender o outro.

Em meados de 2024, assumi a função de enfermeira horizontal também no hospital em questão e algo que eu sempre digo se tornou cada vez mais evidente: “o paciente não ‘dá trabalho’. ‘Quem dá trabalho’ são as pessoas, as relações”. Por isso, penso sempre que as pessoas são o que há de mais importante, porque é a partir do seu desenvolvimento que metas serão alcançadas. Como enfermeira horizontal, tendo ainda mais contato com a gestão, cada dia fica mais evidente que a comunicação é essencial em todos os processos.

E é assim que eu me construo e reconstruo, tendo em mente que eu ainda não sou a enfermeira e pesquisadora que quero ser, mas com certeza, não sou a mesma de antes.

## AGRADECIMENTOS

“Pois todo aquele que pede, recebe; o que busca encontra; e, aquele que bate, a porta será aberta” - Mateus 7, 7-8. Gratidão à Deus e Nossa Senhora Aparecida, por sempre me guiarem e intercederem por mim em todos os momentos, sendo fonte de força. Aos meus pais, pelas orações, por me concederem uma boa educação e me conduzirem no melhor caminho. Se hoje concretizo meu mestrado, é pelo investimento que sempre tiveram em mim. À minha irmã, por ser minha melhor amiga e torcedora. Ao meu noivo, pela presença, amor e incentivo diários, por não me deixar desistir e me desafiar a ser melhor a cada dia. Ao meu vô “Juquita”, que não está mais presente fisicamente, mas deixou um recado guardado no meu coração: “Vai ser feliz!” e eu fui. À professora Dra. Bethania Goulart, que desde a graduação também foi fonte de inspiração e apoio para que eu cursasse o mestrado. Aos amigos do mestrado, em especial às “meninas da gestão”: Carolina, Luana e Natália, por compartilharem momentos de alegrias e dificuldades. A todos os professores da pós-graduação em enfermagem da UFMG, que compartilharam tantos conhecimentos. À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e a todos os profissionais participantes da pesquisa, que de forma direta ou indireta me permitiram alcançar resultados fantásticos. À minha orientadora: Dra. Marília Alves, pelos grandes ensinamentos, pela compreensão e paciência, por ser referência e inspiração e por tornar o caminho mais leve! A você minha eterna gratidão e admiração! A vitória desse mestrado é nossa!

*“Nada é tão nosso quanto os nossos sonhos”. (Friedrich Nietzsche)*

## RESUMO

A comunicação nos serviços de saúde se mostra complexa em todos os níveis de atenção, em especial no âmbito da urgência e emergência, diante da necessidade de atuação rápida e elevado nível de atenção, interação e comunicação entre os sujeitos. Diversos fatores podem facilitar ou dificultar a comunicação e, conseqüentemente, a assistência ao paciente. Assim, torna-se objeto deste estudo estratégias para superação de barreiras de comunicação em um pronto-socorro (PS). **Questão norteadora:** quais estratégias, na perspectiva da equipe interprofissional, devem ser implementadas para superação de barreiras e melhora da comunicação entre profissionais em um pronto-socorro? **Justificativa:** A literatura aponta estudos com foco em uma categoria profissional ou em cenários específicos. Além disso, estudos tem investigado aspectos positivos e problemas de comunicação em saúde, mas sem identificar possíveis formas de resolução para o problema. Assim, é relevante desvelar a percepção de profissionais de diversas categorias de um serviço de pronto-socorro sobre estratégias para superação de barreiras na comunicação. **Objetivo:** analisar estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe interprofissional. **Método:** trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa; descritivo e interpretativo, realizado com 15 profissionais de saúde, em um pronto-socorro de um hospital referência em alta complexidade. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2024, por meio de entrevista submetidas a análise de conteúdo de Bardin e observação. **Resultados e discussão:** emergiram as categorias: “Relações interprofissionais e interpessoais no ambiente de pronto-socorro”; “Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais”, composta por duas subcategorias: “Rotina em um ambiente complexo” e “Utilização ineficiente de tecnologias” e “Estratégias para superação de barreiras à comunicação” que traz estratégias para superação das barreiras à comunicação no Pronto Socorro na visão dos profissionais, com destaque para a realização de treinamentos e criação de protocolos. **Considerações finais:** a comunicação no ambiente de pronto-socorro, se mostra mais difícil, tendo em vista as barreiras inerentes ao ambiente. As estratégias sugeridas para superação de barreiras são atingíveis e poderão servir como subsídios para mudanças. Algumas estratégias já são implementadas no setor, apesar da necessidade de amadurecimento e maior adesão, para alcançar efetividade.

**Descritores:** Comunicação em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Sistemas de Comunicação entre Serviços de Emergência; Estratégias de Saúde; Barreiras de Comunicação.

## ABSTRACT

Communication in healthcare services is complex at all levels of care, especially in emergency and urgent care settings, due to the need for rapid response and a high level of attention, interaction, and communication among professionals. Various factors can either facilitate or hinder communication and, consequently, patient care. Thus, this study focuses on strategies to overcome communication barriers in an emergency department. **Guiding Question:** From the perspective of the interprofessional team, what strategies should be implemented to overcome barriers and improve communication among professionals in an emergency department? **Justification:** The literature highlights studies focused on a single professional category or specific settings. Moreover, although research has explored both positive aspects and issues related to communication in healthcare, few have identified potential solutions to address the problem. Therefore, it is important to explore the perceptions of professionals from different categories within an emergency department regarding strategies to overcome communication barriers. **Objective:** To analyze strategies for overcoming barriers to effective communication among professionals in an emergency department, from the perspective of an interprofessional team. **Methods:** This qualitative, descriptive, and interpretative single-case study was conducted with 15 healthcare professionals in a high-complexity reference hospital's emergency department. Data were collected from September to November 2024 through interviews, analyzed using Bardin's content analysis, and observations. **Results and Discussion:** The study identified the following categories: (1) "Interprofessional and Interpersonal Relationships in the Emergency Department"; (2) "Barriers to Effective Communication Among Professionals," which includes two subcategories: "Routine in a Complex Environment" and "Inefficient Use of Technology"; and (3) "Strategies to Overcome Communication Barriers," highlighting professionals' perspectives on overcoming communication challenges in the emergency department, particularly through training sessions and protocol development. **Final Considerations:** Communication in the emergency department is particularly challenging due to environmental barriers. The proposed strategies are feasible and could drive meaningful changes. While some are already in place, further development and greater adherence are needed to ensure effectiveness.

**Descriptors:** Health Communication; Patient Care Team; Emergency Medical Service Communication Systems; Health Strategies; Communication Barriers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
E	Entrevistado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PS	Pronto-socorro
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>21</b>
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	21
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	21
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	22
4.4	COLETA DE DADOS.....	23
4.5	ANÁLISE DE DADOS .....	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	26
5.2	CATEGORIAS .....	26
<b>5.2.1</b>	<b>Relações interprofissionais e interpessoais no ambiente de pronto-socorro ....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais .....</b>	<b>29</b>
5.2.2.1	Rotinas em um ambiente complexo .....	30
5.2.2.2	Utilização ineficiente de tecnologias .....	33
<b>5.2.3</b>	<b>Estratégias para superação de barreiras à comunicação .....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados para entrevista .....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de análise documental (de domínio público) .....</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE C – Roteiro de observação.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO A – Parecer Departamento de Enfermagem Aplicada.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP UFMG .....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP FHEMIG.....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde, a comunicação é sempre uma questão desafiadora em todos os níveis de atenção e em nível global, tendo em vista sua importância para a tomada de decisões dos profissionais e desses com os pacientes. Em serviços de urgência/emergência a situação apresenta-se, ainda, mais complexa diante da necessidade de atuação rápida e especializada e elevado nível de atenção, interação e comunicação entre os sujeitos do processo. Além disso, com frequência, são observados aspectos inerentes ao nível de complexidade dos cuidados e a organização do serviço, que podem dificultar o trabalho articulado dos profissionais, como déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho e espaços físicos inadequados, que dificultam a comunicação e interação entre os trabalhadores. Nesse contexto, as particularidades do ambiente podem levar à fragilidade da comunicação e interferir nas relações interpessoais (Vasconcelos et al., 2021), tornando necessário a adoção de estratégias para superar as barreiras existentes no ambiente.

No contexto da saúde, a comunicação é item básico para assistência, sendo uma das ferramentas utilizadas para aperfeiçoar o saber-fazer profissional e oportunizar uma assistência de qualidade (Zani et al., 2014). Uma comunicação eficaz oferece oportunidade para que os membros da equipe interajam rotineiramente e possam atingir resultados mais satisfatórios para o paciente a partir de um plano terapêutico compartilhado, além do estabelecimento de uma relação saudável de confiança entre os profissionais no ambiente de trabalho.

A comunicação pode ocorrer de forma verbal, como a fala ou escrita, ou não verbal, através de gestos, expressões corporais e até mesmo o silêncio (Silva, 2003). A comunicação e a informação caminham juntas, mas é relevante ressaltar a diferença entre ambas: uma informação deve ser padronizada, ao passo que a comunicação requer interação e envolve habilidades comunicativas (Schorr et al., 2020). Independente da forma de comunicação, seu significado é vinculado ao contexto e cena em que ocorre (Ramos; Bortagarai, 2012).

No Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço Hospitalar de Emergência, sendo porta de entrada para atendimentos é um local onde se tem grande complexidade nos atendimentos (O'Dwyer et al., 2017). Especificamente para a área de urgência e emergência, a comunicação deve ser clara e segura, principalmente por estar em um contexto que exige atenção redobrada num ambiente estressante (Franco, 2020).

As barreiras comunicacionais são problemas que interferem e dificultam a comunicação. São 'ruídos' provocados por elementos internos ou externos que podem interferir na comunicação entre o emissor e o receptor. Nesse processo, estas barreiras podem ser

classificadas em: mecânica/física, semântica, pessoal, excesso e sobrecarga de informações (Kunsch, 2003). O processo de trabalho em urgência, é realizado em um ambiente com várias situações imprevisíveis, em ritmo opressivo e de adversidades, o que culmina em sobrecarga física e psicológica (Oliveira; Brito; Oliveira, 2018), o que pode interferir na comunicação entre profissionais e desses com os pacientes.

Assim, diversos fatores facilitam na comunicação, como entrosamento profissional e reuniões/capacitações periódicas (Witiski et al., 2019), outros, são barreiras à comunicação em unidades de urgência e emergência, ou seja, a dificultam. Entre os fatores dificultadores ou barreiras pode-se citar: superlotação com demanda elevada de atendimentos, sobrecarga profissional, ausência na padronização de condutas, falhas na passagem de plantão, falta de experiência, barulhos de aparelhos e monitores, conversas paralelas, interrupções por outros profissionais, incertezas e repetitividade ao invés de complementariedade das informações registradas. Tais fatores podem provocar distorções e interferir na efetividade da comunicação (Alves; Melo, 2019; Coifman et al., 2021; Redley et al., 2017).

E somado a esses fatores, o surgimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) ampliaram as disparidades nas relações (Stevanim; Murtinho, 2021). O desenvolvimento das tecnologias em saúde, em algumas situações, tem afetado a percepção dos profissionais quanto às suas práticas de relação interprofissional e com usuários dos serviços em diferentes contextos de trabalho.

Considerando que a comunicação efetiva é um dos pilares para o trabalho em equipe, a comunicação não efetiva pode levar ao cuidado inseguro e assistência inadequada (Melo et al., 2022) e está ligada ao aumento de problemas relacionados a segurança dos pacientes (Alves; Melo, 2019). Em países desenvolvidos, falhas de comunicação são os principais motivos de interferência negativa na qualidade assistencial e segurança do paciente (Ferreira et al., 2021).

Em setores de urgência e emergência, os processos de trabalho envolvem diversos atores, com diferentes funções, habilitações e meios que devem ser de fácil acesso a fim de garantir agilidade nos atendimentos (Martins; Alves, 2018). Em pronto-socorro (PS), diferente de outros cenários, a comunicação inicia-se na chegada e recepção do paciente na instituição, quando este é trazido por transeuntes, familiares, serviço pré-hospitalar móvel, corpo de bombeiros, policiais ou por meios próprios e deve ser efetiva desde esse início.

Merhy (1997), pondera que os modos de produção de saúde são ancorados em três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras são representadas pelo trabalho integrado por máquinas; as leve-duras os saberes e experiências profissionais para organização do trabalho e as leves, as relações, incluindo a comunicação. A comunicação como uma

tecnologia leve faz parte do processo de produção e seu processo operatório é aberto à construção por se tratar de uma relação com o trabalho vivo em ato, ou seja, por sua existência depender diretamente do ser humano. “As tecnologias leves estão presentes no espaço relacional do trabalho e se materializam nas atitudes dos sujeitos, podendo ser denominadas tecnologias relacionais” (Abreu; Amendola; Trovo, 2017, p. 1033).

As distintas relações mantidas pelas equipes de saúde culminam em formas e designação de funções que interferem no trabalho em equipe na prática. O paciente é avaliado individualmente por profissionais de várias áreas que se inter-relacionam (como enfermagem, nutrição, medicina, serviço social). Mas, na realidade, o que se observa são práticas de assistência aditivas e não integrativas (Martin et al., 2022).

Essas relações podem ser consideradas multiprofissionais, interprofissionais ou transprofissionais. As equipes multiprofissionais, que são as mais observadas na prática, são compostas por profissionais de diversas áreas que atuam de forma independente em prol de um objetivo, guiado, geralmente, pelo membro de mais alto escalão. As equipes interprofissionais são compostas de diversas áreas, sem um guia do mais alto escalão, mas sim um líder que supervisiona os cuidados; os membros compreendem as funções de cada um e trabalham de forma colaborativa. Já nas equipes transprofissionais também pode haver um líder e exigem que as diversas áreas transcendam as fronteiras profissionais, trocando conhecimentos e habilidades e reorganizando funções e perspectivas (Martin et al., 2022).

Empiricamente, percebe-se haver predominância da multiprofissionalidade, mas a interprofissionalidade é alcançável, unindo os diferentes conhecimentos e papéis profissionais, de forma a respeitar as singularidades de cada um em prol de um bem comum que é a assistência ao paciente (Araújo et al., 2017). A interprofissionalidade na saúde se caracteriza pela atuação da equipe de forma colaborativa, com compartilhamento de saberes e práticas, em benefício integral do usuário e coletividade (Peduzzi; Agreli, 2018). A interprofissionalidade conduz a garantia da integralidade do cuidado, sendo uma estratégia de atuação colaborativa e compartilhada para uma assistência que atenda as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira, 2018) e a comunicação efetiva é estratégia para boa atuação interprofissional e alcance de resultados positivos (Pereira et al., 2021).

Independente do modo predominante, a comunicação efetiva, deve ocorrer de maneira clara e conjunta e ser prática cotidiana (Biasibetti et al., 2019). A comunicação efetiva é estimulada até mesmo por autoridades internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma ferramenta essencial para garantia da segurança do paciente (Lemos et al., 2019) e pelo Sistema Único de Saúde.

A comunicação é de extrema importância para o trabalho interprofissional, sendo um dos pilares da colaboração (D'Amour, 2005). A comunicação eficaz se dá com diálogo, interlocução e escuta ativa de opiniões em prol de um objetivo comum. A chamada comunicação colaborativa, que proporciona correção de falhas de comunicação, fragilidade nas relações e hierarquias rígidas (WHO, 2021).

Em relação ao SUS e a comunicação, Araújo e Cardoso (2007) promovem uma reflexão sobre a comunicação e os princípios do SUS: a comunicação como direito de todos (princípio da universalidade); a comunicação respeitosa às diferenças (princípio da equidade); uma comunicação que atenda e ouça a todos (princípio da integralidade); uma comunicação que chegue a todos, no sentido da desconcentração de poder comunicativo (princípio da descentralização); a comunicação em vários níveis considerando que órgãos de níveis mais centrais devem apoiar a comunicação (princípio da hierarquização).

Considerando sua importância, aprimorar a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde na assistência consta entre as seis metas internacionais da segurança do paciente: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas. Essas metas foram criadas em 2005 pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente (criada em 2004 pela OMS), influenciada pelas metas de segurança do paciente da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Brasil, 2014; Brasil, 2024).

Além disso, a comunicação faz parte do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, visando tornar a segurança do paciente um valor primordial em políticas e liderança; conscientizar, formar e capacitar os profissionais de saúde sobre segurança do paciente; criar sistemas e processos seguros para melhorar continuamente a segurança; desenvolver e sustentar competências para a segurança do paciente; e fortalecer a colaboração e parceria na segurança do paciente. Tudo isso, vai de encontro à comunicação, essencial para segurança do paciente (WHO, 2021).

Diversos fatores influenciam positiva ou negativamente a comunicação entre profissionais. A literatura evidencia que os profissionais de saúde reconhecem a importância da comunicação efetiva no campo profissional para qualidade da assistência, mas apesar disso, a comunicação ainda se mostra frágil, sendo necessária a superação das barreiras que nela interferem (Coifman et al., 2021). Então, discute-se o que falta para que essa comunicação seja

efetiva e como ela pode se tornar efetiva. Há tempos a literatura revela a necessidade de a equipe conhecer mecanismos para melhora da comunicação em saúde.

Sabendo-se que a qualidade da assistência está relacionada com a qualidade da comunicação, pergunta-se: quais estratégias, na perspectiva da equipe assistencial, devem ser implementadas para superação de barreiras e melhora da comunicação entre profissionais em um pronto-socorro? Pressupõe-se encontrar um cenário onde os profissionais tenham real consciência da importância da comunicação, no entanto, não exercitam essa consciência e faltam práticas estratégicas, principalmente relacionadas a desenvolvimento pessoal, para que essa efetivação ocorra.

Foram encontrados na literatura principalmente estudos com foco em uma categoria profissional (Soares et al., 2020) ou em cenários distintos do que se deseja estudar, como neonatologia (Brito et al., 2022). Além do que, há diversos estudos investigando aspectos positivos e problemas de comunicação em saúde, mas não com o intuito de investigar e identificar possíveis soluções propor resolutividade para tais problemas (Coifman et al., 2021). Diante o exposto, torna-se relevante desvelar a percepção dos profissionais de diversas categorias de um serviço de pronto-socorro a respeito de estratégias para superação de barreiras na comunicação, seja verbal ou não verbal. O estudo sinaliza a necessidade de mudanças diante o fenômeno, bem como sugere formas de preenchimento de lacunas na comunicação. Assim, torna-se objeto deste estudo estratégias para superação de barreiras de comunicação em um pronto-socorro.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe interprofissional.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Compreender como se dá a comunicação interprofissional em um pronto-socorro.
- 2) Descrever as relações interprofissionais que influenciam a comunicação.
- 3) Descrever as barreiras à comunicação e como influenciam no cuidado ao paciente, na visão dos profissionais.

### 3 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

No SUS, desde 2002, a Portaria n° 2.048/2002, do Ministério da Saúde (MS), considerando que a área de Urgência e Emergência constitui um importante componente da assistência à saúde, aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Essa Portaria ao descrever o perfil dos profissionais da área da saúde e respectivas competências/atribuições prevê, entre outras habilidades, a “[...] iniciativa e facilidade de comunicação...capacidade de trabalhar em equipe [...]” (Brasil, 2002). Em 2011, por meio da Portaria n° 1.600, o MS reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, uma política pública de uma rede, em constante conexão (Brasil, 2011). Entre as diretrizes da RUE consta:

(1) Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; e (2) Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização” (Brasil, 2011, p. 1).

Ao propor um modelo de atenção compartilhado, com trabalho em equipe, está implícito a comunicação como ferramenta essencial. No entanto, o ritmo acelerado em um setor de urgência e emergência hospitalar influencia o processo de trabalho dos diversos profissionais cuja finalidade é promover, manter e recuperar a saúde, incluindo em suas ações, o compartilhamento de informações.

O serviço de emergência, é considerado um ambiente de alto risco para a segurança do paciente. Nesse ambiente, a comunicação pode ser fator positivo à segurança, mas também, ao mesmo tempo, fator de risco, se não for eficaz (Zimmer; Czarniecki; Sahm, 2021). Todos os profissionais se comunicam e interagem com outros de forma consciente ou não e faz-se necessário também uma avaliação introspectiva sobre falhas na comunicação (Zimmer; Czarniecki; Sahm, 2021).

Estudo de Moreira et al. (2019), realizado em um hospital público de ensino referência em várias especialidades, dentre elas a emergência, revela a relação da comunicação frágil com comportamentos destrutivos no ambiente de trabalho, revelando estratégias à comunicação, sob a visão dos participantes: reconhecimento dos comportamentos destrutivos por parte da equipe; diálogo; reuniões de equipe; liderança autêntica com foco em *feedback* e respeito mútuo.

Bankhead et al. (2023) elucidou que o preconceito entre profissionais também se mostra uma barreira à comunicação. Os principais alvos são mulheres e profissionais não brancos. A

identificação real desses alvos e fontes no ambiente de trabalho pode proporcionar a superação desse problema e melhoria da comunicação.

Estudo realizado com profissionais de saúde e administrativos de um hospital pediátrico de grande porte de Curitiba, revelaram como principais barreiras de comunicação: falta de comunicação completa e a interrupção da comunicação antes que essa chegasse ao receptor; falta de interesse do receptor; sobrecarga de trabalho e de informação; linguagem inadequada e problemas técnicos, por exemplo, com o telefone ou sistema de informação utilizado e rodízio de profissionais (Witiski et al., 2019).

Hemesath et al. (2019) revela que a comunicação efetiva depende de padronização no serviço, como uso de formulário pelas equipes, por exemplo na transferência de cuidados. Por outro lado, Santos et al. (2021), aponta que cada vez mais avanços tecnológicos são utilizados na tentativa de estimular a comunicação efetiva, mas apesar disso, não se comparam as vantagens da comunicação verbal.

Ressalta-se que a comunicação é a chave para a expressão, a transmissão de ideias, sentimentos e informações, e para o sucesso no trabalho e em diversas áreas da vida. É a forma como as pessoas se relacionam, trocam experiências, ideias e informações, tornando-se a chave para o sucesso de qualquer equipe e para ter clientes satisfeitos, além de criar um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Seguramente, o que a literatura elucida é que a comunicação é uma ferramenta de extrema importância que se não efetiva, impacta negativamente em diversos aspectos do cuidado em saúde. Deve ser efetiva, mas para isso, várias barreiras devem ser quebradas, a partir da construção de estratégias entre os profissionais. Os profissionais, precisam de estratégias para manter uma comunicação eficaz em situações estressantes. Nesse sentido, a comunicação como uma ação responsável, deve partir como interesse pessoal e, também, da instituição, sensibilizando sobre sua importância nas práticas em saúde (Schuelter et al., 2019). É fato que a comunicação efetiva é a chave para destravar a resolução de diversos enfrentamentos.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de caso único com abordagem qualitativa, buscando o entendimento da complexidade do fenômeno, em profundidade. Um estudo de caso é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos em um contexto real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão bem definidos (Yin, 2015).

A abordagem qualitativa busca questionar para compreender os atores em sua realidade, considerando o fenômeno em sua subjetividade, complexidade e dinamismo (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016). O foco não é estudar o fenômeno em si, mas seu significado para seus atores (Turato, 2005). É caracterizada pela empiria e sistematização de conhecimento e propicia elucidar processos ainda pouco investigados, possibilitando a construção de novas abordagens e revisão e elaboração de novos pressupostos, conceitos e categorias (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016).

Foi realizado um estudo descritivo e interpretativo. O descritivo busca descrever as características desse fenômeno (Gerhardt; Silveira, 2009). Já o estudo interpretativo, visa compreender o mundo sob a ótica dos participantes (Fonseca, 2002).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um pronto-socorro de um hospital de alta complexidade de Belo Horizonte, referência no atendimento de urgência e emergência a pacientes graves, sejam adultos ou crianças. Esse PS atua como referência a pacientes politraumatizados, grandes queimados, intoxicados e situações que exigem atendimento imediato devido ao risco de morte, sejam elas clínicas ou cirúrgicas (Fhemig, 2024). A escolha do local se deve ao fato de ser um hospital de ensino de grande porte, o que concede maior importância ao estudo e ser um local de ensino, facilita a realização de pesquisas e sua aplicação.

O hospital conta com 477 leitos e realiza mais de 80 mil atendimentos por ano. O PS, cenário do estudo, conta com oito salas de atendimento, sendo duas a pacientes que necessitam de atendimento urgente ou emergente, nomeadas como sala de politraumatismos e sala de emergências clínicas, além de salas de exame e outros atendimentos como realização de sutura. Conta com profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, além da equipe de limpeza, cozinha, manutenção e

administrativo (Fhemig, 2024). Um pronto socorro, em seu significado terminológico, presta assistência ininterrupta, ou seja, 24 horas, a casos com ou sem risco de vida e que necessitam de atendimento imediato (Brasil, 1985). O PS é referência para Belo Horizonte e o estado de Minas Gerais. Tem capacidade tecnológica, para atender várias situações de urgência e emergência e, em alguns casos, é o único PS que disponibiliza serviços como toxicologia. Em seu perfil assistencial são descritas as seguintes situações de atendimento:

Atendimento a pacientes politraumatizados; atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos a vítimas de acidentes em estado grave; atendimento em urgência de clínica médica; cirurgia de urgência a pacientes com risco de morte; tratamento médico a adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários; atendimento médico-hospitalar a feridos em grandes catástrofes; atendimento a vítimas de grandes queimaduras; atendimento de urgência a vítimas de ataques de animais; atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave; informação e tratamento em casos de intoxicação química e picadas de escorpião e outros animais peçonhentos (Fhemig, 2024).

Importante explicitar a possibilidade de viés relacionado a pesquisadora trabalhar na instituição local do estudo. No entanto, esse viés pôde ser minimizado pela consciência da pesquisadora e o fato de os participantes não envolverem a pesquisadora em suas falas.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais ligados a assistência ao paciente no pronto-socorro, nos turnos diurno e noturno: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos e psicólogos, além de uma informante-chave, em cargo de chefia, que atenderam ao critério de inclusão. Foi considerado critério de inclusão: profissionais que estejam trabalhando há pelos menos 6 meses no pronto-socorro da instituição e critérios de exclusão: profissionais afastados do trabalho por licenças ou férias à época da coleta de dados. Preconizou-se a participação de ao menos um profissional de cada categoria do PS, mas ao final, excluiu-se a participação de profissionais da nutrição e terapia ocupacional, devido atenderem no setor somente através de interconsulta.

A amostragem se deu por saturação teórica dos dados (Minayo, 2017), ou seja, quando não foram mais acrescentadas novas informações. Para avaliar e atingir saturação teórica de dados, seguiu-se os passos de Fontanella et al. (2011): dispor os registros de dados na íntegra a todos os pesquisadores, desde a primeira coleta; "imersão" em cada registro a partir de leituras e audições individuais; agrupar as análises individuais de cada pesquisador para cada entrevista, criando pré-categorias ou novas categorias; reunir os temas para cada pré-categoria ou nova

categoria, agregando as falas referência para a descrição dos núcleos de sentido; codificar os dados em cada pré-categoria ou categoria; alocar os temas; constatar a saturação teórica para cada pré-categoria; detectar a saturação e destacá-la através de recurso visual.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Segundo Flick (2011), devido a pesquisa social se relacionar a diversos pontos de vista, a utilização de apenas uma forma de coleta de dados seria insuficiente para compreensão do fenômeno e, por isso, foi adotada a triangulação de dados, também preconizada no estudo de caso. Assim, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice A), análise documental (Apêndice B) e observação não participante (Apêndice C), (sendo esses dois últimos de forma complementar) em horários e dias alternados, conforme disponibilidade dos participantes e até atingir a saturação teórica dos dados. Após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética e em Pesquisa, foi realizado teste piloto, com três entrevistas, para verificar a compreensão do roteiro e a possibilidade de alcançar os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados somente foi iniciada após finalização dos trâmites éticos e legais. As entrevistas foram conduzidas presencialmente, no local de trabalho dos profissionais, de acordo com sua disponibilidade e em local privativo. Os entrevistados foram abordados presencialmente pela própria pesquisadora e convidados a participar da pesquisa, após a chefia dos participantes ser informada e autorizar. Foi solicitada a lista de profissionais, por plantão, para sorteio dos profissionais a serem convidados. Após as entrevistas os participantes foram identificados através das siglas E1, E2, E3 e assim por diante, de acordo com a ordem das entrevistas, a fim de garantir anonimato. Para garantir a confiabilidade das informações, as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes, transcritas na íntegra e salvos na nuvem protegidos por senha. Os dados foram arquivados na nuvem e protegidos por senha, de forma segura pela pesquisadora coordenadora por um período de cinco anos e após esse período serão excluídos.

A entrevista é uma técnica alternativa para coleta de dados não documentados, realizada a partir de interação social, em que uma das partes busca obter dados e a outra é a fonte de informação. Na entrevista com roteiro semiestruturado, o pesquisador cria um roteiro sobre o tema, a partir de seus objetivos e conduz o entrevistado a falar livremente sobre o assunto e seus desdobramentos (Gerhardt; Silveira, 2009). A análise documental foi realizada através da análise de qualquer material de domínio público disposto no hospital, seja ela com uso de tecnologia ou não, visando complementar informações ou desvelar novos aspectos (Gerhardt;

Silveira, 2009). Assim, foram analisados cartazes, placas e protocolos de domínio público, que eram visualizados no ambiente. As observações foram registradas em um diário de campo. O pesquisador descreveu suas observações e interpretações. A observação possibilita contato direto do pesquisador com o fenômeno, sendo considerada a melhor forma de verificação para se aproximar das perspectivas dos sujeitos e apreensão da visão de mundo dos participantes. A observação envolve além da observação direta, técnicas para envolvimento do pesquisador no cenário, sendo esse envolvimento, em graus, construídos pelo pesquisador (Ludke; André, 2013).

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram transcritos e analisados pelo próprio pesquisador por meio da análise de conteúdo por categorias temáticas, segundo Bardin (2016), com auxílio do *software* MAXQDA®. A análise dos dados fundamentada na interpretação qualitativa utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin (2016), propõe obter indicadores de sentido que integram os dados, a partir dos objetivos do estudo. A análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas: pré-análise, que pressupõe a leitura do material por diversas vezes para familiarização e criação de unidades de sentidos; exploração do material, que recomenda a identificação de categorias e unidades de sentidos; e tratamento dos resultados e interpretação, que consiste na apreensão dos conteúdos manifestos e latentes, confrontando, analisando e ressaltando os aspectos semelhantes e os diferentes, fazendo inferência e interpretação do material e dialogando com a teoria e realidade (Bardin, 2016).

Os resultados foram apresentados em três categorias temáticas: “Relações interprofissionais e interpessoais no ambiente de pronto-socorro”; “Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais”, composta por duas subcategorias: “Rotina em um ambiente complexo” e “Utilização ineficiente de tecnologias”; e “Estratégias para superação de barreiras à comunicação”.

As categorias foram construídas a partir da extração de falas brutas, que foram associadas a códigos/unidades de sentido, criando-se a partir disso subcategorias e, então, categorias. Por exemplo, a fala “Ele é bem complexo, dinâmico. Tem dias que são plantões tranquilos, tem dias que são plantões pesados”, foi associada ao código “Rotina/Como é o trabalho”, que foi associado a subcategoria “Rotinas em um ambiente complexo “ e então, à categoria “Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais”

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012; Brasil, 2016), inicialmente a pesquisa foi submetida à apreciação das instâncias institucionais necessárias: Departamento de Enfermagem Aplicada (Anexo A) e ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) (Anexo B) e posteriormente ao CEP da instituição local do estudo (Anexo C). Após aprovação final pelos CEPs, os participantes do estudo assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador após leitura e esclarecimentos. Foi garantido sigilo, privacidade, anonimato e liberdade de recusa e retirada de consentimento em qualquer fase do estudo. Quanto a análise documental, por se tratar de análise de documentos de domínio público, dispensou-se Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

**Benefícios:** apesar de não haver proposta intervencionista, este estudo poderá produzir resultados que viabilizem a sinalização de mudanças e propostas a serem desenvolvidas no cenário do trabalho em saúde, de modo a promover o trabalho pautado na comunicação de qualidade. Além disso, considerando ser um estudo realizado em um hospital de grande porte, o que contribui em sua maior robustez para que seus resultados sejam considerados em outros hospitais, a fim de também provocar mudanças necessárias.

**Riscos:** os riscos foram mínimos, mas existentes. Envolviam a possibilidade de desconforto psicológico, que foi amenizado na abordagem do pesquisador com o participante, além da possibilidade de desistência de participação na pesquisa durante a entrevista. O participante foi acolhido em suas necessidades pelo pesquisador. Não houve riscos físicos. Os materiais coletados foram analisados e arquivados sob sigilo e sem identificação dos participantes.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Participaram do estudo 15 profissionais: três enfermeiros, sendo um informante-chave, um assistente social, dois médicos, cinco técnicos de enfermagem, dois técnicos em farmácia, um fisioterapeuta e um psicólogo. Desses 13 eram do sexo feminino (87%), 14 (93%) possuíam ensino superior completo, mesmo que exercessem cargo técnico. Tempo médio de atuação no cargo foi de 11 anos.

A maioria feminina está de acordo com a literatura que revela uma tendência histórica à feminização das profissões na área da saúde relacionado ao cuidar como papel da mulher (Boniol et al., 2019). O tempo médio de atuação se relaciona ao fato de ser um hospital público em que uma das formas de admissão é por concurso público, o que faz com que haja número expressivo de profissionais com maior tempo de permanência.

O fato de alguns profissionais possuírem ensino superior, mesmo exercendo cargo técnico parece se atrelar, muitas vezes, a existência de progressão de carreira e salarial que a Instituição oferece. Desde 2006, o Ministério da Saúde tem instituído o “PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde” a fim de promover o desenvolvimento do trabalhador (Brasil, 2006).

Durante uma das entrevistas, um entrevistado se emocionou e precisou ser acolhido pela pesquisadora. O fato também mostra como a temática, ao tocar em problemas de relacionamento e falhas organizacionais, pode até mesmo provocar reações emocionais aos envolvidos, considerando a comunicação tão importante.

### **5.2 CATEGORIAS**

#### **5.2.1 Relações interprofissionais e interpessoais no ambiente de pronto-socorro**

Essa categoria expressa relações interprofissionais e interpessoais frágeis ilustradas por falas referente a preguiça, ego/superioridade, perfil inadequado, falta de interesse e modo de falar com ironia e rispidez. No entanto a literatura evidencia que a interação e integração entre os profissionais de saúde, constitui elo para o desenvolvimento de um bom trabalho (Melo et al., 2023).

As relações interpessoais no trabalho compreendem interações entre os profissionais de uma mesma instituição, objetivando o bem-estar. Um dos principais instrumentos de relacionamento para alcance dos objetivos comuns é a comunicação. Ressalta-se que a comunicação pode ser benéfica, favorecendo as relações, mas também pode prejudicar as relações, se utilizada de forma danosa (Santos et al., 2019; Sbordoni et al., 2020).

No ambiente de trabalho, a comunicação pode ser descrita como interpessoal ou interna. A comunicação interpessoal envolve duas ou mais pessoas e o foco do assunto nem sempre é o trabalho. Pode se dar através da comunicação verbal ou não verbal, com interações que podem despertar afetos e desafetos para além do trabalho (Santos et al., 2019; Tsukamoto et al., 2019). A comunicação interna no trabalho é descrita como ações utilizadas pelos serviços e instituições para possibilitar relações com os profissionais e transmitir mensagens. Nesse caso, há prevalência da linguagem formal, especialmente escrita. Muitas vezes essa comunicação é unidirecional e hierarquizada, com decisão dos gestores e pouca participação dos executantes (Carús et al., 2021; Sbordoni et al., 2020).

A preguiça e a falta de interesse foram relatadas como características de alguns profissionais que não cumprem seu papel como deveriam. Essa característica interfere, por exemplo, na transferência de cuidados. O profissional desiste de realizar passagem de caso para outro profissional, o que pode comprometer até mesmo a segurança do paciente.

*“A barreira vem da própria pessoa, pela falta de interesse ao próximo.” (E1)*

*“Para mim, a única barreira que é explicada, a única coisa que eu vejo, é preguiça, porque não vejo outra explicação. (...) Se alguém chega aqui para mim, no meu setor, e fala assim ‘estão precisando de você lá na reanimação’. Eu vou lá imediatamente, eu não questiono. Às vezes vem sem a passagem de caso, mas eu sei que é uma urgência. Mas na maioria das vezes não é. Então, qual é a explicação para isso acontecer diariamente, sem ser em casos de intercorrências graves, é só uma avaliação, alguma coisa assim, de não ser passado. De não fazer o mínimo, sabe? Para mim, a única explicação é preguiça, porque eu chego lá, está todo mundo sentado, mexendo no celular. Por que não veio aqui conversar comigo? Então, acho isso.” (E2)*

*“(...) eu acho que, primeiro, o comportamento da pessoa no dia a dia. Se a pessoa tem uma relação mais amigável com as pessoas, se ela consegue ter um relacionamento interpessoal mais tranquilo. Se a pessoa for muito fechada isso vai dificultar os relacionamentos, porque cria uma barreira. Tem que ter disponibilidade de ouvir o outro, a gente tem que estar disponível mesmo naquilo que não sou eu que vou resolver. A gente tem que ter disponibilidade de escuta. Tem que ter o interesse, também, de ajudar o colega. Porque, se ele chega para mim e me traz uma questão, é porque ele pensa, ela pode ter informação, ela pode me ajudar.” (E9)*

Os relatos mostram que há falta de disponibilidade de profissionais em ajudar o colega, em ouvi-lo. Há também pessoas com perfil menos comunicativo, o que surgiu como dificultador

para o trabalho. Para que esse trabalho seja considerado um trabalho em equipe efetivo, são considerados pilares, dentre outros: comunicação, entrosamento, ajuda mútua, disponibilidade interna, proatividade, colaboração (Melo et al., 2022).

A forma de se comunicar também interfere no trabalho, que se torna mais prazeroso quando há comunicação não violenta. A comunicação não violenta é pautada na ideia da existência de conflitos e que estes são fundamentais para promover reflexões e aprendizado pelos envolvidos. No entanto, há de se criar formas de rejeição à violência em todas as suas formas, a fim de solucionar os problemas e beneficiar o ambiente de trabalho e o trabalhador (Rosenberg, 2006).

*“Olha, o jeito que você comunica para a pessoa. Por exemplo, ele pede, me dá uma agulha. Me dá uma gazinha. A gente corre, vai e dá. Conforme a sua pergunta, a gente vai. O que você quer? Você precisa de alguma coisa? A gente providencia.” (E5)*

*“Eu acho, primeiro, que a pessoa tem que ser dinâmica, mais extrovertida, eu acho que com uma comunicação ela fica melhor, às vezes, tom de fala, evitar sarcasmo, evitar ironia, acho que funciona bem. Eu percebo muito isso aqui com meus colegas, muita ironia, muita sátira, então eu acho que isso é um problema de comunicação. Às vezes, tom de voz um pouco mais elevado ou assuntos não profissionais, eu acho que isso atrapalha um pouco a comunicação.” (E11)*

Como na fala de E11, o tom de voz exaltado e expressões irônicas, prejudicam as relações entre os profissionais, pois geram maior possibilidade de má interpretação. Como observado pelo pesquisador e no relato, a presença de assuntos não profissionais também é prejudicial.

Observou-se também a frequência de conversas paralelas, que não dizem respeito ao trabalho ou assistência, brincadeiras e tons de vozes elevados.

*“São os probleminhas do dia a dia de comunicação, de colegas... Que sabem, mas querem sobressair em relação a quem não estudou. Mas só que quem não estudou também é inteligente. Tem que ter educação, até para falar, para pedir. E tratar todo mundo igual. (...) O problema todo é só a comunicação mesmo que falta.” (E5)*

A forma inadequada de alguns profissionais se comunicar, associada ao maior nível de escolaridade e conhecimento, pode soar como forma de sobressair. Ou seja, como na fala acima, o entrevistado retrata que a forma de se comunicar é importante e que se utilizada de forma errada, pode soar prepotente e estremecer as relações interpessoais. A relação ficou comprometida pela posição hierárquica definida pelo conhecimento e pela desconsideração do profissional menos escolarizado, que se considera “inteligente” e merece tratamento igualitário e com educação.

O fator idade elevada associada aos muitos anos de trabalho na instituição, foram relacionados a dificuldade de comunicação na medida em que esses funcionários, em sua maioria, demonstram maior dificuldade em se atualizar e utilizar novas tecnologias, por exemplo. As gerações mais novas foram impactadas por diversas tecnologias, por novas maneiras de comunicação e pela transição do analógico para o digital. Estudo realizado em cinco empresas de grande porte de diversas áreas mostraram que gerações mais velhas ao enfrentar mudanças rápidas podem experimentar duas frustrações: a) com a velocidade com que os jovens lidam com a mudança; e b) com a inadequação parcial de seu conhecimento para lidar com as mudanças. Assim, às vezes, gerações mais velhas podem apresentar menos propensão a confiar e menos propensão a cooperar nas trocas de conhecimento, o que impacta a comunicação (Migueles et al., 2021).

O serviço público também é relatado como um local de menor cobrança quanto a regras para os funcionários em relação ao serviço privado.

*“Outra coisa que eu também acho, nós temos pessoas de várias idades, então eles têm mais dificuldade com essas coisas voltadas para a tecnologia. Então, acessar o computador, ver o passômetro, tem gente que não consegue tirar o passômetro. Igual a nossa coordenação, manda para a gente os recados, coisas do nosso trabalho. Tem gente que não entende o que está escrito e por falta de treinamento. Então, eu acho que a gente tem um pronto-socorro misto, eclético, nem sei como é que eu falo.” (E1)*

*“Principalmente quando o pessoal é muito mais antigo. Eu acho que o serviço público é mais resistente. (...) Aqueles protocolos de fazer as coisas direito, igual manda o figurino, sabe? Eu acho que eles são mais resistentes.” (E14)*

Estudo revela que a formação acadêmica recente somada a imaturidade dos profissionais é quesito negativo aos processos de trabalho e trabalho em equipe. Já a formação mais antiga também dificulta o trabalho em equipe, por ser centrada no modelo biomédico (Melo et al., 2022). Esse é um problema geracional encontrado em ambientes de trabalho de diferentes áreas de atuação e uma solução seria uma política das empresas no sentido de valorizar o conhecimento atualizado das novas gerações e a experiência dos profissionais mais velhos. Todos têm uma contribuição importante que necessita ser mediada pela comunicação.

### **5.2.2 Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais**

A categoria “Barreiras à comunicação efetiva entre profissionais”, elucida resultados encontrados divididos em duas subcategorias referentes a fatores que influenciam na

comunicação, influenciados pelas rotinas em um ambiente complexo, muitas vezes conturbado do PS e utilização ineficiente de tecnologias.

#### 5.2.2.1 Rotinas em um ambiente complexo

A rotina complexa, imprevisível e dinâmica do PS, permeada pela grande demanda de pacientes e consequente excesso de trabalho, se mostrou como uma das principais barreiras à comunicação entre os profissionais. A grande demanda assistencial faz com que os profissionais priorizem e tenham uma tendência a realizar atividades consideradas mais urgentes. A comunicação efetiva parece, então, ser considerada algo não urgente na prática.

Nas observações, foi notória a dinâmica e a imprevisibilidade do local: momentos tranquilos e momentos conturbados.

*“O pronto-socorro é bem complexo, dinâmico. Tem dias que são plantões tranquilos, tem dias que são plantões pesados (...) a demanda aqui é grande. Na hora que você pensa que vai esvaziar enche de novo.” (E1)*

*“(...) é bem agitado aqui porque às vezes você pensa que vai ficar tranquilo e não fica, porque chega paciente queimado, atropelamento, afogamento, enforcamento, aqui chega de tudo (...). E ainda tem o heliponto que traz os pacientes graves, o heliponto traz e a gente fica o tempo todo esperando chegar alguma coisa grave.” (E4)*

Serviços de urgência e emergência passam por dificuldades relacionadas a falta de infraestrutura associada a rotina de trabalho exaustiva, impactando no estresse no ambiente de trabalho e interferindo na comunicação e, conseqüentemente, na assistência (Capozzolo et al., 2018; Ferro et al., 2018). É inegável que o setor tem também como característica a imprevisibilidade e complexidade: muitos pacientes são vítimas de traumas graves, que podem chegar a qualquer momento e por isso, a equipe deve estar em estado de alerta permanente.

O hospital do estudo também possui um heliponto inaugurado no dia 17 de dezembro de 2010, para dar mais agilidade e segurança no atendimento a pacientes vítimas de traumas graves e com risco de morte (Hospital [...], 2010). O recebimento de aeronaves possibilita a redução do tempo resposta dos atendimentos, a mobilização de recursos e facilita o fluxo assistencial, o que aumenta a chance de sobrevivência dos pacientes mais graves. Para manter a organização na utilização do heliponto, há comunicação prévia do médico da aeronave com a coordenação médica do pronto-socorro, o que é fundamental e garante uma comunicação direta e preparo para receber o paciente (Sieglitz, 2023).

*“Segunda-feira é o pior dia em qualquer pronto-socorro. Porque as pessoas que adoeceram no final de semana, mesmo as vítimas de trauma, quedas da própria altura, que é causa frequente de trauma, deixam para vir na segunda-feira. Ou por interesse secundário, de conseguir um atestado, ou pelo simples fato de não querer perder os benefícios do final de semana. Então, o pronto-socorro na segunda-feira, tende a ser mais cheio e mais caótico. Então, as pessoas tendem a ter um comportamento pior na segunda que na terça, quarta ou na quinta-feira (dias mais tranquilos). O dia versus noite tem uma diferença marcante, também. Durante o dia, as pessoas tendem a passar o caso com mais detalhes, mais calma do que à noite (...). Você vai, cada vez mais, priorizar o mais importante para resolver o problema o mais rápido possível. Essa noção de urgência é maior à noite do que no dia. Independente do caso, sabe? Eu acho que é fato de todo pronto-socorro.” (E12)*

O uso inadequado das unidades de pronto-socorro é uma realidade em muitos locais e está relacionada em muitos casos a uma fragilidade na cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) (Baratieri et al., 2021). Na segunda-feira há uma tendência a ter maior número de pacientes admitidos por demandas não urgentes, muitos em busca de atestado. Isso acarreta sobrecarga de trabalho devido superlotação (mesmo com o PS cheio de pacientes, os mais graves devem ser atendidos primeiro), deixando os profissionais mais estressados devido necessidade de resolução de demandas urgentes e não urgentes. Por outro lado, a comunicação entre os níveis de atenção e entre diferentes serviços é frágil, gerando críticas frequentes.

O turno de trabalho dia *versus* noite também influencia na comunicação. A noite tudo parece ser urgente se comparado ao dia. Durante o dia as pendências são mais fáceis de serem resolvidas: observou-se que há maior número de profissionais assistenciais, contando residentes e profissionais administrativos. A noite também parece ser influenciada pelo horário de descanso mais estendido em relação ao dia, conforme previsto em lei. Consequentemente, há menor tempo dedicado ao trabalho assistencial, o que pode modificar a noção de urgência entre um turno e outro.

Além da dinâmica do setor ser diferente nos plantões diurnos e noturnos, a gravidade e instabilidade dos pacientes fazem com que os profissionais se mantenham em estado de alerta permanente, ficando a comunicação em segundo plano. A exemplo disso, na transferência de cuidados, sendo a comunicação oral a forma predominante, se utilizada adequadamente, tende a viabilizar a continuidade do cuidado mais seguro (Mello et al., 2021).

Apesar da imprevisibilidade do PS, no geral, há atividades de rotina já estabelecidas para cada categoria profissional. No entanto, mesmo tendo algumas rotinas estabelecidas os profissionais podem ser surpreendidos, considerando que o paciente pode estar bem e de repente, apresentar piora e correr risco de morte, necessitando de intervenção imediata. Muitas vezes o paciente apresenta instabilidades não previstas e os profissionais necessitam estar atentos a essas possibilidades.

*“Chegar de manhã, ver a pessoa no leito, pegar o plantão, ver se a pessoa está viva no leito, porque isso é importante, olhar os dados. Eu acho que é o correto, o que tem que ser. Ainda mais a gente que trabalha na parte da urgência, na mesma hora que a pessoa está bem, ela pode não estar.” (E1)*

Além dos cuidados assistenciais, ficou evidente que a necessidade de dar alta aos pacientes é de extrema importância. Isso demanda atenção e prioridade dos profissionais em um setor que é “porta aberta” para atendimentos, a fim de evitar a superlotação. Foi possível observar grande presença de pacientes no corredor, o que interfere na dinâmica do ambiente, visto que o corredor não é local apropriado para a assistência.

A alta dos pacientes pode ocorrer entre uma especialidade e outra, por exemplo, o paciente acompanhado pela cirurgia geral e neurocirurgia, pode ganhar alta de uma das especialidades e seguir somente com outra. Ou pode até mesmo ganhar alta de uma sala de maior complexidade para outra de menor complexidade. Essa “alta” significa uma transferência de responsabilidades e exige comunicação efetiva para que o paciente tenha a cobertura que necessita. Essa alta se dá através da comunicação oral e escrita. Os médicos evoluem no sistema do computador o quadro e alta do paciente e comunicam ao enfermeiro ou técnico de enfermagem, que providenciam essa alta.

*“A gente pega o plantão, avalia os pacientes, comunica a enfermagem sobre possibilidades de alta, permanecer na sala ou transferência para a unidade de terapia intensiva e faz atendimento de intercorrências ao longo do dia.” (E2)*

Não são todos os pacientes que necessitam de atendimento de todas as categorias profissionais. Algumas categorias disponibilizam atendimento de acordo com protocolos ou solicitação de interconsultas por outros profissionais. Ou seja, o atendimento acontece por meio da comunicação por um fluxograma de triagem ou solicitação de interconsulta no sistema do hospital para acompanhamento dos pacientes. A fala a seguir, por exemplo, relata que a equipe de fisioterapia atende pacientes com demandas respiratórias, conforme protocolo ou salvo demandas específicas.

*“Temos um fluxograma de pacientes que a gente tem que acompanhar. E quando a gente chega, pega o plantão, a gente faz uma triagem dos novos pacientes, se é necessário ou não acompanhamento da fisioterapia. A gente avalia os pacientes e, se necessário, coloca na nossa listagem de pacientes para serem atendidos ou não.” (E3)*

A organização do trabalho da equipe de unidades de urgência e emergência necessita focar no atendimento de pacientes com potencial risco à vida, mas há pacientes com demandas não urgentes e que necessitam de assistência nas salas de observação, não havendo um padrão

das demandas cotidianas: um dia pode ter predominância de pacientes mais graves e em outros de pacientes que permanecem em observação. Essa característica muito dinâmica pode gerar sobrecarga dos profissionais e os pacientes podem deixar de ter suas necessidades atendidas adequadamente. Nesse sentido, o trabalho em equipe é uma forma eficiente de organizar as habilidades profissionais, proporcionar o compartilhamento de tarefas e saberes, visando um atendimento humanizado no cuidar e a proteção do trabalhador do setor reconhecido como um cenário de trabalho desafiador e estressante para profissionais de saúde.

#### 5.2.2.2 Utilização ineficiente de tecnologias

Foram explicitadas pelos entrevistados as formas de comunicação utilizadas, bem como algumas foram constatadas nas observações e análise documental: quadro de avisos, sinais sonoros padronizados, pasta de orientações de funcionários, sistema de evolução de pacientes, aplicativos no computador para transferência de cuidados e evoluções dos pacientes pelos profissionais.

Além de reuniões há um momento que é marcado como ápice, o chamado *safety huddle* ou mais conhecido como *huddle*. É recomendado pelo *Institute for Healthcare Improvement* como ferramenta para tornar a comunicação mais efetiva (IHI, 2018), são “reuniões de segurança”, um momento com horário marcado para discussão rápida de altas, pendências, necessidade de melhorias e informes gerais. O *huddle* é uma ferramenta estratégica valiosa e eficaz na comunicação entre profissionais de saúde e gestores, impactando positivamente até mesmo na percepção da segurança do paciente e boas práticas (Moraes; Almeida; Carvalho, 2023).

No entanto, muitos profissionais não sabem que todo e qualquer profissional pode participar do *huddle*. A pouca troca de informações entre os profissionais torna muitas propostas fracassadas, pois interfere negativamente na compreensão das informações pelos trabalhadores, que muitas vezes não tem nem espaço de fala nas tomadas de decisões (Adriani et al., 2022).

*“Aqui no pronto-socorro tem o tal huddle que eles falam. (...) Eu nem sei como funciona, porque nós não participamos. O farmacêutico participa, mas eu acho que falta participar os menores na escala de hierarquia. Eu falo que aqui é muito cacique para pouco índio. A gente não fica sabendo. E ainda não é repassado também. (...) Nunca é chamada a participação da gente. (E7)*

*“Eu acho que falta um compromisso da coordenação em verificar se a comunicação chegou, atingiu todo mundo, ou pelo menos uma porcentagem que seja adequada. Acho que no ambiente que a gente está, a comunicação tem que chegar em 100%. Não é nenhum percentual, tem que ser 100%. Então, não existe ferramentas que diga*

*ou compromisso da coordenação, da direção de quaisquer pessoas em dizer se aquela comunicação chegou, se aquele informe chegou. Nós vemos aqui interesse quando a coisa é pontual. Mas são pontos quando é interesse apenas da direção para ter poder, aí a gente fica até com medo.” (E7)*

Apesar da utilização de alguns aplicativos no computador e utilização também do *WhatsApp* para comunicação entre os profissionais que aderem ao aplicativo, o setor ainda é pouco sistematizado no quesito uso de tecnologias, como sistemas de informação e programas computacionais. Ainda são utilizados muitos papéis e muitas pendências a serem resolvidas precisam se dar pessoalmente, exames de imagem são acessados apenas via papel, o acompanhamento de altas e admissões se dão em muitos momentos por evoluções realizadas a mão, técnicos de enfermagem não tem acesso aos computadores e sistemas utilizados. Assim, as formas de se comunicar deixam vieses, não sendo acessível a todos os profissionais.

Pela análise documental e observação foi possível constatar que, com exceção do aplicativo *WhatsApp* e alguns meios utilizados no computador, ainda há falta de informatização de dados da assistência, o que gera dificuldades de acesso às informações dos pacientes e não contribui com a otimização do tempo em um ambiente que cada segundo pode salvar vidas. Observou-se a presença de poluição visual: cartazes informativos colados nas paredes e portas, algumas vezes desatualizados ou repetidos e placas de identificação de leitos sem padrão definido, o que pode ser fator confusional, contra a comunicação efetiva.

*“Então, por exemplo, em outros lugares, quando o paciente chega, no meu caso, é um paciente vítima de traumatismo cranioencefálico, chega no hospital e precisa de uma tomografia. Em outros lugares, o paciente vai direto para o tomógrafo, faz e o exame fica disponível no computador. O médico nem precisa sair do lugar. Aqui não, você tem que levantar da cadeira e ir lá pegar o filme e ir ver o paciente.” (E12)*

*“Ela (comunicação) parece um telefone sem fio, né? Para você ter certeza daquilo mesmo, é melhor pegar o prontuário (via papel, o qual o técnico de enfermagem tem acesso) e ler, antes de você fazer qualquer coisa, mesmo tendo o prontuário, tem coisa escrita errada. Então, ela é falha, ela não é dinâmica, principalmente na hora de passar o plantão ou de pegar o plantão.” (E1)*

O entrevistado elucida a necessidade de mais de uma forma de comunicação para que ela seja efetiva, para que se tenha certeza da conduta a ser tomada. Inconformidades nos registros existem nas práticas profissionais, mas não deveriam, pois fragilizam a segurança do paciente. Há desafios no processo educativo e de criação e formas mais gerenciáveis de registros de qualidade, para garantir a comunicação de evidências (Bombarda; Joaquim, 2022).

Práticas inseguras de medicação e erros, como instruções pouco claras, é uma das principais causas de danos evitáveis nos cuidados de saúde em todo o mundo. Estudos mostram

que, em média, um em cada 10 pacientes sofreu evento adverso enquanto internados, em países de elevado rendimento (WHO, 2016).

Vale destacar também a vulnerabilidade das transferências de cuidado no âmbito intra-hospitalar, influenciadas pelo perfil do pronto-socorro, como quantidade de profissionais, bombardeamento de informações e falta e/ou uso inadequado das tecnologias.

*“Eu acho que quanto mais gente busca, mais essa comunicação se perde, aí a gente acha que está atento ali, que tem um exame para fazer’, mas na verdade não comunicou e não é bem assim, porque tem vários pacientes para serem olhados (...) Às vezes acontecem várias coisas ao mesmo tempo e eu acho que comunicar as coisas é primordial. Um exame que tem que ser feito, uma avaliação que foi pedida a outra especialidade, às vezes pede uma avaliação da ortopedia, mas não é comunicado, uma avaliação da neuro não comunicada ou da clínica médica não comunicada, ou da fisioterapia que, às vezes, não é comunicado. Não custa, a gente está ali o tempo inteiro é só falar “Olha, quando vocês enxergaram alguém da neuro pede a avaliação para fulano de tal”. (...) e isso vai impactar no cuidado do paciente, porque ele vai ficar sem fazer o exame e quanto antes melhor. Às vezes você precisa do exame para fechar um diagnóstico, para pensar se vai levar o paciente para o bloco, se ele precisa de uma intervenção cirúrgica ou não, ou uma medicação que foi prescrita para ser feita naquele momento, mas não foi comunicado, e só depois é que vão ver que tinha que ser feita, isso impacta diretamente no cuidado, na demora e na assistência ao paciente, isso vai só prolongando a permanência do paciente ali na emergência.”*  
(E3)

Foi observado o preenchimento do chamado “passômetro” pelos profissionais, sendo alguns via computador e outros escritos em papel. Cada categoria profissional possui o seu modelo de transferência de cuidado, além da transferência verbal. Há evidência na literatura de transferência de cuidados fragmentada, mas há também relato de esforços para assegurar a assistência e utilização de ferramentas para facilitar a passagem de plantão. A dificuldade do trabalho em equipe entre as diversas categorias profissionais, põe em risco a transferência de cuidados e conseqüentemente a segurança do paciente (Alves; Melo, 2019).

A comunicação e transferência de cuidados com o serviço intra-hospitalar ocorrem especialmente no caso de recebimento de pacientes atendidos no serviço pré-hospitalar que chegam muito graves via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou via transporte aeromédico através do heliponto. Nesses casos, a coordenação médica do pronto-socorro ou algum profissional por contato direto é comunicado por telefone para que a equipe esteja preparada. Em casos de recebimento de pacientes típicos de urgência, mas sem risco de morrer, o transporte terrestre não comunica, apenas o aeromédico que, independentemente da situação, realiza a comunicação via telefone, pois a equipe precisa se mobilizar para ir até o heliponto receber a vítima. Há também paciente que procuram atendimento por meios próprios, com ou sem acompanhante.

Foi observado que quando o paciente é admitido na chamada “torre” da sala de politraumatismos, o detentor do recebimento da transferência de cuidados é o médico. Já nas outras salas do PS e na sala de reanimação, a equipe de enfermagem também realiza a transferência de cuidados e, no geral, repassa às outras equipes. A chamada “torre” é um local no meio da sala de politraumatismos, onde pacientes menos graves e sem necessidade de internação recebem atendimento, geralmente classificados como atendimento amarelo (atendimento em até 60 minutos) pela classificação e risco de *Manchester* (Anziliero et al., 2016). Já a sala de reanimação é localizada dentro da sala de politraumatismos e é considerada um local para avaliação e estabilização de pacientes graves imediatamente.

Um dos entrevistados narrou um comparativo entre a comunicação intra e inter-hospitalar. A comunicação intra-hospitalar foi descrita como eficiente, tendo relação com os anos de trabalho dos funcionários na instituição e proximidade com a equipe, que utiliza da comunicação para checar. Já a comunicação inter-hospitalar se mostra mais falha, pois a instituição recebe pacientes externos com falhas de comunicação. Por exemplo, com informações erradas e com falta de exames.

Em relação a transferência de cuidados advinda do pré-hospitalar, os principais riscos se referem à comunicação fragilizada entre as equipes e à falta de protocolos de atendimento. Isso se dá pela falta de padronização na passagem de caso, já que muitas vezes a avaliação do pré-hospitalar é diferente da avaliação do intra-hospitalar, com critérios diferentes e gerando embate entre os profissionais (Miorin et al., 2020). Isso é também afetado pelas condutas nos atendimentos, gerando discordâncias que afetam a comunicação, inclusive a comunicação para um atendimento mais padronizado.

*“O SAMU vem direto, não tem comunicação com a gente, a não ser quando a coordenação médica liga para a central do SAMU e pede: aqui está muito cheio, só paciente grave que vai entrar.” (E4)*

*“(...) chega um paciente de outro hospital ou um paciente dentro da própria rede [nome da rede] e tem uma comunicação entre o médico que está enviando o paciente e o médico receptor. Inicialmente, a comunicação é feita com o coordenador do plantão e desse com o médico que vai receber o paciente. Então, a qualidade dessa comunicação é fundamental para garantir um transporte seguro para o paciente, e um preparo de quem vai receber. Isso é muito falho aqui. Atualmente, a gente recebe pacientes, muitas vezes, faltando exame de imagem, faltando o exame necessário. E, às vezes, chega um paciente sem você saber que já tinha sido dado a vaga há tempos. Então, o fator comunicação nessa situação é muito complicado.” (E12)*

*“A comunicação mais próxima dos profissionais, por exemplo, entre os médicos e a enfermagem para solicitar uma medicação, uma conduta aqui é muito tranquila. Principalmente, pelo fato de a enfermagem ser concursada e ter muito tempo de trabalho aqui. Isso favorece a agilidade e a qualidade, pois na enfermagem elas checam nossa evolução e, muitas vezes, identificam gaps, por exemplo, esse paciente*

*tem uma lesão corto contuso e você não escreveu e precisa de sutura. Esse tipo de comunicação funciona muito bem aqui. Coisa que em outros hospitais não existe. (...) Eu avalio uma comunicação de qualidade dentro do hospital, mas uma comunicação deficitária entre os hospitais. Depende do caso, quando o paciente é muito grave, chega de transporte aéreo a gente já sabe que o paciente vai chegar e se prepara, (...) Em geral, a comunicação intra-hospitalar entre profissionais do hospital é bem tranquilo. E, paradoxalmente, entre os profissionais fora do hospital é deficitária. Talvez fruto da nossa realidade que é um pouco desorganizada da saúde.” (E12)*

A instituição também adota um protocolo intitulado “Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas”, que é acionado pela coordenação médica em casos de possível recebimento de múltiplas vítimas graves. Na fala a seguir, o profissional comenta sobre um acidente que ocorreu no ano de 2017 na cidade de Janaúba, Minas gerais. No incidente provocado, crianças e adultos foram vítimas de queimaduras e a instituição recebeu diversas delas, por ser referência no tratamento de queimaduras (Alves, 2021; Tragédia [...], 2017). No acionamento desse protocolo, os profissionais são avisados no local de trabalho por comunicação oral e o WhatsApp também é utilizado com ferramenta de divulgação.

*“A comunicação, por exemplo, quando chega o heliponto, a coordenação médica já sabe, ligam para ela, falam que vai chegar um paciente de heliponto, que precisa às vezes de respirador, ou criança, já vem a comunicação. Então tem uma comunicação externa com a gente também para falar quem vai chegar, se é grave, o que precisa, e a gente fica pronto para receber. Igual teve os queimados das crianças, que pegaram fogo lá na escola, então a gente tentou esvaziar o máximo o pronto-socorro, para poder receber essas crianças. Todo mundo chamou pessoas de casa, que pudessem vir para ajudar, porque a gente não sabia o que que ia chegar e como que ia chegar.” (E4)*

Foi relatado também que não há repasse de informações consideradas básicas, mas primordiais. Por exemplo, uma nova conduta que foi estabelecida pela diretoria e não foi repassada. Os profissionais ficam sabendo de muitas informações pela chamada “rádio peão”. A “rádio peão” é uma forma de comunicação dentro das instituições, informal e não controlada, muitas vezes intervinda por boatos e informações verdadeiras (Tavares; Ferreira, 2013).

A “rádio peão” é um vilão da comunicação, pois é uma ameaça à comunicação formal. No entanto, ela apenas é uma ameaça caso a comunicação formal não esteja cumprindo seu papel. Ela pode propagar desinformação e causar prejuízos em uma instituição onde muitas informações não são propagadas de forma igualitária (Tavares; Ferreira, 2013).

*“Então, eu digo que não existe porque nada aqui que é estabelecido é repassado. Às vezes, tem alguma conduta ou alguma coisa que chega para nós técnicos. Às vezes condutas estabelecidas, normas novas, nunca chega em todo mundo. Por exemplo, tem uma norma nova na farmácia que vai interferir na enfermagem, não é repassada, a gente teve uma norma no início do ano (...). Pouquíssimas pessoas foram avisadas. Isso não chegou. Os técnicos de tanto ouvir que não sabiam a gente pediu para*

*imprimir o comunicado para a gente dar para o pessoal da enfermagem, porque eles não estavam sabendo. (...) Foi uma conduta de cima para baixo, da diretoria.” (E7)*

*“Então cada um dá uma informação. Às vezes fala uma coisa para os técnicos que a gente nem está sabendo. Nós, enfermeiros, não estamos sabendo. Aí fica aquela conversa de rádio peão, né? Tá acontecendo isso, quem fez isso? Então, a gente nem sabe informar. Isso atrapalha demais. Se fosse uma coisa alinhada, melhoraria. Acho que o problema maior hoje das instituições é a comunicação mesmo.” (E13)*

O setor também utiliza de ferramentas sonoras reguladas por protocolos. É o caso da chamada “Onda Vermelha”, trajeto da sala de reanimação até o bloco cirúrgico. O protocolo completou 20 anos em 2024 e foi desenvolvido como forma de reduzir a alta mortalidade de pacientes vítimas de traumatismos muito graves. A “onda” é acionada pelo profissional através de uma campainha localizada dentro da sala de reanimação e que também toca no bloco cirúrgico e banco de sangue, que também já estão alinhados para prestar o atendimento ao paciente “da onda”. Ele foi desenvolvido a partir da experiência desses profissionais ao longo dos anos e como forma de reduzir a alta mortalidade dos pacientes vítimas de traumas muito graves. A taxa de sobrevivência dos casos de “Onda Vermelha” atendidos na instituição é superior à dos melhores hospitais de trauma do mundo (Marques, 2024).

*“Até que uma sirene ligada na emergência, toca no bloco, avisando que está indo com um paciente muito grave, né? Assim, eu nunca ouvi falar, eu tenho 10 anos de [nome da instituição], que o bloco cirúrgico recebeu um paciente de onda, que a gente fala que é onda, que é o paciente mais grave, sem avisar. Porque toca a sirene lá dentro do bloco e lá já tem a sala preparada com tudo que o médico precisa.” (E4)*

A utilização de tecnologias duras, além das leves e leve-duras, traz ganhos aos profissionais, facilitando o acesso as informações e contribuindo na organização do serviço (Santos; Marim, 2018). Além disso, auxilia na redução de custos materiais e erros humanos (Grasselli, 2019). A literatura evidencia que há interesse profissional quanto a utilização de ferramentas tecnológicas, mas os profissionais se mostram com baixo interesse quanto a utilização de novas tecnologias, o que pode se relacionar a falta de recursos para aplicação das ferramentas (Mendonça et al., 2022).

Há necessidade de estímulos aos profissionais quanto a utilização das tecnologias, bem como ficou evidente que a instituição precisa investir e incitar a presença e utilização de recursos e mecanismos para otimização da comunicação no serviço, no qual o tempo-resposta é importante e impacta até mesmo nos índices de mortalidade (Mendonça et al., 2022). Em ambientes de pronto-socorro há necessidade de utilização constante de tecnologias leves, leve-duras e duras, de forma complementar para o atendimento dos diferentes graus de complexidade dos pacientes.

### 5.2.3 Estratégias para superação de barreiras à comunicação

Essa categoria traz à tona estratégias para superação das barreiras à comunicação no PS na visão dos profissionais, tendo destaque a realização de treinamentos e criação de protocolos. A interprofissionalidade, por si só, constitui estratégia para alcance de objetivos comuns e consequentemente garantia da integralidade do cuidado (Pereira, 2018).

Além disso a superação das barreiras sinaliza possibilidades como condutas e fluxo de informação para todos os envolvidos, tais como reuniões periódicas para discutir problemas e propor soluções e *feedback* permanentes com toda a equipe e não em determinadas categorias profissionais, em que problemas possam ser pontuados e questionados de forma coletiva (Moreira et al., 2019). A maioria dos profissionais abordou a realização de treinamentos e criação de protocolos e modelo de comunicação como a principal estratégia para melhoria da comunicação entre os profissionais, assim como a educação continuada e orientações.

*“E treinamento também, acho que a comunicação efetiva não acontece, porque às vezes não tem uma orientação, não tem uma educação continuada sobre a importância da comunicação efetiva entre membros da equipe. Da mesma forma que a gente sabe que durante uma parada cardiorrespiratória, você tem que ter uma comunicação em alça fechada, você fala, a pessoa tem que te responder para você entender que a pessoa ouviu o que você falou, então, acho que treinamento nunca é demais.” (E3)*

O modelo de comunicação verbal em alça fechada, é uma forma de comunicação em que uma pessoa fala e a outra repete o que foi dito ao solicitante, sendo um mecanismo muito recomendado especialmente no ambiente de urgência e emergência (Zimmer; Czarniecki; Sahm, 2021). Oportunizar rodas de conversa também surgiu como instrumento de comunicação para melhoria de outros aspectos.

*“Eu acho que pra melhorar a comunicação tinha que ter treinamento, roda de conversa ou aqueles feedbacks com toda a equipe multidisciplinar que está na sala.” (E1)*

No entanto, a realização desses momentos de capacitação, rodas de conversa, reuniões e treinamentos precisa ser viabilizada como política institucional, haja vista que muitos desses momentos ocorrem no horário de trabalho e diante uma escala reduzida de profissionais para cobertura e parece não haver avaliação posterior ou cobranças. Os coordenadores devem estabelecer *feedback* para as situações apresentadas, tanto positivos como diante da necessidade de melhorias. Os relatos apontam que há momentos de capacitação, mas não há escala de profissionais adequada que possibilite a participação dos profissionais.

*“Acho que o nosso setor, quando tem um curso, que o setor conseguisse fazer, você pode ir, sem se preocupar com o seu serviço. Vá, participe, aprenda o máximo, porque às vezes aqui tem alguma formação, e como a gente é da linha de frente, às vezes a gente nem vai, porque tem a medicação de meio dia. Se você for, quando chegar meio-dia, o paciente não recebeu a medicação. Às vezes a gente perde algumas formações, coisas importantes, justamente por causa disso. Acho que é próprio do setor e precisa deixar uma pessoa lá substituindo, enquanto você aprende mais alguma coisa.” (E6)*

A realização de treinamentos e capacitação profissional como promotores da comunicação e melhoria do processo de trabalho entre equipes, favorece a prestação de uma assistência efetiva (Melo et al., 2023). Desde 2004 e atualizada em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, criada pelo Ministério da Saúde, orienta quanto a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A chamada educação permanente, visa a promoção de aprendizagem no trabalho pelos gestores, possibilitando a transformação do trabalho para melhor.

O entrevistado relata a percepção de que a falta de capacitação influencia de maneira negativa a forma como os profissionais lidam com pacientes mais vulneráveis, por exemplo, pacientes adictos que não conseguem controlar o uso de substâncias ou comportamento (pode ser química ou psicológica). Para o entrevistado, a falta de capacitação prejudica a compreensão dos profissionais sobre a complexidade do paciente como sujeito e, consequentemente, compromete a comunicação de profissional para profissional.

*“A necessidade de compreender que o sujeito é muito mais do que um corpo e a comunicação pode ser benéfica. Os profissionais que conseguem compreender o sujeito na sua complexidade... São os que se comunicam de uma forma mais saudável com a psicologia. (...) Acho que falta de capacitação dos profissionais para o cuidado, muitas vezes, esquecendo a complexidade do sujeito. E aí, é um usuário de álcool e outras drogas. O profissional reduz esse sujeito ao uso do álcool e drogas. Então, tudo que ele apresentar está relacionado a essa característica como se ele se reduzisse a isso. Acho que se a gente tivesse mais capacitações... ia favorecer essa comunicação. Porque os profissionais iriam enxergar a complexidade do sujeito (...).” (E15)*

A proposta de realização de *round* surgiu como uma estratégia proposta em uma categoria profissional, no entanto ainda não está consolidada. O *round* se dá através de comunicação oral direta e tem o objetivo de alinhar condutas e metas através de um plano terapêutico (Barbosa et al., 2020). Rounds são reuniões entre profissionais de saúde para avaliar pacientes e discutir o seu tratamento. São ferramentas de comunicação que permitem que os profissionais da equipe de saúde partilhem e aprofundem o conhecimento no contexto do trabalho em saúde, visando melhorar a qualidade do atendimento (Silva et al., 2024). Assim, se a proposta se tornar efetiva, é uma ótima estratégia de comunicação entre profissionais, repercutindo na qualidade dos atendimentos e segurança do paciente.

*“Então, até hoje, a gente tem um projeto de comunicação interna, que a gente vem trabalhando e uma das propostas que eu fiz para os enfermeiros que estão envolvidos é a tentativa de realizar um round dentro do setor, no início do plantão. O enfermeiro com a sua equipe, para tentar repassar a solicitação de cuidados, de acordo com o risco que o paciente tem, porque, às vezes, num momento meio que comunitário, ele consegue orientar algumas coisas, sanar alguma dúvida da atividade.” (E8)*

A fala a seguir retrata uma das estratégias que a instituição utiliza para propagar informes, a utilização de televisores em alguns locais estratégicos, como próximo ao local de “bater ponto” dos profissionais. No entanto, o entrevistado chama a atenção que esses informes não podem se dar de qualquer maneira. É preciso serem atrativos e mais visíveis para chamar a atenção dos profissionais, facilitando a comunicação. No entanto, a literatura evidencia que, dentre as tecnologias duras para comunicação em saúde, a mais utilizada ainda é o aparelho celular (Mendonça et al., 2022).

*“Eu acho que é importante que a gente possa ter chamamentos. Tipo na televisão que fica lá falando das coisas que acontecem, notícias. Essas coisas que são importantes, esses informes, eu acho que eles teriam que ser de uma forma mais visível. A leitura fica muito pesada. Você pode colocar um folder enorme e as pessoas vão passar e não vão ler. Então ela tem que ter uma letra diferente. Tem que ter uma cor que chame a atenção. Ela tem que ter um desenho. Esse chamamento visual para as questões importantes teria que ser mais espalhados para o hospital.” (E9)*

A criação de protocolos também surgiu em diversas falas como estratégia que facilita e padroniza a comunicação e fluxos. No entanto, esses protocolos precisam ser de acesso e conhecimento de todos e serem seguidos, não bastando apenas existirem. A elaboração dos protocolos por si só já é ferramenta de comunicação entre profissionais, uma vez que, idealmente, devem ser elaborados por vários profissionais. Além disso, colocá-los em prática exige treinamentos e atualizações constantes, o que tem relação direta com a comunicação.

*“A criação de protocolos, embora eu seja um crítico de protocolo, acho que eles, muitas vezes, deixam o profissional emburrecido no sentido de ficar preguiçoso para estudar o aspecto técnico e ter um senso crítico maior. Eu acredito que o protocolo funciona para agilizar algumas decisões. Então, se você tiver fluxos bem definidos, protocolos bem definidos para determinadas situações facilita a comunicação. (...) Se existe protocolos, porque não basta só existir, tem que ser respeitado como leis.” (E12)*

*“Um protocolo nada mais é do que você pensar no problema, planejar a solução antes das coisas acontecerem. Isso auxilia a comunicação, para que ela não dependa tanto da boa vontade e da formação técnica das pessoas, que é irregular, é diferente. Tendo um protocolo, você tenta ao máximo uniformizar, mas sem cair na situação de automatização, uma robotização profissional, em que se muda uma linha do protocolo, eu não sei resolver. Ou então, se está no protocolo, não posso fazer diferente, a pessoa não consegue enxergar o que está em volta. Mas a existência do protocolo é importante. Ele melhora a comunicação e você elimina algumas arestas. Então, a pessoa está mal-humorada, ou é de madrugada, mas tem o protocolo X. Se o paciente cair no protocolo, já está direcionado para resolver o problema.” (E12)*

Estudo realizado com o objetivo de analisar as produções científicas a respeito de protocolos assistenciais de urgência e emergência aponta que o uso de protocolos traz vantagens ao paciente, proporcionando maior segurança e melhor atendimento, além do direcionamento por protocolos assistenciais proporcionar, também, a segurança a equipe, servindo como guia dos procedimentos a serem realizados. Protocolos em unidades de urgência e emergência são guias que orientam os profissionais de saúde no atendimento a pacientes. Eles permitem que o atendimento seja mais organizado, qualificado e humanizado (Degasperi et al., 2020). No entanto, o conhecimento e como os protocolos são atualizados é de extrema importância, sendo necessária a atualização dos profissionais, para juntos fornecerem o melhor atendimento demandado.

Há evidências positivas sobre as formas de comunicação utilizadas no pronto-socorro deste estudo. No entanto, essas formas não estão sendo eficientes, considerando as queixas dos profissionais entrevistados. Existem tentativas para que a comunicação seja eficiente, no entanto não há formas que as oportunizem adequadamente no cotidiano de trabalho. A comunicação dos profissionais de saúde necessita estar alicerçada no trabalho em equipe, competindo à instituição colocar em prática instrumentos, treinamentos, capacitações e protocolos que auxiliem na melhoria da comunicação entre os profissionais das diversas categorias. No entanto, apesar da busca permanente da melhoria da comunicação efetiva nas instituições de saúde, estas práticas ainda se apresentam frágeis (Pereira, 2022).

Além disso, falhas na comunicação são 80% das vezes causadas por problemas organizacionais e não apenas por falhas humanas isoladas (Manser, 2009). Nesse sentido, problemas como: carga horária excessiva, que impede participação efetiva em reuniões; escala de plantão fragmentada, que quebra a continuidade da comunicação; falta de integração dos sistemas de informação, que gera retrabalho e perda de dados; deficiência organizacional (por exemplo: ausência de coordenação horizontalizada entre as categorias profissionais); e ambiente físico inadequado para reuniões rápidas ou confidenciais, são pontos que devem ser revistos pela instituição.

A OMS (2021) recomenda também a proposta de uma liderança transformadora, que preconiza uma comunicação regular e consistente visando o doente, fornecendo condições para que os profissionais possam atender às demandas. Além disso, o desenvolvimento de uma cultura de segurança é primordial e deve refletir a relação e o trabalho de profissionais, gestores e a cultura organizacional.

Tornou-se evidente que a instituição tem se empenhado na construção de medidas para que a comunicação entre os profissionais seja eficaz. No entanto, essas medidas precisam ser

aprimoradas para se tornarem concretas, a partir da união entre profissionais e gestores, para que haja adesão e concordância de todos. Ressalta-se que a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde pode lançar mão da criatividade e de diversas estratégias. Entre as estratégias possíveis encontra-se a formação de equipes, utilização de tecnologias e a criação de um ambiente de confiança, sob a orientação de lideranças preparados para lidar com mudanças repentinas e capazes de inspirar confiança e promover um ambiente saudável, no qual todos se sintam empoderados para contribuir com o seu melhor.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação no ambiente de pronto-socorro por se tratar de um local permeado pela imprevisibilidade e por situações estressantes se torna mais difícil, visto que é influenciada por diversas barreiras inerentes as especificidades do local. O ambiente em si, de forma estrutural e organizacional pode interferir nas relações interpessoais e conduzir à fragilidade da comunicação.

A instituição dispõe de algumas propostas para melhoria da comunicação, mas faltam recursos para que as ideias sejam efetivamente adotadas pelos profissionais, ou seja, algumas estratégias já são implementadas, de forma pouco organizada, no setor. Necessitam de amadurecimento e maior adesão para alcançar efetividade. Outro fator é a forma como as propostas e ações são planejadas. Não parece haver estudos ou planejamento das etapas, as ideias são executadas por algumas categorias, sem embasamento científico ou diretrizes da gestão. Falta empenho dos profissionais assistenciais e da gestão para que as ações tenham continuidade. O setor utiliza tecnologias como o *huddle* e a onda vermelha que ainda são utilizadas em poucas instituições brasileiras, mas que são formas benéficas de melhoria da comunicação. A onda vermelha tem um protocolo e é utilizado de forma consistente

Os resultados mostram que as relações interprofissionais e interpessoais no PS, são frágeis permeadas, segundo os participantes, por preguiça, ego/superioridade, perfil inadequado, falta de interesse e modo de falar com ironia e rispidez. Foram apontadas também as principais barreiras à comunicação em PS que tem relação com a rotina complexa e imprevisível e com o excesso de trabalho.

O hospital, por ser “porta aberta” para atendimentos, tem um público diversificado que muitas vezes não apresenta demanda compatível com a instituição. De forma paralela, promover ações de educação à população quanto ao perfil dos atendimentos pode refletir em melhorias, reduzindo o quantitativo de pacientes com demandas não urgentes.

Em relação as estratégias para superar as barreiras à comunicação, as sugestões são atingíveis e poderão servir como norte para mudanças. A maioria das sugestões demanda capital humano e pouco recurso financeiro, sendo que para muitas ações, o setor já dispõe de recursos, mas depende de organização e apoio institucional e profissional.

Sugere-se, por exemplo, divulgação do *huddle* para participação e mais profissionais e diferentes categorias; treinamentos dos gestores e rodas de discussão entre estes para implementação efetiva das estratégias. É necessário a construção de um plano estruturado de intervenção baseado em treinamentos sistemáticos, padronização de comunicação, ampliação

dos *huddles* e monitoramento contínuo, conforme preconizado pelas boas práticas de segurança do paciente da OMS, por exemplo. Espera-se que esse estudo gere mudanças positivas no setor, considerando que a comunicação é tema emergente, que merece atenção. É a chave para solução de problemas muitas vezes normalizados, mas que se resolvidos, impactam positivamente no serviço.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 981-7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- ADRIANI, P. A. et al. Construção de tecnologia educacional sobre comunicação não violenta entre profissionais de saúde: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v. 76, e20220414, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0414pt>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- ALVES, A. C. Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas do Hospital João XXIII completa 10 anos. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)**, Belo Horizonte, 5 out. 2021. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/noticias/2182-plano-de-atendimento-a-multiplas-vitimas-do-hospital-joao-xxiii-completa-10-anos#:~:text=Criado%20em%202011%2C%20o%20Plano,em%20um%20barco%20no%20Acre%3B>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. **REME Rev Min Enferm**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BANKHEAD, B. K. et al. Bias in the trauma bay: a multicenter qualitative study on team communication. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, n. 94, v. 6, p. 771-777, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003897>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- BARATIERI, T. et al. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2281-90, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.18532019>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- BARBOSA, R. V. et al. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 265-73, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BONIOL, M. et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/311314>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Atualizado em 07/08/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PCCS-SUS**. Diretrizes Nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs\\_diretrizes\\_nacionais\\_planos\\_carreiras\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf). Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre a diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; CNS, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 9 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/@@download/file>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BRITO, M. A. et al. Estratégias de comunicação efetiva entre profissionais de saúde em neonatologia: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 67, p. 564-77, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.502051>. Acesso em: 9 mar. 2025.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1675-84, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>. Acesso em: 15 fev. 2025.

CARÚS, C. S. et al. Barriers to effective health communication. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e10810716218, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16218>. Acesso em: 15 jan. 2025.

COIFMAN, A. H. M. et al. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>. Acesso em: 15 fev. 2025.

DEGASPERI, A. et al. The use of protocols in emergency and emergency units: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e64691110140, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10140>. Acesso em: 12 fev. 2025.

FERREIRA, M. C. S. et al. Comunicação efetiva como estratégia de segurança do paciente na atenção primária. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 8, n. 45, p. 828-32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2018v8i45p828-832>. Acesso em: 24 jan. 2025.

FERRO, D. et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 399-408, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800056>. Acesso em: 15 fev. 2025.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Hospital João XXIII. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-urgencia/hospital-joao-xxiii>. Acesso em: 24 jan. 2025.

FLICK, U. **Triangulation**. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acesso em: 15 mar. 2025.

FRANCO, F. V. **Experiências de uma Equipe Multiprofissional no APH em SAV a Vítimas Politraumatizadas**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Instituto Politécnico de Vianna do Castelo, Portugal, 2020. Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2511/1/Filipe\\_Franco.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2511/1/Filipe_Franco.pdf). Acesso em: 15 fev. 2025.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GRASSELLI, E. A. **Implantação do sistema de informações hospitalares do exército brasileiro: do prontuário de papel ao prontuário eletrônico**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, RJ, 2019. Disponível em: [https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5201/1/MONO\\_GRASSELLI\\_CFO.pdf](https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5201/1/MONO_GRASSELLI_CFO.pdf). Acesso em: 15 jan. 2025.

HEMESATH, M. P. et al. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180325, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>. Acesso em: 15 fev. 2025.

HOSPITAL João XXIII ganha heliponto e novo bloco cirúrgico. **Jornal da FHEMIG**, Belo Horizonte, ano VI, n. 27, dez. 2010. Edição Especial de Natal, p. 6.

IHI – Institute for Healthcare Improvement. Daily Huddles. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Huddles>. Acesso em: 13 nov. 2024.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada**. São Paulo: Summus, 2003.

LEMOS, D. M. P. et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180344, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344>. Acesso em: 16 nov. 2024.

LÜDKE M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2013.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 53, p. 143-151, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>. Acesso em: 23 maio 2025.

MARQUES, A. Simpósio no Hospital João XXIII reúne profissionais para discutir jornada do paciente cirúrgico. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)**, Belo Horizonte, 11 set. 2024. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3002-simposio-no-hospital-joao-xxiii-reune-profissionais-para-discutir-jornada-do-paciente-cirurgico>. Acesso em: 15 jan. 2025.

- MARTIN, A. K. et al. Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 15, p. 765-72, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197>. Acesso em: 8 nov. 2024.
- MARTINS, B. R.; ALVES, M. O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público#. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. 5, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180131>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- MELLO, T. S. et al., 2021. Fatores que influenciam para transferência do cuidado intra-hospitalar efetiva: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e38910918153, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18153>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- MELO, L. C. et al. Inter-professional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. **Rev Bras Enferm**, v. 75. n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0636>. Acesso em: 15 fev. 2025.
- MELO, R. A. et al. Comunicação e entraves no processo de trabalho das equipes de atendimento às urgências e emergências. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, e023187, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1721>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- MENDONÇA, R. R. et al. Tecnologias da informação e comunicação: visão dos profissionais do atendimento móvel de urgência e emergência. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e81985, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81985>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MIGUELES, C. P. et al. The impact of generation diversity on trust within companies. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, n. 4, p. 932-45, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200218>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017 Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 15 fev. 2025.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- MIORIN, J. D. et al. Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, e20190073, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0073>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- MORAES, M. V. A.; ALMEIDA, Í. L. S.; CARVALHO, R. E. F. L. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação do safety huddle\*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, e20230270, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270pt>. Acesso em: 15 fev. 2025.

MOREIRA, F. T. L. S. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 9 mar. 2025.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad Saúde Pública.**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>. Acesso em: 12 fev. 2025.

OLIVEIRA, M. A.; BRITO, E. M. N.; OLIVEIRA, S. S. Diálogos Sobre Trabalho e Saúde: análise da movimentação interativa nos blogs dos bombeiros do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 3297-307, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.16392018>. Acesso em: 15 mar. 2025.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 24 jan. 2025.

PEREIRA, A. L. L. et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e338101018942, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18942>. Acesso em: 15 fev. 2025.

PEREIRA, A. M. A importância da comunicação efetiva como estratégia na prevenção de eventos adversos na assistência em enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, n. 14, 2022. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2022/05/A-IMPORTANCIA-DA-COMUNICACAO-EFETIVA-COMO-ESTRATEGIA-NA-PREVENCAO-DE-EVENTOS-ADVERSOS-NA-ASSISTENCIA-EM-ENFERMAGEM-pág-277-a-285.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1753-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>. Acesso em: 15 mar. 2025.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-70, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>. Acesso em: 15 fev. 2025.

REDLEY, B. et al. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: an observation study. **Australas Emerg Nurs J.**, v. 20, n. 3, p. 122-130, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.003>. Acesso em: 15 jan. 2025.

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

SANTOS, J. L. G. et al. Interpersonal communication competence among nursing students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3207, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3226.3207>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SANTOS, M. C.; MARIN, H. F. Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800002>. Acesso em: 9 mar. 2025.

SANTOS, T. O. et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 15, n. 55, p. 159-68, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3030>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SBORDONI, E. C. et al. Strategies used by nurses for conflict mediation. **Rev Bras Enferm**, v. 73, e20190894, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0894>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SCHORR, V. et al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190119>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SCHUELTER, P. I. et al. Refletindo a ação comunicativa de Habermas como fator de qualificação do atendimento ao trauma. **Saúde & Transformação Social**, v. 10, n. 1/2/3, p. 195-200, 2019.

SIEGLITZ, A. Hospital João XXIII completa 50 anos como referência em salvar vidas. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)**, Belo Horizonte, 28 mar. 2023. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/2590-hospital-joao-xxiii-completa-50-anos-como-referencia-em-salvar-vidas>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

SILVA, T. W. M. E. et al. Bedside rounds in the hospital environment from the perspective of multiprofessional health teams. **Rev Bras Enferm**, v. 77, n. 5, e20230493, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0493>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SOARES, M. I. et al. Estratégias para o desenvolvimento da comunicação em um hospital de urgência e emergência. **REME Rev Min Enferm**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200045>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SOUSA, P. (Coord). **Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. Tradução: MARINHO, A. C. et al. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-por.pdf?sequence=38&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2025.

STEVANIM, L. F.; MURTINHO, R. **Direito à Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021

TAVARES, F. B.; FERREIRA, A. R. Rádio Peão como Ferramenta de Comunicação Interna. **Revista Panorama - Revista de Comunicação Social**, v. 3, n. 1, p. 292-302, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/pan.v3i1.3443>. Acesso em: 24 jan. 2025.

TRAGÉDIA em Janaúba. **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)**, Belo Horizonte, 12 out. 2017. Disponível em: [https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1725%3AQualidade-de-atendimento-do-hjxxiii-chama-a-atencao-de-neurocirurgioes-estrangeiros-&catid=238%3Acomplexo-de-urgencia-e-emergencia&Itemid=100298&lang=pt](https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1725%3AQualidade-de-atendimento-do-hjxxiii-chama-a-atencao-de-neurocirurgioes-estrangeiros-&catid=238%3Acomplexo-de-urgencia-e-emergencia&Itemid=100298&lang=pt). Acesso em: 9 mar. 2025.

TSUKAMOTO, S. A. S. et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 425-32, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>. Acesso em: 15 fev. 2025.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acesso em: 15 mar. 2025.

VASCONCELOS, R. O. et al. Percepção de enfermeiros acerca da colaboração interprofissional em um serviço de urgência e emergência hospitalar. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1867>. Acesso em: 15 fev. 2025.

WHO. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 15 fev. 2025.

WHO. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>. Acesso em: 12 maio 2025.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 18, n. 3, e46988, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988>. Acesso em: 9 mar. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANI, A. V. et al. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 139-49, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144036>. Acesso em: 15 mar. 2025.

ZIMMER, M.; CZARNIECKI, D. M.; SAHM, S. Communication of preclinical emergency teams in critical situations: A nationwide study. **PLoS One**, v. 16, n. 5, e0250932, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250932>. Acesso em: 24 jan. 2025.

**APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados para entrevista**

Entrevista n°: \_\_\_\_\_ Identificação: E \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Formação: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no cargo: \_\_\_\_\_

- 1) Fale-me como é seu dia a dia de trabalho no PS.
- 2) Fale-me como é a comunicação interprofissional aqui no PS.
- 3) Fale-me quais fatores influenciam a comunicação interprofissional.
- 4) Fale-me, em sua visão, o que são barreiras à comunicação no seu local de trabalho e como influenciam no cuidado.
- 5) Fale-me que estratégias você sugere para melhorar a comunicação da equipe interprofissional no local de trabalho.
- 6) Fale-me como essas estratégias sugeridas podem contribuir para melhorar as relações das equipes do PS e melhoria do cuidado?
- 7) Caso queira, acrescente algo.

Obrigada pela participação!

## **APÊNDICE B – Roteiro de análise documental (de domínio público)**

Setor:

Data:

Horário:

1) Comunicação visual através de documentos no ambiente:

2) Formulários/instrumentos utilizados:

3) Tecnologias utilizadas para documentos:

## **APÊNDICE C – Roteiro de observação**

Setor:

Data:

Horário:

1) Tipos de comunicação observadas e como ocorrem:

2) Relação ambiente e comunicação:

3) Registro de conversa informal:

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “comunicação em pronto-socorro: estratégias para superação de barreiras sob a perspectiva da equipe interprofissional” para a dissertação de mestrado de Larissa Cândida Melo, sob a orientação da Professora Doutora Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo tem como objetivo “compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe interprofissional”. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa e os dados serão coletados por meio de entrevista individual, análise documental e observação não participante do cenário de trabalho, registradas em um diário de campo. Você responderá perguntas sobre a comunicação entre profissionais em seu trabalho. A entrevista será gravada para assegurar a fidedignidade de suas respostas, estando à sua disposição para acesso, se assim o desejar. Será realizada também consulta a documentos da instituição que tratem da comunicação entre profissionais. Espera-se que o resultado deste estudo contemple estratégias, na visão dos profissionais, que possam contribuir para melhorar a comunicação entre as diferentes categorias de profissionais do pronto-socorro e a construção de uma comunicação efetiva no cenário da urgência e emergência. A pesquisa oferece a você apenas o risco de desconforto ou constrangimento na realização da entrevista, que será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Sua colaboração é voluntária e o anonimato garantido. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde e as gravações e o diário de campo ficarão sob guarda da pesquisadora responsável por um período de 5 anos, arquivados na nuvem e protegidos por senha, de forma e após esse período serão excluídos. Você não será remunerado e não terá gastos financeiros com a pesquisa. Informamos que a instituição que você trabalha autorizou a realização da pesquisa e ela foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Seu consentimento é pessoal e você 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. Você poderá contatar também o Comitê de Ética e Pesquisa da FHEMIG e da UFMG para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
identidade nº \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, na Rod. Papa João Paulo II, 4.001, Edifício Gerais - 13º andar, Cidade Administrativa de Minas Gerais ou pelo telefone: (31) 3915-9500 ou pelo e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6667 - Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala 2005, Campus Pampulha ou pelo telefone (31) 3409-4592, ou e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadores:

Prof. Dr<sup>a</sup> Marília Alves, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 - Santa Efigênia, telefone (31) 98873-3191, e-mail: marilix@enf.ufmg.br

Larissa Cândida Melo, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 - Santa Efigênia, telefone (37) 99945-0214, e-mail: larissa-cmelo@hotmail.com

## ANEXO A – Parecer Departamento de Enfermagem Aplicada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

**PARECER Nº** 4/2024  
**PROCESSO Nº** 23072.209515/2024-19

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- 1.1. **Nome do Projeto de Pesquisa:** Comunicação entre Profissionais em Pronto-Socorro: Estratégias para Superação de Barreiras sob a Perspectiva da Equipe Assistencial
- 1.2. **Interessada:** Profa. Marília Alves (orientadora)
- 1.3. **Orientanda:** Larissa Cândido Melo (Mestrado em Enfermagem)
- 1.4. **Instituição responsável:** Escola de Enfermagem da UFMG
- 1.5. **Relatora:** Profa. Mariana Almeida Maia
- 1.6. **Linha de pesquisa:** Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

### 2. HISTÓRICO

Recebi em 22 de fevereiro de 2024 o projeto supracitado, enquanto membro da Assembleia Departamental do ENA, para análise e emissão de parecer.

### 3. DADOS DO PROJETO

#### 3.1. Justificativa:

Nos serviços de saúde, a comunicação é sempre uma questão desafiadora em todos os níveis de atenção e em nível global, tendo em vista sua importância para a tomada de decisões entre os profissionais e desses com os pacientes. Em serviços de urgência/emergência a situação apresenta-se, ainda, mais complexa diante da necessidade de atuação rápida e especializada e elevado nível de atenção que exigem interação e comunicação entre os sujeitos do processo. Além disso, com frequência, são observados aspectos inerentes ao nível de complexidade dos cuidados e a organização do serviço, que podem dificultar o trabalho articulado dos profissionais, como déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho e espaços físicos inadequados, que dificultam a comunicação e interação entre os trabalhadores. Nesse contexto, as particularidades do ambiente podem levar à fragilidade da comunicação e interferir nas relações interpessoais, tornando necessário a adoção de estratégias para superar as barreiras existentes no ambiente. A comunicação pode ocorrer de forma verbal, como a fala ou escrita, ou não verbal, através de gestos, expressões corporais e até mesmo o silêncio. A comunicação e a informação caminham juntas, mas é importante ressaltar a diferença entre ambas: uma informação deve ser padronizada, ao passo que a comunicação requer interação e envolve habilidades comunicativas. Independente da forma de comunicação, seu significado é vinculado ao contexto e cena em que ocorre. As barreiras comunicacionais são problemas que interferem e dificultam a comunicação. São ‘ruídos’ provocados por elementos internos ou externos que podem interferir no processo de comunicação entre o emissor e o receptor. Em urgência e emergência, os processos de trabalho envolvem diversos atores,

com diferentes funções, habilitações e meios que devem ser de fácil acesso a fim de garantir agilidade nos atendimentos. Em pronto-socorro, diferente de outros cenários, a comunicação inicia-se na chegada e recepção do paciente na instituição, quando este é trazido por transeuntes, familiares, serviço pré-hospitalar móvel, corpo de bombeiros, policiais ou por meios próprios e deve ser efetiva desde esse início. Em relação ao SUS e a comunicação, Araújo e Cardoso (2007) promovem uma reflexão sobre a comunicação e os princípios do SUS: a comunicação como direito de todos (princípio da universalidade); a comunicação respeitosa às diferenças (princípio da equidade); uma comunicação que atenda e ouça a todos (princípio da integralidade); uma comunicação que chegue a todos, no sentido da desconcentração de poder comunicativo (princípio da descentralização); a comunicação em vários níveis considerando que órgãos de níveis mais centrais devem apoiar a comunicação (princípio da hierarquização). Diversos fatores influenciam positiva ou negativamente na comunicação entre profissionais. Sabendo-se que a qualidade da assistência está relacionada com a qualidade da comunicação, pergunta-se: quais estratégias, sob a perspectiva da equipe assistencial, devem ser implementadas para superação de barreiras e melhora da comunicação entre profissionais em um pronto-socorro? Pressupõe-se encontrar um cenário onde os profissionais tenham real consciência da importância da comunicação, no entanto, não exercitam essa consciência e faltam práticas estratégicas, principalmente relacionadas a desenvolvimento pessoal, para que essa efetivação ocorra. Foram encontrados na literatura principalmente estudos com foco em uma categoria profissional ou em cenários distintos do que se deseja estudar, como neonatologia. Além disso, há diversos estudos investigando aspectos positivos e problemas de comunicação em saúde, mas não com o intuito de investigar e propor resolutividade para tais problemas. Diante o exposto, torna-se relevante desvelar a percepção dos profissionais de diversas categorias de um serviço de pronto-socorro a respeito de estratégias para superação de barreiras na comunicação, seja verbal ou não verbal. O estudo poderá sinalizar a necessidade de mudanças diante o fenômeno, bem como sugerir formas de preenchimento de lacunas na comunicação. Torna-se objeto deste estudo estratégias para superação de barreiras de comunicação em pronto-socorro.

### 3.2. **Objetivo geral:**

Compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe assistencial.

### 3.3. **Objetivos específicos:**

- Identificar, sob a perspectiva da equipe assistencial, estratégias de comunicação que possam promover a comunicação efetiva entre profissionais.
- Descrever estratégias de comunicação ponderadas pela equipe assistencial e suas aplicabilidades para a melhoria do cuidado.

### 3.4. **Materiais e Métodos**

#### 3.4.1. Tipo de estudo:

Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa, buscando o entendimento da complexidade do fenômeno, em profundidade.

#### 3.4.2. Local do estudo:

O estudo será realizado em um pronto-socorro de um hospital de alta complexidade de Belo Horizonte, referência no atendimento de urgência e emergência a pacientes graves, sejam adultos ou crianças. O hospital possui 477 leitos e realiza mais de 80 mil atendimentos por ano. Já o pronto socorro, cenário do estudo, possui oito salas de atendimento, sendo duas a pacientes que necessitam de atendimento urgente ou emergente, além de salas de exame e outros atendimentos como realização de sutura. A equipe é

formado por profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, além da equipe de limpeza, manutenção e administrativo.

3.4.3. Coleta de dados:

A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação simples em horários e dias aleatórios, conforme disponibilidade dos participantes e até atingir a saturação teórica dos dados.

3.4.4. Análise dos resultados:

Os dados obtidos por meio das entrevistas serão submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin (2016) com auxílio do *software* MAXQDA.

3.4.5. Amostra:

Serão convidados a participar da pesquisa profissionais ligados a assistência direta ao paciente no pronto-socorro, nos turnos diurnos e noturno: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos. A amostragem se dará por saturação teórica dos dados (MINAYO, 2017), ou seja, quando não estiver sendo acrescentado novas informações.

3.4.6. Critérios de inclusão:

Profissionais que estejam trabalhando há pelos menos 6 meses no pronto-socorro da instituição

3.4.7. Critérios de exclusão:

Profissionais que estejam afastados do trabalho por licenças ou férias à época da coleta de dados ou que não se consiga sucesso na abordagem após 3 tentativas.

3.4.8. Riscos:

Os riscos são mínimos, mas existentes. Envolvem a possibilidade de desconforto psicológico, que será amenizado na abordagem do pesquisador com o participante, além da possibilidade de desistência de participação na pesquisa. Não há riscos físicos. Os materiais coletados serão analisados e arquivados sob sigilo e sem identificação dos participantes. O pesquisador se compromete a trabalhar de forma a reduzir ao máximo esses riscos.

3.4.9. Benefícios:

Este estudo poderá produzir resultados que viabilizem a sinalização de mudanças e propostas a serem desenvolvidas no cenário do trabalho em saúde, de modo a promover o trabalho pautado na comunicação de qualidade.

3.4.10. Questões éticas:

O projeto de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e posteriormente ao CEP da instituição local do estudo e demais instâncias institucionais necessárias. Será feito contato prévio com as lideranças da instituição e após anuência destes e de demais instâncias institucionais necessárias, além da aprovação pelo CEP, os participantes do estudo serão convidados a participar da pesquisa e caso aceitem assinarão de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador após leitura e esclarecimentos necessários. Será garantido sigilo, privacidade, anonimato e liberdade de recusa e retirada de consentimento em qualquer fase do estudo.

4. **CRONOGRAMA:**

O cronograma do projeto de pesquisa prevê sua realização entre 2023 e 2024, sendo compatível com as

atividades previstas.

#### 5. **ORÇAMENTO:**

Os custos da pesquisa serão de responsabilidade do coordenador da pesquisa e está estimado em R\$ 12059,50.

#### 6. **REFERÊNCIAS:**

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 981-7, 2017.

ALVES, M.; MELO, C. L. Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit. **Rev Min Enferm.**, v. 23, 2019.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2007.

BANKHEAD, B. K. et al. Bias in the trauma bay: a multicenter qualitative study on team communication. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, n. 94, v. 6, p. 771-777, 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Belo Horizonte: Fhemig; 2020.

BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde

(SUS). Diário Oficial da União, Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília. 1985.

BRITO, F. M. et al. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 317-22, 2014.

BRITO, M. A. et al. Estratégias de comunicação efetiva entre profissionais de saúde em neonatologia: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 67, p. 564-577, 2022.

COIFMAN, A. H. M. et al. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021.

FERREIRA, M. C. S. et al. Comunicação efetiva como estratégia de segurança do paciente na atenção

primária. **Saúde Coletiva**, n. 8, 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, 2011.

FRANCO, F. V. **Experiências de uma Equipe Multiprofissional no APH em SAV a Vítimas Politraumatizadas**. 2020. Dissertação. Escola Superior de Saúde.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Hospital João XXIII**.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HEMESATH, M. P. et al. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p.1-6, 2019.

KUNSCH, M. M. K. Planejamento de relações públicas na comunicação integrada. São Paulo: **Summus**, 2003.

LEMONS, D. M. P. et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, p.1-5, 2019.

LÜDKE M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 128 p. **E. P. U.** 2013.

MARTIN, A. K. et al. Healthcare Teams: Terminology, Confusion and Ramifications. **J Multidiscip Healthc.**, v. 15, p. 765-772, 2022.

MARTINS B. R.; ALVES, M. O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, p. 146-160, 2018.

MELO, L. C. et al. Inter-professional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. **Rev Bras Enferm**, v. 75. n. 3, 2022.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis; Vozes; 95 p., 2016.

MOREIRA, F. T. L. S. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

O'DWYER, G. et al. Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: action strategies and structural dimension. **Cad Saúde Pública.**, v. 33, n. 7, 2017.

OLIVEIRA, M. A.; BRITO, E. M. N.; OLIVEIRA, S. S. Diálogos Sobre Trabalho e Saúde: análise da movimentação interativa nos blogs dos bombeiros do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.

28, n. 10, p. 3297-3307, 2018.

PEREIRA, J. M. C. **Qual a origem da palavra comunicação?** LinkedIn. 2023.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2011.

REDLEY, B. et al. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency

- departments: an observation study. **Australas Emerg Nurs J.**, v. 20, n. 3, p. 122-130, 2017.
- RODRIGUES, M. E. N. G. et al. Communication in health work during the COVID-19 pandemic. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 38, n. 3, 2020.
- SANTOS, T. O. et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 15, n. 55, p. 159-168, 2021.
- SCHORR, V. et al. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 24, 2020.
- SOARES, M. I. et al. Estratégias para o desenvolvimento da comunicação em um hospital de urgência e emergência. **REME - Rev Min Enferm**, v. 24, 2020.
- STEVANIM, L. F.; MURTINHO, R. Direito à Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2021.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 2005.
- VASCONCELOS, R. O. et al. Nurses' perception of interprofessional collaboration in a hospital emergency service. **SciELO Preprints**, 2021.
- WATZLAWICK, P.; BAVELAS, J. B.; JACKSON, D. D. **Pragmatics of human communication**. W. W. Norton & Company, 304 p. 2011.
- WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*, v. 18, n. 3, 2019.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- ZANI, A. V.; MARCON, S. S.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 139-49, 2014.
- ZIMMER, M.; CZARNIECKI, D. M.; SAHM, S. Communication of preclinical emergency teams in critical situations: A nationwide study. **PLOS ONE**, v. 16, n. 5, 2021.

#### 7. **MÉRITO:**

O projeto poderá contribuir para o fortalecimento da comunicação efetiva na área da Urgência e Emergência com foco no pronto socorro, explorando as estratégias para superação das barreiras vivenciadas pelos profissionais de saúde nesse contexto. O tema de pesquisa é atual e relevante podendo trazer contribuições significativas para o serviço de saúde e para os profissionais. Salienta-se que o projeto está bem delineado, seguindo o rigor metodológico de forma coerente com o objeto do estudo. Os aspectos éticos estão devidamente apontados e respondem os preceitos da legislação vigente.

#### 8. **CONCLUSÃO:**

Considerando que o estudo é relevante na área da Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem no que concerne à sua contribuição para o fortalecimento da comunicação efetiva na área da Urgência e Emergência com foco no pronto socorro, sou, salvo melhor juízo da Assembleia Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa “Comunicação entre Profissionais em Pronto-Socorro: Estratégias para Superação de Barreiras sob a Perspectiva da Equipe Assistencial”.

Belo Horizonte, (data da assinatura eletrônica).

Assinatura Eletrônica  
PROFA. MARIANA ALMEIDA MAIA  
Relatora

**Parecer Aprovado em Assembleia Departamental em 08/03/2024**

Assinatura Eletrônica  
PROFA. CARLA APARECIDA SPAGNOL  
Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada



Documento assinado eletronicamente por **Carla Aparecida Spagnol, Chefe de departamento**, em 11/03/2024, às 12:55, 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 **Mariana Almeida Maia, Professor(a)**, em 11/03/2024, às 19:32, 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](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3047645** e o código CRC **70A266BA**.

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS EM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DE BARREIRAS SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE ASSISTENCIAL

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80165124.3.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.956.828

#### Apresentação do Projeto:

Resumo apresentado pelo pesquisador

Nos serviços de saúde, a comunicação é questão desafiadora em todos os níveis de atenção, tendo em vista sua importância para a tomada de decisões. Em serviços de urgência/emergência a situação apresenta-se mais complexa diante da necessidade de atuação rápida e especializada e elevado nível de atenção que exigem, interação e comunicação entre os sujeitos do processo. No contexto da saúde, a comunicação é item básico

para assistência, sendo uma das ferramentas para aperfeiçoar o saber-fazer profissional e oportunizar uma assistência de qualidade. Diversos fatores facilitam a comunicação, como entrosamento profissional e reuniões/capacitações periódicas, outros são barreiras à comunicação em unidades de urgência e emergência, ou seja, a dificultam. Considerando sua importância, aprimorar a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde na assistência consta entre as seis metas internacionais da segurança do paciente, definidas pela Joint Commission International, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, além de ter relação com os princípios do Sistema Único de Saúde. Sabendo-se que a qualidade da assistência está relacionada com a qualidade da comunicação, pergunta-se: quais estratégias,

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.956.828

sob a perspectiva da equipe assistencial, devem ser suplementadas para superação de barreiras e melhora da comunicação entre profissionais em um pronto-socorro? Pressupõe-se encontrar um cenário onde os profissionais tenham real consciência da importância da comunicação, no entanto, não exercitam essa consciência e faltam práticas estratégicas, principalmente relacionadas a desenvolvimento pessoal, para que essa efetivação ocorra. Objetiva-se compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe assistencial. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa, buscando o entendimento da complexidade do fenômeno, em profundidade, sendo também um estudo descritivo e interpretativo. O estudo será realizado em um pronto-socorro de um hospital de alta complexidade de Belo Horizonte, referência no atendimento de urgência e emergência a pacientes graves, sejam adultos ou crianças. Serão convidados a participar da pesquisa profissionais ligados a assistência direta ao paciente no pronto-socorro: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, que atenderem ao critério de inclusão. A amostragem se dará por saturação teórica dos dados. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação simples até atingir a saturação teórica dos dados. Os dados serão transcritos e analisados pelo próprio pesquisador por meio da análise de conteúdo segundo Bardin com auxílio do software MAXQDA®, que possibilita análise de dados qualitativos. A pesquisa obedecerá às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe assistencial.

Objetivo Secundário:

l) Identificar, sob a perspectiva da equipe assistencial, estratégias de comunicação que possam promover a comunicação efetiva entre profissionais.

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.956.828

II) Descrever estratégias de comunicação ponderadas pela equipe assistencial e suas aplicabilidades para a melhoria do cuidado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são mínimos, mas existentes. Envolvem a possibilidade de desconforto psicológico, que será amenizado na abordagem do pesquisador com o participante, além da possibilidade de desistência de participação na pesquisa. Não há riscos físicos. Os materiais coletados serão analisados e arquivados sob sigilo e sem identificação dos participantes. O pesquisador se compromete a trabalhar de forma a reduzir ao máximo esses riscos.

Benefícios:

Este estudo poderá produzir resultados que viabilizem a sinalização de mudanças e propostas a serem desenvolvidas no cenário do trabalho em saúde, de modo a promover o trabalho pautado na comunicação de qualidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo discute o que falta para que a comunicação seja efetiva entre profissionais em serviço de urgência, e como ela pode se tornar efetiva. Serão realizadas entrevistas com profissionais e pesquisa documental no serviço para investigar se existem diretivas do serviço que orientem sobre melhor comunicação no setor. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa, buscando o entendimento da complexidade do fenômeno, em profundidade, sendo também um estudo descritivo e interpretativo. O estudo será realizado em um pronto-socorro de um hospital de alta complexidade de Belo Horizonte, referência no atendimento de urgência e emergência a pacientes graves, sejam adultos ou crianças. Serão convidados a participar da pesquisa profissionais ligados a assistência direta ao paciente no pronto-socorro: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, que atenderem ao critério de inclusão. A amostragem se dará por saturação teórica dos dados. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação simples até atingir a saturação teórica dos dados. Os dados serão transcritos e analisados pelo próprio pesquisador por meio da análise de conteúdo segundo Bardin com auxílio do software MAXQDA®, que possibilita análise de dados qualitativos. A pesquisa obedecerá às Resoluções nº 466/2012 e

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 6.956.828

nº510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de consideração obrigatória foram apresentados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2291186.pdf	28/05/2024 12:37:46		Aceito
Outros	SEI_UFMG_3047645_Parecer.pdf	28/05/2024 10:44:07	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2024 23:00:07	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Plataforma_Brasil.pdf	27/05/2024 22:59:56	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/05/2024 22:58:35	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/05/2024 22:56:36	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
Folha de Rosto	SEI_UFMG_3099412_Folha_de_Rosto_Pesquisa_Envolvendo_Seres_Humanos.pdf	27/05/2024 22:56:19	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.956.828

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

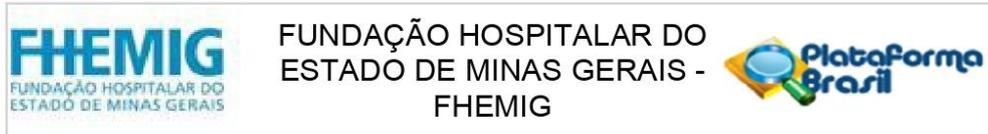
BELO HORIZONTE, 21 de Julho de 2024

---

**Assinado por:**  
**Corinne Davis Rodrigues**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP FHEMIG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS EM PRONTO-SOCORRO: ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DE BARREIRAS SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE ASSISTENCIAL

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80165124.3.3001.5119

**Instituição Proponente:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

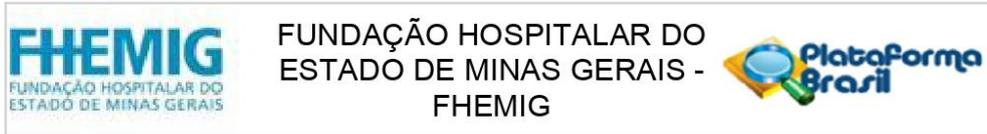
**Número do Parecer:** 6.992.849

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com os documentos PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2387452.pdf, Projeto\_mestrado\_Plataforma\_Brasil.pdf e Projeto\_mestrado\_Plataforma\_Brasil.pdf:

Resumo: Nos serviços de saúde, a comunicação é questão desafiadora em todos os níveis de atenção, tendo em vista sua importância para a tomada de decisões. Em serviços de urgência/emergência a situação apresenta-se mais complexa diante da necessidade de atuação rápida e especializada e elevado nível de atenção que exigem, interação e comunicação entre os sujeitos do processo. No contexto da saúde, a comunicação é item básico para assistência, sendo uma das ferramentas para aperfeiçoar o saber-fazer profissional e oportunizar uma assistência de qualidade. Diversos fatores facilitam a comunicação, como entrosamento profissional e reuniões/capacitações periódicas, outros são barreiras à comunicação em unidades de urgência e emergência, ou seja, a dificultam. Considerando sua importância, aprimorar a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde na assistência consta entre as seis metas internacionais da segurança do paciente, definidas pela Joint Commission International, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, além de ter relação com os princípios do Sistema Único de Saúde. Sabendo-se que a qualidade da assistência está relacionada com a qualidade da comunicação, pergunta-se: quais estratégias,

**Endereço:** Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa  
**Bairro:** Serra Verde **CEP:** 31.630-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 6.992.849

sob a perspectiva da equipe assistencial, devem ser implementadas para superação de barreiras e melhora da comunicação entre profissionais em um pronto-socorro? Pressupõe-se encontrar um cenário onde os profissionais tenham real consciência da importância da comunicação, no entanto, não exercitam essa consciência e faltam práticas estratégicas, principalmente relacionadas a desenvolvimento pessoal, para que essa efetivação ocorra. Objetiva-se compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe assistencial. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa, buscando o entendimento da complexidade do fenômeno, em profundidade, sendo também um estudo descritivo e interpretativo. O estudo será realizado em um pronto-socorro de um hospital de alta complexidade de Belo Horizonte, referência no atendimento de urgência e emergência a pacientes graves, sejam adultos ou crianças. Serão convidados a participar da pesquisa profissionais ligados a assistência direta ao paciente no pronto-socorro: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, que atenderem ao critério de inclusão. A amostragem se dará por saturação teórica dos dados. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação simples até atingir a saturação teórica dos dados. Os dados serão transcritos e analisados pelo próprio pesquisador por meio da análise de conteúdo segundo Bardin com auxílio do software MAXQDA®, que possibilita análise de dados qualitativos. A pesquisa obedecerá às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

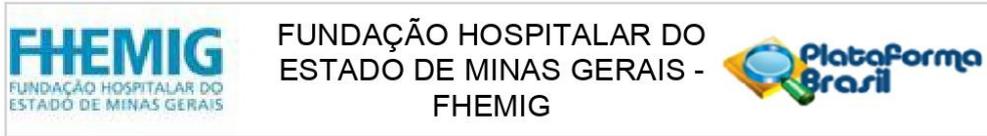
Compreender estratégias para superação de barreiras à comunicação efetiva entre profissionais em pronto-socorro, sob a perspectiva da equipe assistencial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os riscos são mínimos, mas existentes. Envolvem a possibilidade de desconforto psicológico, que será amenizado na abordagem do pesquisador com o participante, além da possibilidade de desistência de participação na pesquisa. Não há riscos físicos. Os materiais coletados serão analisados e arquivados sob sigilo e sem identificação dos participantes. O pesquisador se compromete a trabalhar de forma a reduzir ao máximo esses riscos.

Benefícios: Este estudo poderá produzir resultados que viabilizem a sinalização de mudanças e propostas a serem desenvolvidas no cenário do trabalho em saúde, de modo a promover o

**Endereço:** Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa  
**Bairro:** Serra Verde **CEP:** 31.630-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 6.992.849

trabalho pautado na comunicação de qualidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Orçamento: adequado e de responsabilidade dos autores.

**Recomendações:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/2012), o CEP-FHEMIG recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa;
3. Apresentar na forma de NOTIFICAÇÃO relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (RELATÓRIO FINAL).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

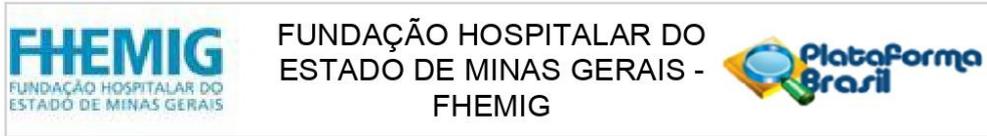
- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PCIPfinalCHUE.docx	05/08/2024 10:38:16	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	31/07/2024		Aceito

**Endereço:** Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa  
**Bairro:** Serra Verde **CEP:** 31.630-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 6.992.849

Básicas do Projeto	OJETO_2387452.pdf	13:54:28		Aceito
Outros	SEI_91844448_Termo_de_Anuencia.pdf	31/07/2024 13:52:17	MARILIA ALVES	Aceito
Outros	SEI_93512362_Parecer_Tecnico_241.pdf	31/07/2024 13:51:51	MARILIA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERatualizado.pdf	31/07/2024 13:48:37	MARILIA ALVES	Aceito
Cronograma	cronogramaatualizado.pdf	31/07/2024 13:47:24	MARILIA ALVES	Aceito
Outros	SEI_UFMG_3047645_Parecer.pdf	28/05/2024 10:44:07	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLER.pdf	27/05/2024 23:00:07	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Plataforma_Brasil.pdf	27/05/2024 22:59:56	LARISSA CANDIDA MELO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Agosto de 2024

Assinado por:  
Vanderson Assis Romualdo  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa  
**Bairro:** Serra Verde **CEP:** 31.630-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br