

COMUNICAÇÃO EFICAZ NO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

EFFECTIVE COMMUNICATION IN PATIENT-CENTERED CARE

COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Patricia Lourdes Silva, MSC

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
patricialourdes.ufmg@gmail.com

Marília Alves, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
marilix.alves@gmail.com

Adriane Vieira, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
vadri.bh@gmail.com

Ester Eliane Jeunon, Dra.

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Faculdade Pedro Leopoldo/Brazil
eejeunon@gmail.com

RESUMO

A comunicação eficaz é um elemento essencial para a qualidade e a segurança do cuidado em saúde, influenciando diretamente a experiência do paciente e os resultados organizacionais. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre os desafios e estratégias para uma comunicação eficaz em serviços hospitalares de urgência e emergência, à luz dos princípios do cuidado centrado no paciente. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, conduzido em um hospital público universitário de Minas Gerais, com coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas e análise segundo o referencial de análise de conteúdo (Bardin, 2016). Os resultados evidenciaram quatro categorias principais: (1) o cuidado e a segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde; (2) as barreiras para uma comunicação eficaz; (3) as estratégias para aprimorar a comunicação; e (4) os benefícios decorrentes da comunicação efetiva. As análises demonstraram que a sobrecarga de trabalho, a rigidez hierárquica e as falhas nas transições de cuidado comprometem a continuidade e a segurança assistencial. Por outro lado, a adoção de ferramentas estruturadas (checklists, prontuários eletrônicos), aliada à escuta ativa, à comunicação não violenta e à liderança horizontal contribui para um ambiente colaborativo, fortalecendo a governança clínica, o engajamento das equipes e a experiência positiva do paciente. Conclui-se que a comunicação eficaz constitui uma tecnologia leve de gestão e deve ser institucionalizada como estratégia organizacional e indicador de desempenho, promovendo um modelo de cuidado mais seguro, empático e centrado nas pessoas.

Palavras-chave: Cuidado Centrado no Paciente; Comunicação Eficaz em Saúde; Profissionais de Saúde, Barreiras da Comunicação.

ABSTRACT

Effective communication is a key element for quality and patient safety in healthcare, directly influencing patient experience and organizational outcomes. This study aimed to analyze healthcare professionals' perceptions of the challenges and strategies for effective communication in hospital emergency services, in light of the principles of patient-centered care. A qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted in a public university hospital in Minas Gerais, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to content analysis (Bardin, 2016). The results revealed four main categories: (1) care and patient safety from the professionals' perspective; (2) barriers to effective communication; (3) strategies to improve communication; and (4) benefits of effective communication. The findings demonstrated that work overload, hierarchical rigidity, and failures in care transitions compromise continuity and safety. Conversely, the use of structured tools (such as checklists and electronic health records), combined with active listening, nonviolent communication, and horizontal leadership, fosters a collaborative environment that strengthens clinical governance, team engagement,



and a positive patient experience. It is concluded that effective communication constitutes a soft management technology and should be institutionalized as an organizational strategy and performance indicator, promoting a safer, more empathetic, and patient-centered model of care.

Keywords: Patient-Centered Care; Effective Health Communication; Healthcare Professionals; Communication Barriers.

RESUMEN

La comunicación eficaz es un elemento esencial para la calidad y la seguridad del cuidado en salud, que influye directamente en la experiencia del paciente y en los resultados organizacionales. Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los profesionales de la salud sobre los desafíos y estrategias para una comunicación eficaz en los servicios hospitalarios de urgencia y emergencia, a la luz de los principios del cuidado centrado en el paciente. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en un hospital público universitario de Minas Gerais, Brasil, con entrevistas semiestructuradas y análisis según el referencial de análisis de contenido (Bardin, 2016). Los resultados revelaron cuatro categorías principales: (1) el cuidado y la seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de salud; (2) las barreras para una comunicación eficaz; (3) las estrategias para mejorar la comunicación; y (4) los beneficios derivados de una comunicación efectiva. Se observó que la sobrecarga laboral, la rigidez jerárquica y las fallas en las transiciones del cuidado comprometen la continuidad y la seguridad asistencial. En contraste, el uso de herramientas estructuradas (listas de verificación, registros electrónicos), junto con la escucha activa, la comunicación no violenta y el liderazgo horizontal, favorece un entorno colaborativo que fortalece la gobernanza clínica, el compromiso de los equipos y una experiencia positiva del paciente. Se concluye que la comunicación eficaz constituye una tecnología blanda de gestión y debe institucionalizarse como una estrategia organizacional y un indicador de desempeño, promoviendo un modelo de atención más seguro, empático y centrado en las personas.

Palabras clave: Atención Centrada en el Paciente; Comunicación Efectiva en Salud; Profesionales de la Salud, Barreras de Comunicación.

1 INTRODUÇÃO

O modelo de cuidado centrado no paciente representa uma mudança importante em relação ao modelo biomédico tradicional, ao tratar o paciente como um participante ativo no processo de tratamento. Esse modelo prioriza o diálogo, a escuta ativa e o respeito à individualidade, considerando o contexto biopsicossocial do paciente em todas as etapas do cuidado. Assim, a tomada de decisões é compartilhada, incorporando as preferências e valores do paciente ao plano de tratamento. Embora essa abordagem melhore a satisfação e os resultados clínicos, ainda enfrenta desafios, como resistência de profissionais de saúde e limitações de infraestrutura (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Os serviços de urgência e emergência em hospitais evoluíram a partir da necessidade de responder a situações de risco e acidentes, passando por um processo de especialização e coordenação ao longo dos séculos. Hoje, eles são fundamentais para garantir o atendimento rápido e eficaz em situações críticas, graças a um sistema integrado de cuidado que inclui tanto o atendimento pré-hospitalar quanto os serviços hospitalares e de acompanhamento pós-emergência. Essa evolução reflete a importância de políticas de saúde pública, treinamento especializado e investimento em infraestrutura para assegurar a qualidade e a segurança no atendimento. A sobrecarga e as falhas de comunicação nos serviços de urgência e emergência afetam diretamente a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e a eficiência do trabalho em equipe (Mass et al., 2022). Além de comprometer os resultados clínicos, esses problemas também impactam a satisfação dos pacientes e profissionais, gerando um círculo vicioso de estresse, insatisfação e vulnerabilidade para erros. É essencial que esses serviços

contem com protocolos de comunicação claros e padronizados, bem como estratégias para lidar com a superlotação, de modo a garantir um atendimento seguro e eficiente (Tofani et al., 2022).

No campo da gestão em saúde, a comunicação eficaz representa uma competência estratégica para o desempenho institucional, a qualidade assistencial e a gestão da experiência do paciente. Sua estruturação como processo gerencial permite alinhar metas clínicas e organizacionais, reduzir desperdícios e aumentar a satisfação de usuários e equipes (Kotler; Keller, 2012; Grönroos, 2004). Em organizações de saúde, a comunicação interna e a coordenação entre profissionais são dimensões críticas da governança clínica, impactando diretamente os resultados assistenciais e os indicadores de segurança do paciente (Mintzberg, 2009; Schein, 2017).

Apesar da relevância crescente do tema, as falhas de comunicação continuam sendo uma das principais causas de eventos adversos e de insatisfação de usuários, especialmente em unidades de urgência e emergência (Batalden et al., 2016; Siman et al., 2019). Esses ambientes exigem decisões rápidas e cooperação interprofissional intensa, o que torna a comunicação um ativo gerencial essencial à segurança, à eficiência e à cultura organizacional.

Diante desse cenário, como a comunicação eficaz pode ser fortalecida na relação entre profissionais de saúde e pacientes em serviços hospitalares de urgência e emergência, à luz dos princípios do cuidado centrado no paciente?

O presente estudo tem como objetivo analisar as barreiras, estratégias e benefícios da comunicação eficaz na relação entre profissionais de saúde e pacientes em um pronto-socorro de grande porte, sob a perspectiva da gestão do cuidado centrado no paciente. Os objetivos específicos são:

- a) identificar as principais barreiras à comunicação eficaz;
- b) descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais; e
- c) analisar os benefícios percebidos para o paciente, para a equipe e para a gestão organizacional.

O estudo contribui para o campo da Gestão e Planejamento em Saúde ao oferecer evidências empíricas sobre a comunicação como ferramenta de liderança horizontal, coordenação interprofissional e cultura de segurança, aproximando dimensões humanas e gerenciais no contexto hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse item abordam-se as características do modelo de cuidado centrado no paciente e da comunicação eficaz na área da saúde, em especial nas unidades de urgência e emergência de hospitais, articulando tais dimensões à gestão da qualidade, à experiência do paciente e à governança clínica.

2.1 O Cuidado centrado no paciente

O modelo de cuidado centrado no paciente representa uma evolução significativa em relação ao tradicional modelo biomédico, colocando o paciente no centro das decisões sobre o seu tratamento. Ele valoriza as relações interpessoais, onde o diálogo, a escuta ativa e o respeito à individualidade são fundamentais para a construção de um cuidado integrado e colaborativo, reconhecendo a importância de entender o contexto biopsicossocial do paciente — o que muitas vezes é negligenciado no modelo biomédico tradicional (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Sob a ótica do comportamento do consumidor em serviços de saúde, pacientes atuam como coprodutores de valor em um contexto de alto envolvimento, risco percebido elevado e forte assimetria de informação (serviços de “credence”) — cenário em que sinais de qualidade, reputação e certificações reduzem incertezas e orientam escolhas (Akerlof, 1970; Darby; Karni, 1973; Zeithaml, 1988; Vargo; Lusch, 2004). A satisfação e a lealdade derivam do (des)confirmação de expectativas ao longo da jornada do paciente, sendo moduladas por qualidade percebida, valor e confiança (Oliver, 1980; Zeithaml, 1988; Lemon; Verhoef, 2016). Em serviços, a qualidade é também relacional e processual; dimensões como confiabilidade, responsividade, empatia e segurança sustentam a percepção de qualidade (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1988; Grönroos, 2004).

Santana *et al.* (2018) propõem uma estrutura conceitual para a prática do cuidado centrado no paciente, enfatizando a necessidade de uma abordagem que integre as necessidades, preferências e valores dos pacientes em todas as etapas do processo de cuidado. Essa estrutura promove um ambiente de saúde no qual o paciente é visto como um parceiro ativo, contribuindo para decisões clínicas mais informadas e personalizadas (Esch *et al.*, 2016; Sheehan *et al.*, 2021). Modelos clássicos de decisão do consumidor ajudam a explicar adesão e engajamento: a Teoria do Comportamento Planejado indica que atitudes, normas subjetivas e controle percebido predizem intenções e condutas (Ajzen, 1991); o Modelo de Crenças em Saúde destaca percepções de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, além de “gatilhos para ação” (Rosenstock, 1974). No campo da mudança comportamental, o COM-B integra capacidade, oportunidade e motivação como condições para o comportamento, oferecendo guia prático para intervenções comunicacionais (Michie; van Stralen; West, 2011).

Um dos maiores desafios na implementação do cuidado centrado no paciente é a resistência dos profissionais de saúde, que muitas vezes se encontram presos às práticas tradicionais e às estruturas de poder hierárquicas. Além disso, a falta de infraestrutura adequada nas unidades de saúde pode dificultar a aplicação prática desses princípios (Mendoza; Drescher; Eberman, 2023). A literatura mostra que a adoção do cuidado centrado no paciente não apenas melhora a satisfação dos pacientes e dos profissionais, mas também leva a melhores resultados clínicos, pois a participação ativa do paciente no seu plano de cuidado, incentivada pela comunicação eficaz, é essencial para a adesão ao tratamento e a obtenção de desfechos mais satisfatórios (Figueiredo *et al.*, 2019). Evidências de marketing e segurança do paciente convergem: experiências positivas associam-se a melhores resultados clínicos e à redução de eventos adversos, fortalecendo confiança e recomendação (Doyle; Lennox; Bell, 2013; Reichheld, 2003).

Quando bem utilizada, a comunicação transcende a simples transferência de informações, tornando-se uma ferramenta poderosa para entender e responder às necessidades subjetivas dos pacientes. Essa abordagem enfatiza a importância de enxergar o paciente como um sujeito ativo em seu próprio processo de cuidado, possibilitando uma prática clínica mais empática e centrada no indivíduo (Sheehan *et al.*, 2021). No desenho de mensagens clínicas, vieses decisórios e percepção de risco importam: a Teoria da Perspectiva mostra que perdas percebidas pesam mais do que ganhos equivalentes — o “enquadramento” (framing) adequado melhora compreensão e escolhas sob incerteza (Kahneman; Tversky, 1979). Ativação do paciente e letramento em saúde influenciam busca de informação, participação em decisões e autocuidado, com impacto direto na adesão (Hibbard *et al.*, 2004).

Os serviços de urgência e emergência são componentes essenciais da Rede de Atenção à Saúde e se caracterizam por oferecer atendimento imediato a agravos agudos e situações que implicam risco de morte, sofrimento intenso ou comprometimento funcional (Brasil, 2013). De acordo com a Organização Mundial da

Saúde, configuram-se como um conjunto organizado de ações e recursos humanos, tecnológicos e logísticos, voltados à estabilização do paciente e à continuidade do cuidado, integrando desde o atendimento pré-hospitalar móvel até os serviços hospitalares de pronto atendimento (World Health Organization, 2018).

Esses serviços requerem resposta rápida, protocolos clínicos bem definidos e articulação interprofissional contínua, pois o tempo de resposta é um fator determinante para o prognóstico e a sobrevida (O'Dwyer; Konder, 2017). A triagem é uma etapa crucial para determinar a gravidade de cada caso e priorizar o atendimento conforme a urgência. Por isso, os serviços utilizam protocolos de classificação de risco que ajudam a identificar rapidamente os casos mais críticos, garantindo que esses pacientes sejam atendidos antes daqueles com condições menos graves. O trabalho realizado pelos profissionais de saúde nesses setores é dinâmico e desafiador, exigindo competências técnicas e emocionais para lidar com situações críticas e imprevisíveis. A colaboração entre médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais é essencial para o atendimento ágil e eficaz, sendo a comunicação clara e precisa um elemento central para coordenar as ações e evitar erros. Nessas “viagens do paciente” de alta pressão, a gestão de pontos de contato (touchpoints) — da recepção à alta — e o uso de métricas de experiência (p. ex., NPS, relatos narrativos) sinalizam qualidade, orientam melhorias e reduzem assimetria informacional (Lemon; Verhoef, 2016; Reichheld, 2003).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, conforme o Ministério da Saúde, visa garantir que os diferentes pontos de atenção estejam conectados de maneira eficiente, permitindo um atendimento ágil e seguro (Brasil, 2013). Nesse contexto, a comunicação clara entre os profissionais é essencial para enfrentar desafios como sobrecarga, ambientes estressantes e a necessidade de decisões rápidas (Tofani et al., 2022). A coordenação relacional e a coprodução de valor sustentam fluxos informacionais, reduzem retrabalho e elevam a qualidade percebida (Gittell et al., 2021; Vargo; Lusch, 2004).

Sob a ótica gerencial, o cuidado centrado no paciente implica integrar dimensões clínicas e administrativas, favorecendo processos decisórios compartilhados e modelos de coprodução de valor em saúde (Batalden et al., 2016). Essa integração desloca o foco do atendimento para a experiência do usuário e para os resultados percebidos de valor, coerentes com os princípios da gestão de serviços (Kotler; Keller, 2012; Grönroos, 2004). Assim, o cuidado centrado no paciente torna-se não apenas uma filosofia assistencial, mas também uma estratégia de gestão da qualidade e do desempenho organizacional, aproximando-se das práticas de marketing de serviços e liderança orientada para resultados (Mintzberg, 2009; Porter, 2010). Em termos comportamentais, combina-se: (i) desenho de processos que elevam qualidade percebida (SERVQUAL), (ii) comunicações que moldam percepções de valor e risco, e (iii) mecanismos de engajamento que ampliam capacidade, oportunidade e motivação para o autocuidado (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1988; Zeithaml, 1988; Michie; van Stralen; West, 2011).

2.2 Comunicação eficaz na saúde

A comunicação pode ser descrita como um processo pelo qual informações são transmitidas de um emissor, que codifica a mensagem, para um receptor, que a decodifica e interpreta. Esse processo deve ser bidirecional: o emissor deve garantir clareza e o receptor, compreensão (Tobase et al., 2022).

No campo da gestão e da comunicação organizacional, autores como Philip Kotler e Kevin Keller (2012) descrevem o processo comunicacional como composto por elementos básicos: emissor, codificação, mensagem,

canal, decodificação, receptor e feedback, sendo os ruídos comunicacionais as principais distorções do processo. Essa estrutura é fundamental também na área da saúde, em que ruídos — como linguagem técnica excessiva, falhas de registro e interpretações equivocadas — podem comprometer a segurança do paciente e a eficiência dos fluxos assistenciais.

De forma complementar, Pierre Weil e Roland Tompakow (2001) ressaltam que o corpo é um veículo de comunicação que revela sentimentos e intenções por meio da postura, gestos e expressões. Essa dimensão não verbal sustenta a empatia e a confiança, tornando-se indispensável no cuidado. No contexto hospitalar, a comunicação não verbal contribui para o acolhimento terapêutico, a percepção das emoções e a criação de vínculos significativos (Ávila et al., 2022; Hojat; Dessantis; Gonnella, 2017).

A comunicação eficaz nas organizações de saúde envolve a transmissão clara e precisa de informações, assegurando que as mensagens cheguem aos destinatários corretos sem distorções. É essencial para o alinhamento de expectativas e a resolução de conflitos, promovendo um entendimento comum entre os membros da equipe (Tobase et al., 2022). Essa prática exige empatia, escuta ativa e feedback, criando um ambiente colaborativo e seguro (Delant, 2024; Moreira et al., 2019).

Além disso, a comunicação eficaz é também uma estratégia de gestão: padroniza fluxos, melhora a rastreabilidade de dados e aumenta a eficiência operacional, favorecendo a construção de uma cultura organizacional participativa (Schein, 2017).

Outro elemento essencial é a Comunicação Não Violenta (CNV), proposta por Rosenberg (2006), que orienta a interação empática, o reconhecimento de necessidades e a resolução de conflitos de forma construtiva. Aplicada aos serviços de saúde, a CNV favorece o diálogo respeitoso, reduz tensões e fortalece o vínculo entre profissionais e pacientes (Uehara; Norman; Morgado, 2024; Coifman et al., 2021).

As abordagens de Kotler (2012), Weil (2001) e Rosenberg (2006) convergem ao reconhecer que a comunicação é um processo relacional e estratégico, que ultrapassa a transmissão de informações e se estrutura como tecnologia leve de gestão do cuidado. Sua efetividade depende tanto de ferramentas e protocolos quanto de atitudes empáticas, escuta ativa e cultura organizacional colaborativa — dimensões que se entrelaçam e se tornam essenciais para a gestão contemporânea dos serviços de saúde.

Em síntese, a comunicação nos serviços de saúde deve ser compreendida como um processo multifacetado, que articula dimensões eficazes, não violentas e não verbais de forma complementar. A comunicação eficaz assegura clareza, precisão e alinhamento entre equipes, reduzindo ruídos e fortalecendo a segurança do paciente. A comunicação não violenta, por sua vez, amplia o potencial relacional do diálogo ao promover empatia, escuta ativa e reconhecimento das necessidades de todos os envolvidos, favorecendo a cooperação e o respeito mútuo. Já a comunicação não verbal constitui o elo silencioso que traduz emoções, acolhimento e confiança, reforçando a dimensão humana do cuidado. Integradas, essas modalidades configuram uma tecnologia leve de gestão essencial à cultura organizacional em saúde, capaz de unir eficiência técnica e sensibilidade relacional na construção de ambientes terapêuticos mais seguros, colaborativos e centrados nas pessoas.

3 MÉTODO

O estudo caracteriza-se como qualitativo exploratório, tendo como método o estudo de caso, conforme o referencial de Yin (2015), que orienta a definição do fenômeno, o encadeamento lógico entre perguntas, proposições e evidências empíricas, bem como o uso da triangulação de fontes para garantir validade interna. Essa abordagem foi escolhida por permitir uma análise aprofundada de fenômenos complexos em seu contexto real, aspecto fundamental para compreender a comunicação em ambientes hospitalares de alta complexidade.

A adoção do estudo de caso justifica-se por sua capacidade de integrar dados qualitativos e contextuais, gerando uma compreensão abrangente das barreiras, estratégias e benefícios da comunicação eficaz sob a ótica da gestão do cuidado centrado no paciente. Trata-se, portanto, de uma escolha metodológica coerente com o problema e os objetivos da pesquisa, ao articular profundidade analítica, contextualização empírica e aplicabilidade gerencial.

A pesquisa foi conduzida em um pronto-socorro de grande porte, cuja escolha se justificou pelo perfil de atendimento de alta complexidade e pela adoção formal de práticas de cuidado centrado no paciente, exigindo decisões rápidas, cooperação interprofissional e fluxos comunicacionais intensos entre as equipes.

O protocolo do estudo de caso foi utilizado para orientar a coleta de dados. Segundo Yin (2015), trata-se de um instrumento essencial para assegurar confiabilidade e rigor metodológico em pesquisas qualitativas. Ele funciona como um guia operacional que organiza a coleta e a análise de dados de forma coerente com os objetivos do estudo. O autor destaca quatro componentes principais: a visão geral do projeto, os procedimentos de campo, as questões de estudo e o guia para o relatório final. Durante a análise, o protocolo garante consistência lógica entre teoria e evidências, favorecendo validade, coerência e reprodutibilidade.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes no pronto-socorro e análise documental de notificações de eventos adversos relacionados à comunicação.

O roteiro de entrevista foi elaborado a partir de revisão de literatura nacional e internacional sobre comunicação em saúde, cultura de segurança e gestão da qualidade (Rosenberg, 2006; Witiski, 2019; Tobase et al., 2022; Gittell et al., 2021). As questões foram organizadas em quatro blocos temáticos:

- (1) percepção dos profissionais sobre o cuidado e a segurança do paciente;
- (2) barreiras à comunicação eficaz;
- (3) estratégias comunicacionais utilizadas no cotidiano;
- (4) benefícios percebidos da comunicação eficaz para o paciente e a equipe.

A Tabela 1 apresenta os tópicos de investigação e os principais autores de referência teórica utilizados na formulação do instrumento

Tópico investigado	Autores de referência teórica
Comunicação não verbal	Weil (2001); Hojat et al. (2017)
Comunicação eficaz e gestão da qualidade	Kotler & Keller (2012); Batalden et al. (2016); Grönroos (2004)
Barreiras hierárquicas e interprofissionais	Almeida; Caldeira; Gomes (2022); Witiski (2019); Schein (2017)
Comunicação empática e não violenta	Rosenberg (2006); Uehara et al. (2024); Moreira et al. (2019)

Fonte: elaborado pelos autores.

O instrumento passou por validação de conteúdo por um especialista da área de gestão em saúde e comunicação interprofissional, que avaliou a clareza, relevância e alinhamento das perguntas ao objetivo do estudo.

A amostra foi composta por 25 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória estratificada, assegurando a representatividade dos diferentes grupos profissionais do pronto-socorro. Foram incluídos profissionais com atuação mínima de seis meses no setor e excluídos aqueles afastados por férias ou licença médica durante o período de coleta de dados.

A representatividade das diferentes categorias que compõem a equipe multiprofissional: enfermagem (56%), medicina (28%) e assistência social (16%). Essa composição reflete a diversidade de funções envolvidas no cuidado direto e indireto ao paciente, assegurando uma visão abrangente das práticas comunicacionais no contexto das urgências e emergências.

O perfil dos participantes foi predominantemente feminino (72%), com média etária de 37 anos, variando entre 27 e 54 anos, o que indica uma equipe formada majoritariamente por profissionais adultos em fase de maturidade profissional. O tempo médio de experiência na área hospitalar foi de 11 anos, sendo que todos possuíam pelo menos seis meses de atuação no setor de urgência e emergência, critério mínimo para inclusão no estudo. Essa experiência consolidada contribui para a consistência das percepções apresentadas, uma vez que os participantes vivenciam cotidianamente situações críticas que demandam decisões rápidas e comunicação efetiva.

A predominância feminina, aliada à diversidade de formações, ilustra o perfil típico das equipes hospitalares brasileiras, especialmente nos serviços de urgência e emergência, nos quais o trabalho multiprofissional e a interdependência entre categorias são essenciais à segurança do paciente. O tempo de atuação e a variedade de funções representadas reforçam a confiabilidade das análises, conferindo amplitude e profundidade às interpretações sobre barreiras, estratégias e benefícios da comunicação eficaz na prática assistencial.

Esse perfil diversificado contribui para compreender, de modo mais contextualizado, as dinâmicas comunicacionais discutidas nas categorias seguintes, permitindo que a análise dos resultados reflita a complexidade e a interdependência que caracterizam os processos de cuidado em ambientes hospitalares de alta complexidade.

O critério de saturação teórica foi adotado para definir o encerramento da amostra, alcançado quando as respostas começaram a se repetir sem acrescentar novos elementos analíticos (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). As últimas cinco entrevistas confirmaram o ponto de saturação, garantindo amplitude e diversidade de perspectivas.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e março de 2024, em horários previamente agendados para minimizar o impacto na rotina dos profissionais. Foram conduzidas em sala privativa, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fidedignidade das falas e garantindo a confidencialidade dos participantes.

Paralelamente, foi conduzida uma análise documental das notificações de eventos adversos relacionados a falhas de comunicação, ocorridas entre 2019 e 2023. Esses registros complementaram as entrevistas e permitiram triangulação entre os discursos e as evidências documentais, fornecendo uma visão abrangente dos impactos da comunicação na segurança do paciente.

A análise dos dados qualitativos foi conduzida por meio da análise de conteúdo temática categorial, conforme o referencial de Bardin (2016). Essa técnica permitiu identificar, categorizar e interpretar os padrões significativos nas falas, possibilitando uma compreensão aprofundada das dinâmicas comunicacionais e gerenciais do ambiente hospitalar.

O processo analítico seguiu três etapas:

- (1) pré-análise, com leitura flutuante e organização do corpus;
- (2) exploração do material, com codificação e agrupamento em categorias e subcategorias;
- (3) tratamento e interpretação dos resultados, com articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico.

Para apoiar a codificação, utilizou-se o software MAXQDA versão 24, que facilitou o gerenciamento e a rastreabilidade das categorias.

A triangulação dos dados (Creswell; Plano Clark, 2011), combinando entrevistas e análise documental, fortaleceu a validade interna e a confiabilidade dos achados. Esse cruzamento permitiu observar convergências entre falas dos profissionais e evidências de falhas comunicacionais registradas em eventos adversos, consolidando uma análise mais robusta e contextualizada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Comitê de Ética do Hospital Alfa, sob o parecer CAAE nº 68040923.3.0000.5149. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sigilo, anonimato e conformidade com as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016 (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta seção são apresentadas e discutidas as categorias temáticas construídas a partir da análise de conteúdo das entrevistas e documentos:

- (1) cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde;
- (2) barreiras para uma comunicação eficaz;
- (3) estratégias para uma comunicação eficaz;
- (4) benefícios da comunicação eficaz.

As análises estão articuladas com o referencial teórico e com autores clássicos e contemporâneos da área da gestão e comunicação em saúde.

4.1 Cuidado e segurança do paciente na visão dos profissionais de saúde

As unidades de registro desta categoria ressaltam os princípios do cuidado centrado no paciente, destacando a tomada de decisão compartilhada e a participação ativa do paciente no processo de cuidado. Ambos promovem segurança e adesão terapêutica, pois o paciente torna-se mais consciente e corresponsável por seu tratamento (Soares et al., 2022; Figueiredo et al., 2019).

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

Quando explicamos opções e escutamos as preferências, o paciente entende o plano e segue melhor. (Enf 3)

Esch *et al.* (2016) demonstram que a decisão compartilhada personaliza o cuidado e fortalece a confiança, o que reduz a probabilidade de eventos adversos. No contexto das urgências, a participação ativa do paciente funciona também como barreira preventiva a falhas de comunicação (Gonçalves *et al.*, 2016).

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

As falas dos participantes reafirmam os pressupostos do cuidado centrado no paciente (Santana *et al.*, 2018; Esch *et al.*, 2016), que valorizam a decisão compartilhada, a corresponsabilidade e a comunicação empática como eixos estruturantes da segurança e da adesão terapêutica. O paciente é reconhecido não apenas como receptor do cuidado, mas como coprodutor de valor em saúde, conforme descrito por Vargo e Lusch (2004) e Zeithaml (1988). Ao participar ativamente das decisões clínicas, o paciente contribui para a detecção precoce de falhas, o que amplia a confiabilidade do processo assistencial. Essa coprodução é mediada pela comunicação — tecnologia leve que traduz o diálogo em práticas seguras e colaborativas (Figueiredo *et al.*, 2019).

A transição de cuidado — passagem de plantão e transferências — é apontada como um momento crítico que exige comunicação estruturada e empática.

Na troca de plantão, se o status do paciente não vem claro, a gente perde tempo e corre risco de erro. (Enf 8)

Documento analisado: Erro de medicação durante a passagem de plantão devido à falta de comunicação entre as equipes (Evento de 12/07/2023).

As falas indicam que a transição de cuidado, especialmente nas passagens de plantão, constitui ponto crítico que exige comunicação clara, estruturada e empática. O uso de ferramentas padronizadas (checklists, SBAR, prontuário eletrônico) fortalece a rastreabilidade e a continuidade do cuidado, mas os profissionais destacam que “a conversa estruturada” é o verdadeiro mecanismo de prevenção de erros (Meireles *et al.*, 2021; Carvalho *et al.*, 2022). No entanto, os participantes ressaltam que a tecnologia não substitui o diálogo humano.

O prontuário ajuda, mas o que evita ruído é a conversa estruturada. (Enf 14)

A integração entre ferramentas estruturadas e comunicação empática cria um ambiente seguro e colaborativo, consolidando o cuidado centrado no paciente como eixo da gestão da qualidade assistencial (Porter, 2010; Mintzberg, 2009).

A combinação entre ferramentas estruturadas e a participação ativa do paciente constitui estratégia essencial para reduzir erros e fortalecer a governança clínica. Persistem, contudo, desafios relacionados à sobrecarga de trabalho e à falta de capacitação em comunicação interprofissional, o que reforça a necessidade de políticas organizacionais voltadas à formação contínua (Sheehan *et al.*, 2021; Schein, 2017).

Esses achados refletem o modelo de comportamento do consumidor em saúde, em que a confiança, a percepção de valor e a experiência positiva orientam a lealdade e os resultados (Oliver, 1980; Lemon; Verhoef,

2016). Assim, a comunicação eficaz atua como elo entre a segurança clínica e a gestão da experiência do paciente, pilares do valor em saúde (Porter, 2010).

4.2 Barreiras para uma comunicação eficaz

As unidades de registro desta categoria evidenciam barreiras estruturais, relacionais e culturais, como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e conflitos interprofissionais, que comprometem a continuidade do cuidado e aumentam os riscos de eventos adversos (Coifman et al., 2021; Tobase et al., 2022; Witiski, 2019).

A sobrecarga faz a gente priorizar o procedimento e encurtar a conversa. (Enf 4)
Em turno cheio, a passagem vira ‘telegráfica’ e coisas importantes somem. (Med 7)

A pressão assistencial leva à fadiga emocional e cognitiva, o que reduz a capacidade de escuta e empatia (Gesser; Santos; Gambetta, 2021).

No ritmo atual, a paciência diminui e o tom sobe. (Enf 8)

A fadiga emocional e cognitiva decorrente da pressão assistencial reduz a capacidade de escuta ativa e empatia (Gesser; Santos; Gambetta, 2021), enfraquecendo os vínculos interprofissionais. Esses elementos se articulam em um ciclo que impacta tanto a comunicação quanto o bem-estar e o desempenho das equipes.

Outro obstáculo relevante é a rigidez hierárquica, que inibe a comunicação aberta e o compartilhamento de decisões (Varkey et al., 2021; Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Tenho receio de sugerir mudança na conduta no meio da correria. (Tec Enf 9)
Se a chefia não dá exemplo de abertura, ninguém se sente à vontade para falar. (Enf 12)

As barreiras identificadas — sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica, diferenças de status e ausência de feedback — revelam fatores estruturais e culturais que comprometem a segurança do paciente. Sob a ótica de Schein (2017), tratam-se de expressões de cultura organizacional verticalizada, nas quais o poder simbólico e a autoridade técnica dificultam o diálogo horizontal.

A diferença de status entre categorias profissionais cria ruídos comunicacionais verticais, inibindo a expressão de dúvidas e a proposição de melhorias (Varkey et al., 2021). Essa dinâmica reforça a assimetria informacional descrita por Akerlof (1970), transferida aqui ao contexto hospitalar: quanto maior a desigualdade de poder, maior a chance de falhas na troca de informações críticas.

Registros documentais analisados ilustram os riscos dessas falhas:

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

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

Tais evidências reforçam a necessidade de lideranças horizontais, feedback contínuo e espaços formais de diálogo, medidas que fortalecem a cultura de segurança, estimulam a colaboração e melhoram o clima organizacional (Chiavenato, 2020; Delant, 2024; Leite; Santos, 2020). A descentralização das decisões e o incentivo à comunicação aberta são pilares de um ambiente de trabalho saudável e resiliente e condição para uma cultura de segurança baseada na confiança e no aprendizado coletivo.

4.3 Estratégias para uma comunicação eficaz

As unidades de registro revelam estratégias que favorecem uma comunicação clara, empática e colaborativa. Entre as mais citadas estão o uso de ferramentas estruturadas, reuniões de transição de plantão, escuta ativa, comunicação empática e comunicação não violenta (CNV).

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

As tecnologias digitais padronizam dados e reduzem erros, mas não substituem a comunicação interpessoal — essencial para a integração e o entendimento contextual (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022; Gittell et al., 2021).

Com todos no round, os pontos críticos não se perdem. (Enf 17)

A escuta ativa e a empatia foram reconhecidas como competências centrais para um cuidado centrado no paciente, pois aumentam o engajamento e reduzem resistências (Tobase et al., 2022; Coifman et al., 2021).

Quando paramos para escutar o paciente, ele traz a peça que faltava no quebra-cabeça. (Enf 19)

A Comunicação Não Violenta (CNV) foi apontada como estratégia eficaz para reduzir conflitos e fortalecer o trabalho em equipe (Rosenberg, 2006; Uehara; Norman; Morgado, 2024).

Com a CNV, conseguimos discordar sem romper a equipe. (Tec Enf 4)

Em síntese, as estratégias citadas pelos participantes confirmam a coexistência de três dimensões complementares da comunicação em saúde:

- a) a comunicação eficaz, que assegura clareza e padronização dos fluxos informacionais;
- b) a comunicação não violenta (CNV), que orienta o diálogo empático e a gestão construtiva de conflitos;
- c) e a comunicação não verbal, que reforça acolhimento, empatia e confiança.

O uso de ferramentas estruturadas, rounds interprofissionais e protocolos como SBAR e TeamSTEPPS (AHRQ, 2022) evidencia a institucionalização da comunicação como tecnologia gerencial de segurança. Entretanto, os depoimentos indicam que a verdadeira integração ocorre quando essas ferramentas se combinam à

escuta ativa e à empatia, dimensões que resgatam o caráter humano do cuidado (Rosenberg, 2006; Weil; Tompakow, 2001; Batista; Lessa, 2019).

A CNV emerge como recurso de mediação relacional capaz de transformar o conflito em aprendizado coletivo (Uehara; Norman; Morgado, 2024), favorecendo coesão, respeito mútuo e confiança. Essa integração de ferramentas e atitudes confirma a tese de Kotler e Keller (2012) e Grönroos (2004): a comunicação é também estratégia de gestão e marketing de serviços, pois gera valor simbólico e relacional dentro da organização.

4.4 Benefícios da comunicação eficaz

As unidades de registro destacam que a comunicação eficaz gera benefícios diretos à coesão da equipe, à segurança do paciente e à satisfação dos profissionais.

Uma comunicação objetiva facilita o alinhamento da equipe e evita retrabalho. (Enf 12)

Ao explicar bem o tratamento, o paciente confia mais e segue as orientações. (Med 6)

A literatura corrobora esses achados: a comunicação clara, precisa e empática reduz eventos adversos, melhora a continuidade assistencial e fortalece a confiança organizacional (Malta; Do Carmo, 2020; Tobase et al., 2022).

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

Esses resultados evidenciam que a comunicação estruturada é determinante para a segurança, a eficiência e a imagem institucional. Além de aprimorar desfechos clínicos, promove engajamento profissional, melhora o clima organizacional e reduz absenteísmo e rotatividade (Schein, 2017; Chiavenato, 2020).

A comunicação eficaz transcende a dimensão técnica, consolidando-se como instrumento estratégico de governança clínica, gestão de pessoas e sustentabilidade organizacional (Kotler; Keller, 2012; Grönroos, 2004). Sua institucionalização como indicador de desempenho fortalece a cultura de segurança e a experiência positiva do paciente — pilares da excelência em serviços de saúde.

Os resultados demonstram que a comunicação eficaz é vetor de valor organizacional, produzindo benefícios que se estendem da esfera clínica à gerencial. As equipes relataram maior coesão, agilidade nas decisões, redução de retrabalho e fortalecimento da confiança do paciente, indicadores que se alinham à literatura sobre qualidade em serviços (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1988; Schein, 2017).

Além de prevenir eventos adversos e melhorar o fluxo assistencial, a comunicação eficaz impacta o engajamento dos profissionais, o clima organizacional e a imagem institucional, funcionando como instrumento de governança clínica e sustentabilidade organizacional (Mintzberg, 2009; Kotler; Keller, 2012).

Integrada ao cuidado centrado no paciente, ela contribui para a construção de valor em saúde, ao ampliar a confiança, a lealdade e a experiência positiva dos usuários (Reichheld, 2003; Porter, 2010). A análise evidencia, portanto, que a comunicação não é apenas um meio, mas uma competência estratégica transversal à gestão, à ética e à qualidade assistencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a comunicação eficaz é um componente central da gestão do cuidado e da segurança do paciente, constituindo-se como uma tecnologia leve de gestão que integra aspectos relacionais, éticos e organizacionais. As falhas de comunicação, ao contrário, mostraram-se determinantes para a ocorrência de eventos adversos, descontinuidade do cuidado e desgaste nas relações interprofissionais.

Um dos fatores que mais impactam esses processos comunicacionais é a diferença de status e poder entre os profissionais envolvidos, especialmente em ambientes hierarquizados, como os serviços hospitalares. A literatura mostra que relações assimétricas de poder tendem a inibir a expressão de dúvidas, críticas e sugestões, comprometendo a troca aberta de informações e a tomada de decisão compartilhada. Essa desigualdade simbólica e institucional pode gerar barreiras comunicacionais verticais, nas quais profissionais de níveis hierárquicos inferiores hesitam em reportar erros, questionar condutas ou propor melhorias — o que amplia o risco de falhas assistenciais e reduz a segurança psicológica das equipes.

Os resultados reforçam que a tomada de decisão compartilhada, o uso de ferramentas estruturadas (como checklists e prontuários eletrônicos) e a participação ativa do paciente são práticas que fortalecem a segurança e a experiência do usuário, aproximando o modelo assistencial dos princípios da gestão da qualidade e do cuidado centrado no paciente. A articulação entre tecnologia e diálogo empático constitui um diferencial competitivo para instituições de saúde que buscam excelência e sustentabilidade.

As barreiras identificadas — como sobrecarga de trabalho, rigidez hierárquica e ausência de espaços formais de diálogo — apontam para desafios estruturais e culturais que extrapolam a esfera individual. Tais entraves evidenciam a necessidade de intervenções gerenciais voltadas à descentralização de decisões, sessões de feedback contínuo e promoção da liderança horizontal, que valorizem a colaboração entre diferentes categorias profissionais e estimulem a corresponsabilidade nas decisões clínicas e organizacionais. Essas estratégias contribuem para reduzir a distância hierárquica, fortalecer a confiança e fomentar uma cultura de segurança pautada no aprendizado coletivo.

A comunicação deve ser entendida, portanto, como um atributo organizacional, e não apenas interpessoal, requerendo políticas institucionais de incentivo, treinamento e avaliação contínua. No campo da gestão, a comunicação eficaz atua como instrumento de governança clínica e indicador estratégico de desempenho. Quando associada a práticas de feedback estruturado, rounds interprofissionais e programas de educação permanente, ela fortalece a gestão da experiência do paciente, otimiza processos e contribui para a sustentabilidade institucional (Kotler; Keller, 2012; Grönroos, 2004; Mintzberg, 2009).

No plano formativo, recomenda-se que escolas e serviços de saúde incorporem metodologias ativas e simulações realistas em seus currículos e programas de capacitação, de modo a desenvolver competências comunicacionais, empáticas e colaborativas desde a formação inicial (Batista; Lessa, 2019). A integração entre teoria e prática, somada à reflexão crítica sobre a escuta e o diálogo, contribui para consolidar profissionais mais conscientes do impacto da comunicação sobre a segurança e o bem-estar do paciente.

Como implicação prática, os achados indicam a necessidade de institucionalizar políticas de comunicação interprofissional, com diretrizes claras para a passagem de plantão, transições de cuidado e gestão de conflitos. A criação de protocolos institucionais, combinada a ações de educação permanente e avaliação periódica de competências comunicacionais, pode consolidar um modelo de cuidado mais seguro, participativo e humanizado.

Em síntese, a comunicação eficaz, quando compreendida como um processo estratégico e transversal à gestão, transcende a dimensão técnica e incorpora a equidade relacional como princípio estruturante. Ela amplia a qualidade percebida, fortalece a confiança entre pacientes e profissionais, reduz riscos e cria valor em saúde. Promover a comunicação é, portanto, promover o próprio cuidado: ético, seguro e centrado nas pessoas.

Artigo submetido para avaliação em 04/11/2024 e aceito para publicação em 10/11/2025

REFERÊNCIAS

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality. **TeamSTEPPS® 3.0 Pocket Guide**. Rockville: AHRQ, 2022. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>. Acesso em: 10 out. 2025.

AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, n. 2, p. 179-211, 1991.

AKERLOF, G A. The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. **Quarterly Journal of Economics**, v. 84, n. 3, p. 488-500, 1970.

ALMEIDA, R. J. F.; CALDEIRA, A. P.; GOMES, A. P. O cuidado centrado no paciente na atenção à saúde: revisão integrativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210383, 2022.

ÁVILA, P. A. et al. Comunicação não verbal e empatia em contextos de cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e3511, 2022.

BATALDEN, P. et al. Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 25, n. 7, p. 509-517, 2016.

BATISTA, J. L.; LESSA, R. C. A empatia na formação médica: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 36-44, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo das redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Comunicação segura e qualidade do cuidado em enfermagem hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, e20220252, 2022.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

COIFMAN, H. et al. Comunicação e relações interpessoais em ambientes de alta complexidade: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 46, e32, 2021.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

DARBY, Michael R.; KARNI, Edi. Free competition and the optimal amount of fraud. **Journal of Law and Economics**, v. 16, n. 1, p. 67-88, 1973.

DELANT, A. M. Comunicação organizacional e cultura de segurança do paciente. **Revista Gestão em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 45-59, 2024.

DOYLE, C; LENNOX, L; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v. 3, e001570, 2013.

ESCH, T. et al. Patient-centred care and communication in healthcare: a systematic review. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 99, n. 12, p. 1920-1932, 2016.

FIGUEIREDO, M. C. B. et al. Práticas centradas no paciente e segurança do cuidado: revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 87, p. 1-10, 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GESSER, M.; SANTOS, L.; GAMBETTA, L. Estresse ocupacional e comunicação nas equipes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 46, e29, 2021.

GITTELL, J. H. et al. Relational coordination and communication in healthcare. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 78, n. 6, p. 667-684, 2021.

GONÇALVES, C. A. et al. Tomada de decisão compartilhada e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 324-332, 2016.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HIBBARD, J. H. et al. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, v. 39, n. 4 Pt 1, p. 1005-1026, 2004.

HOJAT, M.; DESSANTIS, J.; GONNELLA, J. S. Patient perceptions of clinician empathy: impact on satisfaction and adherence. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 92, n. 11, p. 1464-1471, 2017.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. **Econometrica**, v. 47, n. 2, p. 263-291, 1979.

LEITE, H. M. F.; SANTOS, A. M. Comunicação e liderança no contexto hospitalar: desafios e perspectivas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e1329, 2020.

LEMON, K. N.; VERHOEF, P. C. Understanding customer experience throughout the customer journey. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 45, p. 69-94, 2016.

MICHIE, S.; VAN STRALEN, M. M.; WEST, R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. **Implementation Science**, v. 6, n. 42, 2011.

MALTA, D. C.; DO CARMO, L. G. Escuta ativa e empatia como instrumentos do cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3565-3574, 2020.

MASS, G. et al. Sobrecarga de trabalho e falhas de comunicação em serviços de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 16, n. 1, e244911, 2022.

MEIRELES, L. A. et al. Ferramentas estruturadas e segurança na transição do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20200215, 2021.

MENDOZA, P.; DRESCHER, C.; EBERMAN, S. R. Patient-centered care and provider burnout: implications for clinical practice. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 68, n. 2, p. 97-109, 2023.

MINTZBERG, H. **Managing**. San Francisco: Berrett-Koehler, 2009.

MOREIRA, D. A. et al. Comunicação empática na assistência à saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, São Paulo, v. 97, p. e021182, 2019.

O'DWYER, G.; KONDER, C. Serviços de urgência e emergência no Brasil: uma análise de sua estrutura e organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2005-2017, 2017.

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, n. 4, p. 460-469, 1980.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**, v. 81, n. 12, p. 46-54, 2003.

PORTER, M. E. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston: Harvard Business School Press, 2010.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. 2. ed. São Paulo: Ágora, 2006.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974.

SANTANA, M. J. et al. How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

SHEEHAN, C.; LEE, T.; GORDON, C. Patient engagement and safety: a scoping review. **BMJ Open**, London, v. 11, n. 5, e048123, 2021.

SIMAN, A. G. et al. Comunicação segura e qualidade do cuidado em serviços de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 831-839, 2019.

SOARES, M. C. et al. Comunicação efetiva e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 13, n. 1, e2567, 2022.

TOFANI, T. R. et al. Comunicação e sobrecarga em serviços de emergência hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, e20220075, 2022.

TOBASE, L. R. et al. Comunicação e segurança do paciente: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20210371, 2022.

UEHARA, M.; NORMAN, R.; MORGADO, A. Comunicação não violenta e relações interprofissionais em saúde: revisão de escopo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 28, e240012, 2024.

VARKEY, P. et al. Leadership models and team communication in healthcare. **Journal of Healthcare Leadership**, Auckland, v. 13, p. 145-156, 2021.

VARGO, S. L.; LUSCH, Robert F. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, p. 1-17, 2004.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal**. 58. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

WITISKI, R. Comunicação interprofissional e cultura de segurança em hospitais públicos: estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 411-420, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured**. Geneva: World Health Organization, 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZEITHAML, Valarie A. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, v. 52, n. 3, p. 2-22, 1988.