



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL**

**THALYTA MONTE BATALHA DOS SANTOS**

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR: proposta de  
Instrumento de comunicação entre profissionais de Enfermagem**

São Luís

2025

**THALYTA MONTE BATALHA DOS SANTOS**

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR: proposta de  
Instrumento de comunicação entre profissionais de Enfermagem.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Comunicação, no Programa de Pós-Graduação em Comunicação - Modalidade Profissional da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo

São Luís

2025

## FICHA CATALOGRÁFICA

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

Batalha dos Santos, Thalyta Monte.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR: proposta de Instrumento de comunicação entre profissionais de Enfermagem / Thalyta Monte Batalha dos Santos. - 2025.

87 p.

Orientador(a) : Melissa Silva Moreira Rabelo.

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

1. Comunicação Em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Segurança do Paciente. I. Moreira Rabelo, Melissa Silva. II. Título.

**THALYTA MONTE BATALHA DOS SANTOS**

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR: Proposta de  
Instrumento de comunicação entre profissionais de Enfermagem.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Comunicação, no Programa de Pós-Graduação em Comunicação - Modalidade Profissional da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo

Aprovada em:

Nota:\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo Presidente  
Orientadora

---

Prof. Dr. Ramon Bezerra Costa  
(membro interno)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Rosilda Silva Dias  
(membro externo)

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, por me conceder força, saúde e sabedoria para chegar até aqui, iluminando meus passos e guiando meus caminhos mesmo nos momentos de maior dificuldade.*

*À minha família, pelo apoio incondicional, paciência e amor em cada etapa desta trajetória. Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado, compreendendo minha ausência, oferecendo palavras de incentivo e acompanhando de perto os desafios vividos nesses últimos meses.*

*E, de forma muito especial, à minha querida vó Rosa, uma das pessoas mais importantes da minha vida. Infelizmente, ela não poderá estar presente fisicamente neste momento tão significativo, mas sua lembrança, ensinamentos e carinho permanecem vivos em mim. Muito obrigada, vó Rosa, por tudo o que representou e continuará representando em minha caminhada.*

## RESUMO

As falhas de comunicação configuram-se como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos em saúde, afetando diretamente a qualidade e a segurança do paciente. Estudos apontam que quase metade das reclamações por negligência médica envolvem problemas comunicacionais, seja entre profissionais ou entre profissional e paciente. Diante desse cenário, esta pesquisa teve como objetivo elaborar uma escala de avaliação da comunicação hospitalar-EACH, voltada para a equipe de enfermagem, por meio de uma abordagem qualitativa de inspiração etnográfica, realizada em uma clínica médico-cirúrgica pediátrica de um hospital público em São Luís do Maranhão. O estudo envolveu observação participante e aplicação de questionário semiaberto, permitindo compreender a dinâmica comunicacional, identificar fatores que levam às falhas e analisar a eficácia do processo de comunicação entre enfermeiros. Os resultados evidenciam que a comunicação é mais do que transmissão de informações: trata-se de um processo relacional, simbólico e cultural, essencial para a integralidade e continuidade do cuidado. A proposta da escala constitui um avanço na criação de instrumentos avaliativos específicos para a comunicação, contribuindo para a melhoria da gestão da assistência, para a segurança do paciente e para o fortalecimento do papel da enfermagem no ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde; Enfermagem; Segurança do paciente; Hospital; Escalas de avaliação.

## **ABSTRACT**

Communication failures are one of the main factors contributing to adverse events in healthcare, directly impacting patient safety and quality of care. Studies indicate that half of medical malpractice claims involve communication problems, either among professionals or between professionals and patients. In this context, the present study aimed to develop a hospital communication assessment scale-EACH (In Portuguese) focused on nursing teams, through a qualitative ethnographic approach conducted in a pediatric medical-surgical ward of a public hospital in São Luís, Brazil. Data collection included participant observation and a semi-structured questionnaire, enabling a comprehensive understanding of the communication dynamics, identification of failure factors, and analysis of the effectiveness of communication among nurses. Findings show that communication goes beyond information transmission: it is a relational, symbolic, and cultural process essential to integrality and continuity of care. The proposed scale represents an advance in the development of specific tools for communication assessment, contributing to improved care management, patient safety, and the strengthening of nursing's role in the hospital environment.

**Keywords:** Health communication; Nursing; Patient safety; Hospital; Assessment scales.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL DAS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES. ....	41
TABELA 2 - PERGUNTAS 7 E 8 DO QUESTIONÁRIO. ....	59

### LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CORREDOR PRINCIPAL E POSTO DE ENFERMAGEM.....	38
FIGURA 2 - BANCADA DE MEDICAÇÃO E SALA DE ESTABILIZAÇÃO. ....	38
FIGURA 3 - MESA DE PRESCRIÇÃO.....	39
FIGURA 4 - REPOUSO, SALA DE MATERIAIS E GELADEIRA DE MEDICAMENTOS. ....	39
FIGURA 5 - MAPA DA COMUNICAÇÃO DA CLÍNICA CIRÚRGICA.....	45
FIGURA 6 - MAPA DA ENFERMAGEM.....	46
FIGURA 7 - QUADRO DE PACIENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DR. JUVÊNCIO MATTOS. ....	47
FIGURA 8 - MODELO DE MAPA DA COMUNICAÇÃO. ....	48
FIGURA 9 - PRIMEIRA PROPOSTA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO. ....	68
FIGURA 10 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR – EACH. ....	69

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCSO	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CEP	comitê de Ética em Pesquisa
CHIJM	Complexo Hospitalar Infantil Dr. Juvêncio Mattos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EACH	Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar
EVA	Escala Visual Analógica
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HIJM	Hospital Infantil Juvêncio Mattos
IAC	Instrumento de Avaliação da Comunicação
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....</b>	<b>18</b>
2.1	O Hospital.....	18
2.2	Os desafios da comunicação para profissionais de saúde: interpessoal, interprofissional e com pacientes .....	19
<b>3</b>	<b>A ENFERMAGEM E O PROCESSO COMUNICATIVO EM SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
3.1	O trabalho da Enfermeira .....	25
3.2	Comunicação e Saúde .....	26
3.3	O papel da Enfermagem no fluxo comunicacional dos serviços de saúde e na clínica médico-cirúrgica do CHIJM.....	29
3.4	O uso de Escalas Avaliativas em Saúde e sua importância para o atendimento eficiente ao paciente.....	33
<b>4</b>	<b>PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO (IAC): percurso metodológico .....</b>	<b>35</b>
4.1	Metodologia.....	35
4.2	Cenário do Estudo .....	36
4.3	Participantes da Pesquisa .....	40
4.4	Coleta de Dados .....	42
4.5	Mapeamento dos fluxos Comunicacionais .....	43
4.6	Aspectos éticos.....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>50</b>
5.1	Descrição das Atividades realizadas pelas Enfermeiras .....	51
5.2	Caracterização da comunicação dentro do ambiente de trabalho e percepção de comunicação efetiva.....	58
5.3	Falhas de Comunicação .....	62
<b>6</b>	<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR – EACH .....</b>	<b>67</b>
6.1	Testagem .....	67
6.2	Resultados Preliminares .....	70
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE A - Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar – EACH... 82</b>	<b>82</b>

<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO A – TRAMITAÇÃO DO PROJETO NA PLATAFORMA BRASIL .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Gostaria de iniciar este trabalho trazendo uma reflexão baseada em um caso clínico ocorrido na UTI de um hospital da cidade local.

J.P.S. (nome fictício) aproximadamente 60 anos, deu entrada no PS (pronto socorro) com quadro de AVCi (Acidente Vascular Cerebral isquêmico). A isquemia cerebral é uma doença que ocasiona a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral levando a consequente interrupção da oferta de oxigênio, podendo acarretar em graves danos muitas vezes irreversíveis.

Dito isso, por volta das 18:20 horas, após realizar os diversos exames necessários, J.P.S. foi encaminhado para UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e lá foi recebido pela equipe de enfermagem e posteriormente pelo médico de plantão.

J.P.S estava consciente, acordado, comunicativo, porém seu quadro clínico exigia muita atenção. Como forma de tratamento foi indicado pelo médico a terapia venosa contínua com heparina (medicação que “afina o sangue”, assim não correria o risco de formar trombos no cérebro e impedir mais ainda o fluxo sanguíneo e de oxigênio) essa medicação é de alta vigilância, pois a dosagem errada pode levar a morte.

Já era por volta das 18:45h quando o médico entregou à enfermeira a prescrição médica, contendo todas as medicações que J.P.S. deveria fazer uso durante aquelas primeiras 24 horas. Ele disse: “Iremos iniciar o protocolo de heparina, e após 6 horas iremos coletar novos exames de sangue”. A enfermeira prontamente pegou a prescrição e repassou a informação para a técnica de enfermagem que iria administrar a medicação, tudo isso de forma bem rápida pois a enfermeira tinha que ir para seu outro serviço para um plantão noturno.

Na passagem de plantão, um momento digamos que crucial na rotina hospitalar, a enfermeira relatou à sua colega que assumiria o plantão que foi iniciado o protocolo de heparina para o paciente J.P.S. e que a medicação já havia sido instalada. Tendo ela descrito todos os acontecimentos mais relevantes dos seus 10 pacientes naquele dia, partiu para seu outro vínculo empregatício para enfrentar mais 12 horas de plantão.

No entanto, às 20:30h a mesma recebeu uma ligação do supervisor de enfermagem do hospital que ela havia deixado a pouco tempo. Uma ligação àquela

hora era bem estranha, algo sério deveria ter acontecido. E de fato aconteceu, era o paciente J.P.S. que havia sido encaminhado às pressas para tomografia para realizar exames de imagem no cérebro, pois agora o risco era de estar sangrando, ou seja, uma hemorragia cerebral. Mas como isso é possível? Lembram da heparina? se usada na dosagem errada ela pode levar a hemorragia severa e até transformar um caso de AVC isquêmico em um possível AVC hemorrágico. Mas como isso foi acontecer?

A técnica de enfermagem iniciou a administração da heparina, mas que foi administrada gota-a-gota direto na corrente sanguínea, ou seja, um volume muito alto da medicação num curto espaço de tempo, por isso o protocolo diz que a medicação deve “correr” através de um equipamento que controla a infusão ml/minuto (bomba de infusão).

Durante o início da noite seu J.P.S. apresentou um sangramento nasal e chamou a enfermeira que ao entrar no leito, logo observou que a medicação encontrava-se sendo administrada de maneira errada, rapidamente foram realizados exames de sangue que comprovaram o que a gente temia: o sangue estava incoagulável! sabe quando você cai e machuca o joelho e ele sangra um pouco, mas depois passa? Isso se deve aos nossos fatores de coagulação e em palavras simples, àquela altura seu J.P.S. não tinha nenhum deles ativos, ele poderia literalmente sangrar até a morte, um erro gravíssimo que poderia ter custado a vida do paciente.

Mas o intrigante foi que ao checar a prescrição médica a medicação estava de fato prescrita do jeito que a técnica de enfermagem havia feito, ou seja estava prescrita errada, o médico apesar de ter dito algo, escreveu uma coisa diferente, a enfermeira por sua vez, atrasada para seu outro plantão não checkou se a prescrição estava correta e condizente com o que o protocolo recomenda, muito menos orientou sua técnica de forma adequada. Um erro em cascata gerado por pressa, cansaço, desvio de atenção, conhecimento inadequado do protocolo que influenciaram diretamente para que a comunicação entre aqueles profissionais não fosse efetiva, o que quase custou a vida J.P.S.

O relato acima poderia facilmente ter sido um dos episódios das nossas queridas séries médicas, mas ela aconteceu com a autora deste trabalho. Sim, eu era a enfermeira de plantão naquele dia e não há nada mais doloroso para um profissional de saúde do que pôr em risco a vida daquele que você jurou cuidar e tudo porque não soubemos nos comunicar. Daquele dia em diante, as coisas mudaram para mim, eu entendi a importância de uma comunicação efetiva dentro do ambiente hospitalar e

que por meio dela poder-se-iam evitar diversas situações similares a esta que são muito mais comuns do que se imagina.

As falhas de comunicação têm sido apontadas como a principal causa de eventos adversos ao paciente. Estudos realizados pela The Joint Commission (Instituição internacional impulsionadora de práticas de melhorias de qualidade e segurança do paciente em assistência médica) apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde são um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos, Eventos Adversos (EAs) e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (Bagnasco *et al*, 2013).

Nesta pesquisa, foram revisados uma amostra aleatória de reclamações por negligência médica entre os anos de 2001 e 2011 em um banco de dados nacional de reclamações. Foi identificado que as falhas de comunicação representaram 49% dos registros, sendo que destas 53% das reclamações de falhas de comunicação envolveram falhas de comunicação entre prestador e paciente e 47% envolveram falhas de comunicação entre prestador e prestador. Os casos de falhas de comunicação estavam mais relacionados à plano de contingência, diagnóstico e gravidade da doença. Quarenta por cento das falhas de comunicação envolveram uma falha na transferência e os custos totais médios envolvendo falhas de comunicação foram maiores do que as demais (Humphrey *et al*, 2022).

Mediante isso, foram desenvolvidos os protocolos básicos de segurança do paciente para a construção e manutenção de políticas públicas de segurança do paciente e no seu impacto na geração de eventos adversos decorrentes da falta desses protocolos. Esses protocolos se assemelham às Metas Internacionais de Segurança do Paciente (1 – Identificação corretamente o paciente, 2 – Comunicação efetiva, 3 – Segurança de medicamentos, 4 – Cirurgia segura, 5 – Diminuir risco de infecções, 6 – Diminuir quedas e lesão por pressão dos pacientes), desenvolvidas pela *Joint Commission*, em conformidade com a OMS – Organização Mundial de Saúde (Franciscatto, 2011).

Alcançar essas metas traduzem qualidade e eficiência na prestação de cuidado ao paciente e por isso são indicadores de valor para as instituições de saúde. No entanto, apesar de ser uma das principais metas, a comunicação efetiva não conta com indicadores e instrumentos avaliativos próprios, tal como a meta referente a diminuição de lesão por pressão que conta, por exemplo, com a escala de *Braden* que

avalia as condições clínicas do paciente e do ambiente para classificar qual o grau do risco deste paciente desenvolver uma lesão por pressão (Bergstrom, 1997).

A comunicação é imprescindível ao sucesso das organizações, por impulsioná-las, gerando forças indispensáveis à sua dinâmica, contribuindo para criar, reforçar ou modificar comportamentos essenciais para concretização do modelo de gestão da qualidade (Heringer e Molina, 2004).

O ambiente hospitalar compreende um espaço onde trabalhadores de várias categorias que atuam na saúde e atendem a diversas necessidades de saúde dos clientes que buscam auxílio no processo de saúde doença, sendo eles tanto a nível de promoção, prevenção e recuperação (Claval, 2007).

E é nesse espaço que se assemelha a um mercado, com diversas vozes atuantes, que se destacam os profissionais de Enfermagem. Que compreendem a grande maioria da força de trabalho em saúde e que também exercem um importante papel no processo comunicacional que prima pelo cuidado ao paciente (Araújo, 2007; Erdmann, 1993).

Reconhecer a “voz” da enfermagem neste espaço polifônico, compreendendo a sua importância no processo comunicacional do ambiente hospitalar, foi um dos motivos que motivou o desenvolvimento desta pesquisa na elaboração de um instrumento (que chamamos a princípio de: Escala de avaliação da comunicação hospitalar) **com o objetivo principal de compreender quais são, realmente, os fatores comunicacionais que levam à falha de comunicação entre os profissionais de enfermagem. Assim como, analisar a eficácia do processo comunicacional dos enfermeiros através da evolução de enfermagem para que se possa avaliar a comunicação naquele setor, identificando as fases que apresentam falhas e quais são elas, sempre em busca pela prestação adequada do cuidado e no alcance da tão sonhada comunicação efetiva.**

Trata-se de uma pesquisa aplicada de abordagem qualitativa do tipo etnográfico. Que se deu, inicialmente, através da realização de um período observacional seguido pela aplicação de questionário semiaberto. Posteriormente, contou com o tratamento dos dados obtidos, com um intuito de aprofundar os conhecimentos do objeto de estudo no campo empírico.

A pesquisa teve como campo empírico a clínica médico-cirúrgica pediátrica de um hospital público da cidade de São Luís do Maranhão. No qual teve como objetivo principal, elaborar um instrumento (escala) de avaliação da comunicação entre os

enfermeiros no ambiente hospitalar. Além de analisar a eficácia do processo comunicacional dos enfermeiros, assim como compreender o que de fato é uma comunicação efetiva dentro do ambiente hospitalar e quais são, realmente, os fatores comunicacionais que levam à falha de comunicação entre os profissionais de enfermagem.

O estudo apresenta no primeiro capítulo uma discussão trazendo aspectos introdutórios acerca do ambiente hospitalar e suas peculiaridades. Destacando-se fatores históricos que contribuem para configuração hierárquica ali existente, assim como as relações de poder. Também discutimos a respeito dos desafios da comunicação para os profissionais de saúde levando em consideração fatores interpessoais, interprofissionais e com os pacientes. Ainda neste capítulo trouxemos o mapeamento da comunicação do setor em que se deu este estudo, onde foi possível realizar um reconhecimento dos processos comunicacionais daquele ambiente e a identificação do papel da enfermagem neste sistema.

O segundo capítulo conta com uma apresentação acerca da instituição de saúde escolhida para a pesquisa, o Complexo Hospitalar Infantil Dr. Juvêncio Mattos (CHIJM), com a descrição do histórico, infraestrutura e oferta de serviços, além de mostrar qual o seu papel para o estado do Maranhão e para a rede SUS e descrição do setor da clínica cirúrgica. Assim como, os instrumentos e processos comunicacionais inerentes a instituição.

No terceiro capítulo, abordamos sobre o papel da enfermagem no fluxo comunicacional do CHIJM e na Clínica Cirúrgica, na qual, destacamos a influência destes profissionais no processo de trabalho em saúde e a gestão da comunicação no ambiente hospitalar. Também será abordado sobre a interface comunicação e saúde a qual este estudo faz parte e que foi o viés escolhido dentro do mestrado profissional em comunicação. Ainda neste capítulo traremos a importância das escalas avaliativas em saúde, tendo em vista que este estudo propõe uma escala avaliativa.

Estas escalas ajudam os profissionais a terem parâmetros para avaliar riscos aos pacientes, assim como piora ou melhora do estado clínico. Mas a escala proposta por esta pesquisa visa valorizar ainda a comunicação como processo do cuidar.

Por fim no capítulo quatro discutimos detalhadamente a metodologia e desenvolvimento da Escala de Avaliação da Comunicação, trazendo o cenário do

estudo, caracterizando nossos participantes e nosso campo de pesquisa que são fundamentais para o desenvolvimento de um estudo etnográfico.

No capítulo cinco serão descritos nossos resultados e discussões, separados em categorias e posteriormente no capítulo seis será apresentada a Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar.

## 2 COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

### 2.1 O Hospital

A comunicação e saúde tem sido abordada mais profundamente nas últimas décadas, uma interface ampla e complexa que ao longo deste período vem tomando forma. Entretanto, dentre as diversas nuances existentes no campo da saúde muitas têm sido fracamente abordadas, tal como a comunicação no contexto hospitalar. Para tal, considero primordial conhecer essa complexa instituição que fará parte de nosso campo a partir de agora.

O hospital está no rol das instituições fundamentais da comunidade, assim como as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas. Essa importância se deve pelo grau das relações que o hospital estabelece com os indivíduos de modo particular e com a coletividade em geral, tendo em vista que esta instituição está diretamente ligada ao processo de saúde, vida e morte dos indivíduos (Gonçalves, 1998).

Diferentemente das instituições contemporâneas e sob as diversas hipóteses de origem dos hospitais, é consenso que a origem dessa instituição estava intrinsecamente ligada à prática religiosa onde a assistência a enfermos confundiam-se, com frequência, com santuários e templos erigidos sob inspiração e direção sacerdotal, direção esta que era realizada pelos médicos e aqui chegamos a um ponto fundamental na qual compreende-se a supremacia da classe médica mantida até os dias de hoje, pois este era visto como o veículo entre a cura e o sobrenatural.

Com o avanço da ciência e da tecnologia, estudos empíricos contribuíram para o fortalecimento da medicina enquanto ciência e posteriormente do reconhecimento dos hospitais como instituições voltadas ao tratamento, cura e reabilitação, além de uma separação da visão/caráter religioso.

No Brasil, o início dos hospitais também não foi diferente. Representado pelo pioneiro *Santa Casa dos Santos*, que foi fundado por Braz Cubas em 1549, a instituição era destinada a “todos sem distinção de nacionalidade, cor, credo, classe, que careçam de bálsamo para suas dores serão recebidos com alegria nesse sítio de cura”. Não obstante, seguiu-se por muito tempo este modelo com as *Santa Casa de Misericórdias*, até iniciar a distinção para pequenos grupos como hospitais militares.

O avanço do serviço público de saúde no Brasil se deu através do seu maior programa o SUS e nele o Hospital encontra-se no nível secundário e terciário da rede de atenção à saúde, ou seja, num nível de serviço que se entende dispor ou requerer maior complexidade para seus usuários. Já que no nível primário dispomos das Unidades Básicas de Saúde, dos tão conhecidos postos de saúde”. Estes serviços são a porta de entrada do Serviço Único de Saúde e a partir deles é possível compreender o sistema de hierarquização da Rede de Atenção à Saúde e dos mecanismos de referência e contrarreferência.

Essa instituição é fundamental para sociedade contemporânea. A disponibilidade de recursos de diagnóstico e tratamento, bem como as possibilidades de pesquisa e aperfeiçoamento com que o hospital conta hoje constituem fatores fundamentais para identificá-lo como o organismo mais qualificado para contribuir para o encaminhamento de soluções para os problemas de saúde da comunidade. Daí a importância de se analisar com cuidado a instituição hospitalar em sua funcionalidade e, desde o início, em sua estruturação (Gonçalves, 1998).

Por se tratar de uma instituição com nível de complexidade superior aos demais da nossa rede de atenção à saúde, o hospital acaba por carregar perspectivas múltiplas a seu respeito muitas vezes como um poema antagônico, pois ele é, ao mesmo tempo: A esperança e a desilusão, a paz e o caos, alegria e a tristeza, a estabilidade e a instabilidade, o acertar e o errar, a discussão e a conclusão, a morte e a vida geridas num complexo emaranhado de seres humanos diferentes, funções diferentes, em tempos diferentes, unidas em prol da vida.

No entanto, dentre as especificidades do trabalho realizado dentro de um hospital encontram-se aspectos extremamente relevantes que influenciam diretamente à saúde física e mental do trabalhador, assim como causa impactos nas suas relações dentro e fora deste ambiente.

## **2.2 Os desafios da comunicação para profissionais de saúde: interpessoal, interprofissional e com pacientes**

Dentro de um hospital, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou

implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital (Cecílio *et al*, 2003).

Cuidados estes que não se referem exclusivamente aos chamados cuidados médico-hospitalares, que são os mais frequentemente associados, ou melhor não são sobre o tratamento em si, às medicações, aos procedimentos realizados, mas também dizem respeito às necessidades humanas básicas, sendo a comunicação uma delas.

Para Codey (1909) *apud* Berlo (1991), a Comunicação é o mecanismo através do qual existem e se desenvolvem as relações humanas, ou seja, o ser humano precisa da comunicação para conviver com outras pessoas e conseqüentemente para viver em sociedade.

Viver em sociedade implica em buscar solucionar problemas, oferecer sugestões, diminuir conflitos e mal-entendidos. Isso faz parte da comunicação interpessoal. Entretanto, para que tais resultados sejam alcançados, todos os envolvidos devem estar de comum acordo ou em busca de uma alternativa viável para todos. E este é o problema, pois muitas vezes, nos recusamos a fazer concessões, e dentro de um ambiente hospitalar isso que vale tanto para o paciente quanto para o profissional envolvido (Carvalho, 2012).

A comunicação interpessoal é entendida como “a comunicação entre os indivíduos, como as pessoas se afetam mutuamente e, assim, se regulam e controlam uns aos outros” (Kunsch, 2003, p. 81). Ou seja, é a comunicação entre as pessoas, a maneira como elas oferecem e recebem informações, e o processamento destas dependerá da competência dos interlocutores.

Estes interlocutores são pessoas comuns e para compreender a abordagem do papel das relações interpessoais no cuidado em saúde, é necessário que seja levado em consideração aspectos da multiplicidade dos fatores que caracterizam sua complexidade como fenômeno psicossocial. Estes elementos englobam: questões de natureza individual associadas ao profissional e ao cliente (crenças, habilidades, valores, sentimentos e motivações); condições físicas e humanas do ambiente (hospital, domicílio, Unidades Básicas de Saúde, entre outros); dinâmica organizacional e autonomia profissional; e o papel que a saúde e suas respectivas políticas assumem historicamente (Hidalgo *et al.*, 2006).

Na área da saúde, especialmente a pública, a comunicação interpessoal carece de empatia entre os funcionários e pacientes e seus acompanhantes. Para Lee (2009), os hospitais deveriam se preocupar em oferecer mais cortesia aos pacientes do que

demonstrar eficiência. Esta pode ser obtida com melhores maquinários e investimentos em pesquisa, mas a cortesia só pode ser oferecida por outro ser humano. Dentro de um hospital, observamos que os conflitos interpessoais muitas vezes surgem de atitudes e reações inesperadas ou mal compreendidas.

Esses conflitos interpessoais são observados em todas as áreas do hospital, onde os funcionários dos diversos setores se desentendem com os pacientes, seus acompanhantes e os próprios colegas, motivados por cansaço, estresse, deficiência de equipamentos e materiais, salários baixos, falta de pessoal e outros problemas intrínsecos à área da saúde pública; e cabe à sociedade, na figura do governo, fiscalizar e melhorar os processos.

*Edna Rogers*, Uma professora emérita da Universidade *Utah* nos Estados Unidos, usa a metáfora da dança para descrever esta perspectiva da comunicação interpessoal e relações humanas. *Rogers* é uma das principais autoras no desenvolvimento da comunicação interpessoal especialmente nas áreas de comunicação e interação social e, é também, autora juntamente com *Richard Farace* da Teoria da comunicação relacional. Sua produção científica revela seu interesse pela codificação e pela análise da interação comunicacional trabalhando muitas vezes com metáforas, entre elas a metáfora da dança apresentada por ela ao *XVI Annual Student Conference in Communication*, na Universidade do Estado da Califórnia em Fresno, 1989.

Por meio da metáfora da dança, *Rogers* sugere que nos movimentos de aproximação, afastamento, ritmo, existem um padrão que fornece estabilidade aos parceiros, ou seja, faz com que a dança flua facilmente. Mas, quando essa relação está em desarmonia, a “dança” é composta por pisos, encontrões, movimentos completamente dessincronizados (Fisher e Adams, 1994).

. Estes movimentos estão sempre inseridos num determinado contexto, que são, podemos dizer, os diferentes “salões de baile” da vida. A dança é influenciada pelos movimentos e comportamento de cada parceiro, mas a dança, enquanto padrão relacional, consiste na sua criação mútua.

Concluo então que a comunicação interpessoal é a habilidade para dançar, e a música é o ambiente composto por harmonia, melodia e ritmos característicos. Segundo Galvão *et al*, 2017, as habilidades interpessoais e o processo de comunicação são ferramentas básicas no atendimento de alta qualidade e competência profissional (Galvão, Borges e Pinho, 2017).

O hospital é um desses salões de baile, mas aqui a dança funciona continuamente, 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados e finais de semana. Isso implica em diversas equipes de trabalho que se revezam na assistência ao paciente e, em cada final de turno, as informações sobre o plantão e a respeito de cada paciente são repassadas de uma para outra equipe. As informações são transmitidas por meio da comunicação escrita, documentada em prontuário e oral, entre os profissionais de um mesmo turno de trabalho e entre profissionais de turno diferentes, durante a passagem de plantão, visando garantir a continuidade do tratamento. E nesse contexto, dançar conforme a música faz-se necessário para que haja entendimento.

Na maior parte do tempo o trabalho em saúde se dá em equipe, que se caracteriza em modalidade de trabalho coletivo, sendo assim, a comunicação é um fator imprescindível para estabelecer as relações interpessoais e um objetivo comum para a equipe (Fernandes *et al.*, 2015).

Neste ponto é possível perceber que a comunicação interpessoal está ligada a comunicação interprofissional assim como influencia diretamente na comunicação com os pacientes.

As habilidades para comunicação interpessoal são essenciais para o desenvolvimento das atividades do cuidado em saúde. Cuidar diz respeito às ações assistenciais ou procedimentos técnicos aliados à atitudes condizentes com princípios humanísticos, entre eles a manutenção do respeito, da dignidade e da responsabilidade entre as pessoas em relação (Ferreira, 2002).

No processo do cuidado o profissional estabelece, não só com o cliente, mas também com toda equipe multiprofissional, uma relação sustentada tanto por valores morais, éticos e sociais, quanto pela interferência do meio (Hidalgo *et al.*, 2006).

O contexto hospitalar é este meio que possui certas especificidades no mundo do trabalho. Os hospitais atuam com profissionais, saberes, tecnologias e infraestrutura diferenciados. Assim como, sua configuração técnica e social é distinta, onde existe uma divisão de trabalho extremamente precisa, bem como por diferentes modelos de ação profissional, sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias dos profissionais (Pinho, Abrahão e Ferreira, 2003, p. 2).

Nesse aspecto, gerenciar a comunicação neste ambiente é um grande desafio. Tendo em vista os inúmeros profissionais ali atuantes, bem como suas escalas,

demandas de trabalho, insumos, tecnologia e processos que envolvem o serviço em saúde, principalmente o público.

Por isso, Schraiber *et al* (1999, p.12 e 13) ressaltam a importância da comunicação, ao dizer que:

[...] a presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduz outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços.

A gestão da comunicação e das informações no contexto hospitalar desenvolve-se na relação intra e inter equipe, que a depender de como são estabelecidas podem gerar consequências importantes à qualidade da assistência. Por exemplo: Confundir pacientes, erros na administração e preparo de medicamentos, procedimentos desnecessários, falhas no processo de internação ou estadia hospitalar como um todo. Erros que podem repercutir negativamente no bem-estar destes pacientes, dos profissionais e da instituição de maneira geral.

(Pinho, Abrahão e Ferreira, 2003, p. 2)

Apostar na comunicação efetiva é sem dúvida uma das melhores formas de evitar tais “disfuncionamentos” dentro do ambiente hospitalar. No entanto, talvez, o reconhecimento verdadeiro da importância do estudo da comunicação, seja um dos maiores desafios nas instituições de saúde.

Para Inesita Araújo (2014, p.29), dentro das instituições de saúde temos três exemplos mais comumente identificados como comunicação. 1 – São aquelas que ficam a cargo das assessorias de comunicação social no que diz respeito a gestão da imagem pública da instituição. 2 – As que são conhecidas como divulgação científica (Comunicação pública da ciência) que tem a função de disseminar os conhecimentos científicos produzidos. 3 – São aquelas referentes à comunicação organizacional, que dizem respeito aos processos internos das organizações de produção, circulação e apropriação da comunicação. Por meio dessa perspectiva, é possível visualizar a limitação do conhecimento do campo da comunicação dentro das instituições de saúde.

No ambiente hospitalar essa perspectiva demonstrada por Inesita, fica bem evidente. E como ela mesma refere: “Historicamente isso se justifica e se encaixa no

que chamamos de comunicação e saúde”. Ou seja, faz parte do campo de estudo, porém está longe de ser o desejável.

Por isso, a proposta deste trabalho é trazer para dentro destes ambientes a profundidade de valor para a comunicação. Compreender que a informação trazida por aquela mãe do interior do estado que acompanha, há anos, seu filho com TEA nível 3 de suporte, faz parte de um processo de educomunicação que ela vivenciou com suas experiências e que pode e vai fazer diferença na assistência hospitalar ao seu filho.

A escala de avaliação da comunicação é uma ferramenta que lembra aos profissionais de saúde a importância do SER dentro de um contexto social, econômico, político e religioso. Que remete à importância da comunicação como processo do cuidado.

### 3 A ENFERMAGEM E O PROCESSO COMUNICATIVO EM SAÚDE

#### 3.1 O trabalho da Enfermeira

A enfermagem é uma ciência e prática profissional voltada ao cuidado integral do ser humano, em todas as fases do ciclo vital e nos diferentes níveis de atenção à saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), trata-se de uma profissão essencial para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, desempenhando papel estratégico na garantia da qualidade e da segurança no cuidado. No Brasil, a enfermagem é regulamentada pela Lei nº 7.498/1986, que define o exercício profissional e diferencia as atribuições entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (Brasil, 1986).

O objeto de estudo da enfermagem é o cuidado, entendido como um processo intencional que envolve ações técnicas, científicas, éticas e humanas, direcionadas para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas (Waldow, 2009). Esse cuidado se concretiza por meio da aplicação do processo de enfermagem, que compreende etapas como coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2021).

O enfermeiro, como profissional de nível superior, é responsável por coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem, além de executar atividades assistenciais de maior complexidade e que exigem conhecimentos técnicos e científicos aprofundados. No ambiente hospitalar, suas atribuições incluem a avaliação do estado de saúde dos pacientes, elaboração de planos de cuidados individualizados, administração de medicamentos e terapias, realização de procedimentos invasivos, monitoramento de sinais vitais, prevenção e controle de infecções, bem como orientação e apoio aos pacientes e familiares (Smeltzer *et al.*, 2016).

Além das funções assistenciais, o enfermeiro desempenha um papel gerencial e educativo dentro da instituição hospitalar. No campo gerencial, planeja e organiza a escala de trabalho, supervisiona a execução das rotinas, garante a disponibilidade de recursos materiais e humanos e participa das decisões administrativas que impactam a assistência (Kurcgant, 2016). Na dimensão educativa, promove treinamentos para a equipe, desenvolve programas de educação em saúde e atua na capacitação contínua dos profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado e para a segurança do paciente (COFEN, 2021).

O trabalho da enfermeira, portanto, é multifacetado, envolvendo competências técnicas, científicas, éticas e relacionais. No ambiente hospitalar, sua atuação é fundamental para o funcionamento integrado da equipe multiprofissional e para a efetividade do cuidado, sendo reconhecida como peça-chave na assistência centrada no paciente e baseada em evidências (Backes *et al.*, 2014)

### **3.2 Comunicação e Saúde**

A interface entre comunicação e saúde constitui um campo interdisciplinar de crescente relevância, na medida em que o ato de comunicar é intrínseco ao processo de cuidar e ao funcionamento dos sistemas de saúde. A comunicação, entendida como processo social, dinâmico e simbólico, é elemento estruturante das interações humanas (Berlo, 1999; McQuail, 2010). No contexto da saúde, ela ultrapassa a mera transmissão de informações técnicas, configurando-se como um processo relacional que envolve escuta, empatia, negociação de significados e construção compartilhada de sentidos (Araújo, 2012).

Martín-Barbero (2004) reforça que os processos comunicacionais precisam ser compreendidos em sua dimensão cultural, considerando-se os contextos, linguagens e sentidos que os sujeitos atribuem às suas experiências de saúde e doença. Essa perspectiva converge com a noção de promoção da saúde defendida pela Carta de *Ottawa* (OMS, 1986), segundo a qual o empoderamento das pessoas e comunidades exige o acesso a informações claras, compreensíveis e culturalmente adequadas.

Entende-se que sob a perspectiva da comunicação interpessoal, Berlo (1999), que a eficácia comunicativa depende de fatores como habilidades do emissor e receptor, atitudes, nível de conhecimento e sistema sociocultural. Esses elementos, quando transpostos para o campo da saúde, são determinantes na relação profissional-paciente, pois influenciam a compreensão das orientações clínicas, a adesão ao tratamento e o fortalecimento do vínculo terapêutico (Silva *et al.*, 2015). Assim, a comunicação torna-se um recurso estratégico para promover a humanização da assistência, reduzir erros e otimizar a gestão do cuidado (Bagnasco *et al.*, 2013).

Em ambientes hospitalares, a comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares é condição para a segurança do paciente, conforme preconiza o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013). Falhas nesse processo estão associadas a eventos adversos, perda de continuidade assistencial e redução

da qualidade do cuidado (The Joint Commission, 2021). Por outro lado, práticas comunicativas centradas no paciente como a escuta ativa, a linguagem acessível e o uso de tecnologias de apoio fortalecem a relação terapêutica e promovem maior satisfação e adesão (Backes *et al.*, 2014).

Portanto, compreender e aprimorar a interface entre comunicação e saúde exige considerar as múltiplas dimensões envolvidas (técnica, relacional, cultural e política) , bem como investir na formação dos profissionais para desenvolver competências comunicacionais. Tal investimento contribui para um cuidado mais seguro, humanizado e centrado no sujeito, alinhado às diretrizes de qualidade e equidade nos sistemas de saúde.

No entanto, alguns problemas persistem dentro dessa interface, como por exemplo: a **redução da comunicação à mera transmissão da informação**. Inesita Araújo e Janine Cardoso criticam a concepção limitada de comunicação como transferência de dados do emissor para o receptor, ignorando os contextos culturais e simbólicos envolvidos no processo. Essa visão simplificada privilegia o emissor, geralmente institucional, e desconsidera a complexidade interpretativa do receptor.

Janine Cardoso, ao participar de uma entrevista à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, trouxe a seguinte reflexão:

“Qualquer processo de comunicação envolve repertórios culturais, agendas de prioridades, diferentes percepções do mundo. Quando se reduz o processo à mera transmissão de informações, conhecimentos e valores, a comunicação fica restrita às figuras clássicas do emissor e do receptor, sendo o primeiro, muito poderoso e com maior direito à palavra, e o segundo com o direito apenas de receber e entender exatamente o que foi dito” (Fiocruz, 2022)

Nos serviços de saúde, principalmente hospitalares essa é a visão mais comum acerca da comunicação. As professoras Inesita e Janine nos fazem lembrar também acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social. Estes, deveriam ser seguidos também na comunicação. Mas, no campo da saúde, “a “comunicação” parece caminhar na contramão do SUS”, descrevem as pesquisadoras; E completam: “No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a ‘cidadãos’, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade.

Nesse aspecto, eu gostaria de apropriar-me do direito da “fala”, enquanto profissional que atua no SUS a nível hospitalar, e corroborar com relato de concordância ao que foi exposto pelas professoras acima citadas. Existe uma percepção de comunicação muito enraizada no campo da saúde, onde prevalece esse conceito de “comunicação como uma informação que precisa ser repassada”. Ou como um meio para um fim.

Não há, em minha percepção, uma compreensão acerca do valor da comunicação de como ela permeia o ser humano e suas relações e de como isto está intrinsecamente relacionado ao Processo Saúde-Doença. Confesso que compreender um pouco mais sobre a comunicação dentro desta pesquisa, me fez perceber o quão raso estamos acerca desta ciência e quanto poderíamos avançar ao investir em comunicação.

Dito isso, retomamos para a teoria em comunicação que guiou este trabalho. Em 2002, Inesita Araújo publicou em sua tese de doutorado a proposta de um modelo de comunicação que pudesse ser incorporado pelas instituições responsáveis pela produção ou gestão de políticas públicas e que estivesse alinhado a concepções mais atuais e contemporâneas sobre comunicação.

Essas instituições têm se revelado como espaços de resistência perante modelos que reproduzem concepções e representações da comunicação já amplamente questionadas e criticadas, como a visão linear e bipolar do processo comunicativo, a neutralização do contexto social e as ideias de receptor como uma “tábua rasa” e de língua como um conjunto fixo de códigos, com significados estáveis e passíveis de simples transferência.

No que diz respeito às instituições de saúde, propriamente ditas, Inesita alega que esse “modelo de comunicação, historicamente se justifica e que não se pode dizer que não se encaixa como o que vem se configurando como comunicação e saúde”. E que desenvolveram teorias, metodologias, práticas que parecem funcionar dentro destes espaços. Porém, necessitam rever a sustentabilidade desses modelos.

Já no modelo proposto por Inesita chamado: “o modelo de mercado simbólico” há uma valorização da perspectiva teórica da produção social dos sentidos, a ideia de comunicação em rede sendo multipolar e multidirecional; Considera que essa rede é operada por interlocutores, sempre contextualizados; Opera com a ideia da comunicação como o processo negociado de produção/circulação/apropriação dos

bens simbólicos e situava esses interlocutores numa posição de poder mais central ou mais periférica, o seu lugar de interlocução.

O Modelo do Mercado Simbólico propõe, assim, um olhar diferenciado acerca do que é um mercado, não sendo este um lugar de encontro de iguais, mas um lugar de construção social, no qual as condições de acesso aos bens são desiguais, onde que as relações nesse mercado são estruturadas pelos interesses em jogo e que os interesses não são harmônicos. ampliado para a comunicação nas políticas públicas, valorizando a dimensão simbólica da disputa de sentidos e a complexa pluralidade de vozes envolvidas no processo comunicativo que é a ideia de polifonia.

Foi baseado nessa construção teórica que conseguimos compreender as instituições de saúde, em especial as hospitalares e seus setores, como sendo um mercado onde nem sempre os interesses ou ideias convergem para um mesmo anseio. Na maioria das vezes temos múltiplas vozes, competindo entre si, com percepções diferentes, construções sociais diferentes em um mesmo ambiente. E é nesse local que precisamos aprender a identificar as vozes atuantes, ver em qual posição elas estão na rede comunicacional e qual posição elas realmente estão no dia a dia da rotina hospitalar.

### **3.3 O papel da Enfermagem no fluxo comunicacional dos serviços de saúde e na clínica médico-cirúrgica do CHIJM**

Ao adentrarmos no campo da ciência da Enfermagem, nos deparamos com grandes teóricas que ajudaram na construção deste saber. Uma delas é Wanda de Aguiar Horta, conhecida pela sua importante Teoria das Necessidades Humanas Básicas e implementação do Processo de Enfermagem no Brasil, mas quero dar destaque para os conhecimentos e habilidades que são considerados essenciais para o processo do cuidado e que no campo da Enfermagem são chamados de **Instrumentos básicos**, que foram tão bem descritos por Horta. São eles: Observação, método científico, princípio científico, criatividade, **comunicação**, trabalho em equipe, planejamento, avaliação, destreza manual e habilidade psicomotora.

Na área da enfermagem, esse termo "básico" está relacionado ao conjunto essencial de conhecimentos e competências indispensáveis para a prática profissional. Os enfermeiros desenvolvem e aplicam saberes sistematizados voltados

à resolução de problemas, seja de indivíduos ou de grupos, e os instrumentos fundamentais da enfermagem fazem parte dessa base teórica e prática.

Tais instrumentos são empregados em todas as fases do processo de enfermagem, que é reconhecido como o método científico utilizado na profissão para a organização e gestão do cuidado. Esse processo permite estruturar a assistência prestada, promovendo decisões assertivas e eficazes em todas as esferas da atenção à saúde, contribuindo assim para a segurança dos pacientes. O processo de enfermagem é composto por cinco etapas: Avaliação de Enfermagem (anteriormente chamada de levantamento de dados), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem (Trindade *et al*, 2015).

Durante todas essas etapas, é fundamental que o enfermeiro demonstre habilidade no uso dos instrumentos básicos, com destaque para o objeto de estudo desta pesquisa: a comunicação.

Compreender a comunicação como um processo contínuo e essencial favorece a construção de relações de trabalho mais eficazes, seja entre os membros da equipe de saúde, nos registros das ações de enfermagem ou no cuidado direto ao paciente, seus familiares e à comunidade. Além disso, esse conhecimento contribui para prevenir falhas comunicacionais que possam comprometer a qualidade do cuidado e a atuação profissional da enfermagem.

Reforçando a importância da comunicação, Tamara Cianciarullo no seu livro *Instrumentos básicos para o cuidar, 2003*, traz a seguinte afirmação: “Os demais instrumentos básicos de enfermagem também serão mais bem empregados pelo enfermeiro que detiver o conhecimento e a habilidade em usar a Comunicação”.

Ou seja, para que a assistência de enfermagem ou o serviço de enfermagem ocorra de maneira ideal, é fundamental que se tenha como prioridade o desenvolvimento ou aprimoramento da comunicação. Até porque além de um instrumento básico, a enfermagem também a compreende a comunicação como uma necessidade humana básica, ou seja, aquilo que é inerente ao ser humano, que é essencial para sua sobrevivência enquanto ser e que durante toda a sua vida buscará um estado de equilíbrio.

E é nesse ponto que compreendemos como a Enfermagem está atrelada a este processo de equilíbrio.

Com certeza, em algum momento nós já ouvimos falar que a enfermagem é a ciência e arte do cuidar. Mas, a que especificamente há a prestação desse cuidado?

Creio que após a explanação acima a resposta surja de forma mais fácil. Nós enfermeiros prestamos cuidado às necessidades humanas básicas. Segundo, Horta, 1979:

“O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar...A enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço; A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais” (Horta, 1979, p. 27)

No entanto, a maioria dos enfermeiros acaba por “esquecer” que também são humanos com necessidades básicas que precisam de cuidados. Ao falar de cuidados no ambiente hospitalar, direcionamos nosso olhar exclusivamente ao paciente e sua família. Mas cuidar de si e das necessidades humanas básicas contribuem ativamente para a segurança do paciente.

A necessidade de comunicação cabe ao paciente e cabe ao profissional também. No caso do enfermeiro, no seu ambiente de trabalho ele vive dois lados da comunicação: A comunicação enquanto uma necessidade e enquanto um dever, como já fora dito anteriormente, uma habilidade essencial para o manejo do cuidado.

O que quero dizer é que existe uma necessidade de cuidar dos instrumentos ou habilidades necessários para o exercício dessa profissão. De maneira mais clara, compreendendo o estudo da enfermagem e retomando ao nosso objeto, conclui-se que não se deve apenas comunicar para o cuidar, mas também cuidar do comunicar.

E para isso é necessário compreender a comunicação de maneira mais profunda, não a enxergar meramente como um instrumento (no âmbito funcionalista da palavra), mas como uma necessidade. Berlo (2003) diz que a comunicação não é apenas a transmissão de mensagens, mas um processo complexo de construção de sentido entre emissores e receptores em contextos sociais específicos, ou seja, a compreensão da comunicação é processo dinâmico e interativo, no qual os significados são construídos a partir das experiências e contextos dos envolvidos.

Sendo assim, seria necessário compreendê-la como processo, como relação, como construção social, como produção de sentido. E por isso existe o estudo da comunicação. É fato que aqui não conseguiríamos realizar a exposição adequada ou aprofundar o tema na íntegra. Mas, reforçar que ao investir no estudo da comunicação

estamos cuidando do comunicar e que isso gera inúmeros benefícios para a esfera da saúde, em especial para a instituição hospitalar.

A comunicação que se desenvolve dentro das instituições, pode ser entendida através de diversas vertentes, tais como: comunicação interna, comunicação externa, relações públicas, assessoria de imprensa e marketing institucional. Essas áreas devem atuar de forma articulada para garantir coerência na mensagem transmitida e eficácia nos objetivos comunicacionais. A fragmentação entre essas dimensões pode comprometer a clareza da identidade institucional, além de dificultar o relacionamento com os públicos estratégicos (Torquato, 2002).

Para este estudo, voltamos o olhar para comunicação entre profissionais de enfermagem do setor da clínica médico-cirúrgica do hospital HIJM. A comunicação interprofissional pode ser conceituada como o processo de interação e compartilhamento de informações entre diferentes profissionais de saúde, com o objetivo de coordenar ações, integrar saberes e promover um cuidado centrado no paciente. Trata-se de um recurso fundamental para o fortalecimento do trabalho em equipe, permitindo que cada membro contribua com sua expertise na construção de decisões clínicas mais seguras e eficazes (Reeves *et al.*, 2018; Silva e Gonçalves, 2020).

O Hospital Juvêncio Mattos, cenário deste estudo, hoje é regido por uma organização social sem fins lucrativos sediada no estado de São Paulo que atua na área de saúde pública e privada em todo país. No entanto, é um hospital público que está sob jurisdição da secretária estadual de saúde do estado do Maranhão. Logo, apesar de ter autonomia para sua organização interna, a maioria das diretrizes que o hospital segue são provenientes destas instituições.

No caso da comunicação, o hospital não dispõe atualmente de um setor especializado, nem de pessoal específico para atuar nesta área. Conforme relatos coletados, já houve alguém destinado para este setor, porém com atividade exclusiva de assessoria de comunicação. O olhar para a comunicação efetiva tem sido feita pelo Núcleo de Segurança do Paciente e pelas coordenações setoriais que acompanham o dia a dia dentro do hospital, até pelo fato de que este núcleo trabalha com as seis metas de segurança do paciente, no qual a comunicação efetiva é uma delas.

A proposta de um instrumento que avaliasse a comunicação também surge nesse cenário, com a ideia de trazer relevância para o tema, de fazer dessa meta de

segurança do paciente uma cultura, uma preocupação real mas com métodos que lhe auxiliem a alcançar a interação entre profissionais, setores e pacientes .

### **3.4 O uso de Escalas Avaliativas em Saúde e sua importância para o atendimento eficiente ao paciente**

O uso de escalas avaliativas em saúde tem se consolidado como uma prática essencial na assistência, na gestão e na pesquisa em saúde, possibilitando uma análise sistemática e padronizada de diversos fenômenos clínicos, psicológicos e sociais. Tais instrumentos, também denominados questionários, instrumentos de medida ou escalas psicométricas, representam uma ferramenta metodológica de grande valor, especialmente no campo da enfermagem, da psicologia e da saúde coletiva. A crescente complexidade dos contextos de cuidado tem exigido uma maior acurácia na avaliação das necessidades dos usuários e dos resultados das intervenções, o que contribui para a ampla disseminação e utilização de escalas na prática profissional (Gomes *et al.*, 2019).

As escalas avaliativas podem ser definidas como instrumentos estruturados compostos por um conjunto de itens que medem uma ou mais variáveis latentes, como dor, estresse, qualidade de vida, ansiedade, depressão, funcionalidade, entre outras. Elas permitem quantificar experiências subjetivas e variáveis não diretamente observáveis, fornecendo dados válidos e confiáveis para a tomada de decisão clínica e gerencial (Pasquali, 2010).

A padronização das escalas permite comparações entre populações, momentos temporais distintos e até mesmo entre diferentes contextos de cuidado, tornando-se uma importante aliada na avaliação de intervenções e políticas públicas em saúde.

Na prática clínica, as escalas podem auxiliar na detecção precoce de agravos, no monitoramento da evolução de condições crônicas e na avaliação da eficácia de tratamentos. Por exemplo, escalas como a Escala Visual Analógica (EVA) para mensuração da dor, a escala de Braden para risco de lesão por pressão e a escala de depressão geriátrica (GDS) são amplamente utilizadas por profissionais de saúde em diversos níveis de atenção. A aplicação dessas escalas proporciona uma abordagem mais centrada no paciente e embasada em evidências, contribuindo para uma maior segurança e qualidade no cuidado (Mendes *et al.*, 2020).

Além disso, as escalas podem desempenhar um papel relevante na gestão em saúde, ao possibilitar o acompanhamento de indicadores subjetivos relacionados à satisfação do usuário, à sobrecarga dos profissionais ou ao clima organizacional. Tais informações são valiosas para subsidiar processos de planejamento, tomada de decisão e avaliação de serviços. A utilização sistemática de instrumentos avaliativos colabora com a construção de uma cultura de avaliação e melhoria contínua no setor saúde (Tronchin e Mello, 2016).

Em suma, as escalas avaliativas ocupam um papel estratégico na promoção da qualidade, da equidade e da eficácia nos cuidados em saúde. Sua utilização, quando pautada em princípios éticos, metodológicos e clínicos, contribui significativamente para a produção de conhecimento, o fortalecimento das práticas baseadas em evidências e a melhoria dos desfechos em saúde.

A proposta de uma escala de avaliação da comunicação surge não para instrumentalizar mais ainda a comunicação no campo da saúde, mas como uma estratégia norteadora para que posteriormente haja intervenções que valorizem e compreendam a comunicação dentro destes espaços.

## **4 PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO (IAC): percurso metodológico**

### **4.1 Metodologia**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na técnica de observação participante. Essa abordagem metodológica é indicada para investigações que buscam compreender, de forma aprofundada, as práticas, interações e significados construídos pelos sujeitos em seus contextos cotidianos, valorizando a interpretação das experiências humanas (Minayo, 2014; Flick, 2009).

A observação participante caracteriza-se pela inserção do pesquisador no campo de estudo, permitindo o acompanhamento direto das atividades desenvolvidas pelos participantes em seu ambiente natural. Nesse processo, o pesquisador assume uma posição que oscila entre a participação e a observação, possibilitando tanto a vivência das práticas quanto o distanciamento analítico necessário à produção do conhecimento (Angrosino, 2009; Hammersley; Atkinson, 2007).

O cenário da pesquisa corresponde ao Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos, no qual se desenvolvem as práticas investigadas, tendo sido previamente definido conforme os objetivos do estudo. Os participantes são constituídos pelos sujeitos que integram esse contexto, selecionados de forma intencional, considerando sua relevância para o fenômeno estudado, conforme pressupostos da pesquisa qualitativa (Turato, 2003).

A coleta de dados será realizada por meio da permanência do pesquisador no campo, durante períodos previamente estabelecidos, nos quais serão observadas rotinas, interações, comportamentos e práticas profissionais. As informações serão registradas em diário de campo, contemplando descrições detalhadas das situações observadas, bem como impressões, reflexões e interpretações do pesquisador, instrumento essencial na observação participante (Angrosino, 2009). A análise dos dados ocorrerá de forma concomitante à coleta, com leitura exaustiva dos registros, identificação de padrões, construção de categorias temáticas e interpretação dos significados emergentes (Denzin; Lincoln, 2006; Minayo, 2014). Serão respeitados os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos, garantindo o anonimato

dos participantes, a confidencialidade das informações e o uso dos dados exclusivamente para fins científicos, conforme as diretrizes vigentes (Minayo, 2014).

## 4.2 Cenário do Estudo

O Hospital Dr. Juvêncio Mattos é um centro de saúde de média complexidade referência no cuidado ao público pediátrico e neonatal no estado do Maranhão.

Inaugurado em meados de 1930, o hospital conta com serviço ambulatorial atendendo diversas especialidades como pediatria, cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neurologia, neuropediatria, otorrinolaringologia, pneumologia (entre outros), conta também com serviço de urgência e emergência de paciente regulados por meio da central de regulação de leitos do estado do Maranhão e de pacientes admitidos de forma eletiva.

Atualmente a instituição conta com 97 leitos no total, sendo eles: 20 de UTI pediátrica, 22 de UTI Neonatal, 12 leitos de Semi-intensiva, 18 leitos na unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCo), 20 leitos de clínica médico-cirúrgica e 5 na unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCa). Tendo em média 567 funcionários e dentre estes X Enfermeiros e X técnicos de enfermagem.

O hospital apresenta alguns tipos de escalas de trabalho seguindo as normas da CLT (Consolidação das leis de trabalho), por exemplo: Para funcionários administrativos a escala é de 40 horas semanais de segunda a sexta-feira (8 horas por dia), para funcionários assistenciais a escala pode ser do tipo “diarista” onde o funcionário trabalha 6 horas por dia 5 vezes por semana ou na escala 12x60, ou seja, 12 horas trabalhadas e 60 horas de descanso até o próximo plantão cumprindo a carga horária de 30 horas semanais.

O hospital Juvêncio Mattos é uma unidade hospitalar construída em meados dos anos de 1930, logo sua estrutura predial possui peculiaridades que muitas vezes limitam sua expansão ou modificação. A exemplo, as telhas utilizadas na cobertura do teto são consideradas raras e de patrimônio histórico, por isso devem ser mantidas. Outro exemplo, é que pela sua estrutura antiga não é adequada para o sistema de gases, assim como o encanamento o que acaba gerando uma necessidade de manutenção contínua e limitando algumas melhorias.

A clínica médico-cirúrgica recebe este nome pois momentaneamente tivemos os dois perfis funcionando em um mesmo espaço. Logo, temos pacientes considerados clínicos, ou seja, aqueles não-cirúrgicos que estão no setor para tratar doenças crônicas ou agudas, a exemplo: adoecimento devido síndromes infantis raras, síndromes genéticas, crianças com AME (Atrofia Muscular Espinhal), pacientes dependentes de medicações ofertadas pelo SUS e administradas exclusivamente mediante internação hospitalar, entre outros.

De mesmo modo o hospital, que é um centro de média complexidade e referência nos cuidados à criança, possui o perfil cirúrgico. Onde através da lista de espera de cirurgias do estado do Maranhão são agendados procedimentos cirúrgicos para menores de 14 anos, 11 meses e 29 dias. São inúmeros procedimentos realizados, porém os mais frequentes são: postectomia (remoção do prepúcio peniano, também conhecido como fimose), troca de sonda de gastrostomia (sonda de alimentação enteral), herniorrafias umbilicais e inguinais (correção de hérnias), troca de cânulas de traqueostomia, reconstrução do trânsito intestinal, palatoplastia (correção de fenda palatina) e queiloplastia (correção do lábio leporino) entre muitas outras.

Para que se tenha uma ideia de acordo com os levantamentos do próprio hospital e da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, nos primeiros 6 meses do ano de 2025 foram realizadas 13.490 consultas com diversas especialidades (Nutrição, psicologia, entre outros), 16.060 consultas médicas, 16.571 atendimentos há agência transfusional, 1.952 cirurgias, 3.964 procedimentos terapêuticos e 134.259 atendimentos no serviço de apoio diagnóstico terapêutico.

O setor onde se deu a pesquisa é composto por 20 leitos (que são camas ou berços para a acomodação dos pacientes, acompanhados de poltronas reclináveis para os acompanhantes) subdivididos em 5 enfermarias (as enfermarias são alojamentos conjuntos para mais de um paciente). Cada enfermaria possui 4 leitos e 1 um banheiro. O setor está disposto em torno de um corredor principal (Figura 1), onde o posto de enfermagem (Figura 1) se localiza logo no começo. O local é pequeno e é dividido em 5 parte principais: 1 – Bancada de medicação e pia (figura 2); 2 – Sala de estabilização (figura 2); 3 – Mesa de prescrição (Figura 3); 4 – Repouso (Figura 4); 5 – Sala de materiais e Geladeira de medicamentos (figura 4).

Figura 1 - Corredor Principal e Posto de Enfermagem.



Fonte: Registrado pela autora (2025)

Figura 2 - Bancada de medicação e Sala de estabilização.



Fonte: Registrado pela autora (2025)

Figura 3 - Mesa de prescrição.



Fonte: Registrado pela autora (2025)

Figura 4 - Repouso, Sala de materiais e Geladeira de medicamentos.



Fonte: Registrado pela autora (2025)

O número de funcionários que atuam diretamente neste setor é de: 1 enfermeira plantonista, 1 enfermeira diarista, 1 enfermeira da comissão de feridas e curativos, 5 técnicos de enfermagem, 5 médicos rotineiros, 1 fisioterapeuta, 1 auxiliar administrativo. Fora esta equipe multiprofissional, diversos profissionais circulam e realizam serviços dentro deste setor. São eles: nutricionistas, médicos pareceristas, estomaterapeuta, fonoaudiólogos e equipe de serviços gerais e limpeza.

Por se tratar de um hospital escola em quase todos os meses do ano, exceto os meses de férias letivas, um grande número de estudantes de enfermagem, técnicos em enfermagem, fisioterapia e medicina realizam estágios obrigatórios dentro da unidade. O que acaba por sobrecarregar o setor que por suas dimensões estruturais, não comporta um número elevado de pessoas circulando no posto de enfermagem.

### **4.3 Participantes da Pesquisa**

A clínica médico-cirúrgica, local onde se deu esta pesquisa, conta com um corpo assistencial de trabalho de 10 enfermeiras divididas em: 3 enfermeiras plantonistas do turno diurno, 3 enfermeiras plantonistas do turno noturno, 3 enfermeiras assistenciais da comissão de feridas e curativos e 1 enfermeira diarista.

A tabela 1, apresenta informações referentes ao perfil das 10 enfermeiras participantes. A faixa etária variou entre 26 e 63 anos, sendo que 6 delas estavam entre os 30 e 39 anos e 1 não respondeu à pergunta. Todas as participantes eram do sexo feminino.

De acordo com pesquisa de perfil da enfermagem realizada pelo COFEN em parceria com a Fiocruz em 2013, a enfermagem é uma área de atuação onde a presença feminina é predominante. Em tratando-se de enfermeiros, as mulheres representam 86% do total de profissionais no país. Esses números estão relacionados a diversos fatores, tanto sociais, quanto culturais.

A enfermagem foi inicialmente considerada um trabalho da mulher por constituir trabalho doméstico, pois à mulher cabia os cuidados da casa, dos filhos e marido. Logo, o cuidado estava intrinsecamente associado à mulher, pensamentos estes que infelizmente persistem até hoje (Almeida *et al.*, 2016).

Tabela 1 - Perfil das enfermeiras participantes.

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de exercício da profissão (anos)	Se possui outro vínculo como enfermeira
E1*	Feminino	39	8	SIM
E2	Feminino	30	6	SIM
E3	Feminino	63	14	SIM
E4	Feminino	35	3	NÃO
E5	Feminino	40	10	SIM
E6	Feminino	34	12	SIM
E7	Feminino	-	13	SIM
E8	Feminino	32	6	NÃO
E9	Feminino	35	2	SIM
E10	Feminino	26	12	SIM

Fonte: Dados da pesquisa

\*E (Enfermeira).

Outro ponto relevante que contribui para isso, foi o fato de que os primeiros hospitais eram ligados filantropicamente às igrejas, as Santas Casas de misericórdias. A igreja surge como um local de amparo para os necessitados e doentes e era responsabilidade das freiras que realizassem estes cuidados.

No que diz respeito a possuírem outro vínculo empregatício também como enfermeiras, 8 participantes afirmaram trabalhar em outra instituição. Nesse aspecto, há uma preocupação recorrente relacionada ao nível de estresse e sobrecarga de trabalho que os enfermeiros estão submetidos.

O advento do modelo neoliberal aplicado nas organizações de saúde, evidenciou o duplo vínculo laboral. A necessidade de funcionamento diuturno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a coexistência de empregos e deste modo os profissionais mantêm mais de um vínculo empregatício, quase sempre visando a manutenção da renda familiar. Há muitos trabalhadores que possuem até cinco vínculos laborais, caracterizando o multiemprego (Lohn, 2018).

Os estudos têm demonstrado que os trabalhadores de enfermagem enfrentam mais sofrimento psicológico do que a população em geral, estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste. De modo geral, a identificação dos principais fatores ocupacionais estressores em enfermagem está relacionada às

unidades ou contextos específicos de trabalho, dentre eles as emergências (Yang *et al.*, 2018).

O estresse prolongado relacionado ao trabalho tem sido associado a distúrbios psicológicos que afetam o estado de saúde física e mental dos enfermeiros além de desempenho profissional alterado, mediado por exaustão emocional, trauma vicário, fadiga e desgaste profissional (Kawano, 2008; Karanikola *et al.*, 2012; Karanikola *et al.*, 2015).

#### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados para pesquisa foi realizada num período de um mês -Junho de 2025, onde as três primeiras semanas foram destinadas apenas para observação e a semana final para aplicação dos questionários. O período de observação se iniciava as 07 horas da manhã onde ocorria a troca de plantão entre a enfermeira do noturno e a enfermeiras (plantonista e diarista) do diurno e finalizava as 13 horas e das 18 horas às 22horas no período noturno.

A presença da pesquisadora no ambiente, por um tempo maior do que o de costume, gerou curiosidade por parte da equipe que estava acostumada com visitas mais curtas e objetivas. No começo, inevitavelmente pude observar um certo receio no falar e agir das participantes, mas com o decorrer do tempo as ações e costumes que são praticadas rotineiramente acabam por surgir naturalmente. Por mais que tenha havido um estranhamento inicial, o fato de a pesquisadora exercer atividade laboral nesta instituição possibilitou um aceite melhor de sua presença durante o plantão.

O objetivo da observação era vivenciar o campo da enfermagem no ambiente hospitalar, compreender o comportamento de maneira mais profunda, assim como as práticas sociais, os valores, as crenças e o contexto cultural das enfermeiras, por meio da inserção direta da pesquisadora no ambiente estudado. A observação partiu de algumas questões norteadoras como: 1) como se dá a rotina das enfermeiras durante o plantão; e 2) como ocorria a comunicação das enfermeiras com a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e os demais setores do hospital.

Diante do processo de observação notei que havia muitas interrupções aos serviços da enfermeira durante o dia, fosse por parte da equipe ou dos acompanhantes. Dessa forma, optou-se pela aplicação de um questionário como

instrumento de coleta complementar, pois devido a rotina das enfermeiras foi muito difícil conseguir um tempo para realização de entrevistas que era a ideia inicial. Além de que com o questionário as participantes se sentem mais a vontade para expor sua opinião de maneira mais sincera.

#### 4.5 Mapeamento dos fluxos Comunicacionais

Na busca pelo entendimento sobre como ocorre a comunicação no ambiente hospitalar, foi necessário conhecer com quem essa interação, de fato, ocorre. Levando-se em consideração todos os profissionais atuantes no processo comunicacional hospitalar, destacamos a equipe de Enfermagem, na pessoa da(o) Enfermeira(o). Logo, reconhecer a “voz” da enfermagem neste espaço polifônico, foi um fator que motivou e facilitou esta pesquisa no desenvolvimento do mapeamento dos fluxos comunicacionais da clínica-cirúrgica.

No processo comunicacional a interação toma destaque e eleva o sentido real de comunicação para além de transmissão de mensagens. Os seres humanos são comunicantes, não porque falam, mas porque relacionam ou organizam mediações simbólicas em função de um comum a ser partilhado (Sodré, 2014).

Essa questão simbólica é percebida e retratada no campo que este estudo pretende discursar, que é o campo da comunicação e saúde. Onde considera-se que campo, segundo *Pierre Bourdieu*, é um espaço sociodiscursivo, multidimensional, objetivo e estruturado de posições que corroboram para produção de sentido (Bourdieu, 1989).

Ao escrever sobre comunicação e saúde, Inesita Araújo (2002, p.3) faz referência a um conceito chamado de mercado simbólico, onde sugere que:

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade.

Quando falamos de mercado simbólico, estamos assumindo que a comunicação funciona semelhante a um mercado, onde várias vozes concorrem entre si pela prevalência do seu próprio modo de perceber, analisar e intervir sobre a

realidade. Este mercado de ideias, opiniões, crenças e sentimentos, é operado por interlocutores, cujo modo de participação e posição que ocupam na rede simbólica é determinado por contextos (Araújo, 2002).

Essa ideia de polifonia e de produção múltipla de sentidos ocorre em diversos momentos, ambientes e com diferentes pessoas. O ambiente hospitalar é um desses mercados, rodeado de vozes que muitas vezes competem entre si em busca do “fazer ver e fazer crer”, ou seja, do poder simbólico (Bourdieu, 1989).

Na busca pelo reconhecimento deste “contexto” durante a etapa de observação realizou-se o mapeamento dos fluxos comunicacionais daquele setor, sendo facilitado pela presença do observador que se encontrava na organização, também, como membro do corpo de profissionais daquela instituição, possibilitando chegar a um conhecimento mais aprofundado da organização.

Para tal optou-se pela construção do mapa da comunicação do setor da clínica cirúrgica deste hospital, que seria justamente uma ferramenta para melhor entendimento dos fluxos comunicacionais das enfermarias do setor. O hospital em questão tem trabalhado com as seis metas de segurança do paciente, atribuindo para cada uma delas um protocolo institucional que sirva de guia para seus colaboradores, sendo comunicação efetiva a segunda meta.

Durante as visitas foi observado de que forma era estabelecida a comunicação da clínica médico-cirúrgica, por meio das enfermeiras, com os demais setores, em um período de 12 horas de serviço/plantão.

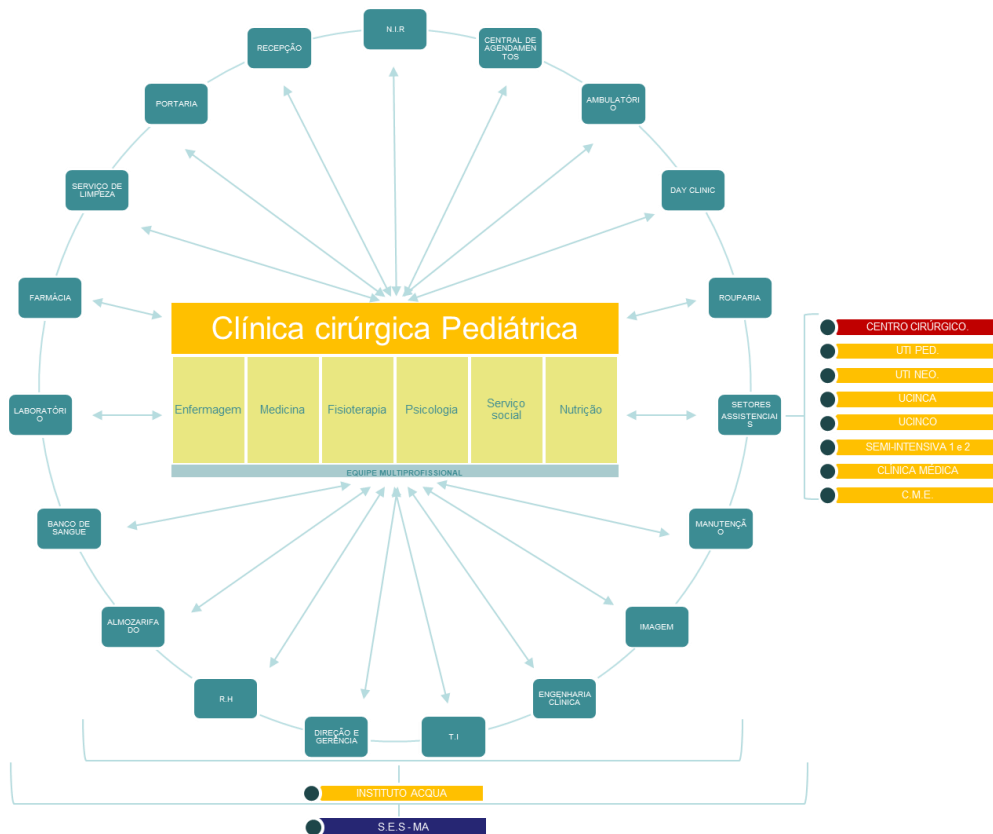
Essa comunicação foi veiculada especificamente por aparelhos telefônicos fixos (ramais) e móveis (smartphones), linguagem verbal presencial, além de instrumentos impressos específicos da instituição. Nas visitas os setores contatados foram listados pela pesquisadora do trabalho e constatados pelas enfermeiras.

Por esse motivo, ao observar esse processo foi possível identificar os setores com os quais a equipe de enfermagem, em específico o enfermeiro, estabeleceu comunicação durante seu turno de trabalho, foram eles: Núcleo interno de Regulação (N.I.R), Central de agendamentos, Ambulatório, Serviço de *Day Clinic* (Procedimentos cirúrgicos na qual os pacientes não necessitam de internação superior a 8 horas), Rouparia, Setores Assistenciais (Centro cirúrgico, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UCINCa (Unidade de Cuidado intermediário neonatal canguru), UCINCo (Unidade de cuidados intermediários Convencional), Semi-intensiva 1 e 2, Clínica Médica (CME), Manutenção, Engenharia Clínica, T.I (Tecnologia da Informação), Direção e Gerência

de Enfermagem, R.H (Recursos Humanos), Serviços de limpeza, Almozarifado, Portaria, Recepção, Banco de sangue, Laboratório e Farmácia.

Após a listagem de todos os setores, foi realizada a fase de elaboração prática do mapa. Que foi *a priori* realizada em forma de rascunho em folha de papel sulfite e em seguida transcrito através do programa *Power Point* utilizando os elementos gráficos de ciclo em blocos, acrescidos de setas bidirecionais que representam a comunicação entre a clínica cirúrgica e os setores descritos, vale ressaltar que todos estes setores conversam entre si, como mostra a figura 5 abaixo:

Figura 5 - Mapa da Comunicação da clínica Cirúrgica.




Fonte: Elaborado pela Autora (2025).

É importante destacar que este mapa reflete a rede comunicacional imediata da clínica médico-cirúrgica deste hospital, e que existem sim redes externas que fazem parte desse processo. Além disso, observou-se que existem setores que estabelecem uma comunicação muito mais frequente do que outros, como é o caso do centro cirúrgico. Este setor, acredita-se que pelo próprio perfil hospitalar, é o setor

que mais interage com a clínica cirúrgica. Porém, o setor da farmácia, limpeza, recepção e admissão e NIR são parte frequente do cotidiano das enfermeiras do setor.

Outro aspecto de extrema importância foi o caráter gerenciador dessa ferramenta. Por meio dele foi possível conhecer os instrumentos de comunicação mais relevantes daquele setor, assim como os seus principais agentes. A exemplo prático desta pesquisa os instrumentos mais relevantes do setor da clínica cirúrgica foram: o Mapa da enfermagem (Figura 6) e o quadro de pacientes (Figura 7). Tendo como os principais agentes ou gerentes dessa comunicação, a equipe de enfermagem.

Figura 6 - Mapa da Enfermagem.

  
**Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos**  
 Rua São Pantaleão S/N - Centro  
 São Luís - MA - CEP: 6505-400

LEITOS	PACIENTES	OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS	EXAMES/OUTROS	DISPOSITIVOS	PENDÊNCIAS PROGRAMAMAÇÃO
19	NOME: DN: DIAGNÓSTICO: ADM: IDADE: PESO: ALERGIAS:  PILSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO			CVC AVP DVP DVE SVD SNE GTT TQT DRENO TORÁCICO	
20	NOME: DN: DIAGNÓSTICO: ADM: IDADE: PESO: ALERGIAS:  PILSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO			CVC AVP DVP DVE SVD SNE GTT TQT DRENO TORÁCICO	

Fonte: Mapa de Enfermagem do Hospital Dr. Juvêncio Mattos (2025).

O mapa da enfermagem é um instrumento impresso utilizado para o gerenciamento das informações mais relevantes dos pacientes. É uma ferramenta que conta com elementos essenciais a segurança do paciente como: Nome completo, data de nascimento, diagnóstico, alergias, pendências, exames já realizados, programação, além claro do estado clínico atual do paciente e suas especificidades. E é por meio deste mapa que ocorre a passagem de plantão descrita anteriormente,

tendo em vista que estamos falando de um número grande de informações a serem gerenciadas e que poderiam ser facilmente esquecidas caso não houvesse um material de apoio.

Já o quadro de pacientes (Figura 7), é uma ferramenta que permite a visualização dos pacientes alocados no setor. Com uma quantidade menor de informações (nome, idade, diagnóstico, programação), o quadro está disponível para toda equipe que deseja conhecer a disposição dos leitos e seus respectivos pacientes.

Figura 7 - Quadro de Pacientes da Clínica Cirúrgica Pediátrica do Hospital Dr. Juvêncio Mattos.

	PACIENTE	IDADE	DIAGNÓSTICO	PENDÊNCIAS
19	PIETHRO KAYA COSTA OLIVEIRA	9a	.PO POSTECTOMIA	
20	JOSE ALEF SOUSA VILANTE FIALHO	11m	CORPO ESTRANHO	# PRE 13.09 # Bato de UTI → 112
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29	ESTHER BARROZO MARQUES	2a	PNM	
30	PEDRO WCLA DOS SANTOS COSTA	9a	PNM	
31	JAMILLY VITORIA MENDES DE OLIVEIRA	1a	CATETER DUPLD J	Urgia diurese!
32	WESLEY LEVI COSTA	1a	FISTULA TRAQEO-ESOFAGO	
33	ADRYAN WILLY SILVA FIGUEREDO	4a	CECILIDOSE DIABETICA	AGUARDAR RESPOSTA 7/CONS.FAM DIAMANTE
34	LUIZ ARTHUR ARAUJO PEREIRA	11a	DISCITE	
35	PERDILLA RAFISA SILVA LOPES	8a	P.O. HID	* AVALIAÇÃO COM CIRURGIÃO*
36	YASMIN LOUISE BOGEA VIEIRA	5m	URETER DUPLD	Contribuição DMSA 13/09 / Contrib DTPA 16/09/2020
37	NICOLLAS CAYNAN SOUSA RODRIGUES	9a	GENITALIA AMBIVIA	ALTA
38	MIGUEL VICTOR MACEDO LIONEL DE SOUZA	8a	ASMA	

Fonte: Registrado pela autora (2025).

Apesar de descrever estes instrumentos acima citados, reforço que o foco desta etapa da pesquisa foi compreender o fluxo de comunicação na clínica cirúrgica e seus instrumentos principais e a partir disso elaborar uma ferramenta que pudesse exercer este papel de facilitador para compreensão dos aspectos comunicacionais, levando em consideração a própria dinâmica do setor.

E foi através do desenvolvimento do mapa da comunicação que foi possível identificar toda rede comunicacional em primeira instância a qual o setor estava ligado, facilitando assim a compreensão dos vínculos e níveis de complexidade relacional, tal como as fragilidades em determinadas relações que podem levar a falhas na comunicação, além de possibilitar o replanejamento de alguns processos.

Para fins de replicabilidade do instrumento o modelo de mapa da comunicação (Figura 8) foi produzido para posteriormente ser aplicado aos demais setores do hospital e trazer para este estudo uma amostra mais significativa.

Figura 8 - Modelo de mapa da comunicação.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O mapa foi elaborado pensando em trazer uma ferramenta simples, prática e que fornecesse uma visão geral, mas detalhada, a respeito da comunicação nos setores. Além disso, o mapeamento da comunicação no setor da clínica cirúrgica foi uma etapa fundamental no andamento desta pesquisa, pois a partir dele foi possível conhecer um pouco mais do campo empírico e de como se dava a comunicação naquele ambiente. Para que haja uma melhor compreensão desta ferramenta, optou-se por descrever a composição do mapa, assim como seus elementos e disposição, conforme a descrição abaixo:

O formato em círculo remete a ideia de ciclo, onde a comunicação acontece em qualquer ponto desta relação, não tendo necessariamente um ponto de partida,

mas ocorre simultaneamente tão qual um mercado. As setas que ajudam a dar forma a este círculo significam que os setores descritos, também estabelecem comunicação entre si, não precisando, necessariamente passar ou envolver a clínica cirúrgica em sua comunicação.

No centro da imagem encontra-se o setor no qual se deseja realizar o mapeamento da comunicação. É importante descrever quem faz parte ativamente deste setor, no caso da clínica cirúrgica foi elencado o serviço assistencial direto ao paciente e que participam diretamente do cuidado ao paciente, sendo eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, serviço social, fisioterapeutas, entre outros e que comumente a comunicação entre estes é mais próxima por estarem dentro do setor. Nota-se que foram utilizadas setas bidirecionais pois a comunicação é uma via de mão dupla e dentro do hospital não é diferente.

Após a coleta de dados realizamos a legenda e descrição de qual tipo e meio de comunicação são utilizadas no setor, que são indicadas por símbolos que remetem ao tipo de meio de comunicação que foi utilizada. Por exemplo: dentro da relação de comunicação entre a clínica cirúrgica e o Centro cirúrgico existe um Documento próprio que é impresso, ou seja, utiliza-se da linguagem escrita para o estabelecimento de um determinado momento da comunicação entre estes setores, mas por vezes essa comunicação também é feita via aplicativo de mensagens como o whatsapp ou por comunicação verbal presencial ou via ramal telefônico.

A construção do mapa de comunicação, além de uma ferramenta para gestão, atuou como agente educacional para o reconhecimento e compreensão dos processos comunicacionais, gerando um despertar para a valorização da comunicação e possibilitando intervenções mais efetivas para aquele setor e para a instituição hospitalar como um todo.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa respeitou todas as normas e os princípios éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na forma da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e pelo Código de Ética de Enfermagem. O estudo está submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal do Maranhão via Plataforma Brasil, e encontra-se em apreciação ética CAAE: 90663825.3.0000.5087- Anexo A.

Manteve-se sigilo das informações e da identidade de todos os envolvidos no estudo, garantindo anonimato e confidencialidade dos assuntos tratados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), contendo informações acerca da pesquisa (Apêndice A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os dados da observação participante foram redigidos em tempo real em bloco de notas, e os questionários foram impressos em folha de papel sulfite e entregues para o participante juntamente com o TCLE. A análise de dados se deu por um processo interpretativo e indutivo, cujo objetivo foi compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências, práticas e contextos socioculturais, permitindo ao pesquisador um exame minucioso das narrativas e das observações de campo, preservando a riqueza descritiva e contextual do fenômeno investigado. (Hammersley e Atkinson, 2019).

Os dados foram analisados manualmente, sem apoio de softwares específicos de análise qualitativa, o processo exigiu um envolvimento intenso e contínuo do pesquisador com o material empírico. Inicialmente, foi realizada a leitura exaustiva das anotações, transcrições e registros de campo, seguida de um processo de codificação aberta, no qual trechos significativos são destacados e categorizados de forma emergente, a partir da própria leitura dos dados (Flick, 2014).

Posteriormente partiu-se para construção das categorias analíticas que ocorreu por meio de agrupamentos temáticos, que emergiram da comparação constante entre os dados e o referencial teórico adotado.

A análise dos dados proporcionou a caracterização da percepção das enfermeiras participantes e do setor da clínica médico-cirúrgica, assim como das atividades exercidas por elas em sua rotina de trabalho. Dessa forma, foram elaboradas as seguintes categorias: 1) descrição das atividades realizadas pelas Enfermeiras; 2) Caracterização da comunicação dentro do ambiente de trabalho e percepção de comunicação efetiva; 3) falhas de comunicação.

## 5.1 Descrição das Atividades realizadas pelas Enfermeiras

Dito isso, daremos início ao processo de observação dos enfermeiros, propriamente dito. Este, iniciou-se pela troca de plantão que acontecia no posto de enfermagem da clínica médico-cirúrgica. A enfermeira do período diurno que chegava para assumir o plantão cumprimentava a equipe, guardava seus pertences no repouso e se direcionava para “receber o plantão”. Em alguns casos, quando a enfermeira chegava entre 07:15h e 07:30h, a prioridade era receber o plantão para que a colega que estava durante a noite pudesse deixar a instituição.

A passagem de plantão ocorria da seguinte forma: ambas as enfermeiras estavam sentadas no posto e a enfermeira do noturno iniciava a passagem de plantão observando as informações que continha no “mapa de enfermagem” (instrumento impresso composto por uma tabela com dados relevantes dos pacientes e informações das suas 24 horas na unidade hospitalar).

As informações mais repetidas eram: nome, procedimento que irá realizar, se estava de acesso venoso ou não, se havia medicação sendo administrada naquele momento e se havia alguma pendência a ser realizada. É importante ressaltar que por se tratar de uma clínica médico-cirúrgica, muitos pacientes estavam ali para realização de procedimentos cirúrgicos, logo era comum que muitas das informações repassadas girassem em torno da programação para este procedimento.

Em alguns momentos a enfermeira que estava recebendo o plantão realizava questionamentos sobre determinadas informações que estavam sendo repassadas, como por exemplo: Enfermeira do noturno: *“Paciente AJL, que está no leito 19 está em jejum e com acesso venoso periférico”*; Enfermeira do diurno: *“O jejum iniciou que horas? Está sendo corrida alguma medicação agora pra ele?”*.

Por vezes a enfermeira do noturno acrescentava informações ao mapa de enfermagem que ela não havia escrito durante o plantão, mas que lembrava no momento da passagem. Algumas vezes, era utilizado também quadro de pacientes, um quadro branco onde estavam descritos: os leitos, nomes dos pacientes, idade e as programações para este paciente, tais como: exames, procedimentos, pendências etc.

Esta era uma hora onde o restante da equipe também estava chegando e por vezes a passagem de plantão era interrompida por algum outro profissional em busca de informações ou pelos próprios acompanhantes dos pacientes o que acabava por

interromper a passagem de plantão. Vale ressaltar que o Hospital Juvêncio Mattos é um hospital escola que recebe diversos alunos durante todos os meses do ano e durante a pesquisa havia cerca de 4 alunos de medicina, 4 de fisioterapia e 4 técnicos de enfermagem, além de 2 residentes de medicina.

Após o recebimento do plantão a enfermeira organizava sua mesa de trabalho, suas prioridades mediante aquilo que havia sido lhe comunicado na passagem de plantão e na maioria das vezes ia fazer o desjejum ali mesmo no repouso do setor, e/ou tomar banho já que estavam vindo de outro vínculo profissional em um outro hospital.

Em seguida, caso não houvesse serviços assistenciais prioritários ela seguia para a realização do dimensionamento dos técnicos de enfermagem, momento no qual ela realizava conferência se todos haviam chegado, se haveria necessidade de redistribuição dos pacientes e/ou solicitar à coordenação de mais um colaborador para cobrir o desfalque. A equipe era composta por 4 técnicos de enfermagem assistenciais e 1 técnico de enfermagem responsável pelo cuidado com os materiais e conferência dos medicamentos. Assim, cada técnico ficava com 5 pacientes quando em lotação máxima.

Seguindo então, para a visita de enfermagem, momento em que ela visitava os pacientes um por um, confirmando as informações que haviam sido passadas pela enfermeira do turno anterior e coletando novas informações, fazendo observações e orientações aos pacientes. Algumas das enfermeiras participantes costumavam levar o mapa de enfermagem consigo para o momento da visita, outras preferiam fazer as anotações posteriormente.

Neste momento, realizei o acompanhamento das participantes na realização da visita notei certo desconforto com a presença do observador nos primeiros momentos da visita, o que foi amenizado pelo comportamento do observador em manter certa distância, não expressar opiniões acerca das atividades que estavam sendo realizadas e mantendo o participante o mais confortável possível.

A visita de enfermagem é realizada logo no início do plantão e ao longo do dia são realizadas visitas de manutenção, se assim podemos chamar. Foi realizado o acompanhamento das visitas ao longo de 2 semanas, em três dias consecutivos em uma semana e três dias consecutivos na outra, nos dois turnos diurno e noturno de trabalho.

Durante a visita, ao chegar na enfermaria, a enfermeira se apresentava, cumprimentava os pacientes e acompanhantes, questionava sobre a qualidade de sono durante a noite, se houve algum tipo de ocorrência, se as eliminações fisiológicas estavam normais, quando foi iniciado o jejum (caso houvesse indicação), confirmação de qual procedimento seria realizado, checagem dos acessos venosos e demais dispositivos que a criança tivesse, algumas poucas enfermeiras realizaram o exame físico no paciente.

Durante o momento da visita, além das questões referentes a enfermagem, foram colocados diversos outros pontos, tais como:

“ A dieta do meu filho veio errada; ou a dieta não veio”, “ o ar-condicionado não está gelando como deveria”, “ A porta do banheiro não fecha”, “ A acomodação para os acompanhantes é muito desconfortável”, “Gostaria de mudar de enfermaria”, “ Que horas o médico vem?”, “Tem como chamar a manutenção para olhar o banheiro”, “ A moça da limpeza não passou ontem aqui”, “ Poderia chamar o serviço social para mim?” (Diário de Campo)

Entre outros. Algumas destas observações eram anotadas pelas enfermeiras e repassadas à equipe posteriormente verbalmente ou via ramal telefônico.

Ao sair da visita a enfermeira realizava sua classificação de prioridades e seguia para os procedimentos, discussão de casos com os médicos e com a equipe, outras vezes seguia para o preparo do paciente para realização de um exame e ou procedimentos.

Posteriormente, os médicos iniciavam a fase de prescrição dos pacientes, documento que continham toda a terapia medicamentosa e outras terapêuticas a serem administradas no paciente em um período de 24 horas. Após prescrever, o médico imprimia 2 vias e as entregava para a enfermeira, alguns sinalizavam as medicações que estavam sendo iniciadas ou alterações na prescrição, outros não. A enfermeira então realizava o aprazamento, ato de colocar os horários em que cada medicação deveria ser administrada. 1 via ficava no prontuário do paciente para que a equipe e principalmente a técnica de enfermagem tivesse acesso durante o dia e a outra via era entregue ao setor da farmácia, para que com tempo hábil separasse as medicações de cada paciente e as dispensassem para o setor da clínica médico-cirúrgica no horário definido pela instituição, que no caso era até as 12 horas da manhã.

Entre um intervalo do aprazamento de uma prescrição e outra, as enfermeiras (diarista e plantonista) iniciavam a evolução de enfermagem que antes eram realizadas manuscritas, mas durante o desenvolvimento desta pesquisa a evolução de enfermagem passou a ser registrada em prontuário eletrônico, assim como as demais especialidades. A evolução era bem resumida como segue o exemplo a seguir:

“Às 07 horas recebo plantão com menor em repouso no leito, diagnóstico de neutropenia congênita, paciente acompanhado da mãe, agitado, choroso, afebril, normocárdico, anictérico, acianótico, mantendo boa saturação. Curativo em MIE (Membro inferior esquerdo), sem edemas, pulso e perfusão periférica regular, nega alergias, sem AVP (Acesso venoso periférico), abdome flácido, RHA+ (Ruídos hidroaéreos presentes), sem VMG (Visceromegalias), indolor à palpação, aceita bem a dieta, vigiar PA (Pressão arterial) e diurese. Eliminações vesicointestinais espontâneas”(E2)

A evolução de enfermagem é um dever que cabe privativamente ao enfermeiro. Nela devem conter, além das informações clínicas do paciente nas últimas 24 horas, os cuidados que foram prestados, sejam eles de escuta, de orientação ou de cunho assistencial (COFEN, 2023).

No entanto, em nossa prática diária damos preferência (e aqui expresso essa preocupação não só como pesquisadora, mas como enfermeira que sou) para evidenciar o que diz respeito as alterações fisiológicas do paciente. Deixando de lado detalhes inerentes às outras necessidades humanas básicas.

O registro de outras informações nos aproxima mais da realidade destes pacientes e suas famílias. A compreensão do ser humano de maneira holística precisa ser pauta importante durante a comunicação interprofissional daqueles que o assistem.

Quando refletimos no início desta pesquisa acerca das necessidades humanas básicas, apontamos que o ser humano tem necessidades básicas e elas não são exclusivamente fisiológicas, mas, como descreveu Horta 1979, também são psicossociais e incluem necessidade de segurança, amor, criatividade, comunicação, liberdade, aprendizagem, lazer, espaço, autorrealização, autoimagem, aceitação, participação, atenção, orientação em tempo e espaço, entre outros.

Ou seja, cada indivíduo é portador de um conjunto único de percepções, crenças, valores e vivências que moldam a maneira como interpreta o mundo e, conseqüentemente, as mensagens que recebe (Mendes, 2018). Tais percepções são

construídas socialmente, a partir de interações ao longo da vida, e culturalmente, por meio de práticas, normas e tradições transmitidas em grupos sociais (Hall, 1997). Portanto, a comunicação é também um fenômeno cultural, no qual a diversidade de construções simbólicas influencia diretamente a compreensão e o sentido atribuído às interações.

Sendo assim, informações referentes por exemplo ao humor do paciente, suas preocupações, seus desejos, suas dificuldades, seu conhecimento, sua origem, devem ser levados em consideração e serem sim pontuados como algo relevante que merece destaque numa passagem de plantão, evolução ou anotação de enfermagem.

Dito isso, retomamos para a descrição da rotina das enfermeiras e um ponto a ser destacado é que no exercício de quase todas as suas atividades a enfermeira era procurada por alguém da equipe multiprofissional para confirmar ou receber uma informação, para realizar um novo procedimento, atender um telefonema, esclarecer dúvidas aos acompanhantes dos pacientes, entre outros. Isso acontecia constantemente durante todo o plantão e em quase todas as vezes a enfermeira precisa parar aquilo que estava fazendo para atender os pedidos.

Por volta de 12:30h a enfermeira ia para seu horário de almoço, apesar de ser oferecido a refeição na instituição, muitas optavam por ter este momento ali mesmo no setor, pois segundo elas *“era melhor almoçar ali, caso precisassem dela”* (E1). Por existir a enfermeira diarista, enquanto a enfermeira plantonista almoçava a diarista permanecia no posto para qualquer eventualidade. Porém, na ausência da diarista, uma das técnicas de enfermagem realizava este tipo revezamento na incumbência de chamar a enfermeira caso houvesse alguma urgência. Esta era uma prática comum a todas as enfermeiras observadas.

A observação se encerrava neste período e retornava a partir as 18 horas para acompanhar a passagem de plantão entre a enfermeira do diurno e a do noturno, bem como o final do plantão.

Ao retornar as 18 horas a enfermeira estava finalizando as demandas do seu plantão do dia, geralmente neste momento o ambiente estava mais calmo, com menos pessoas transitando dentro do setor. Em alguns dias houve intercorrências nesse horário e a equipe estava toda direcionada para o atendimento dos pacientes que tiveram piora clínica. Em um desses dias um paciente apresentou desconforto respiratório grave e precisou ser intubado e posteriormente encaminhado para UTI pediátrica. Durante todo o processo a enfermeira participou ativamente, dando

comandos à sua equipe, solicitando materiais, organizando os materiais para a intubação, informando a central de leitos que iriam precisar de um leito de UTI com urgência. De fato, uma correria intensa que exige muito da equipe da enfermagem.

A rotina da enfermeira do plantão noturno segue com o recebimento do plantão, organização das pendências, visita de enfermagem. Um diferencial é que o fluxo de pessoas durante a noite reduz significativamente, não são realizados procedimentos cirúrgicos que não os de urgência, a demanda de procedimentos realizados pela enfermagem também reduz bastante, não existem admissões com frequência. Considero que a rotina da noite observada é mais tranquila que a do dia.

Comumente durante exercício de suas atividades os enfermeiros se deparam com múltiplas situações no ambiente que requerem aumento do esforço mental ou capacidade de direcionar atenção no processamento de informações, na tomada de decisões e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, sendo necessário haver um funcionamento efetivo da vida diária, que permita ao mesmo pensar com clareza e manter a atividade intencionada ao cuidado ético apesar dos desafios diários impostos pelo ambiente de trabalho (Roscani e Guirardello, 2010).

Ademais o enfermeiro tende a lidar com várias situações de conflitos nos ambientes de trabalho, como relações humanas fragilizadas, falta de equipamentos, improvisos e carga excessivas de trabalho. De acordo com Amestoy *et al.* (2014) que enquanto líder, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades que incluem adaptar-se e contornar qualquer situação, ter uma visão holística, incentive o pensamento criativo na equipe, tome decisões sensatas, sintetize pontos de vista, identifique e resolva conflitos.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, ao responderem a pergunta 6 do questionário (“Durante o plantão quais são seus maiores desafios ou dificuldades?”) a maioria das enfermeiras demonstrou que a comunicação é um grande desafio durante o exercício do trabalho:

“Quando me passam o plantão e na hora da visita, não é nada do que foi passado na passagem de plantão. Isso é um grande desafio” (E1)

“Passagem de plantão (recebimento do plantão com informações incompletas ou erradas), seguir condutas de acordo com protocolos desconhecidos (protocolos institucionais) mudanças de fluxos que não são repassados adequadamente a equipe da noite” (E2)

“Condições de trabalho e comunicação interpessoal. Espaço restrito e com fluxo de pessoas muito maior do que o permitido” (E3)

“Comunicação falha entre as equipes, cansaço físico e emocional, necessidade de registrar todos os procedimentos realizados, o que demanda tempo, competindo com o cuidado direto ao paciente.” (E4)

“A enfermagem encontra algumas dificuldades para desenvolver o seu trabalho, devido à alta demanda dos serviços, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e valorização profissional, escassez de materiais profissionais, rotinas intensas, questão salarial” (E5)

“A comunicação com outros setores e profissionais de forma clara e objetiva.” (E6)

“Carga de trabalho intensa” (E7)

“Comunicação eficaz, gerenciamento do tempo, trabalho em equipe, lidar com o estresse e pressão do trabalho” (E8)

“Muitos pacientes para poucos profissionais, informações incompletas entre as equipes de plantões diferentes” (E9)

“A alta carga de trabalho e a pressão constante, que podem te levar à exaustão física e mental, além de riscos de erros” (E10)

A comunicação referente a passagem de plantão, ou seja, entre as enfermeiras foi a mais citada. E revela uma fragilidade dentro da clínica cirúrgica, informações desencontradas e omissão de informação foram algumas das pontuações encontradas nas respostas.

De acordo com o COFEN, a passagem de plantão é um momento estratégico do processo de trabalho em enfermagem, caracterizado pela transferência formal e sistemática de informações relevantes sobre o estado clínico dos pacientes e as atividades assistenciais em curso, de um profissional ou equipe para outro, no início e término de cada turno.

Não podemos negar que dentro do ambiente hospitalar a comunicação exige conhecimento técnico-científico específico e domínio dos assuntos que dizem respeito à pessoa assistida e que, informações sobre o quadro clínico são essenciais dentro da prática assistencial, afinal o paciente acometido por alguma doença objetiva sua cura ou melhora.

Então é fato que a *linguagem clara, objetiva* citada acima pelas enfermeiras precisa fazer parte da prática comunicativa dentro do hospital. Entretanto, o campo da comunicação busca evidenciar, como fica claro nas falas citadas anteriormente e no posicionamento de Inesita Araújo ao tratar da comunicação em instituições de saúde

que o processo comunicativo não se resume à mera transmissão de informações por um emissor e à correspondente compreensão por parte de um receptor. Diversos outros elementos foram destacados pela equipe, para além do aspecto estritamente comunicacional. Como é possível desconsiderar tais fatores quando lidamos com sujeitos concretos, com experiências e contextos próprios? A citação a seguir sintetiza essa preocupação de forma contundente:

“A enfermagem encontra algumas dificuldades para desenvolver o seu trabalho, devido à alta demanda dos serviços, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e valorização profissional, escassez de materiais profissionais, rotinas intensas, questão salarial” (E5)

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2022), ambientes laborais saudáveis devem contemplar carga horária compatível, dimensionamento adequado de pessoal, remuneração justa, acesso a recursos materiais, suporte organizacional e proteção contra riscos ocupacionais. No contexto da enfermagem, estudos apontam que condições precárias de trabalho como sobrecarga, déficit de equipamentos e jornadas extenuantes estão associadas a maior incidência de erros, estresse ocupacional e síndrome de burnout (García *et al.*, 2019).

Sendo assim, concordamos com o pensamento da pesquisadora Janine Cardoso “Não estamos tratando apenas de transmissão de informações, conhecimento, qualquer processo de comunicação envolve repertórios culturais, agendas de prioridades, diferentes percepções do mundo” (Fiocruz, 2022).

## **5.2 Caracterização da comunicação dentro do ambiente de trabalho e percepção de comunicação efetiva**

Neste tópico, a ideia é transmitir a percepção das participantes da pesquisa acerca da comunicação na clínica médico-cirúrgica, norteadas pelas perguntas 7 (*Como você considera sua relação com sua equipe de enfermagem?*), 8 (*Como você consideram sua relação com sua equipe multiprofissional?*) e 9 (*O que você diria ser uma comunicação efetiva?*) do questionário aplicado, onde obtivemos os seguintes resultados, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Perguntas 7 e 8 do Questionário.

	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
7- Como você considera sua relação com sua equipe de enfermagem?	5 enfermeiras	4 enfermeiras		
8- Como você considera sua relação com sua equipe multiprofissional?	1 enfermeira	9 enfermeiras		
<b>Obs.:</b>	1 Enfermeira solicitou a opção "regular" na pergunta 7			

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A pergunta foi incluída neste questionário pois não poderíamos deixar de levar em consideração a comunicação interpessoal da equipe. As relações humanas caracterizam-se pela estabilidade, mudança e pelo ritmo dos movimentos padronizados. É por meio da comunicação interpessoal que os indivíduos são capazes de tecer tapeçarias de padrões de mensagens, criando em conjunto relações e assim ligando-se uns aos outros de forma, por vezes, mais profunda. Como na afirmação de McCroskey, Larson e Knapp (1971, p.1): *“O homem é um animal comunicativo”*

Observou-se que nenhuma das enfermeiras considerou que sua comunicação com a equipe multiprofissional e de enfermagem fosse ruim. O que de certa forma acaba por facilitar a relação entre estes profissionais.

A comunicação interprofissional constitui um elemento central para a qualidade e segurança do cuidado em saúde, uma vez que envolve a troca de informações, a construção de entendimentos compartilhados e a articulação de práticas entre diferentes categorias profissionais. A comunicação interprofissional é um processo dinâmico de interação que possibilita a integração de saberes e a coordenação de ações entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais envolvidos na atenção à saúde (Silva e Peduzzi, 2019).

Ao serem questionadas sobre o que seria comunicação efetiva (Pergunta 9- O que você diria ser uma comunicação efetiva?), as enfermeiras responderam que seria:

“Uma comunicação fundamental para garantir a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Uma comunicação clara”(E1)

“Comunicação efetiva é quando ambos compreendem a comunicação transmitida. Quando os instrumentos de trabalho, que não deixam de ser uma forma de comunicar-se, estão claros, atualizados e coesos. Comunicação é

feedback para a equipe e Interagir com a equipe para se comunicar de forma adequada. É compreender a transmissão da informação”(E2)

“É a capacidade de transmitir informações de forma clara, precisa e compreensiva.”(E3)

“Comunicação efetiva é quando a troca de informações acontece de forma clara e objetiva, fazendo com que o receptor entenda corretamente, sendo essencial para a segurança do paciente.”(E4)

“A comunicação efetiva é essencial para garantir a segurança do paciente, otimizar o trabalho em equipe e, acima de tudo, promover um atendimento de qualidade, empatia, escuta ativa e clareza, fornecer informações claras e relevantes envolvendo pacientes e suas famílias sobre decisões e cuidados”(E5)

“Uma comunicação clara, precisa, completa, que traz segurança para quem é ouvinte, além de fortalecer e criar um laço afetivo para ambos, ouvir e falar.”(E6)

“Ouvir o paciente atentamente, comunicação clara, ter empatia”(E7)

“Comunicação realizada de forma clara e fácil de entender, é precisa e não há mal-entendido. É feita de forma respeitosa e profissional”(E8)

“Troca de informações de forma clara, objetiva e compreensível”(E9)

“Comunicação clara e eficaz, fazendo uso de ferramentas e protocolos que facilitem a troca de informações” (E10)

A análise das falas dos participantes permite identificar um padrão comum no entendimento do conceito de comunicação efetiva: todos associam esse processo à clareza, objetividade e compreensão mútua na transmissão de informações. Elementos como escuta ativa, empatia, respeito, interação com a equipe e uso de protocolos também foram mencionados como recursos indispensáveis para evitar falhas, assegurar a segurança do paciente e garantir a qualidade da assistência.

Segundo os depoimentos, a comunicação efetiva não se resume à simples transmissão de informações, mas envolve a capacidade de assegurar que o receptor compreenda corretamente a mensagem (E2, E3, E4). Essa concepção dialoga com Berlo (2010), que define a comunicação como um processo relacional em que a efetividade depende da codificação adequada da mensagem e da interpretação correta pelo receptor.

Outro aspecto recorrente nas falas é a ênfase na segurança do paciente. Os entrevistados destacam que a comunicação clara e precisa é essencial para minimizar erros e fortalecer o cuidado seguro (E1, E4, E5). Essa perspectiva é corroborada pelo Ministério da Saúde (2014), ao inserir a comunicação efetiva como uma das metas

internacionais de segurança do paciente, reconhecendo que falhas comunicacionais estão entre as principais causas de eventos adversos.

Além disso, os relatos ressaltam a importância de dimensões subjetivas, como a empatia e a escuta ativa (E5, E6, E7), entendidas como componentes que qualificam o cuidado, aproximam profissionais e pacientes e fortalecem vínculos. Esse olhar é apoiado por Peduzzi (2016), ao afirmar que a comunicação nos serviços de saúde deve transcender a mera transmissão de dados e se consolidar como prática relacional, integrando aspectos técnicos e humanos.

Dessa forma, a partir da análise das falas, pode-se conceituar comunicação efetiva no contexto da saúde como o processo de troca de informações de forma clara, objetiva, precisa, compreensível e respeitosa, garantindo a compreensão mútua, promovendo empatia e escuta ativa, apoiando-se em protocolos estruturados e fortalecendo tanto a segurança do paciente quanto a qualidade do cuidado prestado.

Essa etapa da pesquisa foi muito importante, porque durante todo processo bibliográfico, houve essa dificuldade em compreender o que de fato era comunicação efetiva no ambiente hospitalar. E foi através do estudo etnográfico, da observação, da pesquisa de campo que foi possível entender e de certa forma conceituar a comunicação efetiva.

No entanto, não posso deixar de pontuar certos aspectos relevantes. Dentro do ambiente hospitalar a segurança do paciente é sem dúvida o principal objetivo de todos que ali trabalham. Então, a informação clara e objetiva, como fora demonstrado nas falas das enfermeiras e na literatura de saúde, precisa ser um dos pilares nesse processo comunicativo em saúde ainda mais em situações críticas que exigem agilidade e pensamento rápido.

Mas de onde vem essas respostas? Da equipe de enfermagem, das enfermeiras que são a maior força de trabalho dentro dos serviços de saúde, as mesmas que pontuaram que entre suas maiores dificuldades estão: *“A alta carga de trabalho e a pressão constante, que podem te levar à exaustão física e mental, além de riscos de erros” (E10); Carga de trabalho intensa” (E7); Alta demanda dos serviços, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e valorização profissional, escassez de materiais profissionais, rotinas intensas, questão salarial” (E5).*

O trabalho em saúde é caracterizado pela intensa dedicação ao cuidado do outro, exigindo do profissional não apenas competências técnicas, mas também emocionais, relacionais e éticas. No entanto, ao priorizar constantemente as

necessidades dos pacientes e da instituição, muitos trabalhadores da saúde acabam negligenciando seu próprio autocuidado, suas próprias necessidades humanas básicas, o que pode acarretar em prejuízos físicos, psicológicos e sociais. Como isso não iria interferir no processo comunicativo destes profissionais?

Peduzzi *et al.* (2016) destacam que essa postura é reforçada por valores sociais e institucionais que enaltecem a dedicação integral ao paciente, mas silenciam a importância do bem-estar do trabalhador. Como resultado, os profissionais de saúde frequentemente adiam consultas médicas, negligenciam o descanso, a alimentação adequada e o lazer, práticas essenciais à manutenção da saúde.

A intenção desta argumentação, é demonstrar uma preocupação ao desenvolvimento do processo comunicativo das enfermeiras, tendo em vista todos esses aspectos citados como barreiras para o exercício do trabalho. Como um paradoxo entre a aquilo que preciso entregar (Informação clara e objetiva) e às condições as quais estou submetida para isso.

### 5.3 Falhas de Comunicação

As respostas para essas indagações acima, surgem quando as enfermeiras foram questionadas (perguntas 10,11,12,13 e 14) sobre as falhas de comunicação existentes dentro do setor.

Nove das 10 participantes apontaram que frequentemente existem falhas de comunicação no setor da clínica médico-cirúrgica e citaram que as mais frequentes são:

“Não fornecer informações aos doentes. Não manter informações atualizadas na passagem de plantão.” (E1)

“Nas passagens dos protocolos institucionais, fluxos e POPs, na orientação por parte da coordenação setorial, durante as passagens de plantão, falha nas informações repassadas ou não repassadas.” (E2)

“Falhas na Escuta ativa, na empatia e respeito, no registro das informações de forma completa e objetiva” (E3)

“Falta de registros e atualizações no mapa diário da enfermagem, por exemplo.” (E4)

“Em questão sobre o mapa de enfermagem, que infelizmente a alimentação do mesmo é muito falha e é importante compreender essa boa comunicação, que é de suma importância e a falha da mesma faz toda a diferença.”(E5)

“Omissão de informação, informações passadas para pessoas erradas, procedimentos incorretos, medicações com erros, local errado.” (E6)

“falta de comunicação clara” (E7)

“Erros de interpretação, falta de clareza na comunicação, falta de feedback” (E8)

“Prescrição médica incompleta, identificação incorreta do paciente” (E9)

“Omissão de informações, atrasos ou até mesmo prejuízos à segurança do paciente (E10)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) reconhece que falhas comunicacionais estão entre as principais causas de eventos adversos evitáveis, como erros de medicação, procedimentos incorretos e atrasos no tratamento. Isso aparece diretamente nas falas de E6, E9 e E10, quando relatam que a omissão ou inadequação das informações pode acarretar prejuízos concretos à segurança do paciente. Reforçando ainda mais a importância do momento da passagem de plantão entre as enfermeiras.

Além disso, os relatos também destacam a ausência de registros completos (E3, E4, E5), um aspecto crítico considerando que a documentação em saúde tem não apenas caráter clínico-assistencial, mas também ético e legal. Estudos reforçam que o registro incompleto compromete a continuidade do cuidado e expõe tanto o paciente quanto a equipe a riscos (Barbosa *et al.*, 2020).

Quando questionadas sobre em que momento elas percebem estas falhas de comunicação (Pergunta 12), as enfermeiras responderam:

“Durante a passagem de plantão e em seguida comparar com a sua visita à beira-leito” (E1)

“Geralmente, não há consequência, pois identifico antes as informações e tento resolver antes de atingir o paciente.”(E2)

“Informações omitidas ou incorretas durante a passagem de plantão. Prescrição médica mal interpretada. Por exemplo, início do jejum a partir das 6 horas, mas Sempre encontramos o paciente em jejum a partir da meia-noite.” (E3)

“Um exemplo disso que podemos citar é quando a equipe não foi avisada de uma alergia medicamentosa de um paciente. A consequência percebida é quando a administração desta medicação é realizada, podendo causar um evento adverso” (E4)

“Nas falhas de comunicação, infelizmente, o paciente é o mais prejudicado. Sobre repassar as atualizações do dia, pareceres respondidos, atualizações e alimentação do mapa de enfermagem. Por exemplo, no meu plantão, já aconteceu e acontece com frequência. Porém, tento organizar, solucionar e resolver a problemática da melhor forma possível”(E5)

“As informações passadas não coincidem com as informações atuais. Ficam pontas soltas, sem entendimento do que se trata a tal situação”(E6)

“Na visita a beira-leito, quando recebo reclamações dos meus pacientes”(E7)

“Geralmente através das notificações, a equipe também pode comunicar o problema, através dos registros e relatórios” (E8)

“Identificação do paciente beira-leito: Durante a visita da enfermagem tinha um nome no quadro do paciente, porém a mãe do paciente relatou que o nome do paciente era outro. Quando paciente chega, durante a admissão, não foi feita a atualização dos dados do paciente novo, no quadro de identificação.” (E9)

“Geralmente durante a visita ou até mesmo por questionamento por parte do acompanhante” (E10)

Diversas falas apontam a passagem de plantão como momento crítico ou como o principal espaço onde falhas ocorrem, seja por informações omitidas, incorretas ou incompletas: “Quando me passam o plantão e na hora da visita, não é nada do que foi passado...” (E1); “Informações omitidas ou incorretas durante a passagem de plantão. Prescrição médica mal interpretada...” (E3); “As informações passadas não coincidem com as informações atuais. Ficam pontas soltas...” (E6)

Isso confirma o que a literatura já mostra: a passagem de plantão é um processo vulnerável à perda ou distorção de informações, sendo um dos principais fatores de risco para erros em saúde (Bagnasco *et al.*, 2013).

Assim como, a visita beira-leito (etapa crucial do processo de enfermagem) como espaço de constatação. As enfermeiras relatam que, ao verificar o paciente diretamente ou conversar com familiares, percebem divergências entre o que foi comunicado e a realidade: “Na visita a beira-leito, quando recebo reclamações dos meus pacientes” (E7); “Identificação do paciente beira-leito... o nome no quadro não correspondia ao relatado pela mãe” (E9); “Geralmente durante a visita ou até mesmo por questionamento por parte do acompanhante” (E10).

Aqui vemos como a interação direta com o paciente e familiares é um mecanismo de detecção de falhas e, muitas vezes, o último ponto de barreira antes de um evento adverso.

E então chegamos ao momento de constatação daquilo que já foi exposto anteriormente. Diante da pergunta: Quais fatores você acha que influenciam para que ocorram tais falhas de comunicação no ambiente hospitalar? As enfermeiras afirmaram:

“Interação entre os profissionais. Quanto na interação entre a equipe de enfermagem juntamente com os médicos. Esses fatores podem criar barreiras ou facilitar uma comunicação eficaz”(E1)

“Falta de feedback, equipe sobrecarregada, falta interação da equipe multiprofissional, visita aos pacientes com equipe médica, por vezes o enfermeiro não fica ciente de muitas condutas”(E2)

“Sobrecarga de trabalho, mensagens passadas de boca sem anotação alguma, ambiente barulhento, falta de treinamento”(E4)

“Falhas na comunicação podem surgir de diversos fatores, incluindo falta de clareza nas informações, estado emocional do profissional, que é de suma importância, falta de escuta ativa, falta de empatia ao funcionário”(E5)

“Falta de atenção e empatia, falta de pessoal, causa sobrecarga de trabalho, gera fala apressada e incompleta, falta de treinamento em lidar com situações complexas, mau uso das ferramentas tecnológicas, geram erros de informação, ficam incompletas, falta de compreensão entre profissional e paciente.”(E6)

“Falta de clareza na passagem de plantão”(E7)

“ A falta de padronização nos processos de comunicação”(E8)

“Falta de padronização na passagem de plantão, falta de treinamentos específicos em comunicação eficaz”(E9)

“Desatenção, impontualidade, falta de interesse por parte do profissional“(E10)

A comunicação em saúde constitui-se em um dos pilares fundamentais para a segurança do paciente e para a qualidade da assistência prestada. No entanto, em ambientes hospitalares, múltiplos fatores podem comprometer a efetividade dessa comunicação, gerando falhas que repercutem diretamente no cuidado.

Um dos elementos mais recorrentes nas respostas foi a sobrecarga de trabalho, frequentemente associada à falta de pessoal. As participantes relataram que a insuficiência de profissionais e o acúmulo de atividades contribuem para que a comunicação seja realizada de forma apressada e incompleta, aumentando o risco de erros (E2, E4, E6). Esse achado converge com estudos que apontam a sobrecarga como fator crítico para a ocorrência de falhas de comunicação e eventos adversos, uma vez que o excesso de demandas reduz o tempo disponível para registros, trocas de informações e escuta ativa entre os membros da equipe (Kurtz, Silva e Melo, 2020).

Outro aspecto enfatizado foi a falta de padronização nos processos de comunicação, em especial durante a passagem de plantão. As falas evidenciam que a ausência de protocolos claros e registros formais favorece a perda ou distorção de

informações, uma vez que muitas vezes as mensagens são transmitidas verbalmente, sem anotações adequadas (E4, E7, E8, E9). A literatura reforça a relevância da comunicação estruturada, com destaque para o uso do método SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), recomendado pela Organização Mundial da Saúde como estratégia para reduzir ruídos comunicacionais e prevenir falhas na transição do cuidado (WHO, 2017; Joint Commission, 2018).

No hospital Juvêncio Mattos, alguns setores já utilizam esse método, mas na clínica médico-cirúrgica é utilizado o mapa de enfermagem para a o armazenamento e posterior passagem dessas informações, muitas delas também estão contidas no modelo SABR.

Os dados também revelam a influência de fatores relacionais e emocionais na qualidade da comunicação. Entre eles, destacam-se a falta de empatia, de escuta ativa e de feedback, bem como estados emocionais que podem interferir na clareza e completude das informações transmitidas (E1, E5, E6, E10). Tais aspectos remetem à necessidade de fortalecimento das competências comunicacionais dos profissionais de saúde, uma vez que a comunicação efetiva envolve não apenas a transmissão de informações técnicas, mas também a capacidade de estabelecer relações interpessoais respeitadas e colaborativas (Silva *et al.*, 2019).

Além disso, as enfermeiras mencionaram fatores estruturais e ambientais, como o ambiente barulhento, a falta de integração multiprofissional e o mau uso de ferramentas tecnológicas, que também dificultam a fluidez da comunicação (E2, E4, E6). Essas condições refletem o impacto das características organizacionais e físicas do trabalho em saúde, indicando que a comunicação efetiva depende não apenas da atitude dos profissionais, mas também de condições adequadas de infraestrutura e de organização do processo de trabalho.

Em síntese, os resultados apontam que as falhas de comunicação na prática de enfermagem emergem de uma combinação de fatores estruturais, organizacionais e relacionais. Tais achados corroboram a literatura, que destaca a comunicação como processo complexo e multifacetado, exigindo intervenções que vão desde a gestão de recursos humanos até a implementação de protocolos e capacitações específicas (Bagnasco *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2019)

Nesse ponto fica mais claro compreender que o processo comunicativo no ambiente hospitalar é bastante complexo onde para que haja uma comunicação efetiva é necessária avaliar fatores intrínsecos aos profissionais, assim como aos

pacientes, ao ambiente e a própria mensagem. Por isso, a proposta desta pesquisa foi elaborar um instrumento que pudesse de alguma forma avaliar aspectos inerentes ao processo comunicativo dentro do ambiente hospitalar e conseguir sinalizar que algumas etapas deste processo precisam ou não de atenção, e nesse contexto foi criada a Escala de avaliação da comunicação hospitalar – EACH.

## **6 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO HOSPITALAR – EACH**

### **6.1 Testagem**

De modo bem sincero, compartilho que a escala de avaliação da comunicação hospitalar como proposta de produto surgiu de uma forma bem funcionalista, carregado do conceito de comunicação como um meio para um fim muito disseminado no campo da saúde.

Ao trilhar a jornada do mestrado em comunicação e também ao elaborar esta pesquisa, essa concepção foi perdendo cada vez mais força, ao modo que a compreensão da importância da comunicação como um processo de produção de sentidos, circulação e recepção de informações e significados dentro de um contexto social, cultural e histórico. (Mattelart, A. e Mattelart, 2016).

A proposta inicial (Figura 9) continha aspectos relacionados exclusivamente aos pacientes e seria aplicada como uma auditoria sob os instrumentos já utilizados pelos enfermeiros durante a passagem de plantão (mapa de enfermagem) e no decorrer do dia de serviço. Nessa proposta uma terceira pessoa iria realizar esta auditoria, podendo ser o próprio coordenador de enfermagem do setor.

Figura 9 - Primeira proposta da escala de avaliação da comunicação.

DADOS	Ineficaz (0)	Mediana (1)	Eficaz (2)	Pontuação
Nome	Sem nome ou nome errado	Nome incompleto	Nome completo	2
Data de nascimento	Sem data de nascimento ou data errada	-	Data de nascimento	0
Idade	Sem idade ou idade errada	-	Idade correta	0
Nome da mãe	Sem nome da mãe ou nome errado	Nome da mãe incompleto	Nome da mãe Completo	1
Leito/Enfermaria	Não Corresponde corretamente	-	Corresponde corretamente	
Peso	Sem peso ou peso errado	-	Peso correto	
Alergias	Sem registro de possuir ou não alergias ou informação errada	Registro incompleto	Registro completo de possuir alergias e/ou quais	
Comorbidades/Condições especiais	Sem registros de possuir comorbidades e/ou condições especiais	Registro incompleto de possuir comorbidades e/ou condições especiais	Registro de comorbidades e condições especiais	
Unidade de saúde de Origem	Não sinalizada ou incorreto	-	Sinalizada corretamente	
Naturalidade (Residência/Domicílio)	Não sinalizada ou incorreto	-	Sinalizada corretamente	
Particularidades pessoais (Religião, aspectos culturais e sociais, entre outros)	Não descritas ou incorretas	-	Descritas corretamente	
Diagnóstico	Sem diagnóstico ou incorreto	-	Diagnóstico corretamente sinalizado	
Data de admissão Hospitalar	Sem data de admissão ou incorreta	-	Data de admissão corretamente sinalizada	
Descrição do Quadro clínico nas últimas 24 horas	Sem descrição	-	Descrição das últimas 24 horas	
Dispositivos	Sem registro dos dispositivos	Dispositivos sinalizados, porém sem data ou data incorreta	Dispositivos sinalizados corretamente	
Exames/procedimentos/Pareceres realizados	Não descritos	Descritos, porém sem data	Descritos corretamente com suas respectivas datas	
Pendências	Não sinalizadas	Pendências já resolvidas, porém ainda sinalizadas como pendentes	Sinalizadas corretamente	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Porém, após a realização da pesquisa de campo, identificou-se que esta seria uma tarefa de pouca eficiência, tendo em vista que uma terceira pessoa realizaria esta avaliação da comunicação entre outras pessoas de forma documental, sem levar em consideração diversos aspectos relevantes para o campo da comunicação.

Dito isso, foi na pesquisa de campo que essas questões foram esclarecidas e a partir deste momento optou-se por modificar a proposta de escala levando em consideração aspectos que as próprias participantes trouxeram durante a pesquisa como por exemplo o cansaço e a sobrecarga das enfermeiras relatada como fator que prejudica a comunicação.

Nesta nova proposta (Figura 10 e Apêndice A), a escala foi respondida pela própria enfermeira que estava de plantão já que ela estava fazendo parte do processo comunicativo.

Figura 10 – Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar – EACH.

Avaliação			
Comunicação Efetiva: 24 a 27 Risco de comunicação Ineficaz: 18 a 23 Comunicação Não-Efetiva: 9 a 17			
	1	2	3
Qual era seu nível de disposição para o plantão?	<input type="checkbox"/> Cansada (o)	<input type="checkbox"/> Nem muito cansada, nem muito disposta	<input type="checkbox"/> Disposta
O ambiente estava propício para a passagem de plantão?	<input type="checkbox"/> Não, o ambiente estava desorganizado e/ou havia muito barulho no local e interrupções durante a passagem.	<input type="checkbox"/> Parcialmente propício, houveram algumas interrupções	<input type="checkbox"/> Sim, estava tranquilo e propício para a passagem.
Após a visita de enfermagem, as informações que foram recebidas na passagem de plantão, contemplavam a realidade?	<input type="checkbox"/> Não, a maioria das informações estavam equivocadas	<input type="checkbox"/> Apenas para poucos pacientes	<input type="checkbox"/> A maioria das informações estavam corretas
Os registros no mapa de enfermagem estavam corretos?	<input type="checkbox"/> Não, haviam muitos dados errados ou desatualizados	<input type="checkbox"/> Parcialmente atualizadas, precisa melhorar	<input type="checkbox"/> As informações estavam atualizadas e corretas
As particularidades dos pacientes, caso houvesse alguma, estavam sinalizadas corretamente, ou foram mencionadas de alguma forma? (Mapas, quadros, impressos, verbalmente)	<input type="checkbox"/> Não haviam registros das particularidades para maioria dos pacientes	<input type="checkbox"/> Apenas para poucos pacientes	<input type="checkbox"/> Todos estavam corretamente sinalizadas ou N/A (Não se aplica)
Os pacientes/acompanhantes referiram dificuldades de comunicação com você e/ou sua equipe?	<input type="checkbox"/> Sim, muitos deles	<input type="checkbox"/> Sim, poucos pacientes/acompanhantes fizeram essa queixa	<input type="checkbox"/> Não houveram reclamações a este respeito
A comunicação com os outros setores deu-se de modo efetivo?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido dificuldade de comunicação com determinados setores	<input type="checkbox"/> A comunicação fluiu, mas necessita de atenção frequente.	<input type="checkbox"/> Não tive problemas de comunicação com os demais setores
A comunicação com a enfermeira de quem você recebe o plantão foi boa?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido problemas frequentes de comunicação	<input type="checkbox"/> Razoável, poderia melhorar	<input type="checkbox"/> Sim, temos uma boa comunicação
A comunicação com a sua equipe multiprofissional e médica foi boa?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido problemas de comunicação com a equipe	<input type="checkbox"/> Razoável, poderia melhorar	<input type="checkbox"/> Sim, temos uma boa comunicação
VALORES	_____ +	_____ +	_____
TOTAL			

\*As particularidades de cada paciente ou família incluem diversos aspectos, tais como: Aspectos religiosos, aspectos culturais, língua nativa, questões sociais observadas, espectros de autismo, suspeita de violência, transtornos psíquicos, nível de escolaridade, aspectos psicológicos pessoais e relacionados ao ambiente, entre outros. Estes aspectos influenciam na comunicação e devem ser levados em consideração.

Fonte: Escala EACH (2025).

Diante das observações acerca da rotina das enfermeiras participantes adotou-se uma metodologia de aplicação da escala que consistiu em:

1- A enfermeira realizaria a escala apenas no final do seu plantão, pois só assim ela poderia ter tempo de avaliar todo processo comunicativo naquelas 12 horas. Então

estipulou-se o horário de realização da escala as 06 horas da manhã para as enfermeiras do serviço noturno e 18 horas para as enfermeiras do serviço diurno.

- 2- A enfermeira deve apenas marcar com um X no quadrado ao lado da opção que ela considera a resposta que mais se aproxima da sua percepção.
- 3- Ao final, existe uma pontuação a ser contabilizada, primeiramente pelo número de X (que são as marcações) por coluna e posteriormente será realizado o somatório.
- 4- O valor deste somatório estará em um dos intervalos estipulados, proporcionando assim a classificação da comunicação.

O intervalo desta escala se deu por meio do estudo matemático de intervalos numéricos. Sendo considerado um intervalo fechado, ou seja, aquele que leva em consideração dois extremos, ou seja, sempre levando em consideração o valor mínimo e máximo de cada intervalo.

Um intervalo fechado é o conjunto de todos os números reais compreendidos entre dois extremos, incluindo os limites inferior e superior. Ele é representado por:

$$[a, b] = \{x \in R \mid a \leq x \leq b\}$$

Isso significa que todos os valores  $x$  entre  $a$  e  $b$ , incluindo o próprio  $a$  e o próprio  $b$ , pertencem ao intervalo. No entanto, também foi necessário realizar análise das probabilidades compreendendo também a subjetividade das respostas, por isso os intervalos não seguem um padrão lógico, pois houve necessidade de avaliar as respostas para que não houvesse tantos vieses.

Na etapa de testagem, a escala foi impressa e entregue às enfermeiras, em conformidade com a metodologia previamente descrita. Juntamente com o instrumento, foram fornecidas orientações acerca do seu preenchimento, ressaltando-se que, caso se sentissem à vontade, as participantes poderiam registrar, no verso do documento, suas impressões sobre a escala.

## 6.2 Resultados Preliminares

Foram realizadas 5 testes. Dentre estes, 3 enfermeiras optaram por deixar seu relato sobre a Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar – EACH, como veremos a seguir:

Diante da realização da escala de avaliação da comunicação, me senti vista e fez com que eu refletisse sobre a importância da comunicação efetiva no hospital, tanto para a segurança do paciente quanto para o trabalho em equipe. Percebo que quando há clareza e respeito, o cuidado é mais humanizado e eficiente (E9).

Preencher essa escala mostra uma preocupação com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Ao preencher essa escala, percebi que não foi uma experiência apenas de marcar opções, mas de refletir sobre como a comunicação acontece no meu dia a dia de trabalho. Em alguns pontos, senti satisfação por perceber que a maioria das informações estava correta, que a comunicação com a equipe multiprofissional fluiu bem e que, de modo geral, não enfrentei grandes dificuldades com os outros setores. No entanto, identifiquei algumas fragilidades, como registros incompletos e a comunicação razoável com a enfermeira do plantão anterior. Esse processo me fez refletir sobre a importância de melhorar a organização e a comunicação, visando maior segurança na continuidade da assistência (E4).

Considero a escala útil, prática e capaz de identificar se a comunicação hospitalar está sendo efetiva, e por meio dela é possível identificar falhas, monitorar a efetividade da troca de informações e propor melhorias contínuas. Considero muito importante a implantação da escala nas unidades hospitalares, pois acredito que com o uso dela é possível garantir mais segurança ao paciente e facilitar o trabalho da equipe multiprofissional. Além disso, dar voz aos profissionais validando suas percepções e ajudando a construir um ambiente de cuidado mais organizado, colaborativo e eficiente (E2).

O início da fala da E9 conseguiu traduzir o desejo deste trabalho quando se propôs a reconhecer a voz da enfermagem em meio a polifonia que ocorre nos centros hospitalares; *“Diante da realização da escala de avaliação da comunicação, me senti vista..”*. Como foi importante reconhecer a voz de personagens sobrecarregados, com múltiplas tarefas e concomitantemente fazê-las refletir a importância da comunicação para si mesmas, para o paciente e para a equipe, como esta mesma enfermeira segue em sua fala: *“...(A escala) fez com que eu refletisse sobre a importância da comunicação efetiva no hospital, tanto para a segurança do paciente quanto para o trabalho em equipe...”*

Trazer para o campo da saúde a reflexão acerca da importância da comunicação, também era um desejo muito grande desta pesquisa e que parece ter sido alcançado quando lemos esta outra fala, desta vez da E4: *“Ao preencher essa escala, percebi que não foi uma experiência apenas de marcar opções, mas de refletir sobre como a comunicação acontece no meu dia a dia de trabalho”*.

Sendo assim, as percepções das participantes evidenciam que a aplicação da escala de avaliação da comunicação hospitalar se mostrou não apenas um instrumento de coleta de dados, mas também um recurso reflexivo e formativo. As falas revelam que o preenchimento da escala promoveu maior consciência sobre a

relevância da comunicação efetiva para a segurança do paciente e para a qualidade do trabalho em equipe, destacando a clareza, o respeito e a humanização como elementos centrais desse processo. Além disso, os relatos indicam que a escala favorece a identificação de fragilidades, como registros incompletos e falhas na passagem de plantão, ao mesmo tempo em que reconhece aspectos positivos, como a boa integração com a equipe multiprofissional. Dessa forma, os participantes consideraram a escala prática e útil, ressaltando sua potencialidade como ferramenta de monitoramento contínuo, capaz de subsidiar melhorias organizacionais, fortalecer a colaboração entre profissionais e contribuir para a construção de um ambiente de cuidado mais seguro e eficiente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falhas de comunicação no ambiente hospitalar revelam-se como um dos principais fatores que comprometem a qualidade da assistência, favorecem a ocorrência de eventos adversos e impactam diretamente na segurança do paciente. A revisão dos dados desta pesquisa juntamente com dados internacionais e nacionais evidenciam que uma parcela significativa das reclamações e custos relacionados a erros médicos decorrem de deficiências comunicacionais, seja entre profissionais ou na relação com pacientes e familiares.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou lançar luz sobre a relevância da comunicação no contexto hospitalar, propondo a elaboração de um instrumento avaliativo capaz de identificar pontos críticos e subsidiar melhorias. A escolha da abordagem qualitativa etnográfica mostrou-se adequada, pois permitiu captar a complexidade das interações dentro do ambiente hospitalar, os significados atribuídos pelos profissionais e os fatores contextuais que influenciam diretamente a dinâmica comunicacional, algo que até então era de difícil compreensão até mesmo pela autora deste trabalho.

Constatou-se que a comunicação transcende a mera transmissão de informações: trata-se de um processo relacional, simbólico e cultural, que permeia as práticas de cuidado e estrutura o trabalho coletivo em saúde. No ambiente hospitalar, marcado pela multiplicidade de vozes, saberes e práticas, a comunicação efetiva assume papel estratégico para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.

E ao reconhecer a enfermagem como força de trabalho predominante nas instituições hospitalares e protagonista no processo comunicativo, este estudo reafirma a importância de valorizar e fortalecer suas competências nesse campo. A construção da Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar – EACH representa, assim, um passo inicial para o desenvolvimento de um olhar mais atento para o processo comunicativo e todo o contexto em que ele está inserido, assim como auxilia gestores, pesquisadores e profissionais a diagnosticar falhas, monitorar práticas e propor intervenções pautadas na humanização, na segurança e na qualidade do cuidado.

Por fim, ressalta-se que os resultados obtidos não se esgotam nesta pesquisa, mas indicam caminhos para investigações futuras que explorem a comunicação em

diferentes cenários hospitalares e entre múltiplas categorias profissionais. Investir em comunicação em saúde não significa apenas reduzir falhas, mas sobretudo potencializar vínculos, fortalecer práticas colaborativas e garantir que o cuidado prestado seja efetivo, seguro e centrado no paciente e de compreender o ser humano como um ser único em toda sua essência

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança no ambiente Hospitalar.** Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/seguranca-no-ambiente-hospitalar.pdf/view>> Acesso em: 12 Nov. 2024.)

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007;

\_\_\_\_\_. **Mercado simbólico:** interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese de Doutorado (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação (CFCH) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, 2002. 352p. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/Tese%20doutorado\\_Inesita%20Araujo.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/Tese%20doutorado_Inesita%20Araujo.pdf)> Acesso em: 12 de dez.2024;

BAGNASCO, Annamaria. *Et al.* Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the emergency department. **Emerg Nurs.**, v.21, n.3, p.168-172., jul./2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23207054/>> Acesso em: 12 de dez.2024;

BERLO, David K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997;

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Lisboa: Difel, 1989;

CARVALHO, Simone Alves de. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira. **Organicom**, São Paulo/SP, a. 9, n.16/17, 2012. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/organicom/article/view/139141/134493>> Acesso em: 21 jan.2025;

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003. Disponível em: <<https://www2.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>> Acesso em: 12 dez.2024;

CLAVAL, Paul. **A geografia cultural.** 3. ed. – Florianópolis: Editora da UFSC, 2007. Disponível em: <<https://www.corais.org/sites/default/files/claval-geografia-cultural.pdf>> Acesso em: 12 dez.2024;

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **A complexidade no cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar.** Tese de Doutorado (Filosofia) – Centro de Ciências da Saúde – Curso de Pós-graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em Filosofia e Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, 1993. 117p. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/720401/id165335.pdf>> Acesso em: 12 dez.2024;

FRANCISCATTO, Luisa. *Et al.* Metas Internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista HCPA**, v. 31, n.4, p.482-486, 2011. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/21146/14967>> Acesso em: 12 de dez.2024;

FERNANDES, H.N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**. v.7. p. 1915-1926. Rio de Janeiro, 2015.

FERREIRA, Márcia de Assunção. As correntes teóricas e práticas da dimensões so cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro/RJ, v.6, n;1, p.75-78, dez., 2002. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v6s1a07.pdf>> Acesso em: 16 dez.2024;

FISHER, BA.; ADAMS, Katherine. **Interpersonal Communication pragmatics of human relationships**. 2 ed. McGraw-Hill, New York, 1994.

GALVÃO, Maria Ireni Zapalowski; BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura. Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Baiana em Enfermagem**, Salvador/BA, v.31, n.3, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22290/35617>> Acesso em: 12 dez.2024;

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo/SP, v.38, n.1, p.80-90, jan./marc., 1998. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rae/a/77NwSmC45Z85bk8FXqrfDvp/?format=pdf>> Acesso em:

HERINGER, Benedita Hirene de França; MOLINA, Vera Lúcia Ignácio. Comunicação organizacional: ferramenta gerencial estratégica para o desempenho humano dos colaboradores. In: Seminários em Administração VII; 2004, ago 10-11; São Paulo: SEMAD, 2004. Disponível em: < [https://sistema.semead.com.br/7semead/paginas/artigos%20recebidos/RH/RH14\\_-\\_Comunica%E7%E3o\\_organizacional\\_ferramenta\\_g.PDF](https://sistema.semead.com.br/7semead/paginas/artigos%20recebidos/RH/RH14_-_Comunica%E7%E3o_organizacional_ferramenta_g.PDF)> Acesso em: 12 dez.2024;

HIDALGO, C; ABARCA, M. **Comunicacion interpersonal**: programa de entrenamiento em habilidades sociales. 5ª. ed. Santiago (CL): Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000;

HUMPHREY, Kate E. *Et al.* Frequency and Nature of Communication and Handoff Failures in Medical Malpractice Claims. *J Patient Saf.* 2022 Mar 1;18(2):130-137. doi: 10.1097/PTS.0000000000000937. PMID: 35188927;

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. São Paulo: Summus Editorial, 2003.

LIU, T. KIWAK, E. TINETTI, M. **Perceptions of hospital-dependent patients on their needs for hospitalization**. *J Hosp Med.* [Internet]. 2017 [citado em 07 ago 2019];

12(6):450-3. Disponível em: <https://insights.ovid.com/johm/201706000/01445454-201706000-00010>. DOI: <https://doi.org/10.12788/jhm.2756>

NICOLETTI, Fernandes; *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro/RJ, v.7, n.1, p.1915-1926, jan./mar., 2015. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945016.pdf>> Acesso em: 12 dez.2024;

PINHO, Diana Lúcia Moura; ABRAHÃO, Julia Issy; FERREIRA, Mario César. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.11, n.2, p.168-176., mar./abr., 2003. Disponível em: < <https://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/1750/1795>> Acesso em: 12 dez.2024;

SCHRAIBER, Lilia Blima; *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):221-242, 1999.

SODRÉ, Muniz. **A ciência do comum**: notas para o método comunicacional. Petrópolis/RJ: Vozes, 2014. 259p. Disponível em: < [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5966993/mod\\_resource/content/1/A%20Ci%C3%Aancia%20do%20Comum.pdf.PDF](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5966993/mod_resource/content/1/A%20Ci%C3%Aancia%20do%20Comum.pdf.PDF)> Acesso em: 12 dez.2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

CAMARGO, K. R.; FERREIRA, M. P. A etnografia como método de pesquisa em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1375–1386, 2009.

GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989.  
HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografia: princípios em prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Yang, J., Tang, S., & Zhou, W. (2018). Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. **Psychiatria Danubina**, 30(2), 189-19610-

Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals. **Journal of occupational health**, 50(1), 79-85.

Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C. P., Tsiaousis, G. Z., & Papatthanassoglou, E. D. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 49, 0847-0857.

ROSCANI ANCP, GUIRARDELLO EB. Demandas de atenção no ambiente de trabalho e capacidade de direcionar atenção do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2010; 18(4): 1-8.

AMESTOY SC, BACKES VMS, THOFEHRN MB et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2014; 35(2):79-85.

Trindade LR, Silveira A, Ferreira AM, Ferreira GL. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2015; 5(2):267-277.

TORQUATO, G. Tratado de comunicação organizacional e política. São Paulo: **Pioneira Thomson**, 2002.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições** 70, 2011.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. Estatística aplicada à administração. São Paulo: **Atlas**, 2020.

GOMES, A. T. de C. *et al.* Escalas psicométricas na pesquisa e na prática em saúde: panorama e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 215-220, 2019.

MENDES, K. D. S. *et al.* Prática baseada em evidências: aspectos históricos e epistemológicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03641, 2020.

PASQUALI, L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis: **Vozes**, 2010.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLO, D. F. A cultura da avaliação em saúde: desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 212-223, 2016.

BACKES, D. S.; *et al.* O cuidado de enfermagem: um resgate histórico. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 3, p. 629-635, 2014.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília: COFEN, 2021.

KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

SMELTZER, S. C.; *et al.* Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

ARAÚJO, I. S. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2012.

BACKES, D. S.; *et al.* O cuidado de enfermagem: um resgate histórico. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 3, p. 629-635, 2014.

BAGNASCO, A.; *et al.* The role of communication in patient safety: What is the evidence? **Nursing in Critical Care**, v. 18, n. 4, p. 201-208, 2013.

BERLO, D. K. O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. 7. ed. São Paulo: **Martins Fontes**, 1999.

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

HABERMAS, J. Teoria do agir comunicativo. Vol. 1. São Paulo: **WMF Martins Fontes**, 1984.

MARTÍN-BARBERO, J. Ofício de cartógrafo: travessias latino-americanas da comunicação na cultura. São Paulo: **Loyola**, 2004.

MCQUAIL, D. Teoria da comunicação de massa. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2010.  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para promoção da saúde. **Ottawa: OMS**, 1986.

SILVA, M. J. P. *et al.* Comunicação em saúde: desafios para a prática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 158-164, 2015.

THE JOINT COMMISSION. Improving patient and worker safety: Opportunities for constructive collaboration, collaboration, and innovation. **Oakbrook Terrace**, 2021. <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>).

GARCÍA, C. L. *et al.* Working conditions and occupational stress in nurses: A cross-sectional study. **Journal of Nursing Management**, v. 27, n. 8, p. 1756-1764, 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Safety and health at the heart of the future of work. **Genebra: OIT**, 2022.

McCroskey, J. C.; Larson, C. E.; Knapp, M. L. An Introduction to Interpersonal Communication. Englewood Cliffs, **NJ: Prentice-Hall**, 1971.

HALL, S. Representation: Cultural representations and signifying practices. London: **Sage**, 1997.

MENDES, R. M. Comunicação e cultura: A construção social dos significados. **Revista de Ciências Sociais**, v. 49, n. 1, p. 115-128, 2018.

FLICK, U. An introduction to qualitative research. 5. ed. London: **Sage**, 2014.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Ethnography: Principles in practice*. 4. ed. New York: **Routledge**, 2019.

SILVA, M. C.; PEDUZZI, M. Comunicação interprofissional na perspectiva da prática colaborativa em saúde. **Rev. Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 63-76, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo de Comunicação Efetiva. Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: **MS**, 2014.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde: práticas colaborativas e multiprofissionais. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 637-647, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Patient safety: making health care safer*. Geneva: **WHO**, 2017.

KURTZ, R. S.; SILVA, M. R.; MELO, L. S. Sobrecarga de trabalho e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 14, n. 1, p. e242356, 2020.

SILVA, R. C. *et al.* Comunicação efetiva na enfermagem: competências relacionais como ferramenta para segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 476-480, 2019.

REEVES, S. *et al.* *Interprofessional teamwork for health and social care*. 2. ed. Oxford: **Wiley-Blackwell**, 2018.

SILVA, A. F.; GONÇALVES, R. M. Comunicação interprofissional em saúde: fundamentos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>.

MATTELART, A.; MATTELART, M. *História das teorias da comunicação*. 7. ed. São Paulo: **Loyola**, 2016.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. 3. ed. São Paulo: **Atlas**, 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Escala de Avaliação da Comunicação Hospitalar – EACH

Avaliação			
Comunicação Efetiva: 24 a 27 Risco de comunicação Ineficaz: 18 a 23 Comunicação Não-Efetiva: 9 a 17			
	1	2	3
Qual era seu nível de disposição para o plantão?	<input type="checkbox"/> Cansada (o)	<input type="checkbox"/> Nem muito cansada, nem muito disposta	<input type="checkbox"/> Disposta
O ambiente estava propício para a passagem de plantão?	<input type="checkbox"/> Não, o ambiente estava desorganizado e/ou havia muito barulho no local e interrupções durante a passagem.	<input type="checkbox"/> Parcialmente propício, houve algumas interrupções	<input type="checkbox"/> Sim, estava tranquilo e propício para a passagem.
Após a visita de enfermagem, as informações que foram recebidas na passagem de plantão, contemplavam a realidade?	<input type="checkbox"/> Não, a maioria das informações estavam equivocadas	<input type="checkbox"/> Apenas para poucos pacientes	<input type="checkbox"/> A maioria das Informações estavam corretas
Os registros no mapa de enfermagem estavam corretos?	<input type="checkbox"/> Não, havia muitos dados errados ou desatualizados	<input type="checkbox"/> Parcialmente atualizadas, precisa melhorar	<input type="checkbox"/> As informações estavam atualizadas e corretas
As particularidades dos pacientes, caso houvesse alguma, estavam sinalizadas corretamente, ou foram mencionadas de alguma forma?* (Mapas, quadros, impressos, verbalmente)	<input type="checkbox"/> Não havia registros das particularidades para maioria dos pacientes	<input type="checkbox"/> Apenas para poucos pacientes	<input type="checkbox"/> Todos estavam corretamente sinalizadas ou <b>N/A(Não se aplica)</b>
Os pacientes/acompanhantes referiram dificuldades de comunicação com você e/ou sua equipe?	<input type="checkbox"/> Sim, muitos deles	<input type="checkbox"/> Sim, poucos pacientes/acompanhantes fizeram essa queixa	<input type="checkbox"/> Não houve reclamações a este respeito
A comunicação com os outros setores deu-se de modo efetivo?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido dificuldade de comunicação com determinados setores	<input type="checkbox"/> A comunicação flui, mas necessita de atenção frequente.	<input type="checkbox"/> Não tive problemas de comunicação com os demais setores
A comunicação com a enfermeira de quem você recebe o plantão foi boa?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido problemas frequentes de comunicação	<input type="checkbox"/> Razoável, poderia melhorar	<input type="checkbox"/> Sim, temos uma boa comunicação
A comunicação com a sua equipe multiprofissional e médica foi boa?	<input type="checkbox"/> Não, tenho tido problemas de comunicação com a equipe	<input type="checkbox"/> Razoável, poderia melhorar	<input type="checkbox"/> Sim, temos uma boa comunicação
VALORES	_____ +	_____ +	_____
TOTAL			

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Para Maiores de 18 anos)

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Escala de avaliação da comunicação Hospitalar: Proposta de instrumento de avaliação da comunicação entre profissionais de enfermagem” que tem como pesquisadora responsável Profa. Dra. Melissa Silva Moreira Rabêlo.

Esta pesquisa pretende realizar um estudo acerca do processo comunicativo dentro do ambiente hospitalar realizado por enfermeiros, para posterior elaboração de instrumento comunicacional que sirva de suporte para caracterizar e avaliar a comunicação gerida por estes profissionais.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é promover um instrumento que avalie a comunicação entre os enfermeiros a partir de fatores considerados importantes por estes profissionais. Pois, sabe-se que as falhas de comunicação são um fator de risco, principalmente à segurança do paciente, dentro do ambiente hospitalar. A elaboração desse instrumento visa fornecer dados relevantes para que a partir deles sejam conhecidos o processo comunicativo entre enfermeiros, com seus pontos fortes e fracos servindo, também, de base para a gestão dos serviços de saúde obterem dados a respeito da comunicação interprofissional em suas instituições.

Caso decida participar será necessário autorizar a gravação de áudio das entrevistas realizadas pelo pesquisador durante seu próprio turno de trabalho em momento que o trabalhador considerar mais oportuno, com tempo de preenchimento estimado em 10/15 min, no próprio setor da clínica cirúrgica do Hospital Juvêncio Mattos.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como ficar constrangido em detalhar sua opinião ou detalhar experiências referentes ao tema. Esses riscos poderão ser minimizados pois se trata de pesquisa científica, onde os dados não serão divulgados e utilizados apenas com finalidade acadêmica.

Como benefícios da pesquisa você irá contribuir para o entendimento dos problemas referentes ao processo comunicativo, assim como ajudar na elaboração de um instrumento que seja capaz de avaliar a comunicação entre enfermeiros levando em consideração aspectos inerentes ao exercício de sua profissão.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora discente Thalita Monte Batalha dos Santos, no telefone (98) 98197-3777 ou pelo e-mail: thalita.batalha@discente.ufma.br .Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Caso você tenha algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você terá o direito de buscar indenização nas instancias legais. (Item IV - 4.c da Resolução Nº 466 de 12/12/2012).

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no telefone (98) 2109-1250, através do e-mail cep@huufma.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, no Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapari, nº 227, Centro, São Luís-MA. CEP: 65020-070.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento foi impresso em duas vias e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinadas, na última página por você ou por seu representante legal. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

#### *Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

São Luís (MA), \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

---

(Assinatura do pesquisador responsável)

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO Nº _____	
1. Sexo: Feminino ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> )	2. Idade:
3. Há quanto tempo exerce essa profissão?	
4. Possui outro vínculo empregatício? Se sim, é como enfermeira (o)?	
5. Você se sente disposta para o trabalho? SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input type="checkbox"/> ) QUASE NUNCA ( <input type="checkbox"/> )	
6. Durante o plantão, quais são os seus maiores desafios ou maiores dificuldades?	
7. Como você considera sua relação com a sua equipe de enfermagem? ( <input type="checkbox"/> ) BOA ( <input type="checkbox"/> ) MUITO BOA ( <input type="checkbox"/> ) RUIM ( <input type="checkbox"/> ) MUITO RUIM	
8. Como você considera sua relação com a equipe multidisciplinar? ( <input type="checkbox"/> ) BOA ( <input type="checkbox"/> ) MUITO BOA ( <input type="checkbox"/> ) RUIM ( <input type="checkbox"/> ) MUITO RUIM	
9. O que você diria ser uma comunicação efetiva?	
10. Você considera que frequentemente haja falhas no processo de comunicação no ambiente hospitalar entre os profissionais? SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input type="checkbox"/> )	
11. Caso existam falhas de comunicação, poderia citar algum dessas falhas mais frequentes?	
12. Como você percebe as consequências das falhas de comunicação? Por exemplo: Houve uma falha de comunicação que gerou uma consequência no seu turno de trabalho; como geralmente você nota esta consequência?	
13. Que fatores você acha que influenciam para que ocorram tais falhas de comunicação no ambiente hospitalar?	
14. Se você percebe problemas de comunicação dentro do ambiente hospitalar e no seu setor, quais seriam as sugestões de melhorias que você elencaria?	
15. Se você pudesse avaliar, de 0 a 10, a importância da comunicação para a execução satisfatória das do trabalho no ambiente hospitalar (Onde zero significa “sem importância alguma” e 10 significa “extremamente importante” e o 5 significa “Neutro, nem muito importante nem pouco importante). Qual nota você daria?	

**ANEXO**

**ANEXO A – TRAMITAÇÃO DO PROJETO NA PLATAFORMA BRASIL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO - UFMA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESCALA DE AVALIAÇÃO COMUNICATIVA: Proposta de Instrumento de avaliação da comunicação entre profissionais de Enfermagem.

**Pesquisador:** THALYTA MONTE BATALHA DOS SANTOS

**Versão:** 1

**CAAE:** 90663825.3.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 090078/2025

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto ESCALA DE AVALIAÇÃO COMUNICATIVA: Proposta de Instrumento de avaliação da comunicação entre profissionais de Enfermagem, que tem como pesquisador responsável THALYTA MONTE BATALHA DOS SANTOS, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal do Maranhão - UFMA em 24/07/2025 às 11:33.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1988 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado  
Bairro: Bacanga CEP: 65.085-805  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br