# MANUAL DE COMUNICAÇÃO EFICAZ NA EQUIPA DE SAÚDE

# MANUAL DE COMUNICAÇÃO EFICAZ NA EQUIPA DE SAÚDE

SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA

GED
Grupo de Estudos para a Educação em Diabetes

## A ARTE E A TÉCNICA DOS CUIDADOS EM SAÚDE – O EXEMPLO DA COMUNICAÇÃO.

**João Filipe Raposo**
Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Nós, os profissionais de saúde, temos das melhores profissões do mundo!

Esta adjetivação resulta não só das nossas competências no processo de ajuda do "outro" na gestão da sua saúde e doença, mas de dominarmos esta zona de fronteira entre a arte e a técnica em muitas diferentes áreas de que aqui destacamos a da comunicação.

No campo das doenças crónicas não transmissíveis, de que a diabetes é um dos melhores paradigmas, consideramos que o envolvimento das pessoas no seu processo de tratamento é fundamental para que se atinjam os melhores resultados de saúde. Para tal é necessário que estas sejam capazes de aceder, escolher e classificar informação relevante; que sejam capazes de dominar um conjunto de habilidades que permitam dominar aspetos da terapêutica farmacológica e não farmacológica; que alterem comportamentos que interferem na sua relação com o seu padrão de vida (pessoal, familiar, laboral, social); que tenham a confiança para manter e melhorar os comportamentos numa relação de confiança com a sua equipa de saúde.

A participação das equipas multidisciplinares neste processo – única forma de trabalhar em diabetes, só é possível se baseada em modelos de comunicação efetiva. Os contextos de atuação dos elementos da equipa têm sofrido alterações rápidas nos últimos anos – da consulta individual à consulta de grupo, da consulta presencial à consulta virtual, do valor de uma equipa de saúde vs. o valor de redes sociais.

O treino contínuo das competências de comunicação tem de ser fundamental para todos nós. Este manual, elaborado por um conjunto de profissionais com larga experiência, será certamente um contributo importante para que todos nós associemos a "nossa" arte a melhores competências técnicas. Esta é também uma das funções da SPD. Em nome da Direção, agradeço a todos os autores e a todos aqueles que tornaram possível a criação deste manual.

Que seja proveitoso para todos os leitores!

## LISTA DE AUTORES

### Carla Sá-Couto

Investigadora e docente no Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), onde coordena e dinamiza vários cursos de formação contínua dirigidos a equipas e profissionais de saúde.

### Cátia Rodrigues

Psicóloga clínica e da saúde com especialização pela Ordem dos Psicólogos Portugueses. Pós-graduada em Intervenção cognitivo-comportamental e Mestre em Psiquiatria Social e Cultural pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Integra a Equipa de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, onde assume funções na área da Psicologia da saúde (doenças autoimunes).

### Dulce Nascimento do Ó

Doutora e Mestre em Saúde Pública ENSP, UNL e especialista em Enfermagem Comunitária, ESEL. Enfermeira coordenadora do Departamento de Estudos e Projetos da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). Cocoordenadora do grupo de estudos Educação e Diabetes, Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). Membro da European Network of National Health Literacy Demonstration Projects, OMS; membro do Committee on Practice Standards, International Health Literacy Association (IHLA) e membro do Steering committee da EUPHA Health Promotion Section.

### Edite Cristina Marques Nascimento

Assistente Graduada Sénior de Medicina Interna.
Diretora do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (atual Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E. P. E.).
Coordenadora do Grupo de Estudos de Educação em Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD).

## Eugénia Brito Raimundo

Psicóloga, com larga experiência na formação de profissionais de saúde e com certificação em coaching pelo ICF. Sócia-gerente da Motiven, Lda.

## Jorge Jorge

Diretor de Comunicação, Marketing e Marca da ULS São João, no Porto, onde é responsável pelo desenvolvimento e implementação de uma estratégia global de comunicação e marketing na instituição.
Licenciado em Comunicação pela Universidade do Porto, possui um Executive Master (Pós-Graduação) em Marketing pela Católica Porto Business School e, mais recentemente, um MBA Internacional pela Católica Porto Business School/ESADE Barcelona/PUC São Paulo.
Doutorando em Media Digitais pela UP e Universidade de Texas em Austin, tendo formações em Inovação e Liderança pelo INSEAD, em Fontainebleau, e, mais recentemente, em Digital Transformation pela London Business School.

## Rogério Tavares Ribeiro

Doutorado em Biomedicina e professor auxiliar convidado na ECTS - Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona; é ainda investigador na APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, líder do grupo de Tecnologia e Inovação da COST Action PAARnet e perito do Strategic Forum for Self-care, Technology & Digitalization do EUDF - European Diabetes Forum.

## Soraia Nobre Figueiredo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Publica. Mestre em Saúde publica. Doutoranda em Enfermagem, UCP-Lisboa. Docente convidada da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL). Enfermeira especialista no Departamento de Projetos de intervenção comunitária e no Departamento de Investigação e Inovação da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

## COORDENAÇÃO

### Dulce Nascimento do Ó

Doutora e Mestre em Saúde Pública ENSP, UNL e especialista em Enfermagem Comunitária, ESEL. Enfermeira coordenadora do Departamento de Estudos e Projetos da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). Cocoordenadora do grupo de estudos Educação e Diabetes, Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). Membro da European Network of National Health Literacy Demonstration Projects, OMS; membro do Committee on Practice Standards, International Health Literacy Association (IHLA) e membro do Steering committee da EUPHA Health Promotion Section.

### Edite Cristina Marques Nascimento

Assistente Graduada Sénior de Medicina Interna.
Diretora do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (atual Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E. P. E.).
Coordenadora do Grupo de Estudos de Educação em Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD).

# ÍNDICE

8 **INTRODUÇÃO**

10 **A comunicação eficaz nos cuidados de saúde**
*Edite Nascimento e Cátia Rodrigues*

24 **A dinâmica e estrutura de equipas de saúde**
*Eugénia Raimundo e Carla Sá Couto*

50 **Estratégias de comunicação eficaz em equipas de saúde**
*Carla Sá Couto e Eugénia Raimundo*

78 **Comunicar ciência e evidência cliníca a equipas nos cuidados em diabetes**
*Rogério Tavares Ribeiro*

90 **A comunicação interna nas organizações de saúde**
*Jorge Vieira Jorge*

108 **Impacto da qualidade da comunicação nas equipas ao nível dos resultados em saúde**
*Soraia Nobre e Dulce Nascimento do Ó*

# INTRODUÇÃO

Na sequência do *Manual de Comunicação Eficaz na Diabetes*, promovido pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), através do Grupo de Educação e Diabetes (GED), e dedicado à comunicação entre profissionais de saúde, pessoas com diabetes e suas famílias, o GED entendeu desenvolver o presente *Manual de Comunicação Eficaz na Equipa de Saúde*. Este documento centra-se na comunicação entre os profissionais que integram equipas multidisciplinares, reconhecendo-a como um pilar estruturante da prática clínica contemporânea e um determinante crítico da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.



Num contexto assistencial progressivamente mais complexo, diferenciado e tecnologicamente exigente, caracterizado pela interdependência de saberes e pela necessidade de articulação entre múltiplas áreas disciplinares, a comunicação assume uma função estratégica. Mais do que um simples processo de transmissão de informação, constitui um mecanismo dinâmico que sustenta a coordenação de cuidados, a tomada de decisão partilhada, a continuidade assistencial e a eficiência organizacional.

A evidência científica demonstra que a qualidade da comunicação intraequipa está diretamente associada à redução de erros, ao aumento da segurança do doente, à melhoria da qualidade assistencial e à otimização dos resultados clínicos e terapêuticos. Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências comunicacionais deve ser assumido como prioridade estratégica, integrando programas estruturados de formação contínua e modelos de governação clínica orientados para a excelência.

A identificação de barreiras comunicacionais e a implementação de estratégias sistematizadas para a sua superação são determinantes para assegurar clareza, precisão, consistência e rastreabilidade da informação partilhada. Uma comunicação eficaz promove um ambiente de trabalho colaborativo, reforça as relações interpessoais entre os profissionais e gera ganhos organizacionais e clínicos que se refletem diretamente nos cuidados prestados aos utentes. O presente manual resulta da colaboração de profissionais de diferentes áreas, com experiência consolidada na temática da comunicação em saúde, e pretende constituir um instrumento prático de apoio à melhoria contínua dos processos comunicacionais nas equipas de saúde.



Embora a diabetes mellitus seja utilizada como exemplo ilustrativo, os princípios e recomendações aqui apresentados são transversais e aplicáveis a diferentes contextos assistenciais e modelos de organização do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar.

O sucesso das equipas em saúde depende, em larga medida, da forma como se estruturam, se articulam e, sobretudo, da eficácia com que comunicam.

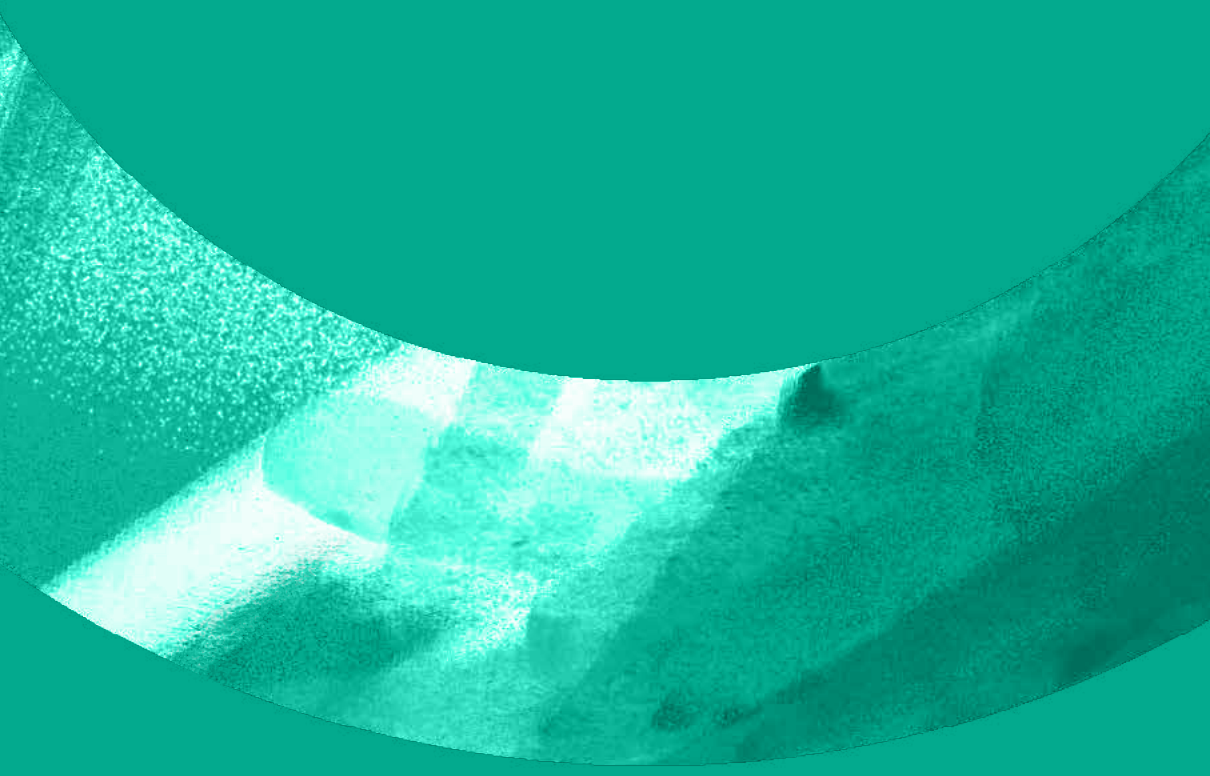
Desejamos que este Manual contribua para a Comunicação Eficaz nas equipa e instituições!

*Dulce Nascimento do Ó e Edite Nascimento*

A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# A COMUNICAÇÃO EFICAZ NOS CUIDADOS DE SAÚDE

*Edite Nascimento*
*e Cátia Rodrigues*



# A COMUNICAÇÃO EFICAZ NOS CUIDADOS DE SAÚDE

*Edite Nascimento*
*e Cátia Rodrigues.*

Falar de comunicação é reconhecer o papel preponderante e transversal que ela assume na vida de cada um de nós, com um percurso evolutivo marcado pela facilitação dos processos de interação social, sejam estes de carácter mais pessoal ou organizacional, nas suas diversas dimensões, sendo que a saúde não é exceção.



A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) destaca que a comunicação é uma ferramenta essencial para lidar com os desafios progressivos e complexos da saúde. A comunicação pode potenciar a mudança em várias dimensões: conhecimento, atitudes e comportamentos das pessoas, habilitando-as a fazer escolhas que contribuam para a proteção e a consequente melhoria da saúde e bem-estar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a comunicação para a saúde procura aproveitar todo o potencial da comunicação, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde nos seus diversos níveis (individual, comunitário e social), reunindo um conjunto de princípios e práticas com a finalidade de garantir que as intervenções comunicacionais sejam eficazes e baseadas em evidência. Nesse sentido, a OMS tem subjacente ao conceito de comunicação para a saúde teorias e técnicas das ciências sociais, comportamentais e da comunicação.

Podemos reconhecer que uma boa comunicação (verbal e não verbal) facilita não só a partilha de informações entre os diversos profissionais de saúde, como também contribui para uma melhor interação com os utentes. Não esquecendo, contudo, a complexidade da informação transmitida, os meios de comunicação adotados (facilitadores ou não) e as características individuais dos vários recetores. Todos estes fatores podem ter impacto na qualidade da transferência e receção da informação e, dessa forma, promover um atendimento de maior ou menor qualidade.

De acordo com Newell & Jordan (2015), a comunicação é um fator significativo na satisfação do utente e nas reclamações sobre o atendimento. A comunicação desempenha um papel fundamental na qualidade do serviço em todas as profissões, sendo que a saúde não é exceção.

Num estudo[1], que foi realizado através da aplicação de questionários a um grupo de profissionais de Saúde Pública (2019), sobre esta temática da comunicação para a saúde, foram sinalizados sete principais desafios de comunicação entre os profissionais auscultados, nomeadamente a identidade e notoriedade; a comunicação interna (horizontal e vertical); a comunicação com os utentes/cidadãos; a comunicação com a comunidade; a comunicação com os *media*; a comunicação digital; e a eficácia do trabalho.

## 1.1 IMPACTO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030) destaca no seu guia de comunicação em saúde (2023) os impactos que a comunicação nesta área pode apresentar em vários domínios, seja a nível político pelas leis e prioridade de agenda das mesmas, seja a nível social pelas crenças, atitudes, práticas e normas sociais, estrutura social, entre outras. Não esquecendo o papel das comunidades e grupos chave assentes nas crenças, atitudes e comportamentos que manifestam; fatores relacionados com o género, estilo de vida; o grau de literacia; fatores socioeconómicos, entre os demais. Nesse sentido é importante ter em conta como recomendações os benefícios, os riscos, as desvantagens, aceitação cultural e social, bem como, os acessos aos serviços. Estes fatores são significativos pois permitem envolver as comunidades, tornando-as mais consciencializadas para uma responsabilidade participada com a sociedade, objetivando a melhoria dos ganhos em saúde, a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.



A comunicação em saúde deve ser percebida como um processo dinâmico, cíclico e contínuo assente em fases complementares como: planeamento; implementação e monitorização; e avaliação, *feedback* e melhoria (PNS 2030). Processo este facilitador de mudanças e ajustamentos ambientais e de aprendizagem seja no âmbito organizacional e/ou comunitária.

Também a OMS (WHO, 2017) destaca o quanto a comunicação para a saúde convenciona o planeamento baseado em dados, narrativa e monitorização; na avaliação e na aprendizagem. No qual a metodologia latente baseia-se em princípios de impacto, segundo os quais a comunicação deve ser

1. Descrito no *Plano Nacional de saúde 2030 Guia de Comunicação em saúde, Boas práticas do* (abril de 2023)

informada por dados e teoria; mensurável; planeada; centrada no público e nas pessoas; colaborativa; e direcionada.

## 1.2 PRINCÍPIOS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

A OMS (WHO, 2017) está organizada de forma a assegurar e a trabalhar para que uma melhor comunicação em saúde seja um aspeto central em toda a sua prática e exercício profissional. E, dessa forma, destaca uma estrutura organizada de acordo com seis princípios para avalizar que as comunicações da OMS sejam: acessíveis; acionáveis; credíveis e confiáveis; relevantes; oportunas e compreensíveis. De forma sucinta apresenta-se de seguida cada um dos princípios para uma compreensão geral, que não dispensa o aprofundamento dos mesmos.

**Acessível:** os interlocutores devem identificar todos os canais disponíveis e mapear a sua capacidade de alcançar o público prioritário. Utilizar a combinação certa de canais de comunicação ajuda a habilitar o público com as informações necessárias para tomar decisões informadas.

**Acionável:** os comunicadores devem compreender o conhecimento, as atitudes e os comportamentos do público-alvo, a fim de conceber mensagens que abordem as barreiras à comunicação e incentivem os responsáveis por tomadas de decisão a adotar as medidas aconselhadas.

**Credível e Confiável:** os comunicadores da OMS devem beneficiar de todas as oportunidades para fortalecer a confiabilidade da OMS, de forma que as informações e atividades na área da saúde se tornem a base para a tomada de decisões. Quanto maior a confiança dos responsáveis pela tomada de decisões na OMS, maior a probabilidade de acreditarem e atuarem de acordo com as informações transmitidas pela presente Organização.

**Relevante:** a comunicação transmitida deve ajudar o público a perceber que as informações, conselhos ou orientações de saúde são adequáveis a eles, às suas famílias ou a outras pessoas. Não esquecer que para os "criadores" de políticas, as questões de saúde são percebidas como pertinentes se forem expostas como uma alta prioridade para os cidadãos ou se estiverem ligadas a outros

valores nacionais e comunitários, como segurança e prosperidade económica.

**Oportuna:** nas mais diversas questões de saúde, a OMS deve disponibilizar informações, conselhos e orientações em tempo oportuno, para que o público receba as informações de que precisa, quando precisa, para tomar decisões adequadas em relação à saúde.

**Compreensível:** a OMS dada a responsabilidade que assume comunica com diversos decisores políticos, alguns com formação em medicina e saúde pública e dependem da OMS para receber informações técnicas. Contudo, muitos públicos-chave não são especialistas e esses precisam de informações simples de perceber, para compreender os riscos para a saúde e tomar as medidas adequadas.



De uma maneira geral, a OMS defende que a integração destes princípios em todas as vertentes da comunicação permitirá estimular a inovação para melhores resultados em saúde, assumindo o próprio desafio de identificar melhores e mais eficazes formas de envolver os diversos públicos-alvo na comunicação e interação, tal como se espera numa comunicação eficaz entre os vários intervenientes.

Mais especificamente ao que diz respeito aos profissionais de saúde, também estes agentes de comunicação, a transmissão de informação aos utentes deve privilegiar estes princípios de forma adequada ao contexto de interação no âmbito da saúde, no qual o PNS 2030 destaca igualmente o papel mediador e regulador da comunicação que estes profissionais desempenham. Nesse sentido os profissionais de saúde devem praticar nas diversas interações com os diversos públicos alguns princípios chave, tais como: utilizar uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; deter controlo sobre a mensagem; ter uma relação terapêutica; partilhar informação simples,confiável e fidedigna; promover o envolvimento; afirmar-se como uma fonte de informação, um polo comunicativo dinâmico (DGS, 2019).

Podemos de forma resumida afirmar face ao exposto que os princípios destacados potenciam o sucesso e a qualidade da partilha de informação. A credibilidade e transparência; a sensibilidade cultural; a clareza e acessibilidade; a empatia e compreensão; a escuta ativa e colaboração interprofissional são competências promotoras de

uma comunicação eficaz que potencia um cuidado mais individualizado e dirigido ao utente e, consequentemente, melhores resultados de saúde e maior satisfação dos utentes (Baptista & Galvão, 2024; WHO, 2017).

### 1.2.1 Comunicação eficaz e utentes

Falar de comunicação eficaz envolve não só as estruturas e profissionais de saúde, mas também os utentes. Nesse sentido, é preponderante que os utentes possam desenvolver competências de comunicação para que consigam participar ativamente no seu próprio cuidado. De que forma? Potenciando o seu empoderamento através da literacia para a saúde, desenvolvendo a capacidade de realizar perguntas construtivas, perceber as informações partilhadas pelos profissionais de saúde e devolver também as suas preocupações de forma objetiva e pormenorizada (Baptista & Galvão, 2024).



Vários são os estudos que descrevem inúmeras estratégias de comunicação eficaz aplicáveis tanto aos profissionais de saúde, como aos utentes, tais como:

- **Empatia e Sensibilidade:** Profissionais de saúde devem demonstrar empatia e sensibilidade às preocupações emocionais dos utentes, diligenciando uma relação de confiança;
- **Clareza na Comunicação:** Informações clínicas devem ser partilhadas de maneira objetiva e compreensível, evitando termos técnicos;
- **Participação Ativa do Paciente:** Estimular a participação ativa dos utentes nas decisões sobre seu tratamento com destaque para um papel ativo da gestão da sua própria saúde com impacto na adesão aos tratamentos.
- **Sensibilidade Cultural:** Adequar a comunicação para ir de encontro às necessidades culturais e sociais dos utentes.

- **Escuta Ativa:** ter tempo para escutar as preocupações, mostrando interesse autêntico pelos utentes.
- **Colaboração Interprofissional:** Manter relações colaborativas e respeitosas entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. (Baptista & Galvão, 2024)

### 1.2.2 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde



A transição de cuidados de saúde a utentes deve ter subjacente uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre os diferentes intervenientes/ equipas de saúde, envolvidas na prestação de cuidados de saúde. A qualidade alicerçada a esta transição de cuidados é um aspeto imprescindível para a segurança dos doentes, pois aparece fortemente relacionada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, ao decréscimo de acontecimentos adversos e naturalmente redução da mortalidade.

Vários estudos destacam que os erros mais comuns na comunicação entre profissionais de saúde, no que respeita à transferência de cuidados, são as omissões e erros nas informações prestadas, falta de rigor e de priorização das atividades. No que concerne a estudos nacionais sobre falhas na comunicação em situações de transição, a DGS (2017) destaca um estudo de 2012 onde se apurou que 50% dos casos tinham ausência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a assegurar o seguimento da informação nos cuidados de saúde.

Tendo por base este pressuposto foi entendido pela DGS, para segurança do utente, que a comunicação entre os diversos intervenientes deve ser uniformizada. Dessa forma a DGS (2017) através da Norma nº 001/2017 dirige-se a todos os prestadores de cuidados, independentemente do nível de cuidados, que devem utilizar a técnica ISBAR que pretende, de forma acessível, memorizar toda a informação elementar a ser transferida entre equipas prestadoras de cuidados.

Sucintamente, apresenta-se cada uma das etapas da técnica ISBAR, tal como descritas na Norma nº 001/2017:

Identify / Identificação › Situation / Situação › Background / Antecendentes › Assessment / Avaliação › Recomendation/ Recomendações

**Figura 1: Descritivo da nomenclatura/mnemónica ISBAR**

***I - Identificação:*** Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

***S – Situação atual:*** Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

***B – (background) Antecendentes:*** Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

***A – Avaliação:*** Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

***R – Recomendações:*** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Esta técnica ISBAR permite a tomada de decisões rápidas, potencia o pensamento crítico, permite reduzir o tempo na transmissão de informação e diligencia uma célere integração dos novos profissionais.

## CONCLUSÕES

A comunicação eficaz na saúde demanda conhecimento, competência e empatia, desempenhando um papel determinante no sucesso de qualquer organização, incluindo as instituições de saúde.

Todavia, apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, entre o profissional e o utente, a dificuldade sentida na compreensão da comunicação com o profissional de saúde pode dificultar a adesão às propostas terapêuticas, às orientações e à mudança comportamental relacionada. Face ao explanado, a comunicação impõe competências que devem ser adquiridas e treinadas para que os profissionais de saúde possam ser capazes de estabelecer uma relação empática baseada na confiança e garantir que as necessidades físicas, emocionais e psicossociais dos utentes sejam consideradas de modo apropriado, contribuindo, assim, para o estabelecimento de uma comunicação eficaz nos diversos ambientes, comuns aos profissionais de saúde (Baptista & Galvão, 2024; DGS, 2017, 2019).



Dessa forma, para além das competências clínicas, o profissional de saúde deve através da comunicação (verbal e não-verbal), orientar e influir as decisões do utente, especialmente em situações de baixa Literacia em Saúde. Com esta estratégia não se pretende uma substituição da tomada de decisão por parte da pessoa, mas sim permitir e potenciar o seu processo de decisão crítica visando o seu empoderamento consciente e informado (DGS, 2019).

Em suma, a comunicação eficaz é uma ferramenta essencial e indispensável para mitigar as dissemelhanças no sistema de saúde, contribuindo para que todos os utentes recebam uma transição de cuidados pelos profissionais de saúde de forma o mais compreensível e adaptada às questões socio culturais; potenciando uma melhor adesão aos tratamentos e satisfação com a prestação de cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baptista, G., & Galvão, A. (2024). Comunicação em saúde: Competências profissionais. *Revista Multidisciplinar CEsP*, 1(3), 91–103. https://doi.org/10.5281/zenodo.14412944

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas: Literacia em saúde — Capacitação dos profissionais de saúde.* Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2019-manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx (consultado em 30 de novembro de 2025)

Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: A qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 76–87. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2030: Guia de comunicação em saúde — Boas práticas.* Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho. https://doi.org/10.21814/1822.78904

World Health Organization. (2017). *WHO strategic communications framework for effective communicatio*n. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/communication-framework.pdf

A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# A DINÂMICA E ESTRUTURA DE EQUIPAS DE SAÚDE

*Eugénia Raimundo*
*e Carla Sá Couto*

# A DINÂMICA E ESTRUTURA DE EQUIPAS DE SAÚDE

*Eugénia Raimundo*
*e Carla Sá Couto*

No setor da saúde, a eficácia das equipas é determinante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes. A crescente complexidade dos cuidados de saúde, impulsionada por avanços tecnológicos, maior especialização profissional e o aumento das necessidades e expectativas dos utentes, exige que as equipas operem de forma coordenada e colaborativa. Este cenário desafia a estruturação tradicional das equipas e requer a adoção de abordagens interdisciplinares e adaptativas. Além disso, fatores como a sobrecarga de trabalho, a rotatividade de profissionais e a pressão para alcançar resultados impactam diretamente as dinâmicas de grupo e a comunicação.



Assim, compreender os diferentes tipos de equipas, as suas fases de desenvolvimento, os desafios associados à gestão das dinâmicas internas e o papel da segurança psicológica torna-se essencial para otimizar o desempenho coletivo. Este capítulo explora estes aspetos, fornecendo uma visão abrangente das estruturas e processos que sustentam equipas eficazes no contexto de saúde.

## 2.1. TIPOS DE EQUIPAS

As equipas podem ser organizadas de diferentes formas, dependendo da sua função, do contexto em que operam ou do tipo de colaboração entre os seus membros.

### 2.1.1. Baseado na função

As equipas podem ser constituídas com base na função que desempenham, sendo categorizadas como funcionais ou transfuncionais.

- Equipas funcionais: Estas equipas operam com um foco claro nas suas responsabilidades individuais, beneficiando de uma comunicação direta e eficiente, dado o uso de uma linguagem técnica comum. No entanto, a ausência de integração com outras disciplinas pode resultar em abordagens fragmentadas, duplicação de esforços ou lacunas no cuidado ao doente.
- Equipas transfuncionais: Estas equipas promovem a colaboração ao integrar profissionais de diferentes áreas funcionais, mas com interação limitada a projetos ou tarefas específicas. São especialmente úteis em contextos que requerem a junção de competências para resolver problemas complexos. Apesar de suas vantagens, enfrentam desafios na gestão de expetativas e estilos de trabalho, sendo essencial clarificar papéis e responsabilidades, além de adotar ferramentas de comunicação estruturadas desde o início.

### 2.1.2. Baseado no contexto

As equipas podem ser configuradas em função do contexto em que atuam, sendo temporárias, permanentes ou semipermanentes. O tempo e a natureza do seu propósito influenciam a sua dinâmica comunicacional.

- Equipas temporárias: Formadas para responder a necessidades pontuais, como emergências ou situações específicas, estas equipas enfrentam o desafio de alinhar rapidamente os objetivos e estabelecer canais de comunicação eficazes. Por exemplo, uma equipa de resposta a um surto epidémico ou uma equipa que coordena a implementação de um novo processo. A agilidade na comunicação e a definição clara de papéis são fundamentais para o sucesso destas equipas, que

frequentemente se destacam pela sua abordagem focada e orientada para resultados.

- Equipas permanentes: Estas equipas operam em estruturas estáveis ao longo do tempo, como um serviço hospitalar ou uma unidade de saúde familiar. A continuidade permite o desenvolvimento de relações de confiança e normas internas que promovem uma comunicação fluida. Contudo, estas equipas devem evitar o risco de estagnação, renovando práticas regularmente e incentivando a inovação. A comunicação aberta e a partilha de responsabilidades fortalecem a colaboração a longo prazo.
- Equipas semipermanentes: No atual cenário da saúde, marcado por crescentes exigências e limitações de recursos humanos, as equipas semipermanentes têm emergido como uma solução estratégica. Estas equipas combinam membros fixos, que asseguram a continuidade e a manutenção das práticas institucionais, com profissionais temporários, frequentemente contratados para responder a picos de trabalho ou necessidades específicas. Um exemplo evidente são os serviços de urgência, que muitas vezes dependem de tarefeiros para complementar a equipa base. A principal complexidade destas equipas reside na integração eficiente dos profissionais temporários e no alinhamento e articulação entre estes e os elementos permanentes. Este processo exige não apenas uma comunicação estruturada e clara, mas também o estabelecimento de protocolos robustos que alinhem expectativas e promovam a coesão. A falta de integração pode levar a descontinuidade nos cuidados, redundância de esforços ou até conflitos interpessoais. Por outro lado, quando bem geridas, estas equipas podem oferecer flexibilidade operacional e eficiência, mantendo a qualidade do atendimento ao paciente mesmo em situações de alta pressão.



### 2.1.3. Baseado no tipo de colaboração

A forma como os profissionais interagem na equipa define o formato da colaboração e influencia diretamente o modelo de abordagem

adotado na prestação de cuidados ao doente.

- Equipas multidisciplinares: Estas equipas são compostas por profissionais de diferentes áreas que trabalham de forma paralela, cada um contribuindo com a sua *expertise* específica. Apesar de partilharem informações e objetivos, a interação entre os membros é limitada. Um exemplo seria uma consulta multidisciplinar onde cada profissional realiza a sua avaliação de forma independente. A comunicação é fundamental para evitar redundâncias ou lacunas no plano de cuidado, assegurando a continuidade e a qualidade do acompanhamento ao longo do percurso do doente.
- Equipas interdisciplinares: Estas equipas reúnem profissionais de diferentes disciplinas que colaboram de forma coordenada, integrando perspetivas variadas. São especialmente úteis em ambientes de saúde complexos, como unidades de cuidados intensivos, onde médicos, enfermeiros e terapeutas trabalham em conjunto para desenvolver planos de tratamento personalizados e integrados. A comunicação estruturada, baseada na clareza de papéis e responsabilidades, é essencial para evitar conflitos e promover a eficácia.
- Equipas transdisciplinares: Representam o modelo mais integrado de colaboração. Os profissionais ultrapassam as fronteiras das suas especialidades, assumindo papéis flexíveis e partilhando competências. Este tipo de equipa é comum em programas de reabilitação intensiva, onde a abordagem colaborativa é centrada no paciente. A comunicação nestas equipas deve ser altamente colaborativa, exigindo transparência e confiança mútua.



## 2.2. FASES DE DESENVOLVIMENTO DAS EQUIPAS

Sendo a equipa uma entidade dinâmica, com entrada e saída de elementos, é interessante refletir sobre como é que se carateriza enquanto grupo, considerando a sua "mancha", referente à maioria dos seus elementos. É importante considerar que, em qualquer equipa, existirão sempre "franjas" correspondentes a elementos específicos que se diferenciam dos restantes, seja pela sua antiguidade no grupo, pela sua função ou por

outra especificidade.
O desenvolvimento da equipa na sua dinâmica de grupo passa por diferentes fases de evolução ou de regressão, sendo crucial a realização de um diagnóstico correto para ajustar as práticas facilitadoras do seu crescimento.

Será considerado o Modelo de Tuckman das fases de desenvolvimento da equipa desde a sua formação até à sua dissolução. O tempo de permanência da equipa em cada fase varia em função do seu objetivo, propósito de existência e dinâmica interna.

### 1ª Fase: *FORMING* (formação)

É a fase da formação do grupo, pela integração de um conjunto de profissionais. Inicialmente, as pessoas ainda não se conhecem ou conhecem-se mal, pois não trabalharam anteriormente em conjunto.

Nesta fase, o papel do líder é crucial, pois a equipa necessita de orientação na clarificação do seu propósito "Para que é que estamos aqui?", na definição de objetivos comuns, na criação de procedimentos e na distribuição de tarefas. Apesar do seu elevado nível de motivação, a equipa não detém ainda a capacidade que lhe permite ter autonomia. O líder tem de dirigir e orientar no planeamento e estruturação do trabalho a realizar, em particular na atribuição de tarefas, gestão das prioridades e alocação de recursos.

Deve ser potenciado um ambiente motivador, promotor de um clima de confiança e transparência, que facilite a partilha de dificuldades e preocupações e fortalecendo a perceção de suporte por parte da equipa.

É igualmente importante que se promova o conhecimento mútuo em contexto partilhado e, à medida que as pessoas se vão conhecendo, identifiquem interesses comuns e fortaleçam conexões relacionais. Nesta fase, vive-se dentro do grupo a chamada "lua de mel" com uma atitude de entusiasmo, disponibilidade e iniciativa na cooperação, assente nas relações de afinidade.

Os desafios identificados nesta fase incluem:

**A dificuldade na gestão da comunicação assertiva entre pares:** preocupados em contribuir e preservar um bom ambiente relacional, os elementos inibem-se de dar feedback construtivo a um colega com comportamento desviante,

expressando uma atitude de tolerância e compreensão exagerada, o que pode potenciar a reincidência desse comportamento, numa abordagem de permissividade.

**A não expressão de pensamento crítico:** em contexto de reunião ou na interação diária com colegas e com o próprio líder, os elementos do grupo podem demonstrar dificuldade em expressar a sua discordância, pois tendem a privilegiar o consenso e temem que o colega se sentir criticado (confundindo a crítica à pessoa com a crítica ao conteúdo da sua proposta). É, portanto, importante que o líder adote uma estratégia de moderação que incentive e legitime o pensamento crítico, convidando a equipa a refletir sobre os prós/vantagens/benefícios e sobre os contras/desvantagens/riscos face ao conteúdo ou natureza da proposta.

**A difusão de responsabilidade entre os elementos da equipa:** o facto de estarem todos muito disponíveis pode contribuir para uma indefinição na atribuição e clarificação de tarefas e responsabilidades, o que progressivamente poderá traduzir-se numa falta de equidade na distribuição da carga de trabalho ou no risco de não realização atempada de tarefas críticas.



### 2ª Fase: *STORMING*

A dificuldade de dar *feedback* aos colegas, aliada à reincidência de comportamentos desviantes e à perceção de sobrecarga por alguns elementos face aos outros, faz com que o grupo evolua para a fase de *"Storming"*, tornando visíveis os conflitos latentes.

Nesta fase, evidencia-se a necessidade de alinhamento para um objetivo comum, uma vez que cada elemento tende a concentrar-se no seu objetivo específico ou no do seu grupo funcional, dentro do contexto da equipa multidisciplinar.

Nesta fase de afirmação das diferenças, é visível a formação de subgrupos e assiste-se à emergência de lutas de poder e de lideranças informais (as quais podem manifestar-se como oposição ou aliança face à liderança formal). Os profissionais defendem as suas opiniões e pontos de vista, demonstrando dificuldade em escutar e compreender as opiniões dos outros. Focam-se mais nos conflitos e divergências pessoais do que na resolução do problema ou procura de consensos. Tendem responder à "pessoa" (com base na relação interpessoal) em vez de responder à necessidade do

pedido (com base na sua urgência e importância face aos objetivos organizacionais).

Esta fase conflitual é expressa através de uma comunicação mais agressiva, por dificuldade de gestão emocional, sendo aqui crucial a ação do líder ou de colegas com maior maturidade para garantir que a comunicação seja assertiva na exposição dos problemas subjacentes ao desagrado ou insatisfação. Comentários inespecíficos, como *"Nesta equipa uns são filhos e outros são enteados"*, pode refletir um sentimento de injustiça face à desigualdade na distribuição das consultas de um determinado colega no processo de intersubstituição motivado por uma baixa prolongada. É fundamental que os envolvidos sejam incentivados a identificar de forma objetiva e específica os comportamentos ou situações em causa, evitando generalizações.



Nesta fase, o "radar" (foco na atenção seletiva) está ativado, focando-se na identificação dos problemas e das disfuncionalidades do grupo. Neste sentido, o papel do Líder é crucial para:

- **Manter a equipa focada nos seus objetivos**, evitando o reforço de conflitos pessoais e emocionais entre pares. A clarificação e o reforço das regras de funcionamento são essenciais.
- **Gerir de forma construtiva os conflitos,** avaliando objetivamente as situações e focando-se na resolução dos problemas, separando as questões de foro pessoal das de foro profissional. Na gestão das "queixinhas" e conflitos pessoais, é importante apelar à maturidade profissional. Por exemplo, quando um membro da equipa expressa desagrado ou se recusa a trabalhar com outro colega, o líder deve enfatizar a importância

da complementaridade das competências de ambos para o desempenho das funções e reforçar o compromisso com o objetivo comum da equipa.

- **Reforçar o compromisso profissional e o sentido de missão da equipa**, potenciando e incentivando oportunidades para a demonstração do seu trabalho e para o reconhecimento dos seus esforços por parte dos doentes/utentes/clientes.
- **Adotar uma postura de escuta ativa e de orientar o grupo** para o progresso desejado. Nesta fase, a equipa mantém-se ainda dependente da ação do líder para garantir a sua estabilidade e desenvolvimento.

Esta fase de desenvolvimento da equipa pode ser decisiva, pois a equipa tanto poderá entrar em rutura por escalada de conflito, como pode ter a oportunidade de evoluir, se o foco for dirigido para a identificação de problemas e análise de soluções.

### 3ª Fase: *NORMING*

Esta é a fase do realinhamento para um objetivo comum, da sua integração e de reforço da identidade de grupo.

O Líder exerce aqui um papel de Facilitador, potenciando o envolvimento e participação da equipa na reorganização, redefinição de regras de funcionamento, de procedimentos e de controlo, assim como na clarificação das prioridades e alocação de recursos: *"Como vamos conseguir os resultados pretendidos?", "Como nos vamos reorganizar para executar as tarefas críticas e atingir os objetivos?*

Nesta fase é importante:

- Incentivar a coesão do grupo e reconhecer as competências diferenciadas dos seus membros, assim como analisar as suas complementaridades funcionais.
- Incentivar a realização de atividades divertidas e sociais, ou de projetos de trabalho colaborativo para reforçar o sentimento de pertença, a conexão entre os pares e a atitude de cooperação.

### 4ª Fase: *PERFORMING*

Nesta fase a equipa está alinhada na sua estratégia e propósito da sua existência, bem como na forma como se deve organizar para atingir os objetivos visados. Tem uma visão partilhada e revela capacidade de

auto-liderança, operando de forma autónoma, sem necessidade da intervenção do Líder.

Os membros estão empenhados nas suas tarefas e nos objetivos comuns e interagem de forma alinhada, de tal modo que o resultado final é superior à soma dos contributos e resultados individuais. Existe maior flexibilidade e capacidade de adaptação às situações, bem como uma maior aceitação das diferenças individuais. A gestão das prioridades (na partilha de recursos técnicos ou humanos) é realizada em função da importância e urgência do pedido/tarefa/necessidade face aos objetivos organizacionais.

A equipa atinge um nível elevado de autonomia na prossecução dos seus objetivos, desenvolvendo a capacidade de autocontrolo e de auto-regulação por parte dos seus membros. O papel do líder passa a centrar-se no fortalecimento dessa autonomia, incentivando o desenvolvimento individual e coletivo, bem como promovendo a delegação de tarefas e responsabilidades, num processo contínuo de autoqualificação.

### 5ª Fase: DISSOLUÇÃO

Esta fase ocorre em algumas equipas, quando a equipa conclui a sua missão, seja por finalização do projeto, seja por reestruturação organizacional.

## 2.3. GESTÃO DAS DINÂMICAS DE EQUIPA

A gestão eficaz das dinâmicas de equipa em contextos de saúde é fundamental para alcançar resultados de qualidade e garantir um ambiente colaborativo. Num setor caraterizado pela complexidade e pela interdependência de diferentes profissionais, é essencial assegurar a clareza nos papéis e funções, o estabelecimento de rotinas eficazes e a gestão cuidadosa dos riscos associados à coesão de equipa.

### 2.3.1. Papeis e funções

Uma definição clara e estruturada de papéis e funções constitui a base para o desempenho eficiente e a coesão das equipas. Este processo não se limita à alocação de tarefas, integrando também o reconhecimento das competências individuais e a sua aplicação na dinâmica coletiva.

## Importância da clareza na definição de papéis e funções

A definição clara de papéis e funções é indispensável para evitar a duplicação de esforços, garantir a responsabilização e assegurar que cada membro da equipa compreenda o seu contributo para os objetivos comuns. Para além das funções formais, os papéis informais, como mediador, motivador, organizador, entre outros, enriquecem e influenciam a dinâmica organizacional e a eficácia coletiva. O reconhecimento e a valorização destes papéis complementares são fundamentais, pois fortalecem o espírito de equipa, aumentando a resiliência e a capacidade adaptativa da equipa.



## Reconhecimento mútuo de competências

Equipas eficazes distinguem-se pelo reconhecimento mútuo das competências de cada membro, uma prática que fomenta um clima de respeito e confiança. Este ambiente é determinante para a resolução eficiente de problemas e para a tomada de decisões partilhada. A diversidade de competências, quando devidamente valorizada, constitui uma mais-valia significativa para a equipa, permitindo integrar saberes e experiências complementares. Este reconhecimento não só potencia a colaboração como também reforça o sentimento de pertença e motivação de cada elemento, promovendo um desempenho coletivo mais robusto e eficaz.

## Riscos da indefinição de papéis

A ambiguidade ou sobreposição de papéis pode originar conflitos interpessoais ou organizacionais. Tais situações podem resultar em frustração, perda de motivação ou mesmo a criação de subgrupos disfuncionais. Para mitigar estes riscos, é essencial a comunicação clara e contínua, complementada por processos regulares de revisão e clarificação de funções, responsabilidades e expetativas de cada membro da equipa. Este alinhamento não só reduz a probabilidade de conflitos, como também promove uma colaboração mais harmoniosa e produtiva.

2. Erro por fixação é um tipo de erro cognitivo em que indivíduos ou equipas focam-se num único aspeto de uma situação, ignorando informações relevantes que poderiam influenciar a decisão ou a ação. No contexto da saúde, este tipo de erro pode comprometer a capacidade de resposta a situações complexas ou inesperadas.

### 2.3.2. Rotinas e processos de trabalho

#### Benefícios das rotinas

As rotinas estruturam e estabilizam os processos de trabalho, criando padrões que facilitam a coordenação das atividades, aumentam a previsibilidade e promovem a qualidade do desempenho. Nos vários contextos de saúde, hospitalares ou cuidados primários, estas práticas definem claramente papéis e sequências de tarefas, garantindo que cada membro da equipa compreende as suas responsabilidades.

Além disso, rotinas bem definidas reduzem a sobrecarga cognitiva dos profissionais, automatizando processos e tarefas de menor complexidade. Isso permite que concentrem os seus esforços em decisões críticas e na resolução de problemas complexos. Por exemplo, protocolos normalizados em unidades de cuidados intensivos reduzem a variabilidade nos resultados e aumentam a eficiência operacional e a segurança do doente e do profissional de saúde.

Quando implementadas e monitorizadas de forma eficaz, as rotinas não apenas diminuem significativamente o risco de erro clínico, como também criam uma base sólida para uma resposta rápida e coordenada em situações inesperadas.

#### A importância da adaptabilidade

Embora as rotinas sejam indispensáveis, a sua aplicação deve ser flexível e ajustada às circunstâncias. Em cenários de cuidados programados, como consultas regulares ou planos de reabilitação, as rotinas asseguram consistência e qualidade nos processos, criando uma experiência eficiente e previsível para os utentes e os profissionais.

Por outro lado, em contextos mais dinâmicos, como emergências médicas ou resposta a crises, é indispensável encontrar um equilíbrio entre a adesão aos procedimentos estabelecidos e a flexibilidade necessária para lidar com a imprevisibilidade. Mesmo em situações aparentemente rotineiras, podem surgir eventos inesperados que exigem uma resposta imediata e ajustada. Por exemplo, numa cirurgia programada de baixo risco, a ocorrência súbita de uma hemorragia grave pode obrigar a equipa a adaptar-se rapidamente, reavaliar o plano cirúrgico e agir em conformidade para garantir a segurança do doente.

A acomodação excessiva às rotinas pode inibir esta capacidade de adaptação, promovendo erros por fixação[2] , onde os profissionais seguem procedimentos de forma rígida, mesmo quando o contexto exige outra abordagem. Por isso, a adaptabilidade dos profissionais de saúde é vital para a gestão eficaz do inesperado. Capacidades como interpretar rapidamente situações novas, tomar decisões eficazes e ajustar estratégias em tempo real são tão importantes quanto o domínio das rotinas.



## Riscos associados às rotinas

Apesar dos seus benefícios, as rotinas também apresentam potenciais riscos que devem ser considerados e mitigados:

- Rigidez Excessiva: Uma adesão inflexível às rotinas pode restringir o pensamento crítico e a capacidade de adaptação da equipa. Equipas demasiado focadas em procedimentos podem tornar-se resistentes a mudanças ou a soluções inovadoras, comprometendo a sua resposta.
- Implementação Ineficaz: Rotinas mal desenhadas ou aplicadas de forma inconsistente podem causar lapsos na comunicação, erros operacionais ou até redundâncias. Por exemplo, a falta de clareza numa rotina de passagem de turno pode resultar na omissão de informações relevantes sobre o estado de um doente, colocando em risco a continuidade e qualidade dos cuidados.
- Desmotivação dos Profissionais: A repetitividade excessiva e a falta de flexibilidade nas rotinas podem levar à monotonia, cansaço e desmotivação, afetando negativamente o bem-estar e o desempenho dos profissionais.

## Monitorização e Ajuste Contínuos

Para que as rotinas sejam eficazes e permaneçam alinhadas às necessidades da equipa e dos utentes, é essencial implementar processos de monitorização contínua. Estes processos devem incluir:

- Revisão Regular: Reavaliar as rotinas periodicamente para garantir que continuam relevantes e adaptadas ao contexto ou às necessidades da equipa.
- *Feedback* da Equipa: Envolver os profissionais na identificação de lacunas ou áreas de melhoria nas rotinas, reforçando o seu compromisso com os processos.
- Formação Contínua: Atualizar a equipa sobre novos procedimentos

ou alterações nos processos, assegurando a sua competência e alinhamento com as melhores práticas.

A integração destas estratégias permite que as rotinas sirvam como um suporte flexível e dinâmico, promovendo a segurança, a eficácia e a resiliência das equipas. Assim, as rotinas tornam-se não apenas ferramentas de estruturação, mas também pilares para a inovação e a capacidade de resposta em situações de imprevisibilidade.



### 2.3.3. Equipas coesas

#### Benefícios da coesão na equipa

Equipas coesas são frequentemente associadas a elevados níveis de desempenho e qualidade nos cuidados prestados, oferecendo vantagens significativas para as organizações e para os utentes. A proximidade entre os membros facilita uma comunicação clara e eficaz, além de fomentar um maior compromisso com os objetivos e valores organizacionais. Outro benefício importante é a resiliência organizacional, pois a confiança e o apoio mútuo dentro de uma equipa coesa aumentam a capacidade de resposta eficaz a situações adversas. Este ambiente promove segurança psicológica, incentivando os profissionais a propor melhorias ativamente ou a expressar preocupações sem receio de julgamentos. A satisfação no trabalho é frequentemente elevada em equipas coesas, uma vez que os membros se sentem valorizados e integrados, o que reduz a rotatividade e o absentismo.

#### Desafios das equipas altamente coesas

Apesar dos benefícios, equipas altamente coesas podem enfrentar desafios que comprometem a sua eficácia e adaptabilidade. Um desses desafios é o pensamento grupal, que surge quando a forte integração entre os membros da equipa gera conformismo e aversão à discordância, suprimindo perspetivas divergentes. Esta dinâmica pode levar à tomada de decisões pouco fundamentadas ou à adoção de práticas menos eficientes, limitando a capacidade de melhorar continuamente os cuidados prestados. Outro risco associado é o isolamento, uma vez que equipas muito coesas podem tornar-se menos recetivas a *inputs*

externos, como os provenientes de outros serviços, equipas ou de fontes de evidência científica, dificultando a incorporação de inovações e melhorias nos processos e serviços.
A resistência à mudança é outro fenómeno comum, especialmente em equipas com práticas estabelecidas e enraizadas, que podem demonstrar dificuldade em adaptar-se a novas tecnologias, abordagens terapêuticas ou alterações nos processos ou contextos organizacionais.
A integração de novos membros pode constituir um desafio específico em equipas altamente coesas. A entrada de um elemento externo pode ser vista como uma ameaça à dinâmica estabelecida, levando à resistência ou mesmo à exclusão. Este fenómeno dificulta a integração e pode impedir que a equipa beneficie das competências e experiências trazidas pelos novos elementos, prejudicando a sua evolução e adaptação a novas situações.

### Estratégias de mitigação

Para mitigar os desafios das equipas altamente coesas, é essencial implementar estratégias que promovam o equilíbrio entre a integração e a abertura à mudança. Deve-se incentivar a diversidade de perspetivas, criando um ambiente onde ideias divergentes possam ser exploradas antes de decisões clínicas ou organizacionais serem tomadas.
É igualmente importante fomentar uma cultura de abertura à inovação, incentivando a colaboração com outros serviços e profissionais de saúde, a participação em formações contínuas e a adoção das melhores práticas.
A introdução de alterações nas rotinas ou novos processos deve ser acompanhada de uma sensibilização e comunicação eficaz, assegurando uma transição harmoniosa e minimizando resistências à mudança.
No caso de integração de novos elementos, é essencial estabelecer programas de acolhimento e integração (como *mentoring* ou *shadowing*) que promovam a inclusão e reforcem o respeito mútuo. A equipa deve ser sensibilizada para os benefícios de integrar novas perspetivas, facilitando uma transição colaborativa e garantindo que as competências dos novos elementos sejam plenamente aproveitadas. Estes processos ajudam não só a reduzir as barreiras iniciais, mas também a criar um ambiente mais recetivo e coeso.
A liderança desempenha um papel central na gestão destes desafios, devendo atuar de forma proativa para identificar sinais de

conformismo excessivo, isolamento ou dificuldades na integração de novos membros. A criação de canais de comunicação abertos, a valorização da aprendizagem contínua e a promoção de uma cultura de inovação são ações fundamentais para garantir o equilíbrio entre os benefícios da coesão e a necessidade de abertura à mudança. Quando bem conduzidas, estas estratégias não só mitigam os desafios das equipas coesas, mas também potenciam a sua eficácia e resiliência no longo prazo.



## 2.4. O PAPEL DA SEGURANÇA PSICOLÓGICA NA EFICÁCIA DAS EQUIPAS DE SAÚDE

### 2.3.1. O conceito de segurança psicológica

Conforme Amy Edmondson: "A segurança psicológica é a perceção dos membros de uma equipa sobre se é seguro assumir riscos interpessoais no trabalho."

A perceção de estabilidade e de previsibilidade que reforçava anteriormente o sentimento de segurança aos profissionais, não é possível no contexto de trabalho atual. Hoje temos o denominado **Mundo VUCA** (conceito que apareceu no contexto da Guerra Fria) e cuja sigla carateriza a **Volatilidade** (velocidade com que as mudanças contínuas acontecem), a Incerteza (incapacidade de fazer previsões), a **Complexidade** (análise de múltiplas variáveis no processo de decisão) e a **Ambiguidade** (muitas informações, contraditórias, incompletas e/ ou imprecisas). Esta perceção do mundo foi agudizada no período da pandemia do Covid 19, pelo denominado **Mundo BANI**. Esta sigla significa a perceção de um contexto **Frágil** (*"Brittle"*, facilmente afetado por fatores do meio), **Ansioso** (aumento do stress negativo), **Não linear** (de indefinição na relação causa-efeito) e **Incompreensível** (com dificuldade de compreensão nos paradigmas habituais de pensamento).

Todo este enquadramento, faz com que a perceção de segurança psicológica tenha de estar ancorada em fatores intrínsecos à equipa e não na sua envolvência.

O que potencia então a **perceção de segurança dentro de uma equipa?** A perceção de um espaço seguro para partilhar ideias, preocupações, opiniões e encontrar soluções?

- **O reforço da auto-confiança de cada um dos seus elementos:** acreditar nos seus recursos internos que permitem a adaptação positiva a uma mudança contínua e transformacional, que cria novos paradigmas de análise e novos modelos de intervenção, reconhecimento e valorização da capacidade de "aprender, desaprender e aprender novamente", flexibilidade mental, motivação, resiliência.
- **Organização do trabalho e clarificação dos procedimentos:** permite uma formação estruturada e a confirmação das boas práticas.
- **A existência de uma liderança inspiradora:** que promove o desenvolvimento dos colaboradores, desafiando-os a superarem-se, que demonstra empatia e dá apoio, que acredita no potencial da equipa, que é coerente no seu exemplo.
- **O fortalecimento do sentimento de pertença a uma equipa que dá suporte emocional e técnico:** perceção do profissional de que não está sozinho, que reconhece as forças e recursos existentes na equipa.

### 2.4.2. Os fatores que promovem ou comprometem a Segurança psicológica

Existe uma relação direta entre a segurança psicológica e a eficácia comunicacional, o desenvolvimento de equipas de elevada *performance* e a existência de uma liderança eficaz.

A consolidação de um contexto securizante de trabalho é potenciada por:

- Uma perceção de equipa alargada, integrando diferentes elementos, claramente empenhados e alinhados num objetivo comum;
- Uma liderança inclusiva que potencia a participação da equipa numa tomada de decisão colaborativa;
- Uma cultura de *feedback* que permita identificar as boas práticas, celebrando os sucessos e corrigir comportamentos desviantes, com uma abordagem construtiva;
- Um reforço do compromisso e responsabilidade face aos objetivos, resultados e performance de elevado desempenho;
- Uma partilha de conhecimentos, de experiências e de incentivo ao desenvolvimento da equipa, promovendo uma aprendizagem coletiva;

- Um apoio emocional e ajuda mútua na superação das adversidades;
- Uma demonstração de pensamento crítico (refletir e expressar a sua concordância ou discordância) no trabalho realizado pela equipa, preservando uma atitude construtiva e de parceria;
- Uma atitude proativa na proposta de alterações na equipa, visando a melhoria do seu funcionamento e resultados;
- Uma atitude de colaboração e disponibilidade na relação entre os colegas que agilize a iniciativa no dar e pedir ajuda, cooperando na resolução dos problemas;
- Uma abertura na partilha de erros que possam ter ocorrido, evitando a sua reincidência e apresentando as propostas de solução;
- Um respeito pela diferença de perspetivas, opiniões, sentimentos de todos os membros da equipa e um incentivo à sua partilha;
- Uma clarificação do trabalho a realizar e das atribuições de responsabilidades;
- Uma comunicação entre os elementos da equipa regular, atempada e partilhada, mantendo um nível atualizado de informação;



### 2.4.3. Resiliência vs Resistência

Por definição a **Resiliência** é a competência que nos permite ficarmos fortalecidos na vivência de adversidades, problemas, crises, frustrações, pela capacidade de reformularmos essas vivências numa oportunidade de aprendizagem, pela aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas competências. "É o cairmos e levantarmo-nos mais fortes".

Resiliência não é invulnerabilidade, pois estamos a falar de situações que nos afetam. É a capacidade de fazermos um reenquadramento da situação, uma reformulação cognitiva, uma resignificação da forma como estamos a percecionar e a interpretar quer os acontecimentos quer a nossa capacidade de resposta, que nos permite uma adaptação saudável, proativa e produtiva e a manutenção de uma atitude positiva, promovendo um crescimento pessoal profundo.

A educação tradicional na cultura portuguesa valoriza mais na gestão da adversidade, o **conceito de "Resistência"**, o qual potencia a perceção de que "ser forte" é aguentar, suportar, não vergar, sendo essa a demonstração de força.

Neste enquadramento, o reconhecer a vulnerabilidade e a fragilidade, é percecionado como fraqueza, pelo que não se pede ajuda, nem se assume que se necessita de parar ou de melhorar.

Esta atitude de "resistência", conduz à resignação, muitas vezes numa postura de vitimização e pode levar a que se "estique a corda ao limite", sendo maior o risco de *burnout*, pela negação dos sinais de alerta.

No **conceito de "Resiliência"**, existe a perceção de que deveremos superar as dificuldades com uma atitude positiva e que a adversidade nos pode fazer crescer e desenvolver competências.

E é esse compromisso para com uma boa *performance* que nos faz estar alertas aos sinais de vulnerabilidade, reconhecendo que podemos estar a deixar-nos afetar na nossa capacidade, motivação e confiança. Por exemplo, o não sentirmos energia para nos levantarmos de manhã, a auto-consciência de um comportamento mais reativo face a interações conflituosas de utentes ou de profissionais de saúde (reconhecer uma maior irritabilidade, ou sentir-se mais fragilizado, …) e ter a reflexão de *"Eu não sou assim, eu estou assim!…"*: **a diferença entre o "ser" e o "estar".** O reconhecimento da necessidade de descanso, de "balões de oxigénio" e a iniciativa de pedir ajuda, demonstram força e compromisso. E quando encontramos na equipa um suporte emocional, sentimo-nos fortalecidos nessa mesma resiliência.

A auto-consciência de cada profissional de saúde, do **efeito de ressonância** que gera nos outros é crucial na gestão da comunicação dentro de uma equipa. Muitas vezes

a demonstração de empatia, apesar de bem-intencionada, potencia um efeito de "cavar o buraco", ao explorarmos a "dor" partilhada pelo colega, agudizando a perceção de gravidade da situação, e alimentando o desânimo e a descrença face à possibilidade de resolução do problema apresentado. O colega sairá da conversa mais angustiado do que quando nos abordou.

A demonstração de uma **escuta genuína**, focada no outro, com **demonstração de empatia**, é crucial, para que o colega se sinta acolhido e compreendido. E nesta escuta deveremos ajudar o colega a realizar uma **análise objetiva** da situação apresentada, desconstruindo os enviesamentos da generalização, confirmação (atenção seletiva face à informação que valida as ideias pré-concebidas) ou saliência (sobre-estimar a frequência ou gravidade com que um efeito negativo ocorre), por exemplo face a afirmações negativas, é importante que possamos ajudar a personalizar, especificar, concretizar, ou evidenciar.



Exemplos:

*"Tanto esforço para nada"*
Demonstrar que mesmo que o resultado esperado não tenha sido alcançado, houve uma aprendizagem ou a demonstração de empenho que valoriza o brio profissional;

*"Ninguém nos valoriza"*
Reforçar a motivação intrínseca, demonstrando que a entrega foi ativada pelo sentido de missão, e que mesmo que o reconhecimento não aconteça, o profissional sabe o quanto o seu contributo foi importante para ajudar o utente ou um outro profissional;

*"São todos uns mentirosos"*
Pedir para especificar se se está a referir a algum utente ou colega específico (personalizar), para evitar a generalização a um grupo;

*"Não temos nenhumas condições!"*
Pedir para concretizar quais os recursos que necessita.

Após esta análise objetiva no processo de escuta é importante que possamos contribuir para a perceção de uma **"esperança consolidada"**, assente no reforço do apoio social: o colega não está sozinho, está integrado numa equipa que lhe dá suporte emocional e que o pode ajudar na procura de soluções.

É a junção da análise objetiva dos desafios da prática real com a esperança consolidada de foco na solução, que se traduz o **otimismo realista**. E uma equipa só será um espaço securizante se potenciar essa atitude na sua rede de relações interpessoais. Cumprir o compromisso de que numa interação, o colega que pediu ajuda, sairá melhor, mais reconfortado da conversa, do que no momento inicial. Demonstrar escuta e empatia com alavancagem.

## CONCLUSÕES

A estruturação e dinâmica das equipas de saúde são fatores determinantes para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A complexidade dos contextos clínicos exige que as equipas sejam organizadas de forma funcional e eficaz, promovendo a colaboração interdisciplinar, a clareza nos papéis e a comunicação estruturada. A análise das diferentes tipologias de equipas, bem como das suas fases de desenvolvimento, revela que a construção de uma equipa eficiente é um processo dinâmico e contínuo, que exige adaptação às circunstâncias e uma liderança estratégica capaz de facilitar a coesão e o alinhamento de objetivos.

Para além da estrutura organizacional, fatores como a segurança psicológica, a gestão das rotinas e a promoção da resiliência coletiva desempenham um papel crucial na manutenção da eficácia da equipa. Equipas que cultivam um ambiente de confiança e apoio mútuo tendem a ser mais adaptáveis às mudanças e mais eficazes na tomada de decisão. No entanto, é essencial equilibrar a coesão do grupo com a abertura à inovação e à diversidade de perspetivas, evitando riscos como o pensamento grupal e a resistência à mudança. Assim, ao compreender e gerir de forma proativa as dinâmicas internas das equipas de saúde, torna-se possível potenciar a sua eficiência, garantindo um impacto positivo na qualidade dos cuidados e na satisfação dos profissionais e dos utentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

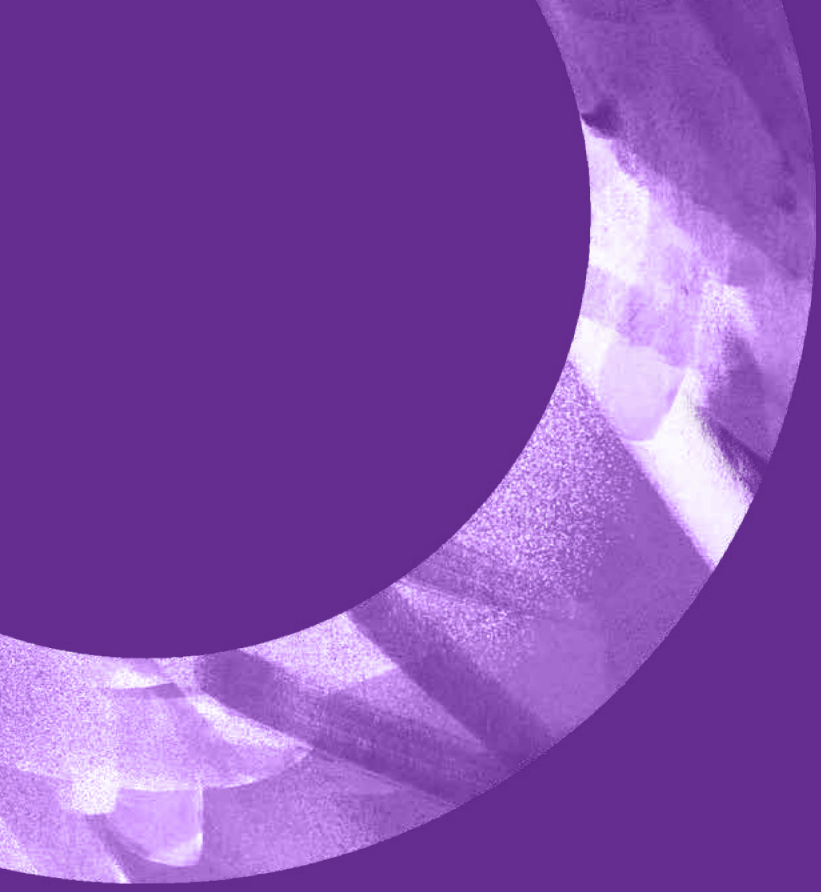
Edmondson, A. C. (2019). The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Wiley

Kumar, S., Deshmukh, V., & Adhish, V. S. (2014). Building and leading teams. Indian Journal of Community Medicine, 39(4), 208–213. https://doi.org/10.4103/0970-0218.143020

Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand. 2009 Feb;53(2):143-51. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Martins, D. (2022). Do Mundo VUCA ao Mundo BANI: Impactos na gestão de empresas e na gestão de pessoas. In P. Ramos & V. Ribeiro (Coords.), Gestão de empresas com pessoas a bordo (pp. 287–292). Editora D'Ideias. http://hdl.handle.net/10400.22/23309

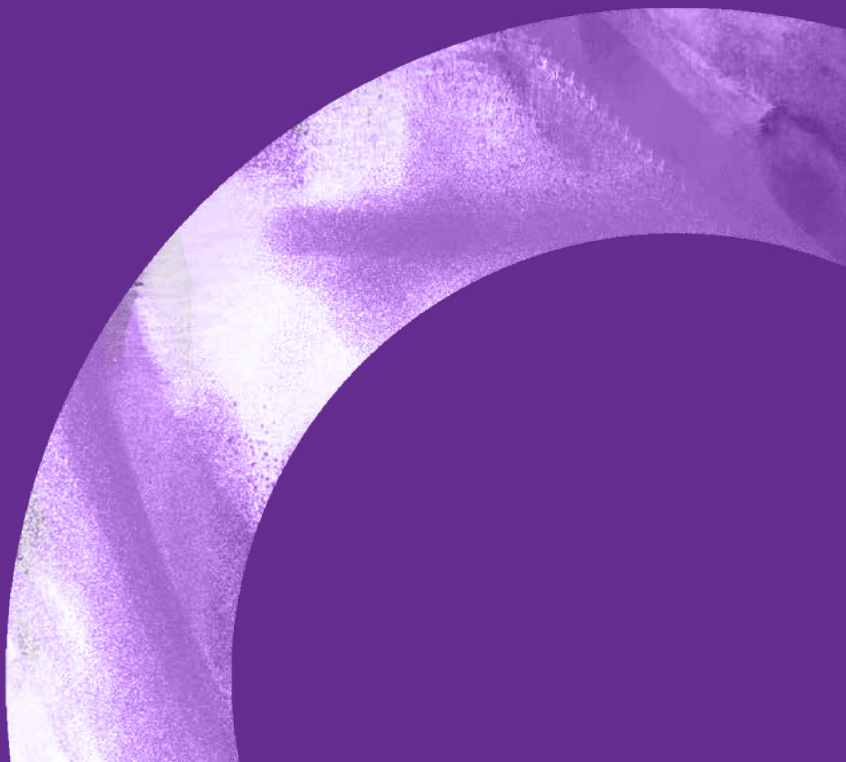
Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgraduate Medical Journal, 90(1061), 149–154. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168



A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EFICAZ EM EQUIPAS DE SAÚDE

*Carla Sá Couto*
*e Eugénia Raimundo*



# ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EFICAZ EM EQUIPAS DE SAÚDE

*Carla Sá Couto*
*e Eugénia Raimundo*

A comunicação eficaz é um elemento central na prestação de cuidados de saúde, influenciando diretamente a segurança do doente, a coordenação da equipa e a qualidade dos cuidados prestados. A transmissão clara e precisa de informações reduz o risco de erros, melhora a colaboração interdisciplinar e promove um ambiente de trabalho mais eficiente e harmonioso.



Nos contextos clínicos, a comunicação enfrenta desafios constantes devido à complexidade dos processos assistenciais, à pressão do tempo e às dinâmicas interpessoais. Estes fatores tornam essencial a adoção de estratégias estruturadas que garantam a transmissão, compreensão e aplicação correta da informação.

Este capítulo explora os princípios fundamentais da comunicação, os diferentes estilos comunicacionais e as técnicas aplicadas nos diversos contextos dos cuidados de saúde. Através de exemplos práticos, pretende-se ilustrar a aplicação dessas estratégias e incentivar a sua implementação na prática clínica, contribuindo para uma comunicação mais eficaz e segura.

## 3.1. PRINCÍPIOS E MODELOS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação eficaz assenta em princípios estruturantes que garantem a transmissão adequada de informações. Este processo envolve duas etapas essenciais: codificação e descodificação.

- **Codificação:** Refere-se à forma como o emissor seleciona as palavras mais adequadas, organiza-as logicamente (ou recorre a auxiliares visuais apropriados) e transmite a mensagem através de um canal específico.
- **Descodificação:** Refere-se ao processo pelo qual o recetor interpreta a mensagem, transformando-a num pensamento ou ideia compreensível.

Os canais de comunicação podem ser diversos — verbal, escrita, visual, não-verbal ou uma combinação destes. Contudo, independentemente do canal utilizado, a comunicação está sujeita a ruído ou interferências, que podem distorcer ou interromper a mensagem, comprometendo a sua receção e compreensão.



No contexto dos cuidados de saúde, as falhas de comunicação têm um impacto direto e potencialmente grave no doente. Por este motivo, é imperativo adotar estratégias que minimizem as barreiras comunicacionais e promovam a transmissão clara e eficaz da informação. Neste âmbito, importa compreender dois modelos fundamentais de comunicação: o modelo transmissional e o modelo transacional, Figura 3.1.

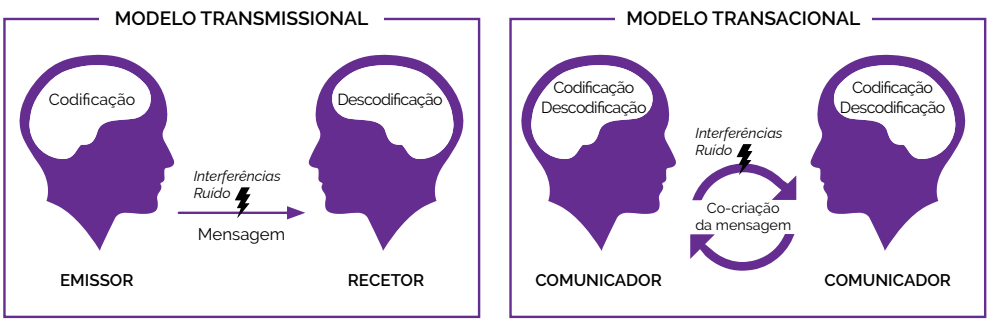



**Figura 3.1 Modelos de Comunicação**

**Modelo Transmissional**: O modelo transmissional conceptualiza a comunicação como um processo linear e unidirecional, em que a informação é transmitida do emissor para o recetor. Embora adequado a contextos simples e menos exigentes, este modelo é particularmente vulnerável ao ruído, uma vez que não prevê mecanismos de validação ou retroação da mensagem transmitida.

**Modelo Transacional:** Em contraste, o modelo transaccional interpreta a comunicação como um processo dinâmico e interativo, no qual todos os intervenientes desempenham simultaneamente os papéis de emissores e recetores (comunicadores). Este modelo promove a co-criação da mensagem através da verificação contínua da compreensão, troca contínua de feedback, e ajuste do conteúdo da mensagem em função do contexto e das necessidades do interlocutor. Embora o ruído continue presente, o modelo transacional demonstra maior imunidade a este, dado que permite clarificar e confirmar a mensagem de forma iterativa, reduzindo significativamente o risco de falhas comunicacionais.



Além dos modelos de comunicação, existem três princípios essenciais que devem ser observados para assegurar a eficácia do processo comunicativo:

**Clareza:** Utilização de uma linguagem direta, precisa e isenta de ambiguidades.

**Consistência:** Garantia de que as mensagens são coerentes ao longo do tempo e nos diferentes canais de comunicação.

**Relevância:** Foco na transmissão de informações pertinentes e ajustadas ao contexto específico, evitando sobrecarga informativa desnecessária.

A aplicação sistemática e deliberada destes princípios permite otimizar a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde, promovendo uma prática colaborativa mais eficaz e contribuindo para a segurança e bem-estar do doente.

## 3.2. COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

A comunicação assertiva constitui um elemento crucial para a eficácia das equipas de saúde, ao equilibrar a expressão clara das necessidades individuais com o respeito mútuo entre os membros da equipa. Este estilo comunicativo promove um ambiente colaborativo e facilita o cumprimento dos objetivos comuns, sendo especialmente relevante em contextos clínicos. Para uma melhor compreensão deste conceito, importa analisar os quatro principais estilos de comunicação (Figura 3.2):



**Passiva:** Caracteriza-se pela tendência para evitar conflitos e pela dificuldade em expressar opiniões ou necessidades, em particular em situações de discordância. Em contextos de saúde, a comunicação passiva pode resultar em omissão de informações críticas ou na aceitação de decisões que comprometem a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente, no cumprimento de orientações superiores, sem pensamento crítico, assim como na dificuldade em recusar pedidos reconhecidos pelo próprio como abusivos.

**Agressiva:** Neste estilo, a expressão ocorre de forma dominante e desrespeitosa, frequentemente gerando tensão e conflitos entre profissionais. Embora a informação seja transmitida, o ambiente torna-se pouco colaborativo e defensivo, dificultando a coesão da equipa. A forma como se comunica, o foco é na defesa de posição e não na argumentação fundamentada.

**Passivo-agressiva:** Combina elementos dos dois estilos anteriores, manifestando-se através de comportamentos indiretos, como comentários sarcásticos ou comunicação não verbal negativa (ex.: expressões faciais de desagrado). Este estilo compromete a confiança entre os membros da equipa e prejudica a eficácia da comunicação. Este estilo é também denominado de manipulação, quando existe uma gestão estratégica da comunicação visando objetivos dissimulados que só o próprio conhece. É assim um comportamento mais elaborado, que se aproxima de um misto entre a passividade e a agressividade e por isso mais difícil de identificar.

**Assertiva:** A comunicação assertiva é caracterizada por clareza, respeito e firmeza, permitindo que os profissionais expressem opiniões e preocupações de forma direta, objetiva e construtiva, mantendo a dignidade e o respeito pelos interlocutores.

**Figura 3.2 Estilos de comunicação e a sua relação entre o bem-estar dos interlocutores**

**Benefícios da comunicação assertiva:**

- Reduz mal-entendidos e conflitos entre profissionais;
- Promove um ambiente de trabalho colaborativo e respeitoso;
- Melhora a tomada de decisão e a segurança do doente;
- Aumenta a confiança e a satisfação da equipa.

**Como usar um estilo de comunicação assertivo?**



A implementação de uma comunicação assertiva requer o desenvolvimento de competências específicas. Seguem-se algumas estratégias eficazes:

1. **Utilizar a linguagem "eu" em vez de "tu"**: Expressar preocupações de forma não acusatória, evitando interpretações defensivas.

   Exemplo: *"Eu sinto que precisamos de alinhar melhor os procedimentos"*, em vez de *"Tu não estás a seguir os procedimentos corretamente"*.

2. **Escutar:** Demonstrar atenção às perspetivas dos outros, sem juízos de valor, permitindo que todas as vozes sejam ouvidas antes de responder.

3. **Manter um tom de voz firme e respeitoso:** Garantir que a mensagem é transmitida com confiança, clareza e transparência de objetivos, com coerência entre a sua comunicação verbal e não verbal, com contacto visual, postura aberta e confiante, sem agressividade ou condescendência.

4. **Ser concreto e objetivo:** focado na descrição de factos, de forma breve e clara.

5. **Preservar a estratégia ganhar – ganhar *(win-win)*:** conciliando a sua capacidade de afirmação e de defesa dos seus objetivos com a atitude de cooperação, no respeito pelos objetivos do outro, procurando consensos, alinhamento de diferentes perspetivas e disponibilidade para negociar.

   Exemplo: numa situação de articulação entre diferentes grupos profissionais: *"Como nos podemos alinhar para otimizar a capacidade de utilização do bloco?"*

6. **Fornecer soluções construtivas:** Substituir críticas vagas por sugestões concretas e orientadas para a resolução do problema.

Exemplo: *"Proponho ajustar os turnos para otimizar a cobertura da equipa".*

## ESTRATÉGIA DESC

A estratégia DESC é uma técnica estruturada para facilitar a comunicação assertiva, especialmente em situações de conflito ou que exijam uma abordagem sensível e construtiva. A sua aplicação é recomendada para clarificar preocupações, promover soluções e antecipar as consequências de forma eficaz.

**D | Descrever a situação:** Apresentar os factos de forma objetiva e específica, sem julgamentos.

Exemplo: *"Notei que os registos de medicação não foram atualizados no final do turno."*

**E | Expressar preocupações:** Comunicar os sentimentos ou preocupações resultantes da situação, mantendo o respeito pelo interlocutor.

Exemplo: *"Preocupa-me porque a ausência desta informação pode levar a erros na administração da medicação."*

**S | Sugerir alternativas:** Propor soluções ou medidas práticas que possam resolver o problema identificado.

Exemplo: *"Proponho que, no final de cada turno, dediquemos cinco minutos para rever e validar os registos."*

**C | Consequências antevistas:** Explicitar os benefícios das alternativas sugeridas ou as consequências de não implementar mudanças.

Exemplo: *"Desta forma, garantimos a segurança do doente e evitamos potenciais erros clínicos."*

A utilização sistemática da estratégia DESC permite estruturar conversas difíceis de forma **clara e assertiva**, promovendo a resolução de conflitos, a identificação de soluções e a preservação de um ambiente de trabalho positivo e colaborativo.

## 3.3. *FEEDBACK* DE QUALIDADE

Num contexto de trabalho de equipas de saúde, é frequente a identificação partilhada de um objetivo comum, centrado na prestação de cuidados de qualidade e segurança ao doente, sendo o principal desafio destas equipas, assegurar o alinhamento na forma como os seus diferentes elementos se direcionam para esse mesmo objetivo, gerindo a sua atitude profissional e as suas rotinas operacionais.



O ato de dar e pedir *feedback* permite assegurar esse alinhamento, facilitando os ajustes necessários dentro da equipa, devendo ser uma prática integrada na gestão diária da comunicação.

A realização de um *feedback* adequado e eficaz, com o objetivo de promover a melhoria do serviço ou do desempenho de um membro da equipa potenciando as boas práticas, exige uma intervenção assertiva, baseada numa abordagem construtiva, específica e oportuna.

Será apresentada de forma estruturada as técnicas de *feedback* positivo e corretivo, transversais a qualquer relação interpessoal. Estas aplicam-se tanto no exercício de uma liderança formal, onde existe uma relação hierárquica entre uma chefia e um colaborador, como às relações entre pares, seja do mesmo grupo profissional, seja no contexto de equipas multidisciplinares ou transfuncionais.

A prática de *feedback* entre pares é frequentemente comprometida pelo receio de uma má reação do colega, seja pelo não reconhecimento de autoridade, seja pelo impacto que poderá ter no clima relacional entre ambos. Este receio pode ser potenciador de desconforto e traduzir-se numa abordagem pouco convincente, sem clareza e nem objetividade.

É importante reformular a crença, muitas vezes interiorizada, de que o que legitima a prática do *feedback*, sobretudo o corretivo, é a relação hierárquica existente entre as partes envolvidas. Ainda que seja reconhecido o direito e até a obrigação de uma chefia dar um *feedback* à sua equipa em situação de desvio de desempenho, o que verdadeiramente legitima a prática deste *feedback*, seja ele positivo ou corretivo, é o compromisso partilhado entre todos os elementos da equipa, face a uma missão comum. Assim, o *feedback* deve ser fundamentado na responsabilização inerente à função

desempenhada.

Por exemplo, numa situação de *feedback* relativo à necessidade de cumprimento, por um colega, de um procedimento crítico na prática assistencial, imaginemos que, se o colega questionar: "Mas quem és tu para me estares a corrigir? Foste promovido a chefe?", é importante responder: "É precisamente por ser teu colega que estou a falar contigo sobre isto, pois, enquanto profissionais de saúde, ambos sabemos que temos o compromisso de assegurar a segurança do doente". A resposta deve estar ancorada no compromisso e na responsabilização inerente à função ou à ação desempenhada, e não na relação hierárquica existente entre as partes.

O mesmo princípio aplica-se ao *feedback* dado no contexto de liderança. Por exemplo, numa situação em que um enfermeiro gestor de um serviço tem de dar feedback a um enfermeiro da sua equipa sobre atrasos frequentes, que o impedem de estar presente na passagem de turno, consideremos as duas possíveis abordagens:

- **Discurso ancorado na relação hierárquica:** *"Enquanto eu for o Enfermeiro Gestor deste Serviço não admito atrasos na passagem de turno"*. O tom autoritário pode intimidar e induzir pontualidade para evitar represálias. No entanto, esta abordagem implica supervisão contínua, o que significa que, na ausência da chefia, o atraso poderá reincidir.

- **Discurso ancorado na responsabilização inerente à natureza da função:** *"Enquanto Enfermeiro deste Serviço, é crucial que esteja presente na passagem de turno, pois concorda que é um momento crítico na prestação de cuidados aos doentes e de alinhamento com os colegas de equipa … Desta forma, é crucial o seu compromisso de pontualidade por exigência da sua função"*. Aqui, a pontualidade fica associada à responsabilização inerente à função e não a um controlo imposto pela chefia.

## COMO DAR UM FEEDBACK POSITIVO A UM COLEGA?

O objetivo do *feedback* positivo é reconhecer as boas práticas, celebrar sucessos e incentivar a continuidade desses comportamentos. A consolidação de uma cultura de reconhecimento dentro de uma equipa desempenha um papel essencial no reforço da cooperação e do compromisso individual e coletivo para com o rigor e excelência no serviço.



Para que este *feedback* seja percecionado como credível, genuíno e fidedigno (e não como uma mera estratégia de persuasão), é fundamental respeitar os seguintes requisitos:

- **Demonstrar intencionalidade:** Ser direto e intencional na abordagem. Por exemplo, caso ocorra um encontro ocasional com o colega no estacionamento ou na copa, é importante manifestar que havia intenção de lhe dar *feedback* sobre um comportamento positivo específico.
- **Descrever objetivamente o comportamento positivo:** O *feedback* deve ser fundamentado pela descrição de comportamentos específicos e objetivos e não dirigido à pessoa, distinguindo-se assim da bajulação.
- **Evitar demonstrar surpresa:** Mesmo que intrinsecamente o colega nos tenha surpreendido pela sua atitude ou comportamento, é crucial que não partilhemos essa observação, pois, apesar da nossa intenção ser elogiar, pode ser interpretado como uma crítica implícita. Por exemplo: *"Foste tu que resolveste esta situação? Uau… parabéns!"*.
- **Evitar superlativos**, para não banalizar e descredibilizar o elogio. O seu uso deverá ser criterioso e só quando justificado.
- **Demonstrar as consequências positivas do comportamento**, realçando o seu impacto.
- **Expressar sentimentos positivos e reforçar a confiança.**

## COMO DAR UM FEEDBACK CONSTRUTIVO A UM COLEGA?

O objetivo do *feedback* construtivo é promover o compromisso do colega com o comportamento desejado, reforçando a sua responsabilização perante a função desempenhada e a missão do serviço. A abordagem usada terá de se adequar ao contexto (por exemplo, comportamento desviante recorrente) e ao nível de maturidade profissional do colega na função.

Vejamos primeiro **como abordar um colega experiente na função** e com um histórico de bom desempenho:

- **Pedir informações sobre o que aconteceu, formulando uma pergunta aberta e neutra:** *"O que aconteceu?"*, *"Qual foi o motivo?"*, *"Como avalias a situação?"*. Este questionamento permite recolher informações críticas, controlando as ideias pré-concebidas em relação ao colega e para aferir a sua autoconsciência crítica face ao próprio comportamento. Por exemplo, um profissional de saúde não assegura o jejum de um doente, inviabilizando a realização de uma cirurgia ou de um exame complementar de diagnóstico, a forma como reage pode revelar o seu grau de responsabilização. Se responder: *"Este serviço está muito desorganizado, tenho tantos doentes atribuídos que não há tempo para verificar a informação relativa aos doentes"*, demonstra uma atribuição externa de responsabilidade, desviando o foco do seu papel no erro. Por outro lado, se afirmar: *"Como foi possível não ter verificado essa informação em relação ao doente? Tenho mesmo de me organizar melhor e estar muito atento/a, pois tenho muitos doentes atribuídos"*, evidencia um reconhecimento da sua responsabilidade e encara o erro como uma oportunidade de aprendizagem.
- **Demonstrar escuta ativa e empatia** face à dificuldade partilhada. Ser firme para com o comportamento desviante e respeitoso para com a pessoa.
- **Descrever objetivamente o comportamento observado**, focando-se nos factos. Poderá ser útil reafirmar o colega, através do reconhecimento das suas competências: *"Sabendo que és tão cuidadoso, fiquei surpreendido/a por esta situação ter ocorrido."*
- **Dar *feedback* construtivo, focando-se no comportamento desejado.** Ancorar a abordagem na

maturidade profissional do colega: *"Com base na tua experiência, como poderás assegurar que este prazo seja cumprido?"*

- **Manter uma comunicação assertiva,** demonstrando firmeza face ao desempenho profissional do colega, reforçando a confiança no colega e o seu compromisso com a responsabilidade inerente à função.

Um *feedback* construtivo e de qualidade permitirá que o colega se sinta respeitado como pessoa e valorizado na sua função, saindo da conversa focado na correção do seu comportamento desviante. Se a abordagem for através de um feedback destrutivo, poderá sentir-se desvalorizado e focar-se na forma como foi tratado, em vez de refletir sobre a sua ação.



Vejamos agora como abordar um colega recente na função (recrutamento externo, mobilidade interna ou reconversão) ou no desempenho de uma nova tarefa (uso de um novo equipamento, ou nova valência clínica, novo sistema informático, etc):

- Contextualizar **a pouca experiência que o colega tem na função ou na tarefa a desempenhar**. Este colega estará numa fase de insegurança pela pouca experiência e não domínio dos procedimentos, devendo ser encarado como uma fase de aprendizagem.
- **Ser específico e descrever objetivamente o comportamento a corrigir.**
- **Explicitar o comportamento desejado, fornecendo orientações estruturadas** através de uma análise detalhada da tarefa e clarificar os procedimentos, numa abordagem pedagógica.
- **Reforçar a confiança no colega,** disponibilizando-se para o apoiar.
- **Garantir o suporte técnico e emocional** tanto da equipa como da organização.

Através desta abordagem construtiva, **erro é encarado como uma oportunidade de aprendizagem.**

Em que se distingue o *Feedback* do Feedforward e qual a mais valia desta prática?

- O ***Feedback*** baseia-se na descrição objetiva de comportamentos realizados, pelo que se tende a focar no passado, o que pode potenciar a perceção de crítica e estimular a justificação. Exemplos: "Este procedimento está incorreto" ou "Não podes chegar atrasado" ou

"Não cumpriste o prazo estipulado", ...

- O ***Feedforward*** baseia-se na descrição do comportamento desejado, pelo que se foca no presente e futuro, potenciando o compromisso e responsabilização face às boas práticas. Exemplos: "O procedimento a adotar nesta situação é o seguinte ..."; "É crucial que sejas pontual"; "Como te posso ajudar a cumprir o prazo que tínhamos acordado?"; "Considerando a tua experiência, como irás proceder da próxima vez?"; "Como o posso ajudar a sentir-se mais confiante?"; "O que se compromete a fazer para se organizar melhor?"

Na gestão desta abordagem construtiva, é crucial a manutenção de uma linguagem positiva, que se carateriza por:

- Partilha do **erro como** oportunidade de **aprendizagem**
- Foco no **comportamento desejado**
- Foco no **futuro**: o que tem de ser melhorado?
- **Definir objetivos de forma positiva e orientados para soluções**
- **Utilizar perguntas que estimulem a reflexão**, em vez de emitir opiniões diretas

A gestão eficaz da comunicação, com foco no desenvolvimento e não na punição, permite consolidar uma cultura de *feedback/feedforward*, promovendo boas práticas, rigor e compromisso com a excelência no serviço.

## 3.4. BRIEFINGS E DEBRIFINGS

Os *briefings* e *debriefings* são ferramentas estruturadas de comunicação que desempenham um papel fundamental na organização, coordenação e alinhamento das equipas de saúde. A integração sistemática destas práticas na rotina clínica permite não só a preparação eficaz para os desafios diários, mas também a reflexão crítica sobre as intervenções realizadas. Deste modo, os *briefings* e debriefings promovem uma comunicação clara e estruturada, facilitam a identificação de áreas de melhoria e garantem o alinhamento contínuo de boas práticas. Quando aplicadas de forma regular e consistente, estas ferramentas contribuem significativamente para a melhoria dos resultados clínicos e para a segurança dos doentes, reforçando a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde.

NOTES

### *BRIEFINGS*

Os *briefings* consistem em reuniões breves realizadas antes de um turno, de um procedimento planeado ou de um evento crítico. O seu principal objetivo é garantir que todos os membros da equipa estão alinhados relativamente aos papéis e responsabilidades, aumentando a consciência situacional e definindo planos de ação, incluindo estratégias para lidar com o inesperado.
Os *briefings* permitem:

- Identificar claramente os papéis e responsabilidades de cada membro da equipa;
- Antecipar necessidades e expectativas, incluindo equipamentos ou recursos adicionais;
- Mapear planos de ação, com enfoque na resolução de complicações imprevistas;
- Promover um ambiente colaborativo e focado nos objetivos comuns.

Exemplo:

Numa equipa de reanimação num serviço de urgência, o *briefing* pode incluir:

1. A identificação dos papéis de cada membro (ex.: líder da reanimação, responsável pela medicação e profissional responsável pelas compressões torácicas).
2. O planeamento das intervenções, incluindo estratégias para complicações imprevistas, como dificuldades na via aérea.
3. A antecipação das necessidades de recursos, como a localização de equipamento ou medicamentos.
4. A verificação de preocupações individuais, assegurando que todos se sentem à vontade chamar à atenção caso seja necessário e que compreendem as suas funções e os próximos passos.

Estas reuniões estruturadas promovem uma coordenação eficaz da equipa, assegurando que cada profissional compreende o seu papel, o que resulta numa melhoria significativa dos resultados para o doente.

### *DEBRIEFINGS*

Se os *briefings* ajudam a preparar a equipa para as tarefas e desafios futuros, os debriefings surgem como uma oportunidade para refletir sobre o desempenho após a conclusão de um turno, de um procedimento ou de um evento crítico. Estes

momentos estruturados permitem consolidar aprendizagens, reforçar práticas positivas e identificar áreas de melhoria, promovendo um ciclo contínuo de desenvolvimento e aperfeiçoamento.

## REGRAS PARA A CONDUÇÃO DO *DEBRIEFING*

A eficácia de um debriefing depende de uma preparação cuidada e de uma execução estruturada. Para tal, devem ser respeitadas as seguintes etapas:



1. Antes do *Debriefing*:
   - Deve existir alguma preparação prévia, assegurando:
     > A presença de um facilitador;
     > Disponibilidade da equipa;
     > Um local que garanta privacidade e confidencialidade.
   - O debriefing é destinado apenas à equipa envolvida na atuação; não há lugar para observadores externos. Este deve ser um espaço seguro e protegido, que favoreça uma discussão honesta e construtiva.

2. Durante o *Debriefing*:
   - O facilitador cria um ambiente propício à discussão aberta e respeitosa.
   - O *debriefing* inicia-se com uma breve descrição da situação a analisar, identificando os eventos ou objetivos principais.
   - Segue-se a análise do que promoveu um desempenho positivo e de como se poderá replicar esta atuação, com o intuito de reforçar boas práticas.
   - Em seguida, exploram-se os aspectos a melhorar, incluindo:
     > Desempenho individual;
     > Colaboração da equipa;
     > Processos da organização.
   - Por fim, é elaborado um plano de ação, com:
     > Soluções práticas;
     > Distribuição clara de responsabilidades.

## BENEFÍCIOS DO *DEBRIEFING*

A utilização sistemática do debriefing traz benefícios concretos para as equipas de saúde e, consequentemente, para os doentes:

- Promoção da aprendizagem contínua: Facilita a reflexão estruturada sobre as práticas clínicas, integrando experiências reais no processo de melhoria contínua.

- Reforço da comunicação: Melhora a interação e a confiança entre os membros da equipa, criando um ambiente de segurança psicológica onde todos se sentem encorajados a contribuir.
- Transformação das lições aprendidas em ações concretas: Permite a implementação de melhorias tangíveis e sustentáveis, elevando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

## 3.5. TÉCNICAS ESTRUTURADAS DE COMUNICAÇÃO

Em ambientes clínicos, a adoção de técnicas de comunicação estruturada é fundamental para reduzir erros, melhorar a coordenação da equipa e garantir a transmissão precisa de informações críticas. A complexidade das intervenções clínicas, especialmente em contextos multi e interdisciplinares, requer a adoção de métodos que minimizem falhas e promovam a clareza da comunicação entre os profissionais de saúde.
Este subcapítulo explora diferentes abordagens que visam padronizar, verificar e reforçar a clareza das interações entre os profissionais de saúde, contribuindo para a coordenação eficiente das equipas e para a prestação de cuidados mais seguros e eficazes.

### 3.5.1 Comunicação Padronizada

A comunicação padronizada oferece um método sistemático para transmitir informações. Desde 2017, que a DGS recomenda o uso da técnica iSBAR na transição de cuidados de saúde (https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/).

#### iSBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação)



Objetivo: Organizar e padronizar o fluxo de comunicação em ambientes clínicos.
Como funciona:

I – *Identificação*: Declare quem é, o seu papel e identifique o doente.

S – *Situação*: Descreva a situação ou o problema atual de forma sucinta.

B – *Background*: Forneça informações clínicas relevantes ou contexto.

A – *Avaliação*: Apresente a sua análise clínica ou avaliação da situação.

R – *Recomendação*: Indique a ação ou apoio necessário para resolver a questão.

**Quando Utilizar?**

Aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, incluindo transferências de doentes, escalonamento de cuidados, mudanças de turno, situações urgentes, entre outras.

Exemplo:

**I - Identificação:** "Sou a Dra. Ana Silva, médica da equipa de medicina interna, e estou a ligar sobre o Sr. Manuel, internado na cama 4."

**S - Situação:** "O Sr. Manuel está com pneumonia e, nas últimas duas horas, a saturação de oxigénio desceu para 85%, apesar de estar sob oxigenoterapia a 5 litros por minuto."

**B - Background:** "O Sr. Manuel foi admitido há três dias com um diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Iniciou antibioterapia com ceftriaxona e azitromicina. Até agora, estava clinicamente estável com saturações acima de 92%."

**A - Avaliação:** "Preocupa-me que ele esteja a evoluir para insuficiência respiratória aguda, dado o agravamento da saturação e a resposta inadequada à oxigenoterapia."

**R - Recomendação:** "Recomendo contactar a equipa de pneumologia para uma avaliação urgente e considerar a transferência para uma unidade com suporte ventilatório não invasivo, caso necessário."

O uso do iSBAR como estratégia de comunicação estruturada apresenta múltiplos benefícios, nomeadamente a redução da variabilidade na transmissão de informações entre profissionais de saúde. Este método garante que a informação é concisa, completa e apresentada de forma lógica e estruturada, promovendo uma compreensão clara e uniforme entre os intervenientes.

### 3.5.2 Verificação e Confirmação

A verificação e confirmação da informação são componentes essenciais da comunicação eficaz em equipas de saúde, assentando no modelo transacional de comunicação. A adoção de técnicas estruturadas, como a comunicação em circuito fechado, os *cross-checks* e as sumariações, reforça a precisão e a clareza da comunicação em ambientes clínicos. Estas estratégias permitem validar informações críticas, assegurar o alinhamento da equipa e criar um ambiente de trabalho mais coordenado e seguro.

## COMUNICAÇÃO EM CIRCUITO FECHADO *(CLOSED-LOOP COMMUNICATION)*

**Objetivo:** Confirmar que informações críticas são recebidas e compreendidas com exatidão, minimizando erros que possam surgir devido a falhas de interpretação ou ruído na comunicação.

**Como Funciona:**

- O emissor dirige e transmite a informação ou instrução de forma clara e objetiva.
- O recetor repete a mensagem exatamente como a ouviu.
- O emissor confirma a repetição ou corrige discrepâncias.

**Quando Utilizar:**

Durante a execução de qualquer ação/tarefa que implique a interação de vários profissionais.

Exemplo:

Médico: " Enf. Carlos, p.f., administre à Sra. Maria 5 miligramas de morfina IV."

Enfermeiro: "Vou administrar 5 miligramas de morfina IV, à Sra. Maria."

Médico: "Confirmo, pode prosseguir."

Este ciclo, embora pareça redundante e desnecessário, reduz significativamente os riscos de interpretações erradas e garante que as tarefas sejam compreendidas e executadas corretamente. Entre as vantagens da comunicação em circuito fechado estão a minimização de erros, a melhoria na coordenação da equipa e o fortalecimento da confiança mútua.

## *CROSS-CHECKS*

**Objetivo:** Validar tarefas ou informações críticas através de uma verificação independente por membros da equipa.

**Como Funciona:**

- Um profissional valida ou confirma a informação ou tarefa de outro colega, garantindo que nada foi esquecido ou interpretado de forma errada.
- A verificação é feita de forma explícita e direcionada, criando uma camada extra de segurança.

**Quando Utilizar:**

- Durante procedimentos críticos, como cirurgias ou administração de medicamentos de alto risco.
- Em emergências para confirmar decisões rápidas (ex.: dosagens de medicamentos).

Exemplo:

*Profissional 1:* "Vou administrar 2 unidades de insulina subcutânea, à Sra. Maria."

*Profissional 2:* "Confirmo, a prescrição indica 2 unidades de insulina, por via subcutânea, para a doente Maria Sousa."

Os principais benefícios da utilização regular de *cross-checks* são a redução da ocorrência de erros, a melhoria da precisão na execução de tarefas e o aumento da segurança dos cuidados prestados.



## SUMARIAÇÕES

**Objetivo:** Garantir o alinhamento da equipa através da recapitulação ou resumo das principais informações discutidas e/ou decididas.

**Como Funciona:**

- Um membro da equipa resume os pontos principais após uma reunião, *briefing* ou tomada de decisão.
- O resumo serve para confirmar que todos os membros da equipa compreendem e estão alinhados quanto ao plano de ação.

**Quando Utilizar:**

- Em *briefings* pré-operatórios ou pós-operatórios.
- Durante a transferência de cuidados entre turnos ou equipas.
- Após decisões clínicas em equipa, garantindo consenso.

Exemplo:

Após a discussão de um plano de tratamento: "Resumindo, o Sr. Augusto apresenta uma infeção respiratória. Será iniciada antibioterapia com amoxicilina 1g de 8 em 8 horas, vamos monitorizar a saturação e repetir os exames laboratoriais amanhã. Há algo que me esteja a escapar ou que considerem relevante acrescentar?"

Este método evita mal-entendidos, garantindo que todos os intervenientes partilham uma compreensão comum dos pontos-chave. Além disso, a revisão dos tópicos abordados convida os elementos da equipa a contribuírem ativamente para a identificação de informações que possam ter sido omitidas ou mal interpretadas, fomentando não só a precisão da informação, mas também um trabalho em equipa verdadeiramente colaborativo.

### 3.5.3 Promoção de um modelo mental partilhado

A promoção de um modelo mental partilhado é essencial para manter o alinhamento da equipa e garantir ações seguras e deliberadas nos ambientes clínicos. Estratégias como os *time-outs* e a transparência do pensamento (*think-aloud*), são particularmente úteis em situações de alto risco, onde os erros podem ter consequências significativas.

#### TIME-OUTS

**Objetivo:** Fazer uma pausa deliberada para rever detalhes críticos e confirmar que todos os membros da equipa estão preparados antes de prosseguir com uma tarefa/ação.

**Como Funciona:**

- Realizado imediatamente antes de um procedimento ou intervenção.
- Um membro designado da equipa (normalmente o líder) chama a atenção de toda a equipa para o *time-out*.
- Este elemento lidera a revisão das informações críticas (ex.: identidade do doente, procedimento, equipamentos/materiais, alergias, etc).
- A equipa confirma que está preparada antes de avançar.

**Quando Utilizar:**
Antes de procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos ou administração de tratamentos de alto risco.

Exemplo:

Antes de iniciar uma cirurgia: "Peço a atenção de todos para o Time-out. O doente é o Sr. João Silva, com data de nascimento 12/03/1975. O procedimento é uma artroscopia do joelho esquerdo, e o lado foi confirmado e marcado. O antibiótico profilático foi administrado há 20 minutos. Confirmamos que todos os equipamentos necessários estão disponíveis e funcionais, e que a equipa está pronta. Alguma dúvida ou questão antes de avançarmos?"

Esta abordagem reduz erros ao verificar informações críticas e confirmar os passos necessários antes de procedimentos ou tratamentos. Contribui para assegurar o foco da equipa, promovendo uma comunicação clara e direcionada a todos os intervenientes. Além disso, reforça a consciência situacional, garantindo que todos os envolvidos compreendem o plano de ação e

estão alinhados, seja na administração de medicamentos, na execução de procedimentos invasivos ou em qualquer contexto que exija precisão e coordenação de tarefas interdependentes.

## TRANSPARÊNCIA DE PENSAMENTO (*THINK-ALOUD*)

**Objetivo:** Verbalizar processos de pensamento, raciocínios ou tomadas de decisão, tornando as intenções claras para os outros membros da equipa.

**Como Funciona:**

- O membro da equipa narra o seu processo de pensamento enquanto trabalha numa decisão ou tarefa.



**Quando Utilizar:**
Durante a tomada de decisão, resolução de problemas, ou avaliações clínicas.

Exemplo:

Durante a avaliação de um doente no pós-operatório: "O doente apresenta uma descida significativa da pressão arterial na última hora. Estou preocupada com esta alteração, especialmente devido à perda de sangue durante o procedimento cirúrgico. Suspeito de hipovolemia. Por isso, vou pedir fluidos intravenosos e nova análise aos níveis da hemoglobina. A confirmar-se, contactamos a equipa cirúrgica."

A verbalização do raciocínio clínico e das decisões em tempo real melhora a compreensão da equipa, garantindo que todos os membros estão alinhados quanto ao processo de análise e às ações propostas. Esta abordagem promove a resolução colaborativa de problemas, permitindo que a equipa compreenda o racional subjacente às decisões tomadas. Além disso, abre espaço

para que outros membros contribuam com sugestões ou correções, reforçando a precisão, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

## CONCLUSÕES

A comunicação eficaz em equipas de saúde é um pilar fundamental para a segurança dos doentes e a eficiência dos cuidados prestados. Ao longo deste capítulo, foram exploradas diversas estratégias e modelos que possibilitam uma transmissão de informação mais clara, estruturada e colaborativa. A transição da comunicação transmissional para a comunicação transacional, juntamente com a adoção de princípios essenciais como clareza, consistência e relevância, reforça a necessidade de um ambiente onde a troca de informações seja contínua e compreendida por todos os intervenientes. Além disso, a comunicação assertiva emerge como um fator essencial na construção de relações profissionais saudáveis, minimizando conflitos e promovendo um ambiente de trabalho produtivo e respeitoso.



O uso estruturado de técnicas como *feedback* e *feedforward*, *briefings* e *debriefings*, comunicação padronizada (iSBAR), verificação em circuito fechado e transparência de pensamento, destaca-se como um meio eficaz para reduzir erros e otimizar a coordenação entre profissionais. Estas abordagens não apenas fortalecem a cultura de segurança dentro das equipas de saúde, mas também fomentam um modelo mental partilhado, garantindo que todos os membros estão alinhados nos seus objetivos e decisões. Assim, investir na melhoria contínua das práticas comunicacionais não é apenas uma necessidade operacional, mas um compromisso com a excelência e a qualidade dos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E LEITURAS RECOMENDADAS

Brindley, P. G., & Reynolds, S. F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 26(2), 155–159. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.03.004

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education, 20*(Suppl 2), 459. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0

Chute, A., Johnston, S., & Pawliuk, B. (2023). *Professional Communication Skills for Health Studies.* MacEwan Open Books. https://doi.org/10.31542/b.gm.3

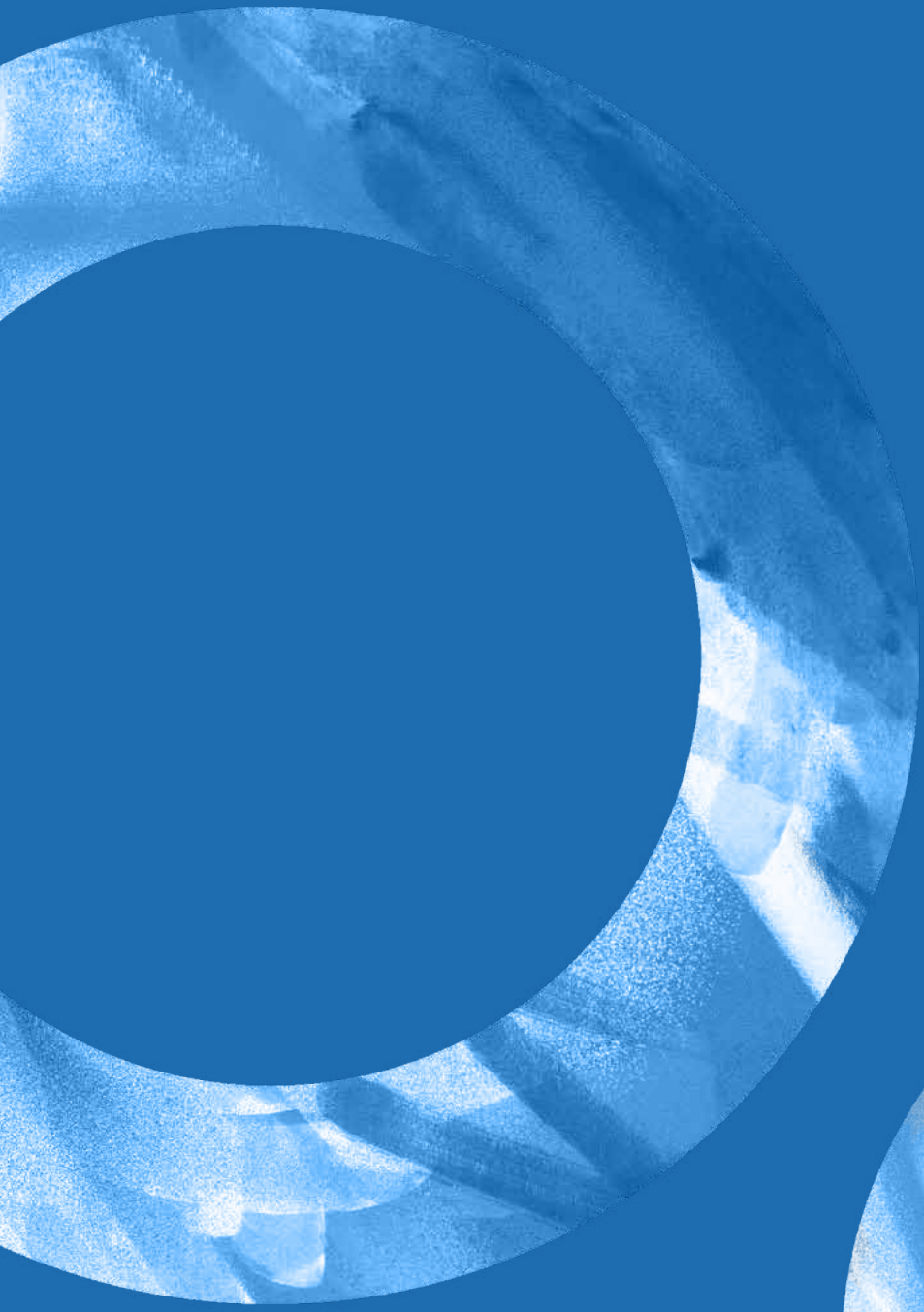
Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40, 4–8. https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Hardavella, G., Aamli-Gaagnat, A., Saad, N., Rousalova, I., & Sreter, K. B. (2017). How to give and receive feedback effectively. *Breathe,* 13(4), 327–333. https://doi.org/10.1183/20734735.009917

Jug, R., Jiang, X. S., & Bean, S. M. (2019). Giving and receiving effective feedback: A review article and how-to guide. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine,* 143(2), 244–250. https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-RA

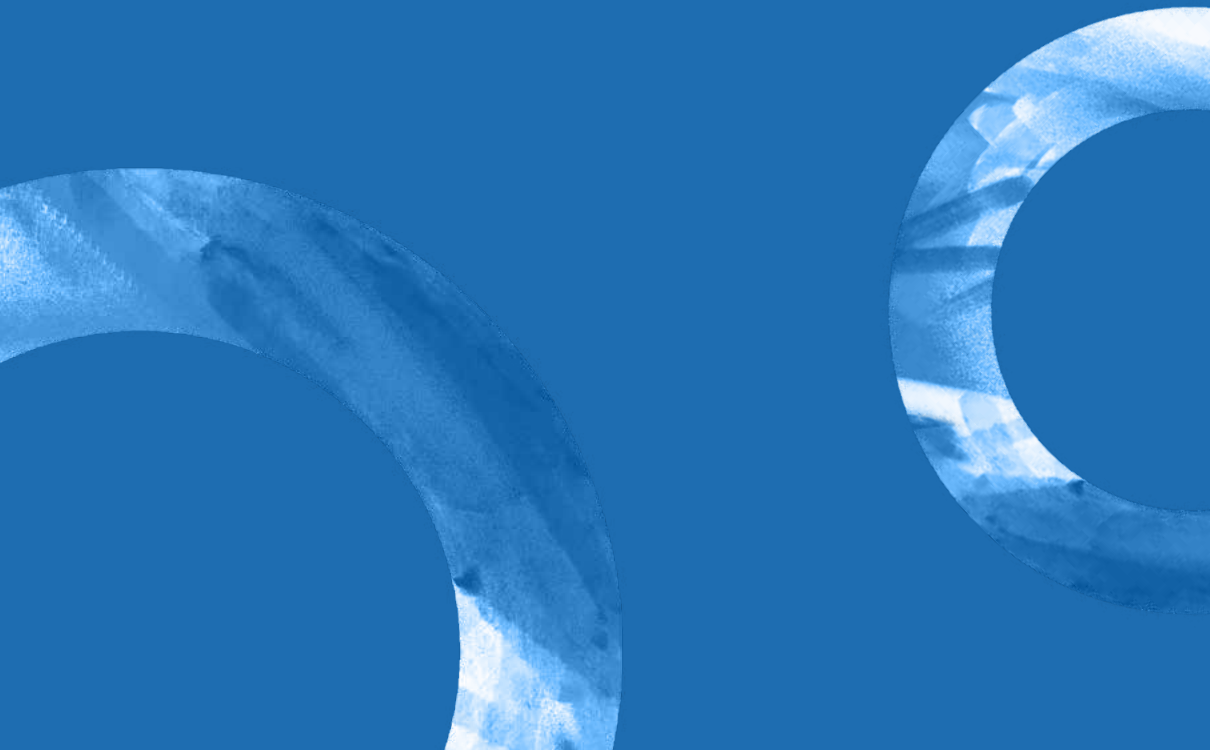
Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health,* 11, 19. https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19



A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# COMUNICAR CIÊNCIA E EVIDÊNCIA CLÍNICA A EQUIPAS NOS CUIDADOS EM DIABETES

*Rogério Tavares Ribeiro*



# COMUNICAR CIÊNCIA E EVIDÊNCIA CLÍNICA A EQUIPAS NOS CUIDADOS EM DIABETES

*Rogério Tavares Ribeiro*

Nos cuidados em diabetes – onde a comunicação clínica e as decisões partilhadas influenciam significativamente a autogestão e a eficácia terapêutica –, o acesso a informação científica oportuna, clara e relevante é fundamental (Riera *et al.*, 2023). Acresce que, com a disseminação de informação via redes sociais, os profissionais são cada vez mais confrontados com pedidos para validar evidência científica que é, muitas vezes, falsa, imprecisa, deturpada ou mal reportada (Kjærulff *et al.*, 2023). Por fim, a natureza cada vez mais multidisciplinar das equipas de cuidados em diabetes significa que os profissionais têm diferentes formações e níveis de especialização, para além de tempo limitado para analisar investigação complexa e ensaios clínicos detalhados.

Este presente capítulo pretende explorar estratégias práticas sobre obter, estruturar e comunicar de forma eficaz a ciência e a evidência clínica relacionada com a diabetes a equipas clínicas diversas. Tal é particularmente relevante quando se abordam intervenções médicas, educativas ou comportamentais (Stetson *et al.*, 2010). Quer se trate de uma norma de orientação atualizada, de uma nova terapêutica ou de uma tecnologia emergente, encontrar a melhor evidência disponível e a ciência em que se baseia – e saber como traduzi-la para a prática – depende em grande medida da forma como a mensagem é transmitida.

No mundo atual, com a ubiquidade e acessibilidade à informação em formato eletrónico, os formadores e as equipas de saúde podem aceder a evidência clínica e científica sobre diabetes, através de bases de dados e fontes reconhecidas internacionalmente. Destacam-se o PubMed/MEDLINE e a *Cochrane Library*, que reúnem estudos científicos, revisões sistemáticas e meta-análises de elevada qualidade.

As *guidelines* clínicas e recomendações de entidades como a *American Diabetes Association* (ADA), a *European Association for the Study of Diabetes* (EASD), a Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a *International Diabetes Federation* (IDF), fornecem recomendações atualizadas baseadas

na melhor evidência disponível. Adicionalmente, reuniões de peritos produzem revisões e/ou atualizações de particular valor, como é o caso do Anuário lançado a cada congresso do *Advanced Technologies & Treatments for Diabetes* (ATTD). Em contexto nacional, normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS) e sociedades científicas, como a SPD, ajudam a adaptar a evidência à prática clínica, na nossa realidade local.

A passagem do conhecimento científico para a prática clínica na área dos cuidados à diabetes é um processo fundamental para assegurar cuidados de saúde eficazes, seguros e baseados na perspetiva de maior valor para cada indivíduo. A investigação científica tem contribuído de forma decisiva para a compreensão da fisiopatologia da diabetes, para o desenvolvimento de novos fármacos, tecnologias de monitorização e abordagens educativas mais eficazes. Contudo, a produção de conhecimento, por si só, não é suficiente: é necessário que os resultados da investigação sejam sistematicamente analisados, adaptados ao contexto clínico e integrados na tomada de decisão dos profissionais de saúde.



Este processo de translação do conhecimento exige a existência de orientações clínicas baseadas na evidência, formação contínua das equipas multidisciplinares e uma prática reflexiva que tenha em conta as características e prioridades das pessoas com diabetes. A promoção do conhecimento científico, nomeadamente em fisiologia, quer entre profissionais de saúde como em pessoas com diabetes, é fundamental para o sucesso da educação terapêutica, a escolha e adesão ao tratamento e o envolvimento ativo da pessoa no autocuidado. A utilização de protocolos atualizados permite uniformizar cuidados, reduzir a variabilidade clínica e melhorar os resultados em saúde, nomeadamente o controlo metabólico e a

prevenção de complicações agudas e crónicas.

Um exemplo de referência científica internacional nesta área é o artigo "*Standards of Care in Diabetes*", publicado anualmente pela ADA, na revista Diabetes Care. Este documento sintetiza a melhor evidência científica disponível e emite recomendações práticas para a prevenção e diagnóstico, tratamento e acompanhamento da diabetes em diferentes contextos clínicos e sociais. A sua ampla utilização a nível internacional ilustra a importância da ligação entre investigação e prática clínica, servindo de base para políticas de saúde, programas de formação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa com diabetes.



Considerando o público-alvo na formação em comunicação de ciência nos cuidados em diabetes, observamos um vasto leque de profissionais: médicos de várias especialidades, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas. Incluem também, cada vez mais, profissionais de áreas afins, como assistentes sociais, educadores, cuidadores formais, técnicos de análises e navegadores digitais.

De forma a ser otimizada a eficiência da comunicação, devem ser considerados vários aspetos, entre os quais:

- Conhecimentos de base e aplicabilidade: A exposição do conteúdo científico deve ser capaz de uniformizar o diálogo com uma plateia diversa, integrando sempre a sua aplicabilidade efetiva na prática clínica. Por exemplo, para diferentes profissionais, em diferentes contextos, poderá ser mais adequado e relacionado com a sua realidade focar a evidência detalhada proveniente de ensaios clínicos, ou, por outro lado, a evidência relacionada com o impacto dos estilos de vida e dos determinantes sociais na gestão da doença.

- Disponibilidade de tempo: Profissionais com uma pesada componente assistencial beneficiam de informação que possa ser rapidamente assimilada: infografias, documentos de uma página ou recomendações clínicas claras.

- Perspetiva: Adequar a comunicação para refletir resultados centrados na pessoa, fluxos de trabalho práticos e coordenação de cuidados. Privilegiar que a própria formação seja realizada em ambiente multidisciplinar.

O reforço dos conhecimentos científicos básicos na formação contínua de equipas de saúde dedicadas aos cuidados à diabetes é essencial para uma prática clínica integrada, atualizada e baseada na evidência. A compreensão da diabetes, enquanto doença sistémica, exige o aprofundamento dos mecanismos fisiopatológicos e metabólicos subjacentes, bem como da interação funcional entre diferentes órgãos e sistemas.



A formação contínua deve abordar a relação dinâmica entre pâncreas, fígado, músculo esquelético, tecido adiposo, rim, intestino e sistema nervoso central, destacando o seu papel conjunto na regulação da glicemia e da homeostasia energética. O estudo do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, da secreção e ação da insulina e outras hormonas relacionadas, da captação/produção hepática de glicose, mas também dos processos que determinam os estados fisiológicos e fisiopatológicos de resistência à insulina, permite uma compreensão mais aprofundada da origem das alterações metabólicas características da diabetes e das suas complicações.

A integração destes conhecimentos com a prática clínica facilita a compreensão dos mecanismos de ação das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas,

incluindo a nutrição, a atividade física e as novas classes de medicamentos. Permite também compreender como a perturbação da homeostasia do nosso organismo, assim como a dos processos de gestão do peso ao do sono, se entrelaçam com o desenvolvimento e agravamento da diabetes. Estratégias como sessões formativas regulares, discussão de casos clínicos com foco nos mecanismos metabólicos e interações entre órgãos, acesso e sistematização de literatura científica atualizada e colaboração com instituições académicas promovem uma aprendizagem contínua e pensamento crítico.

A conceção e implementação da disseminação de evidência clínica e científica devem reger-se pelos seguintes princípios fundamentais:

- **Clareza:** Evite jargões excessivos. Utilize linguagem simples que transmita a mensagem sem comprometer a exatidão dos termos. Aproveite nomeadamente as recomendações publicadas pelo "*Language Matters*" Portugal (Batata *et al.*, 2022).
- **Relevância:** Relacione a evidência com os resultados clínicos e os cuidados à pessoa com diabetes. Destaque o impacto na prática real – seja na manutenção da glicemia, na prevenção de complicações ou na redução de hospitalizações.
- **Brevidade e foco:** Priorize as mensagens-chave. Independentemente do nível de detalhe dos conhecimentos transmitidos, faça pontos de situação e seja capaz de resumir o essencial da comunicação em 1–3 minutos.
- **Envolvimento:** Utilize exemplos breves de casos clínicos ou cenários inspirados em situações reais para ilustrar a aplicação da evidência. Elementos visuais como gráficos ou árvores de decisão podem melhorar a compreensão e retenção dos conhecimentos.
- **Credibilidade:** Referencie fontes de elevada qualidade, como ensaios clínicos aleatorizados (RCT), normas nacionais (por exemplo, ADA, NICE) ou revisões Cochrane. Quando apropriado, sublinhe a qualidade da evidência, usando, por exemplo, o sistema GRADE.

Para uma comunicação eficaz da evidência científica às equipas de diabetes, deve privilegiar-se a utilização de ferramentas de apoio

à decisão e resumos claros, em detrimento da apresentação de estudos exaustivos. Os resultados devem ser sintetizados em formatos acessíveis, como resumos de uma página que relacionem os mecanismos básicos à relevância clínica, os benefícios e os riscos. Por exemplo, podem ser utilizadas ilustrações anatomofisiológicas, tabelas comparativas entre opções terapêuticas e infografias com algoritmos baseados nas normas de orientação.



Em paralelo, a evidência deve ser integrada nas rotinas clínicas existentes, através da incorporação de alertas no registo clínico eletrónico (por exemplo, avisos para pessoas elegíveis para determinadas terapêuticas) e da utilização de ferramentas de apoio à decisão clínica que orientem a escolha terapêutica com base nas comorbilidades. A realização regular de reuniões de equipa, sob a forma de sessões clínicas, *journal clubs*, ou discussões de casos, ajudam a reforçar a aplicação consistente da evidência na prática diária.

Entretanto, existem algumas armadilhas comuns que devem ser evitadas. A sobrecarga de conteúdos é uma das mais frequentes, sendo fundamental centrar a mensagem em duas ou três ideias-chave, com sequência lógica, recorrendo a sínteses visuais para facilitar a compreensão. É igualmente importante não assumir conhecimento prévio por parte de todos os elementos da equipa, devendo ser fornecido um enquadramento ou contexto breve, sempre que necessário.

Outra armadilha relevante é a falta de aplicabilidade clínica, pelo que a evidência deve ser sempre relacionada de forma clara com os cuidados prestados e com as decisões clínicas passíveis de ser tomadas. Por fim, a comunicação não deve ser unidirecional e diretiva – deve ser criado espaço para discussão, permitindo que os membros da equipa coloquem questões ou expressem preocupações, especialmente em relação à robustez da evidência e à relevância ou viabilidade da implementação na prática.

Conforme indicado anteriormente, devemos dar crescente atenção à partilha de evidência científica e clínica diretamente com pessoas com diabetes. Nestes casos, a comunicação de ciência e evidência clínica deve ser clara, acessível e

adaptada ao nível de literacia em saúde de cada pessoa. Conceitos científicos e resultados de estudos devem ser traduzidos em mensagens práticas, relacionadas com o dia-a-dia, usando linguagem simples, exemplos concretos e preferencialmente com apoio visual. Aliás, a exploração de novas opções visuais tem-se mostrado bastante profícua, como, por exemplo, a utilização da banda-desenhada (Alemany-Pagès *et al.*, 2024). Adicionalmente, a utilização de metáforas, a explicação do "porquê" das recomendações e o estabelecimento da ligação entre escolhas diárias, metabolismo e controlo da doença ajudam a promover compreensão e adesão.

Não será de descurar a criação, e manutenção, de uma cultura de cuidados informados pela evidência ao nível das instituições de saúde. Este aspeto deve ser parte integrante do ciclo de melhoria contínua da qualidade e dos esforços de envolvimento das pessoas com diabetes. Afinal de contas, a comunicação não é, não pode ser, um evento único. As equipas que integram consistentemente atualizações científicas na sua prática são também aquelas com maior probabilidade de adotar práticas baseadas na evidência e de atingir valor acrescentado nos cuidados que prestam.

Uma menção tem de ser feita em relação aos desafios (e oportunidades) existentes no apoio à decisão clínica na era da inteligência artificial. As ferramentas baseadas em inteligência artificial utilizam algoritmos baseados na integração de dados clínicos, laboratoriais e comportamentais. Desta forma, poderão identificar padrões, estimar riscos e sugerir opções terapêuticas, apoiando decisões mais informadas e personalizadas, mas que não substituem a avaliação humana.

A utilização responsável destas ferramentas exige que os profissionais de saúde compreendam (e transmitam às pessoas com diabetes), de forma adequada, o que os algoritmos fazem, que tipo de dados utilizam, quais as suas limitações e potenciais vieses, e como interpretar criticamente as recomendações geradas. Esta literacia em inteligência artificial é essencial para garantir segurança, transparência e confiança, bem como para integrar o apoio tecnológico à decisão numa prática clínica ética, centrada na pessoa com diabetes e baseada na evidência.

## CONCLUSÃO

A comunicação eficaz de ciência e evidência clínica deve ser um elemento central nos cuidados em diabetes de elevada qualidade, num contexto marcado pela complexidade crescente da doença, pela multidisciplinaridade das equipas e pela sobrecarga de informação no espaço público. Transformar conhecimento científico robusto em mensagens claras, relevantes e aplicáveis à prática clínica – e, progressivamente, acessíveis também às pessoas com diabetes – é um passo essencial para apoiar decisões partilhadas, melhorar a adesão terapêutica e potenciar resultados em saúde. Investir em estratégias estruturadas de disseminação da evidência, em formação contínua e numa utilização crítica das novas ferramentas digitais e de inteligência artificial contribui para uma cultura de cuidados informados pela evidência, centrados na pessoa e sustentáveis para o futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2024). Introduction and methodology: Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Supplement_1), S1–S4. https://doi.org/10.2337/dc24-Sint

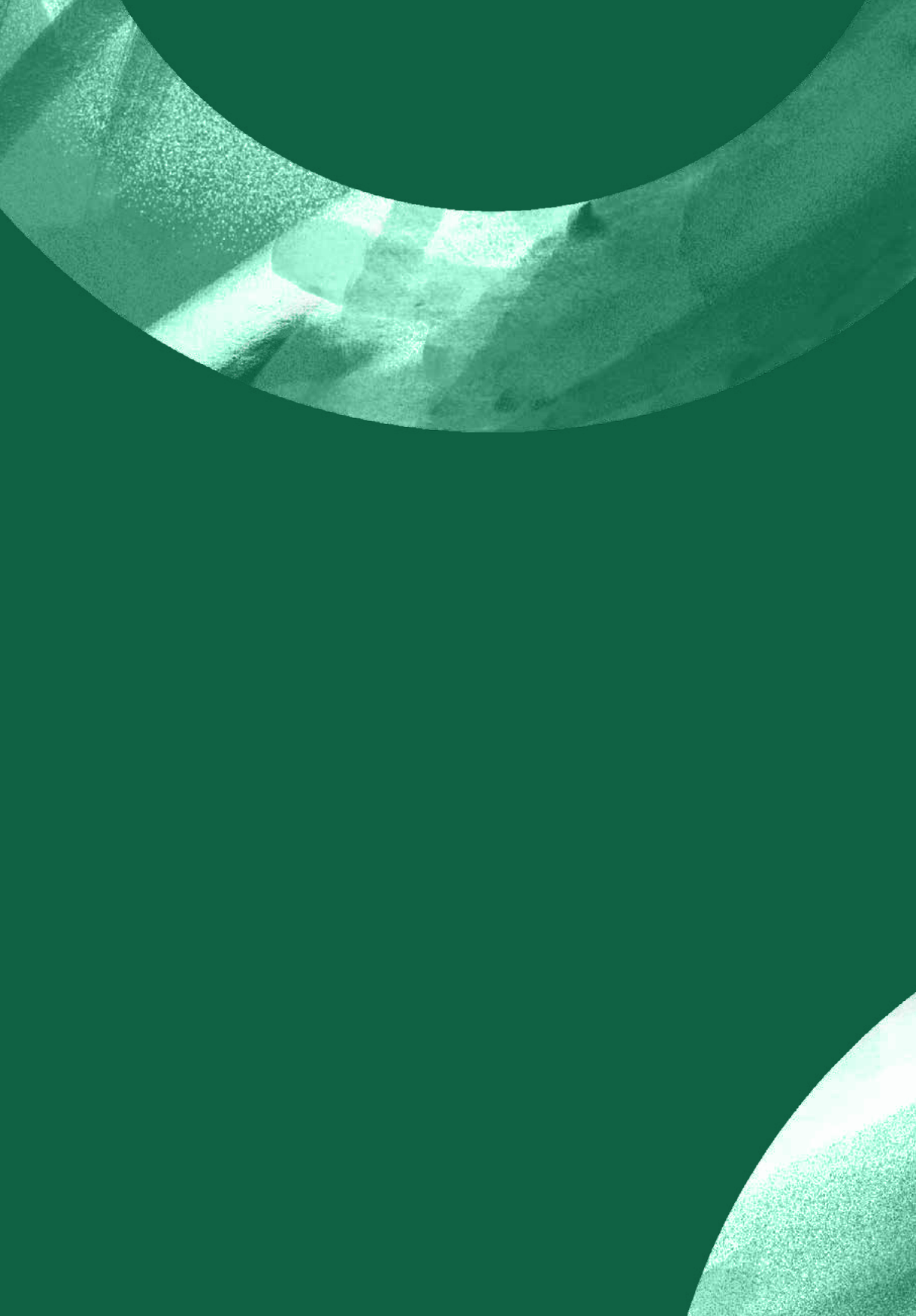
Alemany-Pagès, M., et al. (2024). A healthy liver will always deliver: Impact study of a Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) awareness comic. Health Communication, 39(7), 1412–1417. https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2215908

Batata, M., et al. (2022). "Language Matters" Portugal: Recomendações sobre a linguagem preferencial na comunicação com e sobre as pessoas com diabetes. Revista Portuguesa de Diabetes, 17(1), 26–33

Kjærulff, E. M., Andersen, T. H., Kingod, N., & Nexø, M. A. (2023). When people with chronic conditions turn to peers on social media to obtain and share information: Systematic review of the implications for relationships with health care professionals. Journal of Medical Internet Research, 25, e41156. https://doi.org/10.2196/41156

Riera, R., et al. (2023). Strategies for communicating scientific evidence on healthcare to managers and the population: A scoping review. Health Research Policy and Systems, 21(1), 71–91. https://doi.org/10.1186/s12961-023-01017-2

Stetson, B., et al. (2010). Strategies for improving the acquisition and integration of evidence into diabetes care. Diabetes Spectrum, 23(4), 246–253. https://doi.org/10.2337/diaspect.23.4.246



A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# COMUNICAÇÃO INTERNA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

*Jorge Vieira Jorge*

# A COMUNICAÇÃO INTERNA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

*Jorge Vieira Jorge*

Num hospital, comunicar bem não é um "extra" – é uma questão de segurança, diferenciação, eficácia e humanismo. Quando pensamos em comunicação na área da saúde, tendemos a pensar logo na relação entre o profissional e o utente. No entanto, existe um outro nível de comunicação, menos visível para o público, mas absolutamente vital para o funcionamento da instituição: a comunicação interna.



Embora este capítulo apresente muitos exemplos hospitalares, os princípios e práticas aqui descritos aplicam-se igualmente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidade e Centros de Saúde. Nestes contextos, a proximidade à comunidade e a coordenação com outros níveis de cuidados tornam a comunicação interna igualmente crítica para garantir eficácia e coesão.

A comunicação interna é o que permite que decisões se transformem em ações. É o que garante que uma nova orientação clínica seja compreendida por todos os níveis operacionais, que uma mudança seja executada de forma coordenada e, sobretudo, que as pessoas se sintam parte de algo maior: uma missão comum.

Este capítulo aborda a comunicação interna com base na experiência prática numa grande instituição hospitalar, com especial enfoque na comunicação vertical, nos circuitos internos, na escuta ativa por parte da liderança e no reconhecimento das pessoas. Porque comunicar bem, por dentro, é cuidar melhor, por fora.

## 5. A COMUNICAÇÃO VERTICAL NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A comunicação vertical, tanto na sua dimensão descendente (dos líderes para as equipas) como ascendente (das equipas para quem decide), é uma das colunas vertebrais da vida organizacional num hospital. Num ambiente onde as decisões afetam diretamente vidas humanas, a eficácia dessa comunicação é crítica.

## 5.1. COMUNICAÇÃO DESCENDENTE: DA LIDERANÇA PARA O TERRENO

A comunicação descendente é aquela que parte da direção ou chefias intermédias para os profissionais que executam no dia a dia. Numa instituição hospitalar, isto pode significar desde a atualização de um protocolo clínico até a reorganização de escalas ou alterações no funcionamento de um serviço.

O desafio está em garantir que a mensagem chega de forma clara, compreendida e aplicável. No hospital onde trabalho, por exemplo, quando se implementam novos sistemas, protocolos clínicos, alertas relevantes (e a altura da COVID foi um bom exemplo), a eficácia da comunicação interna é determinante para o sucesso. Em plena pandemia, as chefias clínicas organizaram sessões curtas de explicação nos turnos, reforçaram as mensagens com vídeos tutoriais simples, e abriram canais diretos para esclarecer dúvidas. O resultado foi uma implementação fluida, com menos resistência à mudança.



Nos Cuidados de Saúde Primários, um exemplo claro de comunicação descendente eficaz é a atualização de critérios de agendamento de consultas ou a reorganização de horários de atendimento, assegurando que toda a equipa compreende as mudanças e o seu impacto nos utentes.

Quando essa comunicação é ambígua, tardia ou autorreferente, o resultado pode ser a confusão, a desmotivação ou o erro. Uma comunicação descendente eficaz não é só transmitir "o que fazer", mas também o "porquê" e o "como". Isso dá contexto, sentido, compromisso e propósito.

### 5..1.2. Comunicação ascendente: voz ativa de quem executa

A comunicação vertical não pode ser apenas unidirecional. A comunicação ascendente, ou seja, o fluxo de informação, sugestões, preocupações e alertas dos profissionais para os seus líderes, tem um enorme potencial.

Nos CSP, a comunicação ascendente pode materializar-se quando, por exemplo, um enfermeiro comunitário identifica necessidades não previstas no plano anual de atividades e partilha sugestões que resultam em adaptações no planeamento local.



Na prática, são os profissionais no terreno que detetam obstáculos, ineficiências ou oportunidades de melhoria. Recordo um caso em que uma auxiliar de ação médica sugeriu uma reorganização simples do circuito de distribuição interno, poupando dezenas de minutos por dia ao serviço. A ideia foi ouvida, testada e implementada. A mensagem que passou? Que a contribuição de todos importa.

Em muitas instituições, esta comunicação ascendente é travada por uma cultura hierárquica rígida ou pelo receio de não ser ouvido. Criar espaços seguros de escuta – como reuniões de equipa com tempo dedicado a *feedback*, caixas de sugestões anónimas ou rondas da liderança para ouvir as equipas – é essencial para que esta dimensão da comunicação vertical se concretize.

## 5.2. CIRCUITOS E CANAIS DE COMUNICAÇÃO INTERNA

Uma organização de saúde é um ecossistema complexo, com múltiplas especialidades, horários desfasados, equipas rotativas e uma pressão constante para responder de forma eficaz e segura. Para que tudo isto funcione, é necessário mais do que boa vontade: são precisos circuitos de comunicação bem definidos e canais apropriados ao tipo de mensagem e ao perfil de quem a recebe.

### 5.2.1. Canais formais: estrutura e previsibilidade

Os canais formais são aqueles estabelecidos pela própria organização para garantir que a informação institucional flui de forma estruturada e rastreável. Entre os mais comuns encontramos:

- Nos Cuidados de Saúde Primários, estes canais incluem reuniões de equipa regulares nas USF, mensagens institucionais via sistema informático e utilização

de plataformas internas para difusão de orientações clínicas e administrativas;

- Nos CSP, as reuniões de equipa são também momentos-chave para integrar informação sobre campanhas de saúde pública, novos programas de rastreio ou alterações em protocolos de referenciação hospitalar;
- Reuniões de serviço: São um pilar da comunicação interna, especialmente se realizadas com regularidade e com espaço para a escuta ativa. No hospital onde trabalho, as reuniões clínicas semanais são usadas não só para atualização técnica, mas também para alinhar decisões e esclarecer orientações institucionais. Todos são ouvidos. Todos têm voz;
- Gestão Documental (Digitais): Muito utilizadas para transmitir decisões formais, mudanças em processos ou alertas de funcionamento. Têm a vantagem de criar um registo documental, mas exigem atenção à linguagem: mensagens excessivamente técnicas ou genéricas podem ser ignoradas ou mal compreendidas;
- E-mail institucional: Um canal rápido e abrangente, mas que pode facilmente tornar-se ineficaz se for sobrecarregado ou usado para tudo. Muitos profissionais admitem já não ler regularmente o e-mail interno, o que levanta desafios sérios à comunicação;
- Intranet: Quando bem construída, pode ser um repositório de informação útil e atualizada, com secções dedicadas a cada serviço, diretivas recentes, comunicados e até pequenos vídeos de formação. Contudo, o seu sucesso depende do hábito de uso, da relevância do conteúdo e da transversalidade de quem tem voz;
- *Corporate TV*: Um canal de comunicação que contorna os momentos de ansiedade, preenche pausas longas e transmite informação curta de envolvimento elevado.



### 5.2.2. Canais informais: rapidez e proximidade

Embora muitas vezes ignorados na literatura formal, os canais informais são decisivos no dia a dia de um hospital. Estamos a falar de:

- Conversas de corredor;

- Grupos de *WhatsApp* (frequentemente criados por equipas para resolver questões operacionais rápidas);
- Telefonemas diretos entre profissionais.

Estes canais têm o mérito da rapidez e da informalidade, mas também trazem riscos: podem gerar ruído, duplicar esforços ou propagar informações incorretas. Um exemplo frequente é o de decisões que são "passadas por boca" e que, no fim, chegam distorcidas ao último elemento da cadeia.

Por isso, a comunicação informal deve ser reconhecida e integrada na estratégia institucional. Em vez de combatê-la, a organização pode apoiar-se nela, garantindo que os líderes de equipa e profissionais-chave sejam veículos de mensagens claras, contextualizadas e alinhadas com os objetivos da instituição.

### 5.2.3. Comunicação entre serviços: os circuitos interdepartamentais

Uma das zonas mais críticas da comunicação interna são os circuitos que ligam diferentes serviços. Muitas falhas de comunicação não acontecem dentro de um serviço, mas na transição entre serviços. A propósito, indico alguns exemplos não reais, mas exequíveis:

- A passagem de informação entre um bloco operatório e uma enfermaria;
- A comunicação entre a urgência e os serviços de internamento;
- O encaminhamento de exames entre Imagiologia e os serviços requisitantes

Um exemplo hipotético, mas possível de ser real: solicitações urgentes de exames de imagem estavam a acumular-se. Após análise, percebeu-se que a origem do problema era um mal-entendido sobre a prioridade dos pedidos: uns consideravam "urgente" como imediato, outros como "nas próximas 24 horas". Um simples ajuste na categorização e na comunicação entre serviços resolveu o problema.

Criar protocolos claros de comunicação entre serviços, com fluxogramas visuais, critérios partilhados e pontos de contacto definidos, é uma das formas mais eficazes de melhorar a segurança de todos e a eficiência operacional.

## 5.3. A COMUNICAÇÃO DESCENDENTE: CLAREZA, EMPATIA E EXECUÇÃO

A comunicação descendente – aquela que parte da liderança e percorre a estrutura organizacional até às equipas operacionais – é um dos principais determinantes do alinhamento interno, da eficácia na execução das decisões e da motivação das equipas.

Num hospital, onde se tomam centenas de decisões clínicas e organizacionais por dia, o modo como essas decisões são comunicadas pode ser tão importante quanto a sua substância.



### 5.3.1. Da decisão à ação: a importância da clareza

É comum que as direções e chefias saibam exatamente o que pretendem, mas nem sempre conseguem comunicar essa intenção de forma clara. Um comunicado demasiado técnico, ambíguo ou distante da realidade do terreno, pode gerar dúvidas, resistências ou até desconfiança.

Por exemplo, se for necessário introduzir uma alteração no circuito de colheitas laboratoriais (ou semelhante), a primeira comunicação enviada às equipas não deve ser apenas técnica. Isso não se adapta ao dia a dia dos profissionais. O resultado de uma comunicação meramente técnica resulta numa panóplia de chamadas, *e-mails*, confusões e, com grande probabilidade de acontecer durante a implementação, atrasos em vários serviços.

A aprendizagem tem de ser clara: é necessário adaptar a linguagem, ilustrar com exemplos concretos, e, quando possível, testar a comunicação com um grupo pequeno antes da divulgação geral.

Para uma comunicação clara, deve:

- Usar-se uma linguagem simples e direta;
- Especificar-se o que muda, a partir de quando, e porquê;
- Antecipadamente, responder-se às dúvidas mais prováveis;
- Usar infografias ou grafismos explicativos do processo.

### 5.3.2. O papel da empatia na comunicação institucional

Clareza sem empatia pode parecer imposição. As equipas precisam não só de saber o que fazer, mas de sentir que foram consideradas na decisão, ou, pelo menos, compreendidas.

Liderar é também comunicar com empatia. Um profissional que apresenta uma nova orientação, reconhecendo o esforço anterior, explicando o motivo da mudança e abrindo espaço para comentários, está a construir confiança.

No hospital, uma prática bem-sucedida tem sido a realização de sessões curtas de esclarecimento com as chefias intermédias, antes de se comunicar uma mudança a toda a equipa. Estas sessões não só permitem afinar a comunicação, como equipam os líderes com ferramentas para responder às preocupações das suas equipas.

### 5.3.3. Execução bem-sucedida: quando a mensagem mobiliza

A prova final da comunicação descendente está na execução. Uma orientação que não é cumprida pode ser um problema de resistência, mas também pode ser um problema de comunicação.

Uma mudança num protocolo de alta hospitalar pode demonstrar isso: quando a informação é partilhada com contexto, com espaço para diálogo, e acompanhada de materiais visuais (infográficos simples com as novas etapas), a adesão será seguramente quase total.

Por outro lado, quando se tenta implementar decisões de forma apenas vertical, sem diálogo ou sem atenção ao impacto no dia a dia dos profissionais, é comum que surjam bloqueios, mesmo que silenciosos, os quais atrasam ou inviabilizam a execução.

Boas práticas para facilitar a execução de decisões:

- Envolver as chefias intermédias no planeamento da comunicação;
- Reforçar a mensagem por diferentes canais (oral, escrito, visual);
- Estar disponível para responder a dúvidas nos primeiros dias;
- Mostrar abertura para ajustar pequenos detalhes conforme o *feedback*.

## 5.4. A COMUNICAÇÃO ASCENDENTE: DAR VOZ A QUEM ESTÁ NO TERRENO

Se a comunicação descendente é essencial para alinhar, informar e mobilizar, a comunicação ascendente é vital para escutar, ajustar e melhorar. Quando uma organização hospitalar não ouve quem está na linha da frente, perde acesso ao conhecimento mais valioso sobre o que realmente

está a acontecer.

### 5.4.1. As barreiras à comunicação de baixo para cima

Apesar de todas as vantagens, a comunicação ascendente ainda enfrenta muitas barreiras culturais e estruturais. Entre as mais comuns estão:

- **Hierarquia rígida:** Em muitos contextos, persiste a ideia de que quem está "mais abaixo" na hierarquia não deve questionar ou sugerir melhorias; compete-lhe apenas cumprir;
- **Falta de tempo e espaço:** Os ritmos intensos do hospital dificultam momentos formais de escuta. Reuniões são muitas vezes orientadas para informação descendente, sem espaço para a partilha ou debate;
- **Medo de represálias:** Em algumas culturas organizacionais, dar *feedback* negativo ou apontar problemas pode ser visto como ameaça ou insubordinação, levando muitos profissionais a optar pelo silêncio;
- **Falta de retorno:** Quando as pessoas sentem que falar não tem consequências (positivas ou negativas), perdem a motivação para continuar a comunicar.

Estas barreiras não se resolvem apenas com boa vontade: exigem estratégia e compromisso da liderança.

### 5.4.2. Práticas que promovem a comunicação ascendente

Algumas experiências têm demonstrado que é possível – e viável – criar espaços onde os profissionais se sentem à vontade para comunicar com quem decide. Eis alguns exemplos concretos:

- Rondas da direção com escuta ativa: Realizar rondas mensais em diferentes serviços, com o objetivo de ouvir. A presença física da liderança, sem formalismo excessivo, aproxima e legitima a comunicação.
- Painéis de sugestões físicos e digitais: Instalaram painéis onde qualquer profissional pode deixar sugestões ou identificar obstáculos. Mensalmente, uma equipa analisa essas mensagens e responde com ações concretas ou justificações claras para a não implementação.
- Reuniões de equipa com tempo reservado ao *feedback*: Em vez

de usar as reuniões apenas para transmitir decisões, instituir o hábito de reservar 10 minutos para ouvir a equipa: "O que está a correr bem? O que poderia melhorar? O que gostavam que fosse diferente?"

• Projetos de melhoria com participação direta dos profissionais: Uma experiência que costuma ter impacto é de reorganização logística, onde enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos participaram desde o início, contribuindo com ideias que nunca teriam surgido numa abordagem puramente técnica. O resultado não só foi melhor, como foi ainda mais fácil de implementar.

### 5.4.3. O valor simbólico de ser escutado

Mais do que resolver problemas específicos, a comunicação ascendente tem um valor simbólico profundo: transmite respeito, confiança e pertença. Quando um auxiliar, um enfermeiro ou um técnico sentem que a sua voz conta, reforça-se o compromisso com a organização.

Há pouco tempo, um colaborador de um serviço partilhou uma ideia simples para melhorar o transporte de materiais. Foi ouvida, testada e implementada. Mas o mais importante foi o reconhecimento público da sua contribuição. Quando lhe perguntaram como se sentiu, respondeu:

"Pela primeira vez em anos, senti que não sou só uma peça da engrenagem. Senti que também posso ajudar a melhorar o hospital."

É esse o poder da comunicação ascendente: transformar colaboradores em participantes ativos do projeto institucional.



## 5.5. RECONHECIMENTO: COMUNICAR QUE AS PESSOAS IMPORTAM

Num hospital ou nos Cuidados de Saúde Primários, onde o trabalho é exigente, emocionalmente intenso e, por vezes, invisível, o reconhecimento torna-se uma das formas mais impactantes de comunicação interna. Não estamos a falar apenas de prémios formais ou menções em eventos, mas sim de algo mais profundo e humano: comunicar às pessoas que o seu esforço tem valor, é visto e faz a diferença.

### 5.5.1. O que é o reconhecimento na prática?

Reconhecer é dizer: "Vi o que fizeste e isso foi importante".

Pode ser feito de muitas formas:

- Um simples "obrigado" no momento certo;
- Uma nota escrita deixada por um superior;
- Um elogio em público numa reunião de equipa;
- Uma referência num relatório institucional;
- Um convite para partilhar uma boa prática num fórum interno;
- Um *feedback* positivo vindo de um colega ou de outro serviço.

Existem algumas formas de sistematização. Por exemplo, todos os meses partilhar um "Destaque do Serviço" — uma pequena história real de alguém que teve uma atitude exemplar, contada de forma informal, numa *newsletter* interna ou na própria intranet. Este gesto simbólico tem um impacto enorme: inspira outros, reforça comportamentos positivos e cria uma cultura de apreciação.

### 5.5.2. O impacto do reconhecimento na motivação

O reconhecimento não é só uma questão de simpatia; é uma ferramenta estratégica de motivação. Estudos em gestão hospitalar mostram que o reconhecimento está entre os principais fatores de retenção de profissionais e de satisfação no trabalho.

Quando alguém sente que o seu esforço é ignorado, é mais provável que adote uma postura mecânica ou desligada. Pelo contrário, quando sente que o seu contributo é valorizado, a tendência é para se envolver mais, propor ideias, cuidar melhor do ambiente à sua volta.

Pequenos exemplos, como o de uma enfermeira, que partilhou numa sessão interna, que uma das coisas que mais a marcou num ano particularmente difícil foi um e-mail inesperado do diretor clínico a agradecer o profissionalismo da sua equipa durante um surto infeccioso.

"Não era um e-mail genérico – era claro que ele sabia o que tínhamos vivido. Foi só isso. Mas foi muito."

### 5.5.3. Reconhecer não é premiar – é comunicar com intenção

Importa distinguir reconhecimento de prémio. Premiar pode (e deve) acontecer, mas é raro, seletivo e muitas vezes ligado a critérios formais. Já o reconhecimento pode ser diário, acessível a qualquer pessoa e horizontal, ou seja, não precisa vir apenas "de cima".

É fundamental que a cultura organizacional incentive:

- Que líderes reconheçam as suas equipas;
- Que equipas reconheçam os seus pares;
- Que profissionais possam reconhecer colegas de outros serviços.

Alguns serviços podem inclusive implementar pequenos "cartões de reconhecimento" – físicos ou digitais –, onde qualquer colaborador pode escrever uma nota a um colega, que depois é partilhada de forma simbólica, por exemplo, num painel do serviço ou via intranet. Pode parecer simples, mas é poderoso.

### 5.5.4. O reconhecimento como reforço da identidade institucional

Finalmente, o reconhecimento tem um efeito indireto, mas profundo: reforça a cultura e os valores da instituição. Ao dar visibilidade ao que é valorizado – seja o trabalho em equipa, a inovação, a empatia ou a resiliência –a organização está a dizer, de forma prática, "é isto que somos".

Nos CSP, reconhecer equipas que, por exemplo, conseguiram aumentar a adesão a programas de vacinação ou reduzir faltas em consultas programadas, contribui para reforçar a motivação e a identidade coletiva.

Uma unidade de saúde não se define apenas pelo que publica ou pela sua missão no papel. Define-se também pelas histórias que escolhe contar internamente, pelas atitudes que celebra e pelas pessoas que coloca no centro da sua narrativa.

## 5.6. ALINHAMENTO COM OS OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO: SABER O PORQUÊ DO QUE SE FAZ

Para além de saber o que fazer e como fazer, os profissionais de saúde precisam de saber porquê. Esta é, muitas vezes, a peça em falta na comunicação interna: o enquadramento que liga a ação individual aos objetivos globais da instituição. Sem esse sentido, o risco é transformar o trabalho diário numa sucessão de tarefas sem direção clara.



### 5.6.1. Quando a comunicação falha, o propósito perde-se

Imagine-se um hospital a implementar uma mudança nos circuitos de alta hospitalar para melhorar a rotatividade de camas. Se essa mudança for comunicada apenas como uma instrução ("a partir de agora, as altas devem ser feitas até às 11h"), muitos profissionais podem ver isso como mais uma pressão, mais uma exigência operacional.

Mas se essa mesma mudança for apresentada com o devido enquadramento – por exemplo, explicando que a média de espera na urgência está a aumentar, que a otimização das altas ajuda a garantir camas disponíveis para novos doentes, e que isso contribui para a segurança clínica — a perspetiva muda. A tarefa ganha propósito. A pessoa percebe o impacto da sua ação num sistema maior.

Nos CSP, comunicar o porquê de uma alteração – como a introdução de novas regras de triagem ou a priorização de determinados grupos para consultas – ajuda a equipa a compreender o seu papel no alcance de metas regionais ou nacionais.

### 5.6.2. Conhecer os objetivos para pertencer à missão

Num grande hospital, é fácil perder a noção do todo. Um técnico numa unidade laboratorial, um assistente na esterilização ou uma enfermeira numa enfermaria de cuidados continuados podem sentir-se isolados, sem ligação direta à "missão" da instituição.

É aqui que a comunicação interna deve atuar: mostrar a cada pessoa onde está no mapa e porque importa. Não basta que a direção tenha uma visão estratégica; é necessário que essa visão seja comunicada, explicada e constantemente ligada ao trabalho de cada um.

Exemplo prático: lançar um plano estratégico para cinco anos. Para além

da publicação formal do documento, fazer uma série de sessões curtas (15 minutos) em vários serviços, onde alguém da direção explica os principais objetivos, com exemplos adaptados à realidade local. A reação será seguramente positiva.

"Nunca pensei que viessem aqui falar connosco disso. Agora percebo melhor porque nos pedem certas coisas."

### 5.6.3. A comunicação como fio condutor da cultura organizacional

Conhecer os objetivos da instituição ajuda a tomar melhores decisões, mesmo nas situações onde não há ordens explícitas. Um profissional alinhado com a missão e os valores da organização tende a agir de forma mais autónoma, responsável e ética, porque compreende o que está em jogo.

**A comunicação interna, quando bem feita, reforça essa cultura:**

- Liga o dia a dia ao futuro da instituição;
- Valoriza o contributo de todos;
- Cria um sentimento de pertença partilhada.

Ou, dito de forma simples: **transforma um grupo de profissionais numa equipa com propósito comum**.

## CONCLUSÃO

### Comunicar para cuidar melhor

A comunicação interna nas organizações de saúde não é um luxo nem um complemento; é uma necessidade estratégica. Num contexto onde se exige precisão, coordenação e humanização, comunicar bem dentro da instituição é tão importante (ou mais) quanto comunicar com o exterior.
Ao longo deste capítulo vimos que:

- A comunicação vertical, tanto descendente como ascendente, define a qualidade do alinhamento entre decisão e execução;
- Uma mensagem clara, empática e bem enquadrada facilita a adoção de mudanças e reforça a confiança nas lideranças;
- Ouvir os profissionais, reconhecer as suas ideias e dar-lhes espaço para comunicar com quem decide, cria uma cultura mais participativa e resiliente;
- O reconhecimento constante – ainda que simbólico – é uma poderosa forma de valorização e motivação;
- E, por fim, ligar as tarefas diárias aos objetivos da instituição reforça o sentido de missão e de pertença, essenciais para a retenção de talento e para o envolvimento dos profissionais.



Trabalhar num hospital é, por definição, lidar com o imprevisível, com a urgência e com o humano. Isso torna a comunicação um desafio constante, mas também a torna numa das ferramentas mais poderosas para garantir qualidade, segurança e bem-estar nas equipas.
Investir na comunicação interna é, em última análise, investir no cuidado. Porque uma equipa que se ouve, se respeita e partilha objetivos, cuida melhor, tanto de si própria, como dos outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


**Comunicação interna e gestão organizacional**

1. Argenti, P. A. (2017). Strategic communication in the C-suite. International Journal of Business Communication, 54(2), 146–160. https://doi.org/10.1177/2329488416687053
2. Welch, M., & Jackson, P. (2007). Rethinking internal communication: A stakeholder approach. Corporate Communications: An International Journal, 12(2), 177–198. https://doi.org/10.1108/13563280710744847
3. Hargie, O., & Tourish, D. (Eds.). (2009). Auditing organizational communication: A handbook of research, theory and practice. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203883990

**Comunicação em saúde e contexto hospitalar/CSP**

1. Schiavo, R. (2014). Health communication: From theory to practice (2nd ed.). Jossey-Bass/Wiley
2. Parvanta, C. F., Nelson, D. E., & Harner, R. N. (Eds.). (2018). Public health communication: Critical tools and strategies. Jones & Bartlett Learning
3. Mikkelsen-Lopez, I., Wyss, K., & de Savigny, D. (2011). An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC International Health and Human Rights, 11, Artigo 13. https://doi.org/10.1186/1472-698X-11-13
4. Heath, R., O'Hair, D., Heath, R., & O'Hair, D. (2020). Handbook of Risk and Crisis Communication ([edition unavailable]). Routledge. Retrieved from https://www.perlego.com/book/1974363/handbook-of-risk-and-crisis-communication-pdf (Original work published 2020)
5. Marques, T., & Martins, J. (2019). Comunicação interna no setor da saúde: Desafios e boas práticas. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 37(1), 50–56.

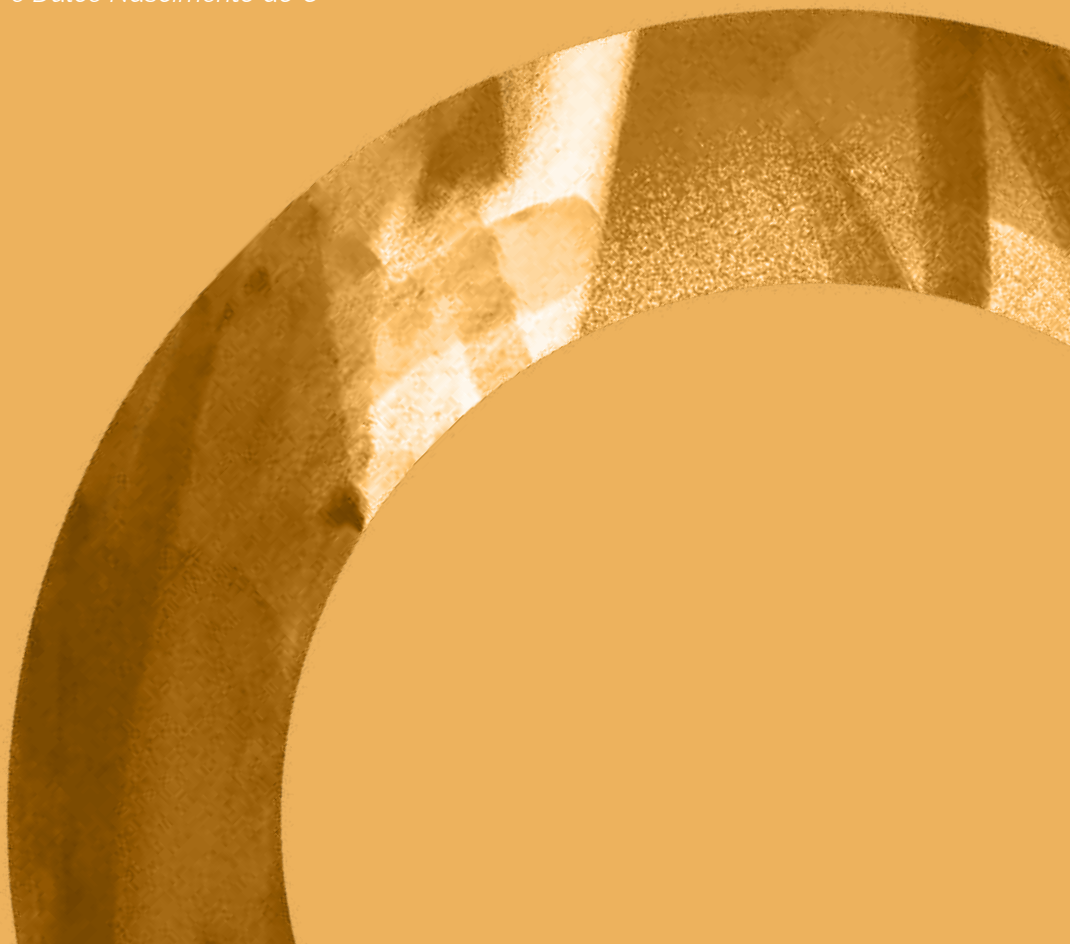
**Documentos e guidelines instituicionais**

1. Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional de saúde 2021–2030. https://pns.dgs.pt/
2. NHS England. (2022). Patient safety incident response framework. https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-incident-response-framework/
3. Organização Mundial da Saúde. (2007). Communication during patient hand-overs. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

A COMUNICAÇÃO EFICAZ

# IMPACTO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NAS EQUIPAS AO NÍVEL DOS RESULTADOS EM SAÚDE

*Soraia Nobre Figueiredo*
*e Dulce Nascimento do Ó*



# IMPACTO DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO NAS EQUIPAS AO NÍVEL DOS RESULTADOS EM SAÚDE

*Soraia Nobre Figueiredo*
*Dulce Nascimento do Ó*

## INTRODUÇÃO

A gestão da diabetes requer uma abordagem integrada, contínua e centrada na pessoa, capaz de responder à natureza crónica, progressiva e complexa desta patologia. A prestação de cuidados eficazes assenta na atuação coordenada de equipas multidisciplinares, habitualmente constituídas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, e a sua articulação contribui para a otimização do controlo metabólico e para a promoção do autocuidado informado.



Neste âmbito, a qualidade da comunicação entre os diferentes profissionais emerge como um elemento estruturante para garantir a coerência das intervenções, a uniformidade das mensagens transmitidas à pessoa com diabetes, e, em última análise, a melhoria dos resultados clínicos e da experiência de cuidados[1, 2].

### 6.1. A COMUNICAÇÃO EM EQUIPA COMO PILAR DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

A comunicação eficaz em equipa constitui um dos pilares fundamentais do trabalho colaborativo em saúde. No âmbito das doenças crónicas, como a diabetes, o sucesso terapêutico depende de forma significativa da capacitação da pessoa, da adesão ao regime terapêutico e do seu envolvimento ativo no autocuidado. Para tal, é imprescindível que os profissionais comuniquem entre si de modo claro, estruturado e respeitador. A ausência de alinhamento pode originar mensagens inconsistentes, gerar incerteza para a pessoa com diabetes e comprometer a confiança no sistema de cuidados[1, 3,4].

Evidência científica recente demonstra que abordagens colaborativas favorecem uma prestação de cuidados mais integrada, contribuindo para melhorias relevantes, tais como a redução de erros, melhoria do controlo glicémico, maior regularidade na avaliação do pé diabético e aumento da eficiência clínica[1,2,6]. Estes modelos, assentes na qualidade da

comunicação eficaz entre elementos da equipa, têm mostrado benefícios tanto para profissionais como para a pessoa, traduzindo-se em maior conhecimento, confiança e qualidade dos cuidados[1,2,4]. Adicionalmente, a colaboração interprofissional tem sido associada a níveis superiores de satisfação das pessoas, a melhorias no bem-estar mental e na qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como a avanços promissores no autocuidado e na qualidade de vida global[1,2].

De notar que, quando a equipa partilha objetivos comuns e estratégias de intervenção, fomenta-se um ambiente de coesão que se repercute positivamente na experiência das pessoas. Paralelamente, a comunicação estruturada facilita a identificação precoce de problemas, reforça a continuidade dos cuidados e sustenta a tomada de decisão conjunta, promovendo um cuidado mais seguro, eficaz e personalizado.

## 6.2. IMPACTO DA COMUNICAÇÃO DA EQUIPA NOS RESULTADOS EM SAÚDE

A comunicação não influencia apenas a perceção subjetiva das pessoas, mas também os resultados clínicos e funcionais em saúde. Uma perceção positiva da comunicação está associada a menor sofrimento emocional, melhor ajustamento psicológico e maior bem-estar em pessoas com diabetes. Embora muitos estudos se centrem predominantemente na comunicação entre profissional e utente, importa salientar que essa interação é profundamente condicionada pela qualidade da comunicação interna da equipa multidisciplinar[1,3,4].



Modelos teóricos, como o proposto por Street et al. (2009, cit. em Zill *et al.*, 2014), sugerem que os resultados em saúde são influenciados pela comunicação de forma direta, através do reforço da confiança, da compreensão mútua e do estabelecimento de *report*/ notificações; e, de forma indireta, mediante o aumento do compromisso terapêutico e do envolvimento no autocuidado[2,3].

Equipas que comunicam de forma eficaz tendem a assegurar intervenções mais consistentes e coerentes, reforçando as mensagens educativas e motivacionais, o que promove a participação ativa da pessoa com diabetes e facilita a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis[1,2].

## 6.3. COMUNICAÇÃO FUNCIONAL ENTRE PROFISSIONAIS E A ADESÃO TERAPÊUTICA

A adesão ao regime terapêutico constitui frequentemente um desafio para as pessoas com diabetes, dada a complexidade e multiplicidade de cuidados envolvidos, como a alimentação, a atividade física, o autocontrolo, a insulina e a gestão farmacológica, entre outros. Estudos demonstram que a comunicação funcional está associada a níveis superiores de adesão ao tratamento e a melhores práticas de autocuidado[1,3,4]. Neste contexto, a comunicação entre os membros da equipa tem um papel indireto, mas crucial: a coerência nas recomendações, o alinhamento de linguagem utilizada e o apoio mútuo entre profissionais contribuem para um ambiente de confiança, segurança e clareza para a pessoa.

Quando os profissionais de saúde comunicam eficazmente entre si, minimizam-se duplicações de informação, omissões relevantes e orientações contraditórias – fatores que podem comprometer a compreensão, a motivação e o envolvimento da pessoa com diabetes no regime terapêutico[1,2,13]. Assim, a comunicação intra-equipa emerge como um facilitador central do sucesso terapêutico, dos ganhos em saúde e da segurança do utente[1,2].

## 6.4. COMUNICAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

A evidência disponível demonstra que intervenções destinadas a apoiar o autocuidado variam amplamente nas suas componentes e eficácia[1,5]. Apesar da diversidade de abordagens descritas na literatura, destaca-se de forma consistente que a qualidade da comunicação estabelecida pela equipa multidisciplinar desempenha um papel determinante no nível de envolvimento da pessoa na gestão da sua diabetes [1,2,5,6].

Mais do que ações isoladas, uma comunicação integrada em equipa permite que cada profissional contribua, de forma complementar e coordenada, para a capacitação da pessoa e para a promoção da sua literacia em saúde. Por exemplo, a orientação nutricional fornecida pelo nutricionista torna-se mais eficaz quando está alinhada com os objetivos terapêuticos definidos pelo médico e é reforçada e monitorizada pelo enfermeiro nos contactos de seguimento. Esta articulação assegura coerência, continuidade e reforço das mensagens educativas, criando condições favoráveis para a adoção e

manutenção de comportamentos de autocuidado[1,2].

## 6.5. EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES: DESAFIOS E POTENCIALIDADES COMUNICACIONAIS

A diabetes é reconhecida como uma condição que exige uma intervenção multidisciplinar[1,2]. E que exige interações frequentes entre profissionais, que apresentam uma diversidade de formações, estilos comunicacionais e responsabilidades, o que pode constituir um desafio significativo para a equipa. A inexistência de espaços formais de partilha de informação, a sobrecarga de trabalho e a cultura hierárquica rígidas podem comprometer a fluidez e a eficácia da comunicação entre os diferentes elementos da equipa[8].



### 6.5.1. Estratégias de comunicação estruturada

Neste sentido, é essencial investir em estratégias que promovam não só a comunicação estruturada (como reuniões de equipa, registos partilhados, protocolos específicos de comunicação), como também a formação interprofissional, focada na escuta ativa, na empatia e na tomada de decisão colaborativa.

Estratégias eficazes como *briefings*, *debriefings*, comunicação em ciclo fechado e ISBAR[7] (***I****ntroduce*, ***S****ituation*, ***B****ackground*, ***A****ssessment*, ***R****ecommendation*) reforçam a clareza, previnem interrupções, promovem o alinhamento da equipa e contribuem para promover um ambiente seguro para a pessoa alvo de cuidados.  Estas práticas estão alinhadas com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)[8] 2021 2026 em Portugal, o qual foi oficialmente aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021, e que integra a comunicação como um dos seus cinco pilares estratégicos, reconhecendo-a como um elemento central para garantir a segurança dos cuidados de saúde[8].

O terceiro pilar do Plano Nacional de Saúde (PNS), focado na Comunicação, define como prioridade estratégica a promoção de práticas comunicacionais seguras, claras e eficazes entre os vários intervenientes nos cuidados de saúde, incluindo profissionais, pessoa, cuidadores e instituições. Reconhece ainda a necessidade de implementar estratégias formais de comunicação intra e interprofissional, reconhecendo que falhas na troca de informação são

uma das principais causas de eventos adversos evitáveis[8].

Entre as principais medidas nacionais para promover a comunicação eficaz em equipas multidisciplinares, destacam-se:

- **Formação interprofissional (IPE) contínua:** incentivar o trabalho conjunto, reforça a compreensão das diferentes intervenções profissionais e melhora a coerência das mensagens clínicas;
- **Estruturas comunicacionais formais:** Implementar ISBAR, *briefings* regulares, *debriefings* pós consulta ou pós-turno e reuniões curtas com foco no alinhamento da equipa.

O ISBAR é uma técnica estruturada de comunicação amplamente utilizada em contextos de saúde para garantir a troca clara, concisa e objetiva de informações entre profissionais:

**Introdução [I]** (Quem está a comunicar e que é a pessoa alvo de cuidados.) Ex.: *"Sou a enfermeiro(a) XXX, responsável pelo turno da utente Maria Silva, com diabetes tipo 2."*

**Situação [S]** (O que está a acontecer neste momento?). Ex.: "*A utente Maria Silva, com diabetes tipo 2, está com glicemia capilar de 45 mg/dL após a administração de insulina.*"

***Background [B]*** (Contexto, antecedentes pessoais relevantes, a história clínica anterior). Ex.: *"Foi diagnosticada há 8 anos, está sob tratamento com insulina basal e rápida. Ontem, houve ajuste de dose realizado pelo médico. A utente referiu ter comido menos ao almoço.*"

***Assessment [A]*** (Avaliação). Ex.: *"Penso que está a ter um episódio de hipoglicemia induzida por excesso de insulina em relação à ingestão alimentar.*"

***Recommendation [R]*** (Recomendação, ou seja, o que precisa ser feito). Ex.: *"Sugiro monitorização de 15 em 15 minutos, após ingestão de hidratos de carbono rápidos. Confirmar se é necessário ajustar a dose da insulina rápida nas próximas refeições.*"

A utilização desta técnica permite reduzir erros de comunicação, aumentar a segurança do utente, melhorar a eficiência na transmissão de informação, especialmente em situações de urgência, e facilitar a comunicação entre diferentes categorias profissionais (ex.: enfermeiro/médico).

A implementação do ISBAR reduz erros de comunicação, aumenta

a segurança da pessoa e facilita a interação entre diferentes categorias profissionais.

- **Formação contínua e multiprofissional:** Visando desenvolver competências comunicacionais, com enfoque na escuta ativa, empatia, comunicação assertiva e tomada de decisão partilhada, capacitando as equipas na gestão de situações complexas e fortalecendo a relação terapêutica.



- **Tomada de decisão partilhada (*Shared decision-making* - SDM):** Deverá ser realizada de forma sistematizada, envolvendo a pessoa com doença crónica nas escolhas terapêuticas e utilizando ferramentas que tornem esse processo mais eficaz[9]. A utilização desta estratégia é geradora de tempo e espaço para decisões partilhadas. Possibilita a utilização de ferramentas de apoio à decisão (ex.: folhetos informativos, quadros comparativos de opções) e leva a mudança da cultura organizacional de uma prática centrada no profissional para uma centrada na pessoa [9,11,13].

- **Intervenção centrada na pessoa (partilha de registos clínicos e dados):** Embora não se trate propriamente de uma estratégia comunicacional, o recurso a tecnologias como registos eletrónicos partilhados permite que todos os profissionais acedam à mesma informação clínica, reforçando a continuidade de cuidados e o alinhamento das decisões. Quando a equipa dispõe de informação atualizada sobre a pessoa acompanhada, torna-se possível negociar e tomar decisões clínicas de forma mais coordenada e segura.

- **Cultura organizacional de segurança:** Envolve a valorização da comunicação como uma ferramenta de prevenção e não apenas como um meio de transmissão de ordens. Esta mudança cultural incentiva a partilha de informação entre diferentes níveis de cuidados (primário, hospitalar e comunitário) e a notificação de incidentes sem punição, promovendo a aprendizagem organizacional.

- **Tecnologias de informação em saúde:** Manter os registos informáticos atualizados e acessíveis, promove a comunicação

em equipa, potenciando a continuidade de cuidados eficaz e a partilha de decisões clínicas em tempo real.

Estas medidas refletem um compromisso nacional com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, reconhecendo que a comunicação eficaz é um determinante estrutural dos resultados em saúde[1,2]. No caso da diabetes, tornam-se especialmente relevantes, ao assegurar o alinhamento, a coordenação e a capacitação da equipa multidisciplinar para apoiar a pessoa de forma contínua, coerente e personalizada, sempre orientada pelos princípios do cuidado centrado na pessoa.

## 6.6. A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM QUALITATIVA NA COMPREENSÃO DAS DINÂMICAS COMUNICACIONAIS

A comunicação em saúde é um processo complexo, influenciado por fatores individuais, organizacionais, relacionais e contextuais[1,12]. Por essa razão, a investigação qualitativa desempenha um papel central na compreensão profunda destas dinâmicas. Este tipo de abordagem permite explorar como os profissionais e as pessoas atribuem significado às interações comunicacionais, como vivenciam os encontros terapêuticos e quais barreiras ou facilitadores emergem no quotidiano dos serviços de saúde[11,12].

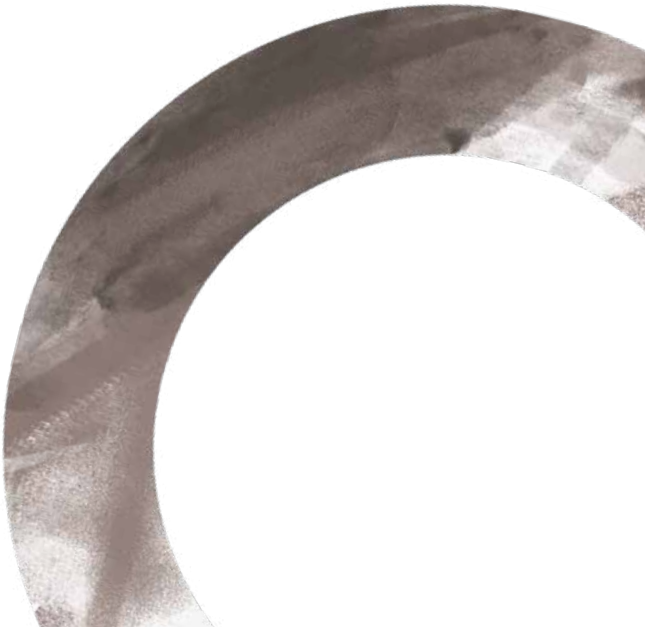
Ao privilegiar métodos como entrevistas, grupos focais e observação direta, a investigação qualitativa capta nuances, tensões, expectativas e práticas que raramente são identificadas por abordagens quantitativas. Estas perspetivas tornam visíveis aspetos subtis, mas determinantes, como:

- Perceções de confiança e segurança;
- Interpretações divergentes de informação clínica;
- Padrões relacionais entre membros da equipa;
- Dinâmicas de poder e tomadas de decisão;
- Emoções e expectativas presentes nas interações[1, 12].

Compreender como a comunicação é experienciada no terreno é essencial para a construção de práticas mais humanas, eficazes e sustentáveis. Os resultados provenientes da investigação qualitativa fornecem evidência útil para ajustar modelos de intervenção, desenhar programas

de formação, melhorar protocolos comunicacionais e fortalecer a cultura organizacional[11].

Assim, a abordagem qualitativa destaca-se como uma ferramenta indispensável para analisar, compreender e transformar as práticas comunicacionais, contribuindo para cuidados mais centrados na pessoa e para equipas mais coesas e reflexivas[1,12].



## CONCLUSÃO

A comunicação entre os membros da equipa de saúde é um fator central na gestão eficaz da diabetes. Equipas que comunicam de forma clara, coordenada e centrada na pessoa têm maior probabilidade de alcançar resultados positivos, não só ao nível clínico, mas também no bem-estar e na experiência da pessoa (psicossociais).

Melhorar a comunicação deve ser entendido como uma intervenção terapêutica, exigindo investimento, formação, reflexão contínua e compromisso institucional[1,2,12]. A integração de abordagens qualitativas e práticas colaborativas reforça a capacidade das equipas para prestar cuidados consistentes, humanizados e alinhados com as necessidades reais das pessoas com diabetes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

2. McGuier, E. A., Kolko, D. J., Aarons, G. A., Schachter, A., Klem, M. L., Diabes, M. A., Weingart, L. R., Salas, E., & Wolk, C. B. (2024). Teamwork and implementation of innovations in healthcare and human service settings: a systematic review. Implementation science : IS, 19(1), 49. https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9

3. Street, R. L., Jr, Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient education and counseling, 74(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

4. Heisler, M. (2007). Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. Diabetes Spectrum, 20(4), 214–221. https://doi.org/10.2337/diaspect.20.4.214

5. Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient education and counseling, 99(6), 926–943. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003

6. American Diabetes Association Professional Practice Committee (2025). 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2025. Diabetes care, 48(1 Suppl 1), S181–S206. https://doi.org/10.2337/dc25-S009

7. Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. BMC medical education, 20(Suppl 2), 459. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0

8. Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. DGS

9. Millward, J., & Nguyen, E. (2025). Advancing Diabetes Technology Implementation Through Team-Based Care. Diabetology, 6(12), 155. https://doi.org/10.3390/diabetology6120155

10. Almaliky, A. A. M., Alamri, E. A., Albishri, F. F., Algarni, A. F., Alsharif, N. M., Khabrani, N. H., & Alghamdi, A. S. (2024). Interprofessional collaboration in diagnostic imaging and patient care: Role integration, communication frameworks, and quality improvement outcomes. The Review of Diabetic Studies, 20(S7), 521–533. https://doi.org/10.70082/9v88b462

11. Yao, M., Zhou, X. Y., Xu, Z. J., Lehman, R., Haroon, S., Jackson, D., & Cheng, K. K. (2021). The impact of training healthcare professionals' communication skills on the clinical care of diabetes and hypertension: a systematic review and meta-analysis. BMC family practice, 22(1), 152. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01504-x

12. Custódio M, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública. 2010;28:47-57

13. Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., & Jackson, R. A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. Diabetes care, 28(3), 626–631. https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626

com o apoio de

SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA

GED
Grupo de Estudos para a Educação em Diabetes

Abbott
life. to the fullest.®