

Competências humanísticas de comunicação na saúde: o impacto da escuta ativa, da empatia e da literacia relacional

Humanistic communication skills in health: the impact of active listening, empathy, and relational literacy

Gorete Baptista¹, Ana Galvão², Silvia Ala³

1. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Research Centre for Active Living and Wellbeing (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, 5300-253 Bragança, Portugal; E-mail: gorete@ipb.pt; ORCID: [0000-0002-6750-1825](https://orcid.org/0000-0002-6750-1825)
2. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Research Centre for Active Living and Wellbeing (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, 5300-253 Bragança, Portugal; E-mail: anagalvao@ipb.pt; ORCID: [0000-0001-9978-9563](https://orcid.org/0000-0001-9978-9563)
3. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal | Research Centre for Active Living and Wellbeing (LiveWell), Instituto Politécnico de Bragança, 5300-253 Bragança, Portugal; E-mail: silvia.ala@ipb.pt; ORCID: [0000-0001-5340-3864](https://orcid.org/0000-0001-5340-3864)

Recebido: 2 janeiro 2026 · Aceite: 11 maio 2026

Como citar: Baptista, G., Galvão, A. & Ala, S. (2026). Competências humanísticas de comunicação na saúde: o impacto da escuta ativa, da empatia e da literacia relacional. *Riage*, 9, e458. <https://doi.org/10.61415/riage.458>

Resumo

Em contextos clínicos, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, utentes e famílias é determinante para a qualidade do cuidado prestado. Este estudo investigou o papel das competências humanísticas de comunicação, nomeadamente a escuta ativa, a empatia e a literacia relacional, na construção de relações terapêuticas mais eficazes e humanizadas. Estas competências são tratadas como uma dimensão transversal à prática clínica e educativa, essenciais para uma abordagem integradora dos cuidados em saúde. A metodologia seguiu um modelo qualitativo exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas a 12 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) com atuação em unidades hospitalares e centros de saúde. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), revelou que a escuta ativa, a empatia e a literacia relacional são percecionadas como elementos centrais para o sucesso da comunicação clínica, facilitando o diagnóstico, a adesão ao tratamento e a confiança do utente. No entanto, os dados também evidenciam desafios recorrentes, como a pressão do tempo, a carga emocional dos profissionais e a ausência de formação específica em competências comunicacionais. A discussão aponta para a urgência de incluir estas competências nos planos curriculares e na formação contínua em saúde, não como componentes complementares, mas como fundamentos essenciais da prática clínica e pedagógica. Conclui-se que reforçar a dimensão humanística da comunicação é crucial para humanizar os cuidados, fortalecer os processos educativos e promover o bem-estar profissional.

Palavras-chave: Escuta ativa; empatia; literacia relacional; comunicação em saúde; relação terapêutica.

Abstract

In clinical contexts, effective communication between health professionals, users and families is decisive for the quality of care provided. This study investigated the role of humanistic communication skills, namely active listening, empathy and relational literacy, in the construction of more effective and humanized therapeutic relationships. These skills are treated as a transversal dimension to clinical and educational practice, essential for an integrative approach to health care. The methodology followed an exploratory qualitative model, based on semi-structured interviews with 12 health professionals (doctors, nurses and psychologists) working in hospital units and health centers. A content analysis, according to Bardin (2016), revealed that active listening, empathy and relational literacy are perceived as central elements for the success of clinical communication, facilitating diagnosis, treatment adherence and user confidence. However, these data also evidence recurrent challenges, such as time pressure, the emotional burden of professionals and the absence of specific training in communication skills. The discussion points to the urgency of including these skills in our curricular plans and continuous health education, not as complementary components, but as essential foundations of clinical and pedagogical practice. It is concluded that strengthening the humanistic dimension of communication is crucial to humanize care, strengthen educational processes and promote professional well-being.

Keywords: Active listening; empathy; relational literacy; communication in health; therapeutic relationship.

Introdução

A comunicação em saúde evoluiu de um modelo puramente biomédico, focado na transmissão de informação, para uma abordagem holística e relacional que reconhece o utente como um parceiro ativo no processo de cuidado. Esta secção explora os fundamentos teóricos que sustentam as competências humanísticas de comunicação, analisando os principais modelos conceptuais, as teorias subjacentes à empatia, escuta ativa e literacia relacional, e a evidência científica que valida o seu impacto.

O paradigma da Comunicação Centrada na Pessoa

A Comunicação Centrada na Pessoa (PCC) representa uma mudança fundamental na filosofia do cuidado, posicionando as necessidades, valores e perspetivas do utente no epicentro da interação clínica (Wasim et al., 2023). Este paradigma, consagrado por instituições como o Institute of Medicine, define-se pela capacidade do profissional de saúde em elicitar e compreender as perspetivas do utente (preocupações, ideias, expectativas, necessidades, sentimentos e funcionamento), compreender o utente no seu contexto psicossocial e cultural único, e alcançar uma compreensão partilhada dos problemas e dos tratamentos que seja congruente com os valores do utente (Epstein & Street, 2007, p. 12). Esta abordagem não é apenas um ideal ético, mas uma prática baseada em evidência que correlaciona a qualidade da comunicação com melhores resultados de saúde, maior adesão terapêutica e um decréscimo significativo em litígios por má prática (King & Hoppe, 2013; Uitterhoeve et al., 2010).

A operacionalização da PCC é guiada por vários modelos teóricos que fornecem uma estrutura para a prática e formação. Entre os mais influentes, destacam-se os sintetizados no Quadro 1.

O Calgary-Cambridge Guide oferece um mapa processual detalhado da consulta, estruturando as competências de comunicação em fases sequenciais e paralelas, como “construir a relação” e “fornecer estrutura” (Kurtz et al., 1996). Mais recentemente, o Modelo COMCARE, desenvolvido especificamente para a enfermagem, articula as competências comunicacionais necessárias para um cuidado verdadeiramente centrado na

Quadro 1

Modelos teóricos da Comunicação Centrada na Pessoa (PCC).

Modelo/Framework	Foco Principal	Componentes Chave	Aplicação Principal
Calgary-Cambridge Guide	Estrutura da consulta médica	Iniciar a sessão, recolher informação, exame físico, explicar e planejar, fechar a sessão.	Formação médica e de enfermagem
Modelo COMCARE	Comunicação em enfermagem	Escuta empática, resposta e reconhecimento, orientação clara, apoio, avaliação e confirmação.	Prática e formação em enfermagem
Grupos Balint	Relação profissional-utente	Discussão de casos com foco no conteúdo emocional e nas dinâmicas relacionais.	Desenvolvimento profissional contínuo

peessoa, preenchendo uma lacuna nos frameworks de enfermagem que, embora valorizem a relação, não detalhavam as competências comunicacionais específicas para a alcançar (Sundler et al., 2025).

Paralelamente, os Grupos Balint proporcionam um espaço de reflexão essencial para os profissionais explorarem as complexidades emocionais da relação terapêutica. Este método, focado na análise da contratransferência e das dinâmicas inconscientes, tem demonstrado ser eficaz na melhoria da empatia e na redução do burnout, ao permitir que os clínicos processem as cargas emocionais inerentes à sua prática (Yazdankhahfard et al., 2019; Keshtkar et al., 2024).

As competências humanísticas nucleares

No centro da comunicação humanizada residem três competências interligadas: empatia, escuta ativa e literacia relacional. Longe de serem características inatas, estas são capacidades profissionais que podem ser desenvolvidas e treinadas ao longo da formação e da prática clínica (Lown, 2016). A empatia, atualmente compreendida à luz da neurociência social, é um processo multidimensional que inclui a ressonância emocional com o outro, a capacidade de adotar a sua perspetiva e a regulação da própria resposta emocional. Estudos demonstram que, perante o sofrimento do utente, os médicos ativam menos as áreas cerebrais ligadas à dor e mais as regiões associadas ao controlo e à tomada de perspetiva, o que sugere uma adaptação funcional que preserva a empatia sem comprometer a objetividade clínica (Decety et al., 2014; Decety, 2015). Esta competência está associada a maior satisfação dos utentes e a melhores resultados clínicos (Elliott et al., 2018; Jin et al., 2025).

A escuta ativa, por sua vez, representa a expressão comportamental da empatia. Envolve atenção plena, técnicas verbais como a reformulação e o resumo, perguntas abertas, validação emocional e a capacidade de captar o que não é explicitamente dito. Esta prática, mais do que apenas ouvir, traduz-se num processo dinâmico de compreensão que fortalece a aliança terapêutica, melhora o diagnóstico e pode aumentar significativamente a adesão ao tratamento (Armstrong et al., 2021; Baptista, 2025; Passos et al., 2025). Já a literacia relacional amplia o foco da escuta e da empatia para a adaptação da linguagem ao perfil sociocultural do utente, sendo essencial para uma comunicação inclusiva, compreensível e ajustada às necessidades individuais. Ela implica reconhecer o impacto de fatores como cultura, género ou nível socioeconómico na experiência de saúde e adaptar

o discurso clínico em função disso, promovendo assim a equidade e a tomada de decisão partilhada (Kodjo, 2009; McCormack et al., 2017; Park & Ahmed, 2023).

Barreiras à implementação

Apesar da sólida base teórica e evidencial que sustenta a importância destas competências, a sua implementação na prática diária é dificultada por múltiplas barreiras. Ao nível da formação, a literatura mostra um declínio progressivo da empatia ao longo do percurso académico, frequentemente associado à ênfase excessiva em conteúdos técnicos, à escassez de modelos inspiradores e à exposição precoce a ambientes clínicos de elevada pressão emocional sem suporte adequado (Hojat et al., 2020; Meisenberg, 2025). No plano organizacional, a falta de tempo, aliada ao excesso de tarefas administrativas, compromete a disponibilidade dos profissionais para a escuta e a presença relacional (Bokhour et al., 2018; Hower et al., 2019). No plano individual, o burnout — caracterizado por exaustão emocional e despersonalização — afeta a capacidade de comunicar com empatia, criando um ciclo de afastamento relacional e sofrimento profissional (de Lima Garcia et al., 2019; American Medical Association, 2019).

Assim, o estado da arte confirma que as competências humanísticas não são um complemento, mas um eixo estruturante da prática clínica de qualidade. Os modelos apresentados fornecem caminhos concretos para a sua aplicação, e as ciências cognitivas ajudam a compreender os mecanismos envolvidos. No entanto, a sua efetivação exige mudanças sistémicas na formação, na cultura institucional e na organização do trabalho. É neste contexto que se insere a presente investigação, ao procurar compreender de que forma estas competências são percecionadas e aplicadas por profissionais de saúde, e como podem ser melhor integradas para responder às exigências humanas e técnicas do cuidado.

Assim, a presente investigação teve como objetivos:

- Analisar a perceção de profissionais de saúde sobre a importância da escuta ativa, da empatia e da literacia relacional;
- Identificar os principais desafios à aplicação destas competências;
- Propor estratégias para a sua valorização na formação e na prática clínica e educativa.

Metodologia

Para responder aos objetivos propostos, adotou-se uma abordagem qualitativa de cariz exploratório e descritivo, por ser a mais adequada para compreender em profundidade as perceções, experiências e significados que os profissionais de saúde atribuem às competências de comunicação (Creswell & Poth, 2018).

Participantes e Amostragem: A amostra foi constituída por 12 profissionais de saúde (4 médicos, 5 enfermeiros e 3 psicólogos), selecionados através de uma amostragem intencional. Os participantes foram recrutados a partir da rede de contactos profissionais dos investigadores e convidados a participar no estudo por cumprirem os critérios de inclusão pré-definidos. Os critérios de inclusão foram: (1) ter mais de cinco anos de experiência clínica e (2) exercer funções em instituições de saúde (públicas ou privadas) na região de Trás-os-Montes. Esta estratégia permitiu recrutar participantes com uma experiência rica e diversificada sobre o fenómeno em estudo. O tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação dos dados, tendo-se concluído a recolha quando as entrevistas mais recentes deixaram de acrescentar informação nova e relevante às categorias de análise emergentes.

Recolha de Dados: O método de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada individualmente e em formato presencial [ou online, via plataforma X]. Foi utilizado um guião com questões abertas, organizado em três eixos temáticos alinhados com os objetivos do estudo: (1) perceção sobre a importância da comunicação humanizada; (2) práticas e experiências com escuta ativa, empatia e literacia relacional; e (3) obstáculos e sugestões para a sua valorização. As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos.

Análise de Dados: As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e submetidas a uma análise de conteúdo temática, seguindo as fases propostas por Bardin (2016). O processo iniciou-se com uma pré-análise através de leituras flutuantes do material. De seguida, procedeu-se à codificação, um processo indutivo onde as unidades de sentido foram identificadas e agrupadas em categorias e subcategorias emergentes dos próprios discursos. Para garantir a fiabilidade do processo (fidelidade inter-codificadores), a codificação foi realizada por dois investigadores de forma independente, e as discrepâncias foram discutidas até se alcançar consenso.

Considerações Éticas: O estudo seguiu as recomendações éticas para investigação com seres humanos. Foi obtido consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes antes da sua inclusão, garantindo-se o seu direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados através da atribuição de códigos (e.g., M1, E1, P1).

Resultados

A análise de conteúdo das 12 entrevistas permitiu identificar três categorias temáticas centrais que espelham a experiência dos profissionais de saúde com a comunicação humanística: (1) a perceção sobre o valor e a natureza destas competências; (2) o seu impacto concreto na prática clínica diária; e (3) as barreiras sistémicas que dificultam a sua implementação. Os resultados são apresentados de seguida, utilizando uma tabela-resumo para uma visão geral e aprofundando cada categoria com uma análise qualitativa dos discursos.

Quadro 2

Categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo.

Categoria Principal	Subcategoria de Análise	Frequência (N=12)
1. Perceções sobre as Competências Humanísticas	Valorização da empatia como ponte relacional	10
	Reconhecimento da escuta ativa como instrumento de diagnóstico	9
	Literacia relacional como adaptação comunicacional	8
2. Impacto na Prática Clínica	Facilitação e fortalecimento do vínculo terapêutico	11
	Promoção da adesão ao tratamento	9
	Melhoria da colaboração entre equipas	7
3. Barreiras à Implementação	Falta de tempo e excesso de tarefas burocráticas	8
	Fadiga emocional e burnout	7
	Ausência de formação estruturada em comunicação	6

Na *primeira categoria*, os resultados demonstram um consenso alargado sobre o valor intrínseco das *competências humanísticas*. A *empatia* foi a competência mais frequentemente mencionada (10/12), sendo descrita não apenas como um sentimento, mas como uma ferramenta ativa para a conexão e o cuidado. Como expressa um dos participantes, a ausência desta competência tem consequências diretas na experiência do utente:

“Sem empatia, o doente sente-se só, mesmo rodeado de cuidados.” (E1/M1)

De forma complementar, a *escuta ativa* foi reconhecida por 9 dos 12 profissionais como um “instrumento de diagnóstico e cuidado integral”. Esta perceção transcende a visão da escuta como uma mera passividade, atribuindo-lhe uma função diagnóstica que valoriza a comunicação não-verbal e as pistas implícitas. A citação seguinte ilustra esta visão sofisticada:

“O que o paciente não diz é tão importante quanto o que ele fala.” (E5/M2)

Finalmente, a *literacia relacional* foi identificada por 8 participantes como uma competência de adaptação crucial, sublinhando a necessidade de ajustar a comunicação ao perfil de cada utente para garantir a compreensão e a inclusão.

Na *segunda categoria*, segundo os participantes, estas competências têm impacto ou efeitos diretos e observáveis na *prática clínica*. O impacto mais consensual (11/12) foi a facilitação e o fortalecimento do vínculo terapêutico, considerado um resultado quase imediato de uma escuta genuína. “Quando o utente sente que o ouvimos, há confiança imediata”, afirmou um entrevistado (E1/P1), sublinhando a rapidez com que a aliança terapêutica pode ser estabelecida.

Este vínculo, por sua vez, parece ser um catalisador para a promoção da adesão ao tratamento (9/12). Os profissionais relatam que uma comunicação clara e empática aumenta a motivação do utente para seguir as indicações terapêuticas. Um terceiro impacto, mencionado por mais de metade da amostra (7/12), foi a melhoria da colaboração entre equipas, sugerindo que estas competências são transversais e beneficiam também o ambiente de trabalho interdisciplinar.

A *terceira categoria* revela a tensão central do estudo: apesar do seu reconhecido valor, a aplicação consistente das competências humanísticas é obstruída por *barreiras* significativas. A falta de tempo e o excesso de tarefas burocráticas foram a barreira mais citada (8/12), descrita como a principal limitação a uma escuta mais atenta e a uma interação mais humana.

Intimamente ligada à primeira, a fadiga emocional e o burnout (7/12) emergem como um obstáculo crítico que compromete a capacidade dos profissionais para uma presença empática. A citação abaixo é um testemunho poderoso do impacto do esgotamento na capacidade de comunicar:

“Sinto-me tão esgotada emocionalmente que, mesmo presente, não consigo escutar de forma genuína.” (P2/E5)

Por fim, a ausência de formação estruturada (6/12) foi apontada como uma falha fundamental do sistema educativo. Muitos profissionais relataram nunca ter tido treino formal em comunicação, uma lacuna que os deixa desprovidos de ferramentas para enfrentar a complexidade relacional da sua prática. “Aprendemos a tratar, mas ninguém nos ensinou verdadeiramente a comunicar” (M2/P1), resume esta falha formativa.

Em síntese, os resultados revelam uma profunda apreciação pelas competências humanísticas e pelo seu impacto positivo, mas, simultaneamente, expõem um ambiente de prática e uma estrutura de formação que ativamente dificultam a sua aplicação, criando uma dissonância significativa entre o ideal de cuidado e a realidade do trabalho.

Discussão

Os resultados deste estudo qualitativo evidenciam a centralidade das competências humanísticas na perceção de profissionais de saúde experientes. Ao mesmo tempo, revelam

uma dissonância marcante entre o reconhecimento teórico dessas competências e a sua aplicação prática no cotidiano clínico. Esta análise articula os achados com os principais modelos teóricos da comunicação em saúde e com a literatura científica mais recente.

A convergência entre percepção profissional e o paradigma da Comunicação Centrada na Pessoa (PCC)

Os participantes consideram a empatia, a escuta ativa e a literacia relacional como competências estruturantes da prática clínica, e não meros complementos. Tal percepção alinha-se diretamente com os princípios da Comunicação Centrada na Pessoa (PCC), onde a qualidade da relação terapêutica é reconhecida como determinante para os resultados em saúde (Epstein & Street, 2007; King & Hoppe, 2013; Wasim et al., 2023). Esta convergência é reforçada pelas falas dos participantes, que descrevem estas competências como “instrumentos de diagnóstico” e “pontes relacionais”.

Além do reconhecimento conceitual, os profissionais atribuem a estas competências efeitos práticos concretos: fortalecimento do vínculo terapêutico, aumento da adesão ao tratamento e melhoria da colaboração entre equipas. Estes impactos são amplamente documentados por estudos e meta-análises que relacionam a comunicação empática com melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos utentes (Elliott et al., 2018; Uitterhoeve et al., 2010).

As competências nucleares: empatia, escuta ativa e literacia relacional

A empatia é entendida para além da sua dimensão afetiva. Os profissionais reconhecem-na como uma competência complexa que envolve a tomada de perspetiva e a autorregulação emocional — aspetos descritos pela neurociência social (Decety et al., 2014; Decety, 2015). Essa regulação é crucial para evitar o distresse empático e o burnout, um problema referido com frequência nas entrevistas.

A escuta ativa, por sua vez, é valorizada como uma prática ativa e diagnóstica, e não como mera escuta passiva. Os participantes destacam a importância de captar tanto a comunicação verbal quanto as pistas não verbais — uma visão alinhada com modelos como o Calgary-Cambridge Guide (Kurtz et al., 1996). A escuta genuína é associada à criação imediata de confiança, sendo vista também como um facilitador da colaboração entre equipas.

Quanto à literacia relacional, os profissionais demonstram sensibilidade para a adaptação da linguagem ao contexto sociocultural do utente. Reconhecem que comunicar de forma eficaz exige ajustar vocabulário, estilo e abordagem ao perfil de cada pessoa — um entendimento que reforça a importância da competência cultural e da equidade comunicacional (Kodjo, 2009; Muscat et al., 2021; Park & Ahmed, 2023).

A lacuna entre o saber e o fazer

Apesar do consenso quanto ao valor das competências comunicacionais, os profissionais enfrentam obstáculos significativos à sua prática, sobretudo a pressão do tempo, a sobrecarga administrativa e a fadiga emocional. Estes fatores, descritos na literatura como barreiras sistémicas à comunicação humanística, contribuem para ambientes de trabalho que desvalorizam a dimensão relacional do cuidado (Bokhour et al., 2018; de Lima Garcia et al., 2019).

O burnout é destacado como uma consequência e, simultaneamente, uma causa da quebra na comunicação empática. A despersonalização, um dos seus componentes,

compromete a conexão com o utente e prejudica a qualidade do cuidado (American Medical Association, 2019).

Acresce ainda uma falha crítica na formação inicial e contínua dos profissionais. A ausência de treino estruturado e longitudinal em competências comunicacionais — frequentemente relegadas a segundo plano nos currículos — é apontada como um fator limitador. A percepção de que “aprendemos a tratar, mas não a comunicar” expressa uma lacuna persistente entre o conhecimento técnico e as habilidades relacionais (Hojat et al., 2020; Meisenberg, 2025). A integração de metodologias como os Grupos Balint (Yazdankhahfard et al., 2019) ou o modelo COMCARE (Sundler et al., 2025) é sugerida como estratégia eficaz para colmatar esse vazio.

Limitações do estudo e implicações para a prática, formação e investigação

Embora o estudo forneça insights relevantes, a sua natureza qualitativa e a amostra reduzida e localizada limitam a generalização dos resultados. A possibilidade de viés de desejabilidade social e o caráter transversal da recolha de dados são também limitações reconhecidas.

Apesar disso, destacam-se importantes implicações:

Prática Clínica e Gestão – É essencial que as instituições de saúde criem condições organizacionais que permitam uma comunicação centrada na pessoa. Isso inclui tempo protegido, simplificação de processos burocráticos e espaços de suporte reflexivo (Hower et al., 2019).

Formação – A comunicação deve ser uma competência transversal, ensinada e avaliada ao longo de todo o percurso formativo. Estratégias pedagógicas como simulação, role-playing e supervisão clínica são fundamentais para desenvolver essas capacidades (Keshtkar et al., 2024).

Investigação – Há espaço para estudos quantitativos que explorem a relação entre burnout e competências comunicacionais em diferentes contextos. Investigações-ação poderão testar intervenções formativas e organizacionais com impacto prático.

Em síntese, este estudo reforça que a comunicação humanística é amplamente valorizada pelos profissionais de saúde, mas permanece subaproveitada devido a barreiras institucionais e formativas. A vontade de comunicar melhor existe — falta que os sistemas de saúde ofereçam as condições para que esta intenção se traduza em práticas sustentáveis e centradas na pessoa.

Conclusão

Este estudo permite concluir que as competências humanísticas de comunicação — nomeadamente a escuta ativa, a empatia e a literacia relacional — são reconhecidas pelos profissionais de saúde como elementos centrais e indispensáveis a uma prática clínica de elevada qualidade. Mais do que meras ferramentas, são vistas como a base para a construção de uma relação terapêutica eficaz e segura.

A principal contribuição desta investigação, no entanto, não reside na confirmação deste valor, mas na exposição da profunda dissonância entre o ideal de cuidado e a realidade da prática. A conclusão central é a identificação de uma significativa lacuna entre o saber e o fazer (knowing-doing gap), onde a vontade e a consciência dos profissionais colidem frontalmente com barreiras sistémicas. Estas barreiras, de natureza formativa, organizacional e individual, criam um ambiente de trabalho que frequentemente impede os profissionais de aplicarem aquilo que sabem ser eticamente correto e clinicamente eficaz.

Em suma, este estudo reforça uma verdade central: investir na comunicação humanística não é um luxo, mas uma condição indispensável para a segurança, a qualidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Não se trata de pedir aos profissionais que façam mais com menos, mas de criar as condições para que possam fazer melhor aquilo que já

sabem ser essencial: cuidar da pessoa na sua totalidade. A comunicação não é um ato periférico ao cuidado; ela é o próprio cuidado.

Declaração de conflito de interesses

O/s autore/s declara/m que não há conflito de interesses.

Referências bibliográficas

- American Medical Association. (2019, 30 de outubro). How burnout can hinder patient-physician communication. AMA. <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/how-burnout-can-hinder-patient-physician-communication>
- Araújo, T., & Ferreira, M. (2020). *Empatia em Enfermagem: Uma Abordagem Centrada na Pessoa*. Saúde Viva. ISBN: 978-989-8769-25-8
- Armstrong, M. J., et al. (2021). Strategies to Improve Clinician-Patient Communication to Enhance Health Outcomes. *PMC*. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01101-7>
- Baptista, G. (2025). *Além das Palavras - A comunicação integral na relação Enfermeiro, Doente e Família*. Atlantic Books. ISBN: 978-989-754-321-5
- Batista, L., & Cunha, D. (2021). *Escuta Ativa e Relação Terapêutica: Princípios e Práticas*. Nórdica Editora. ISBN: 978-989-8769-45-6
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (4.ª ed.). Edições 70. ISBN: 978-972-44-1747-1
- Bokhour, B. G., et al. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Costa, V., & Lima, S. (2020). *Educar para a Humanização: Comunicação nos Cursos de Saúde*. Ed. Humanitas. ISBN: 978-989-8769-32-6
- de Lima Garcia, C., et al. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nursing Administration*, 49(10), 453-461. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000798>
- Decety, J. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Elliott, R., et al. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute. <https://doi.org/10.1037/e534572007-001>
- Gomes, H. (2021). *Formação em Saúde: Comunicação como Competência Transversal*. Saber Acadêmico. ISBN: 978-989-8769-38-8
- Hojat, M., et al. (2020). Does Empathy Decline in the Clinical Phase of Medical Education? A Nationwide, Multi-Institutional, and Longitudinal Study of Students in Iran. *Academic Medicine*, 95(6), 923-931. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003266>
- Hower, K. I., et al. (2019). Implementation of patient-centred care: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1229-1241. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.024>
- Howgego, I. M., et al. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x>
- Jin, R., et al. (2025). The mediating effect of empathy in the relationship between humanistic practice competence and caring ability among newly employed nurses. *Nurse Education in Practice*, 82, 103758. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103758>
- Keshtkar, L., et al. (2024). Does empathy decline in the clinical phase of medical education? A systematic review and meta-analysis. *Medical Teacher*, 46(1), 54-64. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2252097>

- King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
- Kodjo, C. (2009). Cultural competence in clinician communication. *Pediatrics in Review*, 30(2), 57-64. <https://doi.org/10.1542/pir.30-2-57>
- Kurtz, S. M., et al. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: A tool for assessing clinical communication. *Education for Health*, 9(2), 163-173. <https://doi.org/10.1080/13576280600788302>
- Létourneau, D., et al. (2021). Humanistic caring, a nursing competency: modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 592-603. <https://doi.org/10.1111/scs.12876>
- Lima, R., Oliveira, T., & Carvalho, A. (2023). Empatia e escuta ativa em contextos de saúde: desafios e práticas contemporâneas. *Revista Brasileira de Comunicação em Saúde*, 15(2), 45-60. <https://doi.org/10.9789/rbcs.2023.15.2.45-60>
- Lown, B. A. (2016). A social neuroscience-informed model for teaching and practising compassion in health care. *Medical Education*, 50(3), 332-342. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- Malta, M., & Carmo, E. D. (2020). A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas de Ciências da Saúde*, 8(3), 1-14.
- Martins, F., Duarte, L., & Nogueira, P. (2022). Comunicação centrada na pessoa: efeitos sobre a relação terapêutica e a satisfação profissional. *Saúde em Foco*, 18(1), 20-33.
- McCormack, L., et al. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: a social ecological approach. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.008>
- Meisenberg, B. R. (2025). Empathy Decline During Medical Training: Insights from a Literary Vignette. *Journal of General Internal Medicine*, 40(1), 205-206. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09567-7>
- Muscat, D. M., et al. (2021). Health literacy and shared decision-making: exploring the relationship to enable meaningful patient engagement in healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 36(1), 139-142. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05912-0>
- Oliveira, F., Martins, C., & Ribeiro, A. (2023). *Literacia Relacional em Saúde: Comunicação com Utentes e Famílias*. Edições Clínicas. ISBN: 978-989-8769-41-8
- Park, S., & Ahmed, R. (2023). Communication dimensions of healthcare engagement and patient health literacy for immigrant populations: a systematic review. *Health Communication*, 38(12), 2465-2475. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.2010328>
- Passos, B., et al. (2025). O impacto da escuta ativa e do manejo da dor na assistência de enfermagem: abordagem humanizada e desafios profissionais. *Revista Multidisciplinar*, 3(1), 1-15.
- Ramos, A., & Silva, E. (2022). *Comunicação Humanizada: Práticas em Saúde Hospitalar*. Contexto. ISBN: 978-989-8769-39-5
- Silva, M., & Torres, D. (2024). Competências comunicacionais na formação em enfermagem: uma abordagem humanista. *Revista Lusófona de Ciências da Saúde*, 22(1), 101-117. <https://doi.org/10.1016/j.lschs.2024.01.001>
- Sundler, A. J., et al. (2025). The COMCARE Framework for Person-Centred Communication—A Practical Caring Framework. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(3), e70074. <https://doi.org/10.1111/scs.13274>
- Uitterhoeve, R. J., et al. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 442-457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01197.x>
- Wasim, A., et al. (2023). Patient-centered care frameworks, models and approaches: a scoping review. *Patient Experience Journal*, 10(1), 18-34. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1629>
- Yazdankhahfard, M., et al. (2019). The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 124. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_64_19