



Comunicação assistencial na relação médico-paciente em casos de doenças silenciosas

Assistive communication in the doctor–patient relationship in cases of silent diseases

Maura Delfina Faria Henriques Sauongo¹, Cireneu de Jesus André Francisco²

¹Global Health Supply Chain - Procurement and Supply Management, Cuanza Norte, Angola.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2007-5586>

²Hospital Geral do Cuanza Norte Mário Pinto de Andrade, Ndalatando – Cuanza Norte, Angola.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9567-2944>

Autor Correspondente:

Cireneu de Jesus André Francisco

Bairro Tala–Hady, Ndalatando, Cuanza Norte, Angola. E-mail: cireneucaf@gmail.com

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem exploratória-descritiva, analisa o impacto da comunicação assistencial na humanização da relação médico-paciente em casos de doenças silenciosas, com destaque para o Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto”, em Angola. **Objetivo:** O principal objetivo é analisar o impacto da comunicação assistencial na humanização da relação médico-paciente em casos de doenças silenciosas. **Metodologia:** Utilizou entrevistas semiestruturadas aplicadas a médicos e pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Resultados e Discussão:** A pesquisa revelou que a qualidade da comunicação influencia significativamente a confiança, a aceitação do diagnóstico e a adesão terapêutica. Observou-se que a escuta ativa, a empatia e a clareza linguística fortalecem o vínculo terapêutico, enquanto barreiras como linguagem técnica excessiva, tempo limitado de consulta e baixa literacia em saúde reduzem a eficácia da comunicação. **Conclusão:** Conclui-se que a comunicação assistencial é uma ferramenta terapêutica essencial para a humanização do cuidado e a eficácia do sistema de saúde angolano, exigindo políticas públicas e formação médica orientadas para competências comunicacionais e sensibilidades linguísticas e cultural.

ABSTRACT

Introduction: This qualitative research, with an exploratory-descriptive approach, analyzes the impact of assistive communication on the humanization of the doctor-patient relationship in cases of silent diseases, with emphasis on the “Dr. António Agostinho Neto” Cuanza-Norte Provincial Hospital, in Angola. **Objective:** The main objective is to analyze the impact of assistive communication on the humanization of the doctor-patient relationship in cases of silent diseases. **Methodology:** Semi-structured interviews were conducted with doctors and patients suffering from chronic non-communicable diseases, such as arterial hypertension and diabetes mellitus. **Results and Discussion:** The research revealed that the quality of communication significantly influences trust, acceptance of diagnosis, and therapeutic adherence. Active listening, empathy, and linguistic clarity were observed to strengthen the therapeutic bond, while barriers such as excessive technical language, limited consultation time, and low health literacy reduce the effectiveness

HISTÓRIA DO ARTIGO

Received 13 December 2025

Accepted 18 January 2026

PALAVRAS CHAVE

Comunicação assistencial; humanização do cuidado; relação médico-paciente; doenças silenciosas; literacia em saúde.

KEYWORDS

Assistive communication; humanization of care; doctor-patient relationship; silent diseases; health literacy.

of communication. **Conclusion:** It is concluded that assistive communication is an essential therapeutic tool for the humanization of care and the effectiveness of the Angolan health system, requiring public policies and medical training focused on communicative competencies and linguistic and cultural sensitivity.

INTRODUÇÃO

As doenças não transmissíveis (DNT), particularmente as denominadas “doenças silenciosas”, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, representam um dos maiores desafios de saúde pública contemporânea. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), estas doenças são responsáveis por mais de 70% das mortes globais e constituem uma das principais causas de incapacidade precoce, sobretudo em países de baixa e média renda (1). Em Angola, o aumento da urbanização, os estilos de vida sedentários e a alimentação inadequada têm contribuído em grande escala para o crescimento da prevalência dessas patologias.

O termo “doenças silenciosas” aparece nesta pesquisa para referir-se ao carácter assintomático destas enfermidades nas suas fases iniciais, o que dificulta o diagnóstico precoce e a adesão aos cuidados preventivos. Esta característica impõe ao médico a necessidade de uma comunicação sensível e contínua, centrada na escuta e na explicação acessível dos riscos e tratamentos. Por ser assim, vale dizer que nesse contexto, a comunicação assistencial assume um papel determinante, sendo entendida como o conjunto de interações comunicacionais no processo de cuidado que visam à compreensão, confiança e adesão do paciente aos cuidados e/ou tratamento (2).

Alguns estudos internacionais dos quais nos apegamos para fundamentar a nossa pesquisa, demonstram que a comunicação médico-paciente eficaz está associada à melhoria dos desfechos clínicos, aumento da satisfação do paciente e à redução dos erros médicos-terapêuticos (3,4). Em contrapartida, as falhas comunicacionais contribuem para desconfiança, abandono do tratamento e resistência às recomendações médicas (5). Para a realidade africana, certos estudos ressaltam desafios adicionais, como barreiras linguísticas, desigualdades sociais e baixa literacia em saúde, que reduzem a eficácia do diálogo clínico (6,7).

Em Angola, é importante reconhecer que o sistema de saúde enfrenta limitações do âmbito estrutural e muita carência de formação em competências comunicacionais. Isso reforça a importância de compreender de que modo a comunicação assistencial influencia a humanização do cuidado e a adesão ao tratamento em doenças silenciosas. Assim sendo, este artigo busca responder à seguinte questão: qual é o impacto da comunicação assistencial na humanização da relação médico-paciente em casos de doenças silenciosas no Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto”?

MÉTODOS

O estudo seguiu uma abordagem qualitativa, com carácter exploratório-descritivo. Essa metodologia permitiu compreender as percepções, atitudes e práticas comunicacionais entre médicos e pacientes, sem reduzir os fenómenos a dados numéricos, valorizando as experiências subjetivas dos participantes.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto”, uma unidade de referência na região norte de Angola que oferece serviços de medicina interna,

pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, ortopedia, laboratório de análises clínicas, radiologia e serviços de urgência. O hospital em referência serve uma população heterogênea, ou seja, a população que acorre aos seus serviços é tanto urbana quanto rural, o que o torna bastante representativo para acolher vários tipos de estudos. Por esta razão, acreditamos que o nosso estudo sobre práticas comunicacionais em saúde foi desenvolvido num local com todas as ferramentas necessárias para que se tornasse viável e apresentasse resultados úteis para o engrandecimento e melhoria da atuação dos profissionais de saúde, com destaque para os médicos, que são os profissionais que prescrevem e orientam em primeira mão os pacientes que vão a procura de soluções nas instituições hospitalares.

População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída exclusivamente por médicos que atuam no Hospital Provincial do Cuanza Norte “Dr. António Agostinho Neto” e pacientes diagnosticados com doenças silenciosas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) atendidos na referida instituição. A amostragem foi não probabilística por conveniência, que foi feita por meio de uma seleção de pacientes/participantes que se encontravam disponíveis e dispostos a contribuir para a pesquisa num momento em que se encontravam no hospital, uns esperando para serem atendidos, e outros depois de já terem sido atendidos. Foram entrevistados 8 médicos e 15 pacientes, totalizando 23 assim participantes.

Instrumentos de Recolha de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. A mesma foi aplicada individualmente, com perguntas abertas que abordaram percepções sobre a comunicação médico-paciente, compreensão das orientações médicas, barreiras comunicacionais e o impacto emocional do diagnóstico informado.

Tratamento e Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas por meio do software MAXQDA, utilizando análise de conteúdo temática. As categorias emergentes estavam relacionadas aos seguintes tópicos temáticos:

- (a) Qualidade da comunicação;
- (b) Escuta ativa e empatia;
- (c) Confiança e adesão terapêutica;
- (d) Barreiras comunicacionais;
- (e) Humanização e satisfação do paciente.

Aspectos Éticos

A presente pesquisa envolveu seres humanos e foi conduzido de acordo com os princípios éticos vigentes em Angola. Para tal, antes mesmo da realização da pesquisa, foi enviado um protocolo de solicitação da realização da pesquisa à Direção Geral do Hospital, que depois da sua apreciação teve a aceitação por meio da **Referência nº 117/GPCN/HP-DR.A.A.N/02.10.2025**, pelo que de seguida começou-se com a realização do estudo. Vale realçar que todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando voluntariamente em participar.

RESULTADOS

Os resultados revelaram que a comunicação assistencial exerce influência direta sobre o comportamento terapêutico e a satisfação do paciente. A seguir, para melhor compreensão do que estamos falando, apresentam-se as principais categorias temáticas identificadas.

Resultado das Entrevistas Realizadas com os Médicos

As entrevistas com os médicos do Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto” revelaram percepções convergentes quanto à importância da comunicação assistencial no manejo de doenças silenciosas, embora tenham surgido diferentes níveis de ênfase nos desafios e estratégias utilizadas. Abaixo, apresentam-se os resultados de forma descritiva, segundo cada médico participante.

A entrevista foi aberta com a primeira pergunta: 1. Como o(a) senhor(a) avalia a importância da comunicação assistencial no atendimento a pacientes com doenças silenciosas (como hipertensão, diabetes, câncer, etc.) neste hospital?

Para esta pergunta, os médicos responderam de acordo com as suas experiências, da seguinte forma:

Médico 1: “A comunicação é essencial. Muitos pacientes chegam assustados e com pouca informação sobre a doença. Quando o médico explica de forma clara e empática, o paciente sente-se mais seguro e comprometido com o tratamento. No caso das doenças silenciosas, a conversa ajuda o doente a compreender que, mesmo sem sintomas, a adesão é fundamental”.

Médico 2: “A comunicação é importante, mas pela correria que vivemos, levamos em conta o essencial que é o diagnóstico e o tratamento correto. No nosso hospital, a prioridade é estabilizar o paciente e garantir que receba os medicamentos necessários. A conversa ajuda, mas o tempo e a carga de trabalho muitas vezes não permitem longas explicações”.

Médico 4: “Faço uma avaliação positiva, mas reconheço que precisamos melhorar muito no que se refere a comunicação assistencial cá no nosso hospital, tanto para os médicos quanto para os pacientes, mas de forma mais específica para os pacientes pelo fato do pouco nível de escolaridade de alguns, uma vez que a capacidade de interpretação e aceitação das informações referentes ao seu estado de saúde depende muitas vezes do mesmo. Quando o médico não comunica bem, o paciente também não compreende bem a informação, e consequentemente não adere ao tratamento e isso pode agravar o seu estado clínico”.

Quanto a segunda questão que foi a seguinte: 2. Quais são as estratégias de comunicação que o(a) senhor(a) utiliza para garantir que o paciente compreenda o seu diagnóstico e siga corretamente o tratamento prescrito?

Os médicos responderam assim:

Médico 3: “Procuro usar linguagem simples, sem termos técnicos. Mostro exemplos práticos, tento comparar a hipertensão a um “inimigo silencioso” e verifico se o paciente realmente entendeu, pedindo que repita o que vai fazer em casa. Sempre incentivo perguntas e tento adaptar as orientações à realidade de cada um”.

Médico 5: Estratégia para mim se resume na base do diálogo, partindo por uma avaliação diagnóstica para perceber em primeira instância sobre a questão educacional do paciente (nível de escolaridade ou intelectualidade). Se tiver condições aceitáveis neste quesito, passo a esclarecê-lo desde as formas de prevenção, métodos de tratamento e parte por um diálogo inclusivo. Por outra, procuro sensibilizar o paciente e os seus acompanhantes (familiares ou outras pessoas com quem vive).

Médico 7: “Normalmente explico o essencial: o nome da doença, o tratamento e os cuidados essenciais. Entrego as receitas e oriento sobre o retorno. Quando o paciente demonstra interesse, explico mais detalhes, mas procuro ser objetivo para atender mais pacientes, por conta do fluxo”.

A terceira pergunta foi a seguinte: 3. Na sua experiência, quais são os principais desafios encontrados na comunicação com pacientes portadores de doenças silenciosas?

Para esta questão, os médicos todos responderam, baseando-se na sua experiência de trabalho. Por assim dizer, boa parte deles respondeu que o analfabetismo é dos maiores desafios com que se deparam no processo de comunicação médico-paciente, o que se pode confirmar nos relatos a seguir:

Médico 8: “O nível de analfabetismo é o maior desafio para que a comunicação seja efetiva. Muitos pacientes encontram-se leigos a qualquer informação que passamos. E a falta de apoio familiar. Alguns pacientes chegam a ser abandonados. A continuidade do tratamento depende também do seu agregado ou dos que o rodeiam, e quando o nível de escolaridade destes também é precário, não se constata nenhuma facilidade para a adesão ao tratamento”.

Médico 6: “O maior desafio é o baixo nível de escolaridade e a crença de que, se não há dor, não há doença. Muitos abandonam o tratamento quando começam a sentir-se melhor. Outro desafio é o tempo limitado nas consultas, que às vezes impede uma conversa mais profunda”.

Médico 1: “A falta de compreensão dos pacientes é um desafio grande. Muitos não seguem as orientações e não retornam nas datas marcadas. Outro problema é a desconfiança em relação aos medicamentos, principalmente os de uso contínuo”.

A quarta pergunta: 4. De que forma o senhor(a) percebe que a qualidade da comunicação influencia a adesão ao tratamento e a relação de confiança entre médico e paciente?

Esta pergunta foi respondida da seguinte forma:

Médico 3: “A comunicação é a chave para toda boa relação. Tendo boa comunicação, o paciente se sente confiante e isso é o passo principal para a adesão ao tratamento. Quando o paciente percebe que não há barreiras entre ele e o médico, o paciente apresenta uma facilidade em aderir aos métodos de tratamento e isso acaba mostrando melhoria para o seu estado clínico”.

Médico 5: “A comunicação é a base da confiança. Quando o paciente sente que o médico o escuta e se importa, ele segue melhor as orientações. Já percebi que, quando me esforço para explicar com calma, os resultados clínicos costumam ser melhores”.

Médico 2: “A comunicação influencia sim, mas não é o único fator. Mesmo quando explicamos bem, há pacientes que não cumprem o tratamento por questões culturais, financeiras ou falta de disciplina. A comunicação ajuda, mas não resolve tudo”.

Já a quinta que por sinal foi a última pergunta, buscou-se saber o seguinte: 5. Que melhorias ou recursos considera necessários para fortalecer a comunicação assistencial entre médicos e pacientes neste contexto hospitalar?

Os médicos responderam o seguinte:

Médico 8: “Uma das ferramentas que proporcionaria a melhoria, seria a propagação de palestras (visando esclarecer a comunicação quanto aos assuntos ligados à doenças silenciosas). Fazendo com que a população tenha noção sobre casos diversos e não chegasse às unidades sanitárias totalmente surpresos e alheios aos possíveis métodos a aderir para o tratamento de seu possível diagnóstico”.

Médico 3: “Precisamos de mais tempo por consulta e de materiais educativos (cartazes, folhetos, vídeos) que facilitem a explicação. Também seria útil realizar formações periódicas sobre comunicação humanizada para toda a equipa de saúde”.

Médico 5: “Seria importante ter mais apoio da área de enfermagem e de psicologia, para reforçar as orientações fora da consulta médica. Também precisávamos de campanhas educativas contínuas sobre hipertensão e diabetes, para reduzir a sobrecarga das consultas”.

Resultado das Entrevistas Realizadas com os Pacientes

Diferente das entrevistas dos médicos que convergiam em muitos casos, as entrevistas realizadas com os pacientes diagnosticados com doenças silenciosas revelaram percepções variadas quanto à qualidade da comunicação assistencial e à relação estabelecida com os médicos. Passamos de seguida a apresentá-las:

A primeira pergunta: 1. Como foi a sua primeira conversa com o médico depois que descobriu a sua doença?

Para a primeira pergunta os pacientes responderam da seguinte forma:

Paciente 1: *“A minha conversa com o médico depois de receber a informação da doença, graças a Deus foi boa, fui bem atendida por ele. O médico teve uma boa forma de transmitir as informações. Me informou de forma motivadora. Como se diz, cada ser humano é um ser humano”.*

Paciente 10: *“A primeira conversa foi um pouco difícil, porque eu estava muito nervoso e assustado. Mas o médico falou comigo com calma, explicou o que eu tinha e disse que com o tratamento eu podia melhorar. Isso me deixou um pouco mais tranquilo”.*

Paciente 6: *“Na minha primeira conversa com o médico me senti muito mal. Ele gritou comigo e estava a me acusar que se estava doente era por minha negligência. Ele foi arrogante, e notei isso porque já não queria atender ninguém”.*

Na segunda pergunta buscou-se saber o seguinte: 2. O (a) senhor(a) conseguiu entender bem as explicações que o médico deu sobre o seu problema de saúde?

Em resposta disseram:

Paciente 13: *“A minha conversa com o médico depois de receber a informação da doença, graças a Deus foi boa, fui bem atendida por ele. O médico teve uma boa forma de transmitir as informações. Me informou de forma motivadora, e percebi bem o que tinha de fazer daí em diante”.*

Paciente 3: *“Sim consegui entender. Mas por vezes é mesmo exagero nosso, porque eles na vez passada me pediram a parar de beber e fumar, mas não cumpri. Mas desta vez vamos cumprir já a 100%”.*

Paciente 9: *“Entendi mais ou menos. O médico explicou, mas usou alguns termos difíceis. Depois, ele repetiu de um jeito mais simples e eu consegui compreender melhor”.*

A terceira pergunta: 3. O médico escutou com atenção e mostrou cuidado com o que o(a) senhor(a) sentia durante a consulta?

Os participantes responderam assim:

Paciente 6: *“Eu não vi ele me escutando. Como já disse, me dizia que fui o culpado de estar doente por estar sempre a trabalhar forçadamente na lavra, e não cuidar da minha doença. Então ela não me ouviu com atenção”.*

Paciente 4: *“Sim, ele ouviu o que disse com atenção. Perguntou várias vezes como eu estava a sentir e se tinha dores. Achei que ele se preocupou de verdade”.*

Paciente 14: *“Não notei tanto que ele me ouvia com atenção porque enquanto falava ele mexia no telefone, e eu mesmo percebia que não estava me dar atenção”.*

Para a quarta pergunta: 4. O(a) senhor(a) se sente à vontade para fazer perguntas ou tirar dúvidas com o médico?

Responderam da seguinte maneira:

Médico 11: “No começo não, porque a gente às vezes tem vergonha ou medo de incomodar. Mas depois quando percebo que ele mostra paciência, então começo a perguntar mais e a tirar as minhas dúvidas”.

Paciente 12: “Me sinto à vontade. Sempre me senti, porque não tenho problemas de desenvolver um ambiente de conversa saudável. A forma como falo e abordo o médico, leva-lhe a prestar atenção no que falo, e desta forma coloco as perguntas que me inquietam”.

Paciente 7: “Não me sinto bem. Muitas vezes oculto o que podia perguntar quando noto que o médico está apressado. Por esta razão só venho aqui quando sinto uma dor e já não tenho mais valores para recorrer num centro privado”.

Para a quinta pergunta: 5. O que o(a) senhor(a) acha que poderia ser melhorado na forma com o médico conversa com os pacientes? Todos os pacientes entrevistados foram uníssonos ao responderem o seguinte:

Paciente 5: “Acho que todo o médico podia ter mais tempo para conversar. Às vezes a consulta é muito rápida, e a pessoa sai com dúvidas. Também podia usar palavras mais fáceis, porque nem todo mundo entende termos médicos”.

Paciente 6: “Para mim o médico tinha de ter também formação sobre comunicação assistencial, e principalmente comportamental, de modos a saber se comportar diante dos seus pacientes. Não é bom que um médico invente estórias que não são verdade sobre a vida do paciente, tal como aconteceu comigo. Então, com estas formações, estariam bem mais habilitados em lidar com os pacientes. Maior parte dos médicos que já consultei aqui no hospital provincial não sabem ouvir e não têm muito tempo para os pacientes”.

Paciente 9: “O médico devia conversar mais com os seus pacientes. Perguntar como ele está e saber escutar com calma. Às vezes ele só olha no papel e escreve, não olha pra nem sequer para o rosto do paciente. Eu acho que se todo o médico falasse mais com o doente, a ele saia da sala bem mais seguro e esperançoso”.

Paciente 2: “Na minha percepção, seria importante que o médico aprimorasse a comunicação interpessoal com os pacientes, adotando uma postura mais empática. Muitos profissionais ainda usam uma linguagem excessivamente técnica, o que dificulta a compreensão por parte do doente. Acredito que a humanização da consulta, por meio da escuta ativa, do esclarecimento cuidadoso das dúvidas e do uso de uma linguagem local, contribuiria significativamente para fortalecer a relação médico-paciente e melhorar a adesão ao tratamento”.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa revelam que a comunicação assistencial é um dos pilares determinantes na qualidade da relação médico-paciente, sobretudo em situações voltadas à doenças silenciosas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Esta investigação que foi conduzida no Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto” demonstrou que tanto os médicos quanto os pacientes reconhecem o papel central da comunicação no processo de cuidado em saúde, mas identificam algumas barreiras do fórum linguístico e socioculturais que comprometem a efetividade desse diálogo.

Essas constatações confirmam o que Street et al. (2009) já defendiam ao afirmar que a comunicação terapêutica é um mecanismo mediador entre os comportamentos do profissional de saúde e os desfechos clínicos do paciente, influenciando diretamente a confiança, o alívio da ansiedade e a adesão ao tratamento (8). Da mesma forma, Ameworwor ER et al. (2024) observaram que o grau de satisfação dos doentes hospitalizados está intimamente relacionado à clareza e empatia da comunicação médica, especialmente quando se trata de um diagnóstico de longo prazo (9).

A partir das entrevistas realizadas com os médicos, observou-se um consenso sobre a importância da comunicação empática e acessível para uma boa relação entre médico e paciente e vice-versa. Contudo, a sobrecarga de atendimentos e sobretudo a falta de tempo foram amplamente relatadas como entraves à comunicação efetiva. Esses achados encontram respaldo científicos em Malikhao P (2020), que argumentam que a qualidade da comunicação clínica é muitas vezes comprometida por fatores organizacionais, levando os profissionais a priorizar o diagnóstico e o tratamento em detrimento da escuta ativa (10). Tal realidade é ainda mais evidente em países de baixa e média renda, onde os serviços públicos de saúde enfrentam desigualdades regionais e alta demanda no acesso dos pacientes, como é o caso de Angola.

Por outro lado, os pacientes expressaram percepções distintas: alguns relataram experiências positivas, sentindo-se acolhidos e compreendidos; outros, entretanto, revelaram sentimentos de incompreensão e insegurança, especialmente quando os médicos usaram terminologia técnica que só quem se formou em ciências médicas dominaria. Essas divergências reforçam o argumento de Ameworwor et al. (2024), segundo o qual a efetividade da comunicação clínica depende não apenas da competência verbal do profissional, mas também da sua capacidade de adaptar a linguagem ao nível de literacia em saúde do paciente (9). Em ambientes como o da realidade de certas regiões de Angolana, onde grande parte da população apresenta baixo nível educacional, a comunicação acessível torna-se uma exigência ética e funcional na qual todo o profissional da saúde devia se rever.

De acordo com Gaiola Mingote et al. (2023), os pacientes com doenças silenciosas, como a hipertensão, frequentemente enfrentam dificuldades para compreender o carácter assintomático da doença e a necessidade de adesão contínua ao tratamento (11). Os resultados deste estudo corroboram com essa constatação, uma vez que vários entrevistados demonstraram não compreender plenamente a gravidade de suas condições de saúde, apesar de terem recebido informações médicas. Isso confirma a presença de um hiato entre comunicação informativa e comunicação compreensiva, o que demanda estratégias educativas contínuas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) também destaca que uma comunicação inadequada compromete o cuidado centrado na pessoa e agrava a desigualdade no acesso à saúde (1). Esse alerta é particularmente relevante em Angola, onde a formação médica historicamente privilegia exclusivamente o conhecimento técnico e deixa as competências comunicacionais e humanísticas à sorte do formando ou ao Deus dará.

Para o contexto africano, um estudo feito por Taylor, A., Kazembe, P. (2024) observou que a escuta ativa e o uso de linguagem culturalmente sensível são práticas ainda subvalorizadas nos serviços hospitalares, mas constituem fatores críticos para a construção da confiança terapêutica (12). No presente estudo, os médicos reconheceram essas limitações, sugerindo a implementação de palestras e atividades educativas tanto para pacientes quanto para profissionais, o que evidencia uma consciência reflexiva sobre a importância do diálogo no processo médico-assistencial.

Outrossim, a humanização do atendimento emergiu como um elemento transversal em todos os relatos. A empatia, o acolhimento e a disponibilidade para escutar o paciente foram apontados como práticas que fortalecem o vínculo e estimulam a adesão ao tratamento. Esses achados estão em consonância com o modelo de comunicação centrada no paciente, proposto por Epstein e Street (2011), que defende a valorização da subjetividade e da autonomia do doente como parte integrante do processo terapêutico (13). No entanto, a pesquisa também evidencia que os profissionais de saúde necessitam de formação contínua em comunicação clínica e assistencial, o que reforça a análise de Kourkouta e Papathanasiou (2014), para quem a comunicação em saúde deve ser entendida como uma competência técnica que exige atualização e prática constante (14). Essa necessidade é ainda mais urgente em ambientes hospitalares públicos, onde as condições de trabalho, o volume de

atendimentos e a escassez de recursos muitas vezes dificultam o exercício da escuta empática e individualizada.

Outro aspecto revelado nos resultados foi a influência da comunicação sobre a confiança do paciente. Quando o diálogo é claro e empático, o paciente tende a confiar mais nas orientações médicas e aderir melhor ao tratamento. Essa relação de confiança é apontada por Fong Ha e Longnecker. (2010) como o alicerce da eficácia clínica, pois promove cooperação, reduz conflitos e favorece o compartilhamento de decisões (15). Só para que se reconheça o que se acabou por dizer acima, no presente estudo, os pacientes que relataram experiências positivas de comunicação foram também os que manifestaram maior motivação para seguir o tratamento.

Os resultados também convergem com a literatura sobre barreiras culturais e linguísticas. Em comunidades onde predominam línguas locais e baixos níveis de alfabetização, o uso de terminologias técnicas pode ser percebido como distante ou autoritário, dificultando a adesão ao tratamento. Esse fenômeno foi amplamente discutido por Al Shamsi et al. (2020), que demonstraram que barreiras linguísticas reduzem a compreensão, aumentam a ansiedade e prejudicam a continuidade do cuidado (16). Entretanto, por isso traduzir-se numa realidade, a necessidade de estratégias de comunicação intercultural e de mediação linguística torna-se um imperativo ético para os sistemas de saúde em países multilíngues.

De modo geral, os resultados desta pesquisa reforçam que a comunicação assistencial não é um ato meramente informativo, mas uma prática relacional e terapêutica, que requer sensibilidade, tempo e treinamento. Em situações parecidas ao do Hospital Provincial do Cuanza-Norte, local onde se desenvolveu este estudo, os desafios de estrutura, sobrecarga e literacia em saúde exigem soluções integradas que vão desde a capacitação profissional e a educação em saúde comunitária. Na verdade, a comunicação, quando bem conduzida, tem potencial não apenas para melhorar a adesão ao tratamento, mas também para promover o empoderamento do paciente, reduzir o estigma e humanizar o serviço hospitalar. A consolidação de práticas comunicativas eficazes, empáticas e culturalmente adaptadas é, portanto, uma das chaves para o fortalecimento da relação médico-paciente e para a melhoria dos indicadores de saúde em Angola.

CONCLUSÃO

O estudo que agora se encerra procurou compreender o impacto da comunicação assistencial na relação médico-paciente em casos de doenças silenciosas no Hospital Provincial do Cuanza-Norte “Dr. António Agostinho Neto”. A pesquisa partiu do reconhecimento de que a comunicação é um elemento estruturante do cuidado em saúde e de que, em contextos marcados por limitações estruturais e socioculturais, como o angolano, a forma como certos médicos e pacientes se comunicam pode determinar o sucesso ou o fracasso do tratamento.

Os resultados obtidos demonstraram que a comunicação assistencial exerce um papel determinante na construção da confiança, na aceitação do diagnóstico e na adesão ao tratamento. Verificou-se que a qualidade do diálogo entre médico e paciente vai muito além da transmissão de informações clínicas. Ela envolve empatia, escuta ativa, respeito e capacidade de traduzir o conhecimento técnico numa linguagem acessível. Quando esses elementos estão presentes, o paciente sente-se compreendido, valorizado e encorajado a participar ativamente do seu próprio cuidado. Em contrapartida, algumas falhas comunicacionais, como o uso de termos técnicos e científicos, falta de tempo para explicações e ausência de acompanhamento, geram desconfiança, insegurança e resistência, comprometendo a eficácia terapêutica.

A pesquisa também evidenciou que, no caso das doenças silenciosas como a hipertensão e a diabetes mellitus, o desafio comunicacional é ainda mais expressivo. A ausência de sintomas visíveis

faz com que muitos pacientes subestimem a gravidade da doença ou abandonem o tratamento precocemente. Nessa realidade, a comunicação assistencial torna-se uma ferramenta de educação e de empoderamento, pois ajuda o paciente a compreender que “não sentir nada” não significa estar saudável. Assim, o médico precisa desenvolver uma abordagem pedagógica e humanizada, capaz de transformar cada consulta realizada num momento de diálogo, esclarecimento e partilha.

Outro ponto de destaque foi o papel da literacia em saúde como mediador entre comunicação e adesão. Os pacientes com maior nível de literacia mostraram-se mais participativos, confiantes e responsáveis pela gestão da própria doença. Isso reforça a necessidade de investir em estratégias de educação em saúde, que utilizem linguagem simples, exemplos práticos e materiais adequados ao contexto local. O fortalecimento da literacia em saúde, tanto individual quanto comunitária, é essencial para melhorar os resultados clínicos e reduzir as desigualdades de acesso à informação e aos cuidados médicos.

Os achados apontam também para a urgência de uma reconfiguração da prática médica em Angola, especialmente nos hospitais públicos. Ainda que muitos profissionais demonstrem esforço e sensibilidade, a comunicação assistencial enfrenta barreiras estruturais, como a elevada carga de trabalho, o tempo limitado de consulta, a carência de recursos e a falta de formação específica em competências comunicacionais. Esses fatores dificultam o desenvolvimento de uma relação verdadeiramente humanizada e centrada no paciente. Torna-se, portanto, imperativo que a comunicação seja reconhecida como uma competência clínica essencial e que os programas de formação médica incluam módulos de comunicação, ética e humanização.

No plano mais amplo, este estudo reforça que a comunicação não é apenas um ato técnico, mas um ato ético e político. Comunicar com clareza, empatia e respeito significa reconhecer o outro como pessoa dotada de direitos e partilhar com ele a responsabilidade pelo seu próprio cuidado.

Portanto, conclui-se que a comunicação assistencial é um dos pilares para a melhoria da relação médico-paciente e, por consequência, para o fortalecimento dos resultados em saúde pública. Mais do que transmitir informações, trata-se de criar vínculos, construir confiança e promover o entendimento mútuo. Acreditamos que o futuro da saúde em Angola dependerá, em grande medida, da capacidade de humanizar os processos de cuidado e de reconhecer a comunicação como uma intervenção terapêutica em si. Aproveitamos aqui ressaltar que o investimento numa educação permanente, em políticas públicas de humanização e em abordagens comunicacionais centradas no paciente poderá contribuir para um sistema de saúde mais equitativo, eficaz e verdadeiramente humano.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Perfis de países sobre doenças não transmissíveis 2018. Genebra: OMS; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/ncd-country-profiles-2018>
2. Organização Mundial da Saúde. Doenças não transmissíveis - Perfil de Angola. OMS; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/noncommunicable-diseases-ago-country-profile-2018>
3. Camara BS, Oluoha C, et al. O que sabemos sobre as interações paciente–prestador na África Subsaariana? Uma revisão sistemática. *BMC Health Services Research*. 2020;20:594. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680249/>

4. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. Como a comunicação cura? Caminhos que ligam a comunicação clínico-paciente aos desfechos em saúde. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(3):295–301. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19150199/>
5. Riedl D, Schüßler G. A influência da comunicação médico-paciente nos desfechos em saúde: uma revisão sistemática. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2017;63(2):131–50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28585507/>
6. OMS. Sistemas de Saúde em África Percepções e Perspectivas das Comunidades. Relatório de um Estudo Multipaíses. Junho de 2012. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health_systems_in_africa---2012.pdf
7. Ameworwor ER, et al. Explorando a comunicação terapêutica no manejo de doenças crônicas não transmissíveis: um estudo de métodos mistos em Gana. *Archives of Public Health*. 2024;82:36. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01263-y>
8. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19150199/>.
9. Ameworwor ER, Amu H, Dowou RK, Kye-Duodu G, Amu S, Bain LE, et al. Explorando a comunicação terapêutica no manejo de doenças crônicas não transmissíveis: um estudo de método misto em Gana. *Arch Public Health*. 2024;82:36. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01263-y>
10. Malikhao P. Health Communication: Approaches, Strategies, and Ways to Sustainability on Health or Health for All. In: *Handbook of Communication for Development and Social Change*. Springer; 2020. p.1015-1037. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7278262/>
11. Gaiola Mingote CM, Ferreira EA, Sousa MCB, Rodrigues MC. *Literacia em saúde dos utentes com hipertensão arterial*. *Rev Port Hipertens Risco Cardiovasc*. 2023. Disponível em: <https://www.revistahipertensao.pt>
12. Taylor, A., Kazembe, P. Avaliando as barreiras linguísticas em unidades de saúde no Malawi. *BMC Health Serv Res* 24 , 1393 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11901-4>
13. Epstein RM, Street RL. *The values and value of patient-centered care*. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100–3. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/9/2/100>
14. Kourkouta L, Papathanasiou IV. *Communication in nursing practice*. *Mater Sociomed*. 2014;26(1):65–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376>
15. Fong Ha e Longnecker. *Doctor-patient communication: a review*. *Ochsner J*. 2010;10(1):38–43. Disponível em: <https://www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38>
16. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J*. 2020 Apr 30;35(2):e122. doi: 10.5001/omj.2020.40. Disponível em: 10.5001/omj.2020.40 ou <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32411417/>