



COMUNICAÇÃO E O RESGATE DO SER: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Maria Júlia Paes da Silva¹

Como citação inicial gostaria de colocar uma frase de Sócrates: *“A maneira mais fácil e mais segura de vivermos honradamente consiste em sermos, na verdade, o que parecemos ser”*.

Parece-me que o desafio principal dos profissionais da saúde no momento e, portanto da Enfermagem, é se lembrar de que, independente das condições que tenhamos para trabalhar somos responsáveis a cada minuto, a cada momento por sermos o melhor de nós na relação com os pacientes. Com pessoas que já estão fragilizadas e que, portanto, não precisam ter ainda mais reduzidas a sua dignidade, a sua integridade.

Um autor espanhol, Pedro Entralgo(1993), fala da possibilidade de todas as pessoas, todos os seres humanos desenvolverem relações terapêuticas. Não se referindo à psicoterapia, mas a possibilidade de colocarmos alguma habilidade que tenhamos, o melhor de nós, a disposição do outro no momento em que ele precise e queira. E para que possamos ser terapêuticos, ele lembra a necessidade de todos nós termos clareza do por que escolhemos trabalhar na área da saúde. Se escolhermos trabalhar na área da saúde, por exemplo, por nos julgarmos superiores as pessoas que cuidamos, obviamente a postura desenvolvida pode ser de dó ou pena, mas não de compaixão, porque a compaixão é uma relação horizontal que pode existir entre dois humanos, um disposto a ajudar o outro num momento em que esse se encontra frágil.

Pedro Entralgo(1993) também se refere à necessidade do profissional de saúde ir além do diagnóstico, deixando claro que todos precisamos ter certeza dos diagnósticos, em função de um plano terapêutico a ser desenvolvido; porém, com a clareza de que nós não nos relacionamos com diagnósticos, mas com pessoas, e o diagnóstico é apenas um aspecto dessa pessoa. Isso implica não estarmos livres da necessidade de observá-la em todas suas dimensões (física, mental, emocional e espiritual) para que ela mesma não se sinta reduzida a uma doença.

¹ Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do CNPq, nível 1. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem.



O terceiro momento colocado por ele é o momento operativo, que mostra o “como” fazemos o que está prescrito, o que deve ser feito. A forma como nos aproximamos da pessoa, a maneira como a tocamos, a forma como desempenhamos cada uma das técnicas que tenhamos que desempenhar, lembrando que nenhum de nós deveria ter vindo para a área da saúde pensando que o ponto alto da profissão é apenas ser um bom técnico. Entralgo também se lembra da afetividade inerente às relações terapêuticas, afirmando ser impossível cuidarmos bem de seres humanos se não gostarmos de seres humanos; portanto, temos que ter a clareza de que nos envolvemos, sim, com algumas pessoas, com algumas situações específicas, com alguns “casos” que tenhamos pelo caminho, e que o nosso desafio é “dosar” esse envolvimento para que não nos fragilizemos junto (ENTRALGO, 1993).

Como reflexão final podemos afirmar que se a cada atendimento feito não nos relacionamos apenas com um diagnóstico, que a forma como fizemos cada uma das técnicas agregou a certeza de que fizemos nosso melhor, que tivemos consciência que a forma que fazemos altera o resultado, teremos claro o valor de nossas ações, saberemos justificar eticamente cada uma delas, aliando discurso, postura e ações (SILVA, LEÃO; 2009).

A clareza de nossa intenção nas relações terapêuticas permite que aliemos a nossa linguagem verbal e nossas ações, ou seja, o nosso não verbal.

Existe um provérbio árabe muito interessante que afirma que “a mente é como vento e o corpo como a areia. Se você quer conhecer o vento, observe o movimento da areia”. Esse provérbio nos lembra de que nenhum de nós fala tudo que pensa e sente, mas quando observamos o outro atentamente (ou somos observados pelo outro), quando estamos atentas ao seu comportamento (ou estão atentos ao nosso comportamento e ao nosso discurso), somos capazes de entender o que estão pensando, sentindo e vice versa, o que nós pensamos, o que sentimos; por isso a comunicação pode ser entendida como a base do cuidado terapêutico.

Resgatando a origem da palavra comunicação, que em latim é *comunicare*, significa o que é que queremos colocar em comum, o que conseguimos “trocar” quando atendemos as pessoas, quando exercemos nosso papel de profissionais da área da saúde. Quando estamos diante das pessoas não somos só uma informação, não somos só um discurso teórico; o que sentimos também é perceptível para o outro através das próprias palavras que utilizamos no contato e através dos nossos gestos, das nossas expressões corporais, faciais (SILVA, 2012).

Sabemos que a comunicação humana pode ser dividida em verbal e não verbal. A verbal é aquela associada às palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada; porém, não existe comunicação verbal sozinha nos relacionamentos interpessoais, a mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a comunicação não verbal. Podemos até afirmar que as palavras podem ser o início de uma interação, mas



que além delas esta o solo sobre o qual se constroem as relações humanas e terapêuticas, que é chamada de não verbal(SILVA, 2012).

Comunicação não verbal é aquela que ocorre na interação pessoa – pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Ela pode ser definida como toda informação que é obtida por meio de gestos, de posturas corporais, de expressões faciais, por orientações do corpo no espaço, pela organização dos objetos num determinado contexto e pela relação de distância que é mantida entre os indivíduos. Fazendo uma analogia entre a comunicação humana e um iceberg, podemos afirmar que a porção exposta é a verbal e que o profissional de saúde que deseja entender realmente a pessoa que está à sua frente precisa reconhecer que, além das palavras pronunciadas, há um vasto mundo de sinais e símbolos humanos que mostram o que as pessoas pensam e sentem, expresso exatamente pelo não verbal(SILVA, 2012).

Podem parecer estranho para as pessoas acostumadas a comunicar-se verbalmente, em geral de forma intelectualizada ou racional, entender e aceitar o desafio da dimensão não verbal. Gera ansiedade a princípio e, em certa medida, até um confronto com nossa autoimagem, com nossa auto percepção. Estar atenta a dimensão não verbal é entender a dimensão qualitativa das relações, entender que nem tudo que importa, nem tudo que “conta”, na verdade, na recuperação das pessoas, pode ser verbalizado(SILVA, 2011). Por isso o terapeuta, o profissional de saúde precisa aprender a reconhecer e confiar nessa dimensão da comunicação; reconhecer o sentimento presente (nele e no outro), estar atento as pessoas e a ele, à expressão do seu corpo e do corpo do outro, a postura do paciente e a sua própria, na forma como o paciente se aproxima, como nós nos aproximamos.

Quando aceitamos que a fonte da “troca” da comunicação interpessoal humana vai além das palavras, voltamos a prestar atenção nos sinais expressos pelas posturas corporais, pelos gestos, pela distância que mantemos das pessoas e pelo toque, porque aceitamos, então, que a premissa básica da comunicação interpessoal é que o individuo participa simultaneamente de duas dimensões existenciais decorrentes de dois modos dele se relacionar com o mundo. Um é a verbal, que lhe confere um repertório psicolinguístico, e a outra é o não verbal, que lhe confere um estatuto psicobiológico. Na percepção da comunicação verbal nós temos um processo de exteriorização do seu ser social, enquanto que na comunicação não verbal percebemos a exteriorização do seu ser psicológico. Um comportamento linguístico caracteriza o seu ser psicossocial e o seu não verbal a dimensão psicobiológica, que determina o seu ser individual e aponta para o seu pensar, o seu sentir(SILVA, 2012).

Os sinais não verbais podem ser divididos de diferentes formas, e os aspectos que não podem ser esquecidos são: o **paraverbal**, ou seja, a forma como o som é produzido, pois independente dos fonemas que compõem as palavras nas relações interpessoais, existe a entonação que damos as mesmas, os grunhidos emitidos entre as falas, o ritmo da nossa voz, a



intensidade que as palavras são ditas e, esses aspectos demonstram sentimentos, características de personalidade, atitudes, formas de relacionamento e até o autoconceito. É só nos lembrarmos das diferentes maneiras que se pode dizer ou ouvir a palavra “não” ou o quanto eu posso, por exemplo, dizer “gosto, claro!”, mas com um tom de voz elevado ou raivoso, mostrando contradição entre o meu gostar e o meu sentir no momento(SILVA, 2012).

Outra dimensão que necessita nossa atenção é a **cinésica**, a famosa linguagem do corpo. São os nossos movimentos, desde os gestos manuais, até os meneios de cabeça e as expressões faciais; transmite o que estamos sentindo e a importância que damos a relação, a pessoa que está a nossa frente e até ao assunto que está sendo tratado entre nós. Muitos de nós já fomos, por exemplo, cumprimentados com um “muito prazer”, sendo que a pessoa que nos disse isso estava com rosto voltado para o outro lado, com a mão escorregadia e sem olhar para os nossos olhos, deixando (subliminarmente) claro que ela não estava sentindo muito prazer. São os estudos da cinésica que lembram que é principalmente na face que demonstramos nossas emoções, portanto, ter consciência da expressão do nosso próprio rosto, quando interagimos com o paciente, faz diferença no que ele entenda sobre o que pensamos e sentimos quanto a ele e a situação que ele está vivendo (SILVA, 2012; EKMAN, 2011; MLODINOW, 2013).

A **proxêmica** é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, a distância mantida entre as pessoas numa interação. Essa distância pode indicar o tipo de relação que existe entre elas, a diferença de status, preferências, simpatias e até relações de poder. Por exemplo, nós nos aproximamos das pessoas que gostamos e mantemos distância das pessoas que não gostamos; então, quando não nos aproximamos do paciente e perguntamos somente da porta da enfermaria como ele se sente, ele pode entender a manutenção dessa distância como uma falta de respeito e desinteresse por sua pessoa. Outros estudos da proxêmica se referem a territorialidade, que é a área que o indivíduo reivindica como sendo sua e que defende dos outros membros da mesma espécie. Numa situação hospitalar, por exemplo, é o local onde o paciente coloca suas coisas. Existem três maneiras que invadimos o território ou o espaço pessoal de uma pessoa dentro de um hospital. A primeira delas é a violação, que é a invasão através do olhar e, num hospital, isso ocorre com muita frequência; por exemplo, uma pessoa está fazendo um curativo na região mamária da paciente e chega outra e fica olhando, sem dar explicações à paciente sobre o que está fazendo lá. Isso é uma violação do seu corpo, do seu espaço pessoal. A outra maneira é, por exemplo, quando sentamos na cama do paciente sem pedirmos sua permissão ou chegamos com uma bandeja de medicação e empurramos todas as suas coisas da mesinha de cabeceira. E, a terceira forma de invadir o espaço pessoal de um paciente é colocando nossas coisas no seu corpo sem pedirmos licença ou até esquecendo algumas ali; por exemplo, termômetro, escalpe, cateter (SILVA, 2012).



Outra dimensão não verbal que necessita atenção são as próprias **características físicas** do corpo. Assim como valorizamos e diagnosticamos as pessoas com as informações e sinais do seu corpo, os leigos também decodificam o que somos a partir das nossas formas e nossa aparência. É difícil para um leigo, por exemplo, aceitar um endocrinologista obeso, é difícil acreditar que um profissional em saúde seja capaz de ajudar um paciente num momento de desequilíbrio se o próprio profissional possui uma expressão facial de doença, de fadiga; é difícil crer que ele não corra risco de infecção hospitalar se, por exemplo, não nos arrumamos adequadamente e mantemos o nosso branco, pouco branco, ou o nosso cabelo sujo, ou nosso esmalte pela metade nas unhas(SILVA, 2012).

É importante a atenção ao **toque** também, a tudo que envolve a comunicação tátil, ou seja, ao tempo que ficamos tocando o paciente, a forma como nos aproximamos para tocá-lo, o local tocado, a pressão exercida, a própria experiência prévia que ele tenha com relação ao toque faz com que nosso toque nunca seja neutro. Quando tocamos uma pessoa, ela espera encontrar, além da questão instrumental, ou seja, além da técnica, a afetividade correspondente, o respeito pelo fato de estarmos invadindo o seu corpo, de estarmos ultrapassando o seu espaço pessoal(SILVA, 2012).

Todas essas dimensões não verbais não deixam de existir em nenhum momento quando nos propomos a cuidar das pessoas; muito pelo contrário, quando as pessoas estão com medo e ansiosas, elas estão ainda mais atentas a essa dimensão não verbal. O tamanho do vocabulário não verbal do paciente se expande em situação de estresse, e dentro da situação de estresse dispense mais energia para tornar seus sentidos alerta para perceber o perigo. Nessas situações os pacientes buscam por alguma informação que reduza o desconforto do seu estresse, por isso buscam nas nuances dos discursos e do não verbal dos enfermeiros, dos médicos, dos profissionais da saúde, comportamentos que possam esclarecer a própria situação que ele esteja vivendo(SILVA, 2011; EKMAN, 2011).

Reafirmando: a comunicação humana é análoga a um iceberg, onde a porção superior é verbal e o comunicador efetivo reconhece que além das palavras pronunciadas existe um vasto volume de símbolos humanos, de comportamentos e regras que permitem que percebamos o indivíduo como um todo, no seu ser integral(SILVA, 2012; MLODINOW, 2013). Se a nossa relação, portanto, é com o doente e não com a doença, devemos olhar o paciente no “lugar certo” em primeiro lugar, ou seja, nos olhos. Podemos começar as interações desse modo e não nos aproximarmos dele olhando a sua doença, a sua incisão, sua amputação, a sua “falha”.

A forma adequada e terapêutica de se comunicar com as pessoas é se relacionar com o sadio que existe nelas. A comunicação adequada, terapêutica é aquela que não tenta negar que existem conflitos, que existem diferenças de percepção de uma mesma realidade, que não



nega que existem mal entendidos, mas é a que não perde o foco dos objetivos a serem atingidos na solução dos problemas detectados. A comunicação adequada é aquela que agrega a percepção do verbal e do não verbal, entendendo o ser humano de uma maneira mais holística, analisando seus comportamentos, o comportamento do paciente, do familiar, do terapeuta, de forma contextual, e aceitando que nós teremos mais chances de sermos realmente terapêuticos se entendermos as percepções, os sentimentos e as intenções explícitas verbalmente ou não daquelas pessoas que queremos e podemos ajudar (SILVA, 2011).

Às vezes ficamos tão envolvidos nas “loucuras” da rotina diária que acabamos esquecendo que o nosso trabalho não é mudar o mundo (que, às vezes, egóicamente achamos que podemos mudar), mas é tocar qualitativamente a vida das pessoas que estão ao nosso redor, fazendo diferença positiva nos momentos em que elas estão fragilizadas.

Segundo o rabino Harold Kushner (1999), o nosso desafio não é se erguer acima do nível da vida de todos os dias, através de um esforço sobre humano, mas o desafio é encontrar alguma coisa verdadeiramente humana para fazermos todos os dias de nossa vida. Quando aceitamos o desafio de vir trabalhar na área da saúde, precisamos refletir que o que nos leva a cura, se ela for possível, é penetrar no desconhecido também. É superar diferenças e agregar achados. SE surpreender, apreender o único de cada um de nós. Ouvir, sem tentar identificar só o que já se sabe. Ou o que pensamos que já sabemos. Aceitar que a cada dia existe uma pessoa diferente diante de nós, não o 30º ou 40º caso igual, porque a hora que fazemos isso voltamos a nos relacionar com o diagnóstico e não com o ser humano que está diante de nós.

Conta-se um caso de duas pessoas que se encontraram e uma diz: - “Nossa, João, como você mudou! Você era tão alto e agora está mais baixo... era tão forte e agora está mais magrinho... Sua pele também era mais clara e agora está mais escura! Que aconteceu, João!?” O outro diz: - “Eu não sou João; eu sou o Pedro”. E o primeiro diz: - “Nossa, você mudou nome também!?” É uma brincadeira que, se prestarmos atenção no dia a dia, alguns de nós pode agir assim até para se sentir mais tranquilo de que está diante de algo que é conhecido.

Quando os terapeutas aprendem a ter consciência e coerência entre o discurso e suas ações podem transforma-se em educadores e, como sabemos, educadores educam mais pelo não verbal do que pelo discurso, mais pela postura, pelo comportamento, pelas ações do que pela sua fala. E se a nossa intenção é ajudar na manutenção da vida, nas suas diferentes formas, temos que resgatar a vida das pessoas e nos relacionar com a vida que existe em cada um, não com que existe de doente nelas. Podemos lembrar que não estamos livres da nossa natureza biológica, sejam os nossos impulsos instintivos, nossa herança genética e defeitos dos nossos cérebros e corpos. Nós também não estamos livres das influências da sociedade, do desenvolvimento do ambiente, dos recursos, do contexto, mas somos livres para tomar uma posição em relação a esses fatores e até contra eles. Somos livres para fazer o queremos



com as cartas que nos foram dadas, para escolher como reagir aos eventos que se apresentam diante de nós. Somos livres para decidir quais causas ou pessoas merecem nossa atenção e usar o nosso corpo, a nossa expressão, as nossas palavras, como instrumento de recuperação de cuidado e de cura. Parece-me, então, que a comunicação é fundamental no resgate da atenção à saúde e no resgate do próprio ser humano.

Quero terminar com uma frase de São Francisco de Assis: *“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e, de repente você estará fazendo o impossível”*.

Boa sorte! Que você possa ser o melhor de você. Todos os dias.

Referências

1. Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madri: Alianza; 1993.
2. Silva MJP; Leão ER. Sobre o cuidar ampliado. In: Leão ER (Organizadora). *Cuidar de pessoas e música – uma visão multiprofissional*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. Cap.2, p.11-30.
3. Silva MJP. *Comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola; 2012.
4. Silva MJP. *O amor é o caminho – maneiras de cuidar*. São Paulo: Loyola; 2011.
5. Ekman P. *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel; 2011.
6. Mlodinow L. *Subliminar – como o inconsciente influencia nossas vidas*. Rio de Janeiro: Zahar; 2013.
7. Kushner H. *Quando tudo não é o bastante*. São Paulo: Nobel; 1999.