



A RECONSTRUÇÃO DO RELACIONAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE - PACIENTE COMO CRITÉRIO DE QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Maria Rosana Ferrari Nassar¹
Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.

Resumo

O trabalho aborda a importância da comunicação na reconstrução do relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes. Reflete sobre a comunicação interpessoal como um aspecto que repercute na qualidade do serviço prestado pelas organizações de saúde, no modo como este é percebido pelo usuário/paciente, tomando a comunicação como dimensão do processo de humanização das práticas em saúde. Refere-se sobre a comunicação nas organizações de saúde para considerar a necessidade de competências comunicacionais na formação do gestor e dos profissionais de saúde, além do conhecimento técnico próprio das áreas da gestão e da saúde, de modo a produzir resultados efetivos em busca da excelência nos processos da comunicação com os públicos internos e externos, que refletem na qualidade da prestação do serviço. Nessa perspectiva, conclui que as escolas tem um compromisso social irrenunciável de formar profissionais de saúde integralmente competentes, por meio de currículos e metodologias inovadoras. E nesse sentido é fundamental que considerem a contribuição das ciências sociais, superando a distinção entre ciências naturais e ciências sociais, defendendo que a inserção de disciplina de comunicação no currículo dos cursos de graduação da área da saúde pode contribuir para a prática profissional eficiente e humanizada, preparando-os profissionais para escutar e se fazer ouvir, competências essenciais para reconstruir e consolidar relacionamento.

Palavras-chave: comunicação; humanização; relacionamento; qualidade; formação.

Introdução

O paradigma científico moderno propiciou uma visão sobre o mundo fundamentada na oposição a toda forma de dogmatismo e de autoridade. A ciência moderna opôs-se ao conhecimento do senso comum: o único conhecimento válido é o conhecimento científico, obtido pela observação sistemática e mais rigorosa possível dos fenômenos naturais. Sob a perspectiva da modernidade, a ideia de mundo assemelha-se a uma máquina, operada segundo as leis da física e da matemática e por isso dotado de previsibilidade. Esse modelo de racionalidade técnica e mecanicista tem sido hegemônico desde a revolução científica do século XVI e em grande parte responsável pela crença no progresso incessante, no planejamento racional, na capacidade da ciência, da razão e na conquista da igualdade social como um destino natural. Para Santos (1995, p. 6), o campo científico vive “um tempo de transição, síncrono com muita coisa que está além ou aquém dele, mas descompassado em relação a tudo que o habita”. Tempo complexo em que impera a ambiguidade e a contradição:

¹Bacharel em Ciências da Comunicação – habilitação em Relações Públicas, Mestre e Doutora em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, professora da Faculdade de Relações Públicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – SP; Assessora de Administração e Marketing na Saúde; mksaude@yahoo.com.br.



de um lado, todo potencial da revolução tecnológica leva-nos a crer em uma sociedade de comunicação e interatividade, de outro, uma profunda reflexão sobre os limites da ciência combinado com as ameaças ao meio ambiente, da violência em geral e da violência das guerras.

Esse tempo de transição, identificado como momento de crise do paradigma moderno, repercute no campo científico. A área da saúde, assim como qualquer outra área do conhecimento, constituiu-se sob a égide desse paradigma científico, caracterizado pela racionalidade técnica e total separação entre natureza e ser humano, seguindo a lógica do conhecer para controlar/dominar (SANTOS, 1995, p. 10). Mas diante de seus limites em responder aos problemas sociais e do próprio processo saúde-doença, as ciências da saúde vivenciam também uma crise: o atual contexto socioeconômico, político e tecnológico tem demandado um novo conceito de saúde, capaz de responder aos desafios contemporâneos. A ideia de saúde evolui da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental. E mais recentemente para um conceito mais amplo que compreende a saúde como produção social, ou seja, em que a relação saúde-doença passou a ser compreendida como um processo complexo. Essa transição perpassa as práticas, as políticas de saúde pública e necessariamente a formação dos profissionais. É, pois, a partir de nova perspectiva epistemológica que apresentamos uma discussão sobre relevância das competências comunicativas na formação dos profissionais de saúde, sobre a educação como forma de responder ao novo contexto social, político e tecnológico e as próprias mudanças teóricas nas ciências da saúde.

A ciência e o desenvolvimento tecnológico são marcas da sociedade contemporânea. Conhecimento e informação são elementos que se juntaram ao capital como sinônimo de poder, ainda que continuem sendo distribuídos de forma desigual. Capital e conhecimento constituem-se em elementos estratégicos da nova era, marcada pela crescente da inovação tecnológica. No que diz respeito aos serviços de saúde, a avalanche tecnológica potencializou o caráter excludente do conhecimento científico e da tecnologia que ele produz, visto que significativa parcela da população não tem acesso aos cuidados básicos com a saúde.

É, pois, neste cenário propomos-nos a refletir sobre a relação entre comunicação e saúde, particularmente sobre a importância da comunicação na construção de práticas humanizadas, mediante a análise crítica sobre a formação dos profissionais de saúde. Para dar conta deste objetivo, organizamos as ideias e argumentos em três tópicos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro trata da relação entre qualidade e humanização das práticas em saúde. O segundo aborda a relação entre formação e a construção das competências necessárias para o cuidado integral, que inclui a competências para a comunicação, abordada em dois aspectos: a formação do gestor e a formação dos profissionais de saúde. O terceiro tópico trata da questão da comunicação como elemento essencial para a qualidade do relacionamento com os pacientes/usuários do serviço, tendo como pano de fundo as mudanças necessárias na formação profissional. Finalmente, nas considerações finais apresentamos uma síntese dos argumentos que sustentam a ideia central aqui trabalhada: de que a comunicação constitui-se elemento essencial para a reconstrução do relacionamento dos profissionais de saúde com pacientes e para a qualidade do cuidado integral.

Qualidade na prestação de serviço e humanização das práticas em saúde



O conceito de qualidade é historicamente construído, pois envolve perspectivas, valores, crenças e necessidades que mudam ao longo do tempo. Não existe um conceito universal, embora figure com bastante frequência no discurso de prestadores de serviços, produtores, da mídia, do poder público, nos documentos legais e nas reivindicações dos consumidores. Para fins aqui propostos, entendemos a qualidade como um processo inerente ao ser humano, conforme ensina Demo (1994, p. 21):

Qualidade de verdade só tem a ação humana, até porque é típico produto humano, no sentido de construção e participação. A qualidade original é a competência de fazê-la, assim como construir a capacidade de construir e de participar é a qualidade humana primordial.

Segundo o mesmo autor, existem duas modalidades de qualidade: a formal e a política e o conceito somente emerge da conjugação de ambas. A qualidade formal diz respeito à competência para utilizar meios, instrumentos, formas, técnicas e procedimentos na realização de uma atividade. A qualidade política diz respeito à competência do sujeito para construir, para fazer parte da história. Sob essa ótica, é possível considerar a qualidade como um processo político e como tal constitui-se “em uma forma de exercer poder, controle, conforme assinala Piotto (1998, p 52-77). Nessa perspectiva, definir qualidade é definir uma visão do que se pretende alcançar. Esta visão envolve objetivos, mas também valores, processos, relações, o cotidiano do serviço, por exemplo. Na perspectiva do mercado, a qualidade se constitui um recurso de marketing bastante valorizado. Trata-se do diferencial que distingue um bem ou serviço dos demais. Qualidade para poucos é privilégio. Quando reduzida a mero elemento de negociação, a simples objeto de compra e venda, assume a natureza de mercadoria com acesso diferenciado e distribuição seletiva, ao alcance de poucos que podem pagar por ela. Qualidade extensível a todos indistintamente é um direito de todo cidadão. Na perspectiva dos serviços de saúde, a qualidade transcende ao cumprimento dos requisitos contidos em prescrições legais, nos direitos das relações de consumo, nos códigos de ética profissional. Pressupõe o uso de modernas tecnologias, mas as coloca no papel de coadjuvante, focalizando a atenção integral ao paciente.

De modo um pouco mais objetivo, pode-se afirmar que qualidade é a expectativa relacionada a um amplo espectro de características desejáveis na prestação de um serviço de saúde, dentre as quais de incluem a efetividade, a eficiência, a equidade, a aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade, conforme assinala Vuori (1989), pensadas de forma coesa, integrada e holística. Isso porque a qualidade do serviço em saúde precisa que todos esses elementos estejam presentes, objetivados e incorporado pela equipe responsável pelo cuidado, em todos os setores da organização, do gestor à recepcionista. Em outras palavras, a qualidade em saúde só se objetiva em processo, verificável nas ações cotidianas, dos procedimentos de alta complexidade ao agendamento e realização de exames e consultas. Sob essa perspectiva, a qualidade precisa estar intrinsecamente vinculada a um posicionamento pessoal e organizacional que considere a saúde como produção social.

Esse é princípio que embasa as definições constitucionais ao considerar a saúde como um direito social. Com efeito, a Constituição brasileira de 1988, ao instituir o Sistema Único



de Saúde (SUS), o fez, orientando-se pelos princípios da democratização do acesso, da distribuição equitativa de recursos e da justiça social, definindo a saúde como um direito social, resultante de condições de vida e trabalho, "garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2003), consoante o paradigma da integralidade, segundo o qual ser saudável significa a possibilidade de produzir a própria saúde, mediante os cuidados tradicionais, mas também por ações políticas que visem à redução das desigualdades, o acesso à educação, participação social na gestão de recursos públicos, etc.

À luz desse entendimento, evidencia-se a relação entre saúde e cidadania, o que nos autoriza a afirmar que existe um direito ao atendimento de qualidade, consequência dos princípios constitucionais. Tal reconhecimento no âmbito jurídico tem demandado ações no sentido de tornar esses direitos efetivos, o que explica de certa forma o destaque que a qualidade vem merecendo de gestores e dos profissionais de saúde, seja de instituições ou de instituições particulares.

E dele também que decorre a estreita relação entre qualidade e humanização. Isso porque o atendimento integral ou a atenção integral à saúde pressupõe uma mudança de paradigma de amplo espectro, que passa pela organização e produção dos serviços de saúde, na medida em que deles se espera que estejam focados nas necessidades dos usuários, se garantido o acesso universal; pela reorganização dos processos de trabalho, deslocando-se da abordagem individual e exclusiva do médico para uma abordagem coletiva e multidisciplinar; pela formação e qualificação dos profissionais de saúde para que sejam competentes para que possam construir relacionamentos simétricos com os usuários/pacientes em bases solidamente fundadas na solidariedade, na valorização da pessoa, de respeito às diferenças sociais e culturais, de modo a envolvê-los no processo de cuidar.

Modelos de formação e características dos perfis profissionais: a formação do gestor e dos profissionais de saúde

Kunsch (2006, p. 132) enfatiza a necessidade que as organizações modernas têm de planejar, administrar e pensar estrategicamente a comunicação para "se posicionar perante a sociedade e fazer frente a todos os desafios da complexidade contemporânea". A autora destaca a necessidade de abandonar a ideia de fragmentação das ações comunicacionais para pensá-las e tratá-las em nível mais abrangente. Neste sentido afirma que os desafios da complexidade contemporânea somente podem ser enfrentados com ações sistemáticas e estratégicas.

Mas, se a comunicação tem um valor estratégico para as organizações contemporâneas, "há algumas nas quais essa interface é ainda mais relevante, pela natureza do serviço que prestam", assinala Michel (2008, p.1), referindo-se especificamente às organizações da área da saúde. Contudo, a cultura organizacional tem peso significativo na determinação do lugar da comunicação na gestão.



De modo geral, qualquer gestor de organização de saúde, reconhece a importância da comunicação no processo de gestão (planejar, organizar, executar e controlar processos administrativos e no relacionamento com seus públicos). Essa tendência ficou evidenciada na pesquisa que realizamos (NASSAR, 2003a). Entretanto, na prática, poucos adotam posturas e ações efetivas que corroborem tal reconhecimento e mesmo os anseios de seus públicos por uma comunicação mais eficiente. No geral, prevalece nas organizações de saúde uma atitude conservadora em relação à comunicação, que normalmente se expressa na ausência de estratégias que busquem a adesão dos sujeitos ao projeto da instituição. O modo como é compreendido o papel da comunicação traz reflexo direto para imagem institucional, interna e externamente e o que geralmente se observa nas organizações de saúde são ações de comunicação desconectadas e fracionadas, decididas e conduzidas sem base conceitual, o que pode explicar o distanciamento entre o pensar e o agir organizacional. Esse distanciamento, por sua vez, encontra-se no âmbito da percepção da comunicação como um processo relacional com o outro, aqui compreendido em seu sentido amplo:

Outro significa, ao mesmo tempo, o semelhante e o dessemelhante; semelhante pelos traços humanos ou culturais comuns; dessemelhante pela singularidade individual ou pelas diferenças étnicas. O outro comporta, efetivamente, a estranheza e a similitude. A qualidade de sujeito permite-nos percebê-lo na semelhança e dessemelhança. O fechamento egocêntrico torna o outro estranho para nós; a abertura altruísta o torna simpático. O sujeito é por natureza fechado e aberto (MORIN, 2005, p. 77).

Essa afirmação de Morin (2005) permite estabelecer uma analogia com a relação ambivalente entre as organizações e seus públicos, presente no modo de gerir seus processos comunicacionais:

Estamos, numa relação ambivalente diante do desconhecido, hesitando entre simpatia e medo, não sabendo se ele se mostrará amigo ou inimigo. Para pacificar a relação e ir em direção da amizade, trocamos com eles gestos de cortesia. Mas estamos prontos, em caso de hostilidade, a fugir, atacar, defendermo-nos (MORIN, 2005, p. 77).

Ao propor tal analogia para pensar a comunicação nas organizações de saúde, estamos nos aproximando de uma tendência mundial em saúde, no sentido de recuperar a dimensão humana não apenas no tratamento hospitalar, mas na gestão hospitalar, expressão que abrange a mudança de cultura em prol de atribuir responsabilidade a todos aqueles sujeitos que produzem saúde, direta ou indiretamente. Essa mudança na cultura organizacional é perpassada pela comunicação também humanizada e humanizante, que não se resume a mera especialidade de profissionais, mas que depende de competências para estimular o envolvimento coletivo:

Comunicar é mais do que transferência de informação de um emissor para um receptor. É um processo dialógico, vivo, complexo e dinâmico, no qual as pessoas estabelecem relações de afeto, ódio, amor, medo, solidariedade, hostilidade, etc. Comunicação integra múltiplos modos de expressão, resultantes das variadas possibilidades de manifestação do ser humano e de sua necessidade de estabelecer relacionamentos. Essas formas comunicacionais transcendem a oralidade e a escrita, como o gesto, o olhar, a mímica, o espaço interindividual e até mesmo o silêncio (ROMAN, 2002, p. 34).

De tal modo, a comunicação nas organizações de saúde está relacionada com a competência do gestor para tratá-la de forma estratégica. Trata-se, assim, de reconhecer a gestão para além do sentido puramente instrumental. Diz respeito a percebê-la como processo



que tem na multidimensionalidade seu imperativo. É, pois, a partir dessa perspectiva que a comunicação deve ser uma competência do gestor do hospital, de modo a compreender que:

Ampliar as funções e possibilidades da comunicação aumenta a eficácia dos processos comunicacionais que perpassam o ambiente interno e auxilia a consolidação da missão, dos objetivos e a obtenção de resultados da organização. (...) a comunicação facilita diversos processos que integram a dinâmica gerencial, como o administrativo, financeiro, pessoal e de marketing. Nessa perspectiva, torna-se necessário que a área de comunicação ocupe um lugar com acesso direto ao poder para ter autonomia de definir estratégias adequadas de veiculação e de interação (...) (OLIVEIRA, 2007, p. 3).

As demandas sociais têm exigido mudanças também na gestão das organizações de saúde conduzindo a atividade para o âmbito da profissionalização, que acolhe a perspectiva de competências profissionais, compreendida como a capacidade pessoal de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pelo trabalho a ser desenvolvido. É neste quadro que se insere a necessidade de construir competências que permita ao gestor reconhecer o papel da comunicação para o desenvolvimento de sua atividade e a relevância da gestão estratégica da comunicação organizacional como uma exigência do planejamento global de gestão. Afinal, o cumprimento de um plano de gestão estratégica não pode prescindir da comunicação. A formação do gestor hospitalar requer mais que a construção das competências técnicas inerentes à função, requer a construção de competências comunicacionais.

Ao tomar a humanização como política de saúde, é preciso considerar a formação dos profissionais de saúde como um elemento estruturante. Afinal, buscar formas efetivas para humanização das práticas em saúde implica em compreendê-la como um processo complexo que vai além da dimensão meramente técnica e operacional. Nesse sentido, a humanização é um projeto de longo prazo, visto que a mudança no processo de organização e produção dos serviços de saúde, a que nos referimos acima, tem um aspecto fortemente relacionado à formação dos profissionais de saúde e também ao modelo institucionalizado de prevalência/centralidade profissional dos médicos, que acaba reproduzindo-se no modelo educacional.

Lampert (2002, p. 8) afirma com bastante propriedade que “a maneira como se organiza e se pensa a formação produz um resultado diferenciado das práticas sociais”. Considerando a perspectiva proposta pela autora, podemos identificar dois modelos básicos de formação. O primeiro, ainda hegemônico no Brasil, é baseado ou influenciado “pelos estudos de Flexner, divulgados no Relatório de mesmo nome e conhecido como paradigma flexneriano”, caracterizando-se pela fragmentação do conhecimento em especialidades, na organização das escolas em departamentos e de disciplinas isoladas com pouca ou nenhuma interação (LAMPERT, 2002, p. 33-34).

Em consequência desse modelo, a medicina é ensinada de forma “essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações” (LAMPERT, 2002, p. 34). Esse modelo começou a ser questionado a partir da década de 1960, principalmente em razão de ter contribuído para o distanciamento da “abordagem da saúde do ser humano como um todo, inteiro e único no seu contexto”. Desse movimento nasceram ideias como a medicina preventiva e promoção da saúde como qualidade de vida, conforme



assinala Lampert (2002, p. 8 e 35). Esse novo modelo, denominado paradigma da integralidade em razão de perspectiva holística do ser humano, contrapondo-se ao paradigma flexneriano, pressupõe a formação de profissionais capazes de amalgamar o saber técnico e o saber social. Para tanto, a formação precisaria focalizar o processo saúde-doença a partir das “dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população”, afirma Lampert (2002, p. 36) que complementa:

O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Esse princípio operativo a nortear o movimento de mudança, por sua vez, deveria estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (Feuerwerker e Sena, 1999). As interações suporiam relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários.

Essa concepção tem como fundamento a visão integral de homem como fim de todo conhecimento e de todas as estruturas e organizações sociais criadas. Daí a origem da expressão humanização, que compreende, portanto, um amplo espectro, que abrange os modelos de gestão, a formação integral dos profissionais da área da saúde; a assistência multidisciplinar; a promoção da saúde; a prevenção; a educação; a garantia do acesso às modernas tecnologias e procedimentos; o respeito aos direitos do paciente e sua autonomia.

Comunicação, formação e a reconstrução do relacionamento com os pacientes

As Diretrizes Curriculares Nacionais expedidas pelo Conselho Nacional de Educação/CES os cursos de graduação na área da saúde evidenciam a mudança no modelo de, ao pretender garantir flexibilidade, diversidade e qualidade da formação, preconizando a articulação com as diretrizes do SUS. Essas Diretrizes deveriam orientar a construção de currículos fundamentados em valores como qualidade, eficiência e resolutividade para capacitar profissionais com autonomia e discernimento, competentes para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, suas famílias e as comunidades. Estabelece, dentre as competências gerais a serem desenvolvidas, **a comunicação** e reforça que os currículos devem contemplar as ciências humanas e sociais, referindo-se especificamente a conteúdos que envolvam **a comunicação** (destaques nosso). Refletem, portanto, a necessidade de conceber currículos capazes de acolher novas abordagens e perspectivas destinadas à formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, atribuindo nova responsabilidade à educação e às escolas.

A formação dos profissionais de saúde deve compreender alguns valores fundamentais em nome de uma prática profissional íntegra, visando o bem estar do paciente. A prática profissional encontra-se enredada em valores como competência, confiança, confidencialidade, relacionamento, qualidade de atendimento, responsabilidade social e ética. Os currículos deveriam enfatizar essa prática. A busca por formas de melhorar o relacionamento com o paciente é uma face dessa mudança e a comunicação pode oferecer amplas possibilidades de eficiência, conforme afirma Epstein (s.d, p.1).



Isso porque quando uma pessoa procura um serviço de saúde estabelece-se uma relação que “pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes (...)”, como assinala Oliveira (2002, p. 65), que complementa afirmando que nesse momento, a pessoa “lança mão de uma série de mecanismos que orienta tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que a forçam ao encontro, qual o linguajar a ser utilizado” para descrevê-los, que roupa vestir, etc. “Em última análise, como é que o indivíduo se prepara para esse momento, como se comporta nele e qual a ‘bagagem’ que carrega consigo? Portanto, quando mencionamos ‘comunicação’, também queremos dizer que há produção de significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente presente” (OLIVEIRA, 2002, p. 65, destaques do autor).

A consulta é, pois o momento mais importante para tomada de decisão, mas tem sido desvalorizado pela mercantilização do serviço: “fazer mais e mais em cada unidade de tempo”. A desvalorização da consulta faz com “que a relação interpessoal seja insatisfatória, perdendo-se a oportunidade terapêutica que ela encerra. Aspectos vitais, como a confiança, a adesão ao tratamento, a formação de vínculo que possibilite a continuidade, a negociação e participação nas tomadas de decisão, são prejudicadas” (FERREIRA, RIBEIRO e FREITAS, 2002, p. 74-75). É preciso recuperar os princípios valorativos da consulta e do atendimento de forma geral, preparando os profissionais para comunicar-se eficientemente, para que consigam informações sobre estado de saúde do paciente, estimulando sua autonomia e participação no tratamento. Isso implica em romper com a forma usual de comunicação, na qual se evidencia o poder exercido pelo médico e conseqüentemente a idealização desse poder.

Originalmente, a palavra comunicação comporta dois sentidos: o de partilhar algo e o de dar conhecimento, informar. Como informação, a relação entre os sujeitos (emissor/receptor) é hierarquizada e menos sujeita à mudança (geralmente caracteriza sistemas autoritários). Como partilhamento, trata-se de um processo horizontal, caracterizado pelo diálogo (um processo dinâmico de emissão/recepção – recepção/emissão), (re)construindo significados. É nesse sentido que entendemos a interação entre comunicação e saúde no âmbito do relacionamento com o paciente, que tem se caracterizado pela verticalização (formas de interdição das falas, silêncios, passividade), impregnada do poder do médico (detentor do saber técnico), que inibe a manifestação do paciente.

A comunicação envolve todos os sentidos e ações das pessoas e determinado contexto. Pode atuar como facilitador ou como entrave à integração com o interlocutor. Há, contudo, uma forma de comunicação horizontal em que o ato de falar, intervir, participar são ações que se esperam do paciente. A mediação do relacionamento pressupõe certas competências dos profissionais de saúde. A consulta, por exemplo, é uma etapa crucial da prestação do serviço de saúde, compreendida num contexto cultural, histórico e social que envolve os sujeitos (profissionais de saúde e paciente) e as instituições. Nesse momento essencial as competências técnicas e humanísticas se evidenciam como a capacidade e a sensibilidade de escuta e comunicação. Nesse momento as atitudes profissionais são percebidas pelo paciente e podem definir sua reação, abrindo caminho para seu envolvimento no processo de cuidar. Nesse mesmo sentido, Oliveira (2002, p. 67-68) pondera que:



em cada cultura, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados mediante esse sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos. Os pacientes e os agentes de cura são componentes básicos do sistema, estando imersos num contexto de significados culturais e de relações, não podendo ser entendidos fora dele.

Desse modo, o ensino da comunicação se constitui num grande desafio para as escolas de saúde, para os currículos e também para as organizações em que esses profissionais trabalham (ou trabalharão), que precisa ser enfrentado de modo sistematizado e multidisciplinar.

Considerações finais

A formação consiste em um dos principais desafios para efetivação da atenção integral e da humanização como prática em saúde. Contudo, a formação não está limitada ao âmbito da escola e de seus projetos pedagógicos, mas diretamente ligada à complexidade dos processos sociais, aos processos de trabalho, às relações de produção, ao papel social das organizações, às condições do mercado de trabalho e às políticas públicas de saúde. A humanização das práticas em saúde está diretamente ligada a esses mesmos processos.

As escolas têm um compromisso social irrenunciável de formar profissionais e gestores da área de saúde integralmente competentes, por meio de currículos e metodologias inovadoras. E nesse sentido é fundamental que considerem a contribuição de outras áreas do conhecimento, superando a separação entre ciências naturais e ciências sociais, pois a superação desta dicotomia tende a revigorar os estudos humanísticos que, segundo o autor, não ocorrerá sem que as humanidades sejam, também, profundamente transformadas. Sob essa perspectiva, a inserção de disciplina de comunicação no currículo de cursos de graduação e de pós-graduação pode contribuir para a prática profissional eficiente e humanizada, preparando-os, gestores e médicos, enfermeiros, etc. para escutar e se fazer ouvir. Ouvir e se fazer ouvir exige valoração da consulta, disponibilidade e técnicas. Esta atitude está em sintonia com uma visão que compreende o homem como um ser incompleto, inconcluso e a sua relação com o mundo como algo complexo². Está, também, afinada com as preocupações referentes à produção do conhecimento multirreferencial,³ reflexivo, com intenção de transformar, com a preocupação da conciliação da humanidade com o cosmos, não a partir da

² O conceito de complexidade a que nos referimos é o elaborado por Edgar Morin, que a partir do princípio da incerteza com norteador da humanidade, sugere que se busque compreender a contradição e o imprevisível, convivendo com eles. Esta posição se opõe ao pensamento cartesiano-positivista ao propor que se compreendam os limites e insuficiência do pensamento simplificado, fragmentado e reducionista, incapaz de exprimir as idéias de unidade e diversidade presentes no todo. O pensamento complexo enfrenta a confusão, a incerteza, ao mesmo tempo, convive com a interação ou solidariedade existente entre fenômenos distintos. Sob essa perspectiva, o homem é um ser complexo, “pois concentra fenômenos distintos e diversos capazes de influírem suas ações e transformar-se, sempre, assim, também é o conhecimento” (PETRAGLIA, 1995, p. 39-45).

³ Multirreferencialidade é aqui utilizada na tradução que lhe dá Ardoino, ou seja, “uma pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade e, em segundo lugar, uma pluralidade de linguagens para traduzir esta mesma realidade e os olhares dirigidos a ela. O que sublinha a necessidade da linguagem correspondente para dar conta das especificidades desses olhares” (ARDOINO *apud* BARBOSA, 1998a, p.205).



síntese e da redução, mas da amplitude do pensamento e das ações, para se viver a complexidade (PETRAGLIA, 1995, p. 12 e 13).

Sob esse olhar, “o homem não é igual ao seu corpo, nem é igual ao seu psíquico, e não é igual à soma de corpo e mente. O que acontece com o ser humano será sempre físico, psíquico e histórico (social) a um só tempo” (SOUZA, 2003, p. 33). De tal forma que, ao transcender a fragmentação e a soma “necessitaremos de novos conhecimento e novas formas de pensar, não só para nos aproximarmos daquilo que chamamos doença ou saúde, mas do doente” (SOUZA, 2003, p. 33).

Abre-se, assim, um novo campo para atuação da comunicação, mas que exige o comprometimento com a abordagem plural do conhecimento. Em outras palavras, a formação deve abrir-se para as possibilidades apresentadas por outros saberes, de modo a olhar a atuação na saúde com abrangência necessária, mas capaz de reconhecer as singularidades, as particularidades. Somente, assim, caminhará no sentido de recuperar a associação entre arte e ciência, auxiliando na construção da arte de ouvir o paciente/usuário, considerando que “essa particular escuta ultrapassa a acuidade da audição (dos sentidos) e o conhecimento sobre as doenças”, pois, “ninguém pode escutar ou observar uma doença. Só é possível escutar e observar o doente”, conforme ensina Souza (2003, p. 34).

Somente entendendo o ser humano como razão e finalidade das práticas sociais e da existência das organizações, o conceito de qualidade não se contrapõe ao conceito de humanização, desde que ambos sejam considerados sob uma perspectiva integradora e plural. Sob esse olhar, pode-se considerar que a qualidade do relacionamento não é apenas essencial para a definição da qualidade do serviço, mas a transcende enquanto interfere na própria relação terapêutica. É, pois, nessa dimensão complexa e plural que deve ocorrer a construção de competências comunicacionais dos profissionais que atuam nas organizações de saúde, tendo em conta ainda que seus respectivos fazeres são fundamentados em relações interpessoais que estabelecem com os pacientes/usuários do serviço, emergindo a necessidade de prática da escuta sensível⁴, dar voz ao outro (o paciente/usuário), captar e interpretar a linguagem verbal e não verbal. Trata-se, pois, de aprender a ser, de aprender a “instituir um lugar para o outro em nossas relações e, ao mesmo tempo, nos tornamos intérpretes (...) destas relações”, conforme ensina Barbosa (1998b, p. 17). Enfim, trata-se de se permitir olhar para novas hipóteses, de enriquecer e tornar mais sutis as formas de convivência numa realidade que é plural, heterogênea, que exige outras propostas, inovadoras quando os procedimentos tradicionais são incapazes ou insuficientes para obter respostas para as exigências humanas. e de qualidade efetiva.

Referências

⁴ Apropriamos-nos da ideia da abordagem transversal de René Barbier (ancorada na perspectiva da complexidade de Edgar Morin) que propõe para as situações educativas e formativas deve sempre haver três tipos de escuta: científico-clínica, fundamenta na lógica entre o que observado e o objeto de observação; a poético-existencial, onde entra em cena a intuição, o sensível, a improvisação e a criação; e espiritual-filosófica, ou seja, “a escuta dos valores últimos que atuam no sujeito (indivíduo ou grupo)”, “aquilo que nos liga à vida”. De tal modo que, a escuta sensível “inscreve-se nesta constelação das três escutas” (Barbier, 1998^a, p.168 e 169).



BARBIER, R. A Escuta Sensível na Abordagem Transversal. In. BARBOSA, J. G. **Multirreferencialidade nas Ciências e na Educação**. São Carlos: EdUFScar, 1998a.

BARBOSA, J.G. **Multirreferencialidade nas Ciências e na Educação**. São Carlos. EdUFScar, 1998a.

BARBOSA, J. G. O Pensamento Plural e a Instituição do Outro. Dossiê Multirreferencialidade e Educação. **Revista Educação & Linguagem**. Universidade Metodista de São Paulo, 1998b.

BRASIL. **Constituição de República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas, 2003.

DEMO, P. **Educação e Qualidade**. São Paulo: Papirus, 1994.

EPSTEIN, I. **Asociacion Latinoamericana de Investigadores de Comunicación – ALAIC**. www.eca.usp.br/alaic/boletin16. VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde. 26/05/2004.

FERREIRA, E. C.; RIBEIRO, M. M. F.; LEAL, S. S. **Praticando a Relação Médico – Paciente III: efeito terapêutico da consulta**. Clínica Médica: Relação Médico – Paciente, vol. 2, nº 1. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2002.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento e gestão estratégica de relações públicas nas organizações contemporâneas**. In: *Análisis*, n. 34, 2006, p. 125-139. Disponível em: <http://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n34p125.pdf> Acesso em: 09 jun 2009.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese de doutorado em Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

MICHEL, M. de O.. **A comunicação organizacional e as organizações na área de saúde**. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Natal, RN, 2008. Disponível em: http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/lista_area_NP-RP.htm Acesso em: 09 jun 2009.

MORIN, E. O âmago do sujeito. In: MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade. A identidade humana**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NASSAR, M. R. F. **Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente**. (Tese). Doutorado. Escola de Comunicações e Artes, USP. São Paulo: 2003.

OLIVEIRA, F. A. de. **Antropologia nos Serviços de Saúde: integralidade, cultura e comunicação**. Interface– comunicação, saúde, educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP, v. 6, nº 10. Botucatu, SP: 2002.



OLIVEIRA, I. de L. Estrutura e funções da comunicação nas organizações: articulação entre conceitos e operacionalização. In: **Anais do I Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas**, 2007.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PIOTTO, Déborah Cristina. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, nov. 1998.

SANTOS, B. de S. **Um Discurso sobre as Ciências**. Portugal: Edições Afrontamento, 1995.

SOUZA, D. E. de S. **Anotações sobre a Relação Médico-Paciente (um ponto de vista psicanalítico)**. In: BRANCO, R. F. G. y R. **A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMAN, A. **Comunicação organizacional: quem se comunica se trumbica!** Revista FAE Business, n. 4, dez. 2002. Disponível em: www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_fae_business/n4_dezembro_2002. Acesso: 29 jan. 2009.

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, 1, 1989, p. 147-159.