

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO**

TALISON PIRES VARDIERO

COMUNICAÇÃO NA SAÚDE:

Deixando de formar médicos-técnicos para formar médicos-humanus

**Juiz de Fora
Dezembro de 2014**

Talison Pires Vardiero

COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

Deixando de formar médicos-sapiens para formar técnicos-humanus

Monografia apresentada ao curso de Comunicação Social, Jornalismo, da Faculdade de Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Oliveira

Juiz de Fora
Dezembro de 2014

Talison Pires Vardiero

Comunicação na Saúde:
Deixando de formar médicos-técnicos para formar médicos-humanus

Monografia apresentada ao curso de Comunicação Social – Jornalismo, da Faculdade de Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Oliveira Guerra (FACOM/UFJF)

Aprovado (a) pela banca composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Márcio de Oliveira Guerra (FACOM/UFJF) - orientador

Prof. Dr. Wedencley Alves (FACOM/UFJF) - convidado(a)

Prof. Ms. Ronald Kleinsorge Roland (FAMED/UFJF) – convidado(a)

Juiz de Fora, 11 de dezembro de 2014

A minha mãe, Leir Pires, que mesmo não estando entre nós é uma das principais fontes de carinho e força para que no final tudo sempre dê certo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre próximo em todos os momentos da minha vida, inclusive nas horas que foram trabalhadas para que este trabalho de pesquisa fosse o melhor oferecido por mim à todos os que puderem ler.

Antes mesmo de agradecer aos amigos e a família, gostaria de agradecer ao Prof. Márcio de Oliveira Guerra por todo o apoio e ensino dedicado a mim nesses quatro anos de faculdade.

Agradeço ao meu pai, pelo carinho, dedicação e amor incondicional. A minha mãe que sempre me fez crer que tudo era possível para aqueles que acreditam em si mesmos.

À todos que estiveram me apoiando. Em especial a minha madrastra Maria das Graças e aos amigos Carol de Paula, Jéssica Fernandes, Júlia Cavalcanti, Leila Abrahão, Luis Fellipe, Maik Arantes, Rita Brito, Vanessa Verdeiro e William Xavier

E não poderia de deixar de agradecer ao Davidson Augusto por ser parte fundamental do meu estudo e principal objeto de pesquisa para a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos professores Wedencley Alves e Ronald Roland por compartilharem deste momento e por serem peças fundamentais na vitória do tão sonhado diploma do ensino superior.

Apreendi que não há como trabalhar com qualidade, se eu não for capaz de olhar meus pacientes como seres humanos iguais a mim, e não como meros objetos de trabalho ou pessoas menos capazes do que eu, por não terem diploma.

(IANDOLI, 2012, p.105)

RESUMO

O trabalho faz uma aproximação da circunscrição de alguns aspectos dos campos de comunicação e saúde em relação ao estudo da humanização no contato médico-paciente. O estudo demonstra as diferentes maneiras com que o curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora trabalha estes aspectos de comunicação, humanização e saúde. O objetivo geral é compreender os princípios de ensino de comunicação e promover a interlocução entre os aspectos pesquisados como um instrumento estratégico de fomento ao preparo dos futuros profissionais médicos.

Palavras-chave: comunicação, saúde, humanização, Universidade Federal de Juiz de Fora.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	67
Gráfico 2	68
Gráfico 3	70
Gráfico 4	71
Gráfico 5	72
Gráfico 6	74
Gráfico 7	76
Gráfico 8	77
Gráfico 9	78
Gráfico 10	79
Gráfico 11	81
Gráfico 12	82
Gráfico 13	84
Gráfico 14	85
Gráfico 15	86

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. ESTUDANDO AS RELAÇÕES ENTRE COMUNICAÇÃO E SAÚDE	11
2.1. SAÚDE: CONCEITOS E EXPLICAÇÕES.....	12
2.1.1. Etimologia do termo saúde	12
2.1.2. História e significados da concepção de saúde	13
2.2. INTERLIGANDO OS CAMPOS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE	16
2.2.1. O papel da comunicação nos campos de estudo das áreas de saúde: questões de poder, humanização e democracia	17
3. CORRELACIONANDO OS ENVOLVIDOS: O SER MÉDICO E O SER PACIENTE	21
3.1. O SER MÉDICO ANTES DO AGENTE PROFISSIONAL EXISTE O AGENTE HUMANO	22
3.2. O SER PACIENTE: O AGENTE QUE SE ADENTRA AO DESCONHECIDO.....	27
3.3. O QUE É EXIGIDO DOS AGENTES	30
4. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA COMUNICAÇÃO VOLTADA PARA OS MÉTODOS DE PERCEPÇÃO	33
4.1. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.....	36
4.1.1. Tipos de Reação	40
4.2. PERCEPÇÃO	41
4.2.1. Características que auxiliam o trabalho de comunicação de percepção entre médicos e pacientes	45
4.2.1.1. <i>Respeito</i>	46
4.2.1.2. <i>Sinceridade</i>	47
4.2.1.3. <i>Empatia e Níveis de Resposta</i>	49
4.2.1.3.1. <i>Empatia</i>	49
4.2.1.3.2. <i>Níveis de Resposta</i>	50
4.2.1.3.2.1. <i>Comunicação Verbal</i>	51
4.2.1.3.2.2. <i>Comunicação não Verbal</i>	53
4.2.1.3.2.2.1. <i>Características da Comunicação não Verbal</i>	55

4.3. CARACTERÍSTICAS DA ANAMNESE	59
5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	65
5.1. ENTREVISTAS COM PROFESSORES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	67
5.1.1. Primeira questão de análise: Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?	67
5.1.2. Segunda questão de análise: Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?.....	69
5.1.3. Terceira questão de análise: Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?.....	71
5.1.4. Quarta questão de análise: Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?.....	74
5.2. ENTREVISTAS COM ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	75
5.2.1. Primeira questão de análise: Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?	75
5.2.2. Segunda questão de análise: Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.....	77
5.2.3. Terceira questão de análise: As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?	78
5.2.4. Quarta questão de análise: Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisadas na anamnese?.....	81
5.3. ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS MÉDICOS GRADUADOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.....	82
5.3.1. Primeira questão de análise: Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?	82
5.3.2. Segunda questão de análise: Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?	83
5.3.3. Terceira questão de análise: O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?	85
5.3.4. Quarta questão de análise: Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?.....	86

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B.....	113
APÊNDICE C.....	128

1. INTRODUÇÃO

Recentemente observamos polêmica causada pela chegada de médicos cubanos ao Brasil e determinados meios de comunicação chegaram a reportar que muitos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) estavam contentes com a vinda de tais médicos pelo simples fato de eles serem atenciosos, se preocuparem com questões básicas e possuir proximidade com os pacientes. Tal informação nos leva a crer que muitas vezes o paciente não busca apenas a solução para uma determinada doença, mas busca por auxílio médico amigo, alguém que possa conversar e ouvir os seus problemas.

Em conversa com estudantes e profissionais envolvidos na área de saúde foi possível observar a falta de preparo do lado sensível de um futuro médico. Alguns são capazes de alegar que essa relação esta diretamente ligada ao fato de onde o profissional trabalhe futuramente, na clínica, hospital, ambulatórios e outros. Em uma clinica particular o desenvolvimento do lado humano pode ser algo mais comum do que trabalhar no SUS, por exemplo, até mesmo pela questão do tempo oferecido ao atendimento do paciente.

Outro fator determinante para o desenvolvimento do lado humano do futuro médico esta presente dentro das instituições acadêmicas que possuem poucas disciplinas que tratam o lado comunicacional e sensível na relação médico-paciente da maneira simples como ela deve ser.

Pensando nisso surgiu a proposta de pesquisa “Comunicação na Saúde: Deixando de formar médicos-técnicos para criar médicos-humanus”. O projeto possui a proposta a investigação sobre a maneira que o curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora trabalha em seus alunos essa questão da comunicação humanizada ressaltando e fortalecendo as relações humanas existentes entre os envolvidos. O ponto de vista analisado será o das entrevistas realizadas. Desde já sabendo que ela não representará a verdade absoluta pois o número de entrevistados é relativamente pequeno perto da quantidade total de alunos, professores e profissionais graduados pela instituição.

O objetivo principal será nortear e compreender alguns aspectos da comunicação e da saúde por meio de entrevistas com alguns professores, alunos e profissionais graduados do curso de Medicina da instituição estudada.

Para iniciar o estudo é preciso compreender algumas relações que permeiam entre os campos da comunicação e da saúde. Visa-se, no primeiro capítulo, demonstrar os reais sentidos e significados que envolvem o campo da saúde. Apenas quando somos receptivos a compreender a saúde e seus significados nos tornamos aptos para enxergar posteriormente

como devem ser trabalhadas as profissões que estão diretamente ligadas a este campo de saber. Mais do que compreender o campo da saúde, neste primeiro momento tem-se o objetivo de interligar alguns aspectos dos campos de saber, entenda-se comunicação e saúde.

Após o primeiro momento, o estudo dará continuidade ao apresentar os principais agentes estudados envolvidos na relação comunicação e saúde, ou de forma mais clara, ser avaliado o médico e o paciente. Cada um dos seus envolvidos possui uma história, ideologia, uma formação pessoal, social, econômica, política e psicológica, porém é necessário que esta atuação conjunta entre o médico e o paciente abandone suas crenças e a sua própria cultura em prol de algo real que envolve a vida de uma pessoa. Este encontro deve ser visto como um modelo de cooperação para que ambos deem o seu melhor e consigam o melhor resultado possível, dentro das possibilidades.

Esta relação de comunicação médico-paciente possui diversos fatores que a humanizam ou que a tornam mecânicas. Entre todas as características que a humanizam destaca-se a percepção que está diretamente ligada com todas as outras características consequentes. O terceiro capítulo foca compreender as formas de comunicação do paciente, aquela comunicação que não é apenas verbal, mas que acontece por meio de sua própria antropologia, cultura e por que não dizer que acontece do estado psicológico do paciente? São os sinais e símbolos que o paciente demonstra em suas entrelinhas, seus gestos, sua forma de agir, pensar e até mesmo a frequência de sua própria respiração.

Após compreender toda essa relação, nosso objetivo maior é entender de forma parcial, por meio do ponto de vista dos entrevistados, como os alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora são preparados para esta relação e para este entendimento com o angustiado. Objetiva-se perceber os reais agentes que influenciam e formam os futuros profissionais médicos para que não sejam apenas técnicos em medicina, mas que sejam humanos com todos aqueles que lhes pedirem ajuda, apoio e a cura.

2. ESTUDANDO AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E COMUNICAÇÃO

Os campos de comunicação e saúde são tratados e estudados desde os primórdios da humanidade. Mesmo que inicialmente tenham sido campos opostos de pesquisas, hoje nós somos capazes de observar que existe um entrelaçamento entre ambos. Quando isso é trabalhado em conjunto favorece as duas áreas de conhecimento e atinge um maior número de beneficiados pela parceria, que mesmo recente, já pode ser considerada um grande avanço.

Ao falarmos de saúde, logo nos remetemos ao estar bem, estar intacto, curado, sem qualquer alteração em nosso corpo físico. A preocupação com este aspecto existe desde que o homem se entende como homem. Estudos mostram a existência de curandeiros, médicos, pajés e estudiosos nas áreas relacionadas à saúde desde que o mundo existe.

Os relatos mais conhecidos no campo da história da saúde vêm dos povos egípcios e gregos, mas isso não quer dizer que outros povos, mais antigos, não tenham feito estudos sobre essa temática, pelo contrário, isso só reforça a necessidade do ser humano em atingir a plenitude do seu estado físico e mental.

Em contrapartida, quando pensamos em comunicação somos capazes de ir além, e imaginar que desde o surgimento do primeiro ser humano, ele já era capaz, ou tentava de alguma maneira, se comunicar de alguma forma. Estas formas são variadas e foram evoluídas ao longo dos anos. O homem para que possa sobreviver necessita de se comunicar, e esta comunicação pode ser feita através da fala, dos desenhos, dos sinais, da escrita, dos gestos corporais, olhares, entrelinhas e infinitas outras formas.

Os estudos conhecidos mais antigos em relação às preocupações da comunicação provêm da Grécia da Antiga. Aristóteles já apresentava em sua obra “A retórica” a necessidade do saber: O que comunicar? Para quem comunicar? Como comunicar? Após este primeiro estudo, outros surgiram com relação à comunicação e estes foram evoluindo através de outros pensadores como Nixon, que acrescentou aos estudos de Aristóteles outras informações. Após, McLuhan (1964) apresentou em sua obra “Os meios de comunicação como extensões do homem” a necessidade de fazer que o meio fosse a mensagem. Podemos citar também, Edgar Mohin (2005) que exercita o ensino da comunicação para toda a massa. Não podemos nos esquecer de Stuart Hall (2006) em sua obra “Da Diáspora Identidades e Mediações Culturais” que trabalha a necessidade do ser humano em apresentar a comunicação de suas culturas e interligá-las em uma comunicação cosmopolita. Nos dias de hoje já podemos analisar os contextos de estudos de comunicação pelos meios do advento da internet,

como por exemplo, em estudos apresentados por Pi erre Levy (1999) na sua obra “Cibercultura”.

Analisando as perspectivas vistas acima, este capítulo visa apresentar de uma maneira sucinta as interse c es que ligam as áreas de comunica o e saúde no nosso eixo contemporâneo.

2.1. SAÚDE: CONCEITOS E EXPLICA ES

Para que possamos interligar aspectos entre os campos de comunica o e saúde   necessário abranger vários conceitos e proposi es sobre o assunto, para que desta maneira, seja possível compreender sua complexidade em nível de pesquisa. Apenas ao compreendermos suas reais explica es estaremos aptos para correlaciona-las aos campos comunicacionais e assim darmos continuidade a pesquisa.

2.1.1. Etimologia do termo saúde

Antes mesmo de começarmos a falar do conceito “saúde”   necessário explicitar as diferentes defini es que abrangem esta ciência. Segundo o estudo de Almeida Filho (2011, P.16) a raiz etimológica da palavra saúde se traduz do latim ‘Salus’. Salus designa como principal significado tudo aquilo que se remete ‘ao estar inteiro, intacto e integro ou sem nenhuma patologia’.

Ainda, segundo o autor, podemos observar que mesmo quando estudamos outros significados, além da percep o etimológica do Latim, somos capazes de notar que as denomina es que surgem através da palavra ‘saúde’ estabelecem as mesmas características citadas anteriormente, ou apresentam sentidos e significados muito próximos.

Saúde em português, *salud* em castelhano, *salut* em francês e *salute* em italiano (estes últimos com uma conota o específica de sauda o) derivam de uma mesma raiz etimológica: *Salus*. Proveniente do latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. Deles deriva outro radical de interesse para o nosso tema, *salvus*, que já no latim medieval, conotava a situa o de supera o de ameaças a integridade física dos sujeitos. *Salus* prov m do termo grego *holos*, no sentido de todo, totalidade – raiz dos termos holismo, holístico, tão em moda atualmente – que foi incorporado ao latim clássico por meio da transi o *s’olos*. Por sua vez, a raiz indo-germ nica de *holos * o vocabulário *Kailo*, também significando total, inteiro. (ALMEIDA FILHO, 2011, p.16).

Além destas raízes etimológicas, Almeida Filho (2011) apresenta outra etimologia para o termo saúde, *Health*, palavra proveniente da cultura anglo-saxônica, que possui como tradução literal para o português “saúde”, e segundo o autor traz em si uma das histórias mais curiosas em relação a etimologia da palavra, que com tais peculiaridades, apresenta a relação do termo em inglês com sua origem que indicava que estar saudável era considerado estar puro e sagrado.

Dessa breve exploração semântica, que ressalta como mais interessante será certamente a história etimológica do termo *health*, saúde em inglês. Em sua forma arcaica (*healeth*) equivale a *healed* no sentido de tratado ou curado, particípio passado do termo *toheal*. No tronco escandinavo, como no idioma sueco, por exemplo, saúde é *bolsa*. Todos os vocábulos desta família semântica provem de *bōl*, termo germânico antigo que designa inteireza e que, por seu turno, também refere-se ao radical grego *holos*. Digno de nota ainda é que *hōl* originou *hollig* (germânico antigo) raiz do vocabulário *holy* que significa ‘sagrado’ no inglês moderno. Em português o termo ‘são’ também aparece como sinônimo de ‘sagrado ou santo’, tal como aparece na designação dos fundadores da Igreja Católica Romana, ‘São’ Pedro e ‘São’ Paulo. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 17).

Então podemos compreender que sempre que nos remetemos a palavra saúde e sua etimologia, automaticamente estaremos nos remetendo as questões de estar inteiro, estar puro e estar sagrado.

2.1.2. História e significados das concepções de saúde

Ao sairmos da etimologia e partimos para o aspecto histórico podemos citar que durante muitos séculos, os conceitos de saúde e a profissão do médico foram vistas com um cunho religioso e mágico. De acordo com Bergstein (2013), a saúde e a morte eram totalmente atribuídos aos deuses ou forças superiores e não existia responsabilidade do médico em relação à plenitude ou a falta de saúde de nenhum indivíduo, tudo era dependente da vontade divina.

Foi com Hipócrates que se iniciou o distanciamento da figura do médico do sacerdotalismo e a sua aproximação – que ocorreu de modo muito lento e gradativo – ao método científico. O chamado Juramento Hipocrático – que constitui muito mais do que uma mera promessa de comportamento moral - caracteriza-se como verdadeiro código de ética médica e, embora não tivesse força coercitiva, foi fundamental importância para a construção de um sólido alicerce ético da relação médico-paciente.

O médico e filósofo grego Hipócrates, conhecido como o “pai da medicina”, foi quem primeiro abandonou as tradições egípcias e babilônicas que atribuíam o exercício da medicina muito mais às magias e feitiçarias do que às ciências biológicas e naturais. A ele atribui-se a autoria do chamado *Corpus Hippocraticum*, compilação de aproximadamente sessenta escritos que, juntamente com o Juramento de Hipócrates, pode ser considerado o grande legado da Antiguidade à ciência médica. (BERGSTEIN, 2013. P. 23).

Desde a Grécia Antiga iniciou-se a construção de uma definição para a saúde ou para sua ausência. Almeida Filho (2011) explicita em sua obra a teoria naturalista de Hipócrates que apresenta às questões da saúde, doença, vida e morte. O filósofo grego diz em seu estudo que a doença pode ser definida como falta de equilíbrio de vitalidade, ou como uma desorganização deste estado vitalício.

A mais antiga teoria naturalista sobre sofrimento, doença, vida e morte ainda vigente, atribuída a Hipócrates, mítico pai da medicina, tora a saúde como estado de equilíbrio vital. Os hipocráticos consideravam o homem como um sistema organizado e definiam a doença como uma desorganização deste estado. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 30).

Para que sejamos hábeis para iniciar uma ligação entre alguns aspectos diretos entre comunicação e saúde é necessário entender que as causas de ausência da saúde, envolvem diversos fatores, não apenas o estar saudável fisicamente, é também necessário que compreendamos que existem fatores externos e internos, incluindo aspectos filosóficos, psicológicos e um histórico de vida.

Ao estudarmos e analisarmos a definição de saúde oferecida pela Organização mundial de Saúde (OMS) pode-se notar que ela engloba o bem estar físico, mental e social. As obras de Almeida Filho (2011) e Kloetzal (1999) citam a definição proposta pela OMS, porém posteriormente apresentam fatores que são necessários e não estão englobados nesta definição.

Em 1946, talvez buscando alívio para o espírito depressivo do pós guerra, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reinventou o nirvana e chamou-o de ‘saúde’: “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p.8).

Definição esta, que Kloetzel (1999) também destaca em sua obra, atentando-se ao fato de que a OMS se refere à saúde sem se manifestar a respeito da sua ausência.

A organização Mundial de Saúde por ocasião de sua fundação, saiu-se com uma declaração que durante décadas gozou de grande popularidade. Nos dias de hoje ainda é citada, embora como sérias ressalvas: Saúde é um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou invalidez (Sobre a doença ela deixou de pronunciar). (KLOETZEL,1999, p. 23).

Mesmo com esta definição ditada pela OMS, tanto Almeida Filho (2011) quanto Kloetzel (1999) acreditam que esta é uma definição um tanto escassa sobre tudo que o termo saúde pode representar, e sobre os fatores que envolvem sua falta ou que prejudicam sua plenitude. Na concepção de Almeida Filho a temática saúde abrange setores diversos, que não envolvem apenas o bem estar físico, mental ou social.

Podemos tomar como pressuposto, apenas para início de apreciação analítica, que a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa referenciada por meio de conceitos , apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. (ALMEIDA FILHO, 2011, p.15).

Ao entramos em outros estudos podemos notar que muitas das ciências necessárias na construção de uma saúde plena englobam campos de ciências humanas, que por sua vez estão diretamente ligadas às ciências comunicacionais. Para que possamos entender aspectos filosóficos, científicos, tecnológicos, políticos e práticos é preciso que saibamos nos comunicar.

Reafirmando a teoria apresentada por Almeida Filho (2011), Kloetzel (1999) apresenta fatores que indicam que para que compreendamos o estado de saúde do próximo é necessário que conheçamos elementos aos seus hábitos de vida e de sua antropologia.

E é igualmente impossível ignorar a sempre presente interferência dos fatores sociais, da pobreza, da falta de condições mínimas para alcançar uma vida decente, com isso dando origem a um terceiro modelo: o socioeconômico. Ao qual é preciso acrescentar um modelo antropológico, que diz respeito às crenças, aos mitos, aos hábitos de vida, elementos que variam de lugar para lugar de época para época. (KLOETZEL, 1999, p 23).

Almeida Filho (1999) alega em seus estudos que a temática saúde é considerada um ponto cego nos campos de pesquisa, o que a torna algo totalmente sem conceituação ou

definição exata. Segundo o autor este conceito é considerado um problema para os pesquisadores.

Penso que isso ocorre simplesmente porque o conceito de saúde 'ironicamente' constitui um dos pontos cegos paradigmáticos das ciências da saúde em geral e da saúde coletiva e particular. "Com a expressão 'ponto-cego', refiro-me a problemas ou questões que os próprios paradigmas científicos consubstanciados pelos agentes históricos engajados na prática institucional da pesquisa, não permitem 'ver' ou se quer toleram que sejam vistos". (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 12).

Em função de pesquisas mais recentes, Almeida Filho (2011) prefere seguir o conceito de saúde apresentado por Bordieu (2007), que parte do pressuposto que estudar o campo da saúde é uma mescla de saberes e culturas, e que não necessariamente seja apenas uma disciplina científica. Significa assim, que este campo de conhecimento foge dos tradicionais saberes convencionais do bem estar, para estar interligada em muitas áreas de conhecimento, onde entre elas podemos citar a comunicação.

O trabalho teórico-epistemológico de inspiração de inspiração bourdieusiana empreendido mais recentemente aponta o campo da saúde como um espaço de saberes interdisciplinares e multiculturais e não propriamente como uma disciplina científica. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 111).

A partir destes pressupostos podemos notar que as diversas facetas da comunicação são demasiadamente importantes no processo de avaliação do conceito de saúde. Não é possível falar de saúde sem inseri-la ao processo comunicacional, afinal, apenas com uma comunicação eficiente conseguimos entender o outro e sua situação de ausência de saúde.

2.2. INTERLIGANDO OS CAMPOS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Como já explicitado anteriormente, existem diversos pontos que são capazes de interligar os processos da comunicação na saúde. Pontos que antes desconhecidos, hoje norteiam as relações pessoais e auxiliam inclusive no processo de humanização nas relações do campo de saúde.

2.2.1. O papel da comunicação nos campos de estudo das áreas de saúde: questões de poder, humanização e democracia

O papel da comunicação nos campos de saúde, apesar de aparentar possuir um conceito claro e compreensível, muitas vezes transmite erroneamente esta parceria de conhecimentos apresentando-se de forma não clara e não objetiva na prática. Por serem campos de grande complexidade por si só, quando ligados e estudados, buscam uma intercessão de transformação e se tornam agentes do surgimento de novos campos. Desta maneira são capazes de apresentar diversas configurações. De acordo com Araujo (2013) as pesquisas que se correlacionam as duas temáticas podem apresentar múltiplas formas.

Comunicação e Saúde é uma expressão que nomeia um campo de conhecimentos e práticas e que, ao enunciar, constitui uma interfase entre outros dois campos, o da Comunicação e o da Saúde. No entanto, o que pode parecer tão claro e compreensível, até mesmo pelo mecanismo de naturalização dos sentidos sociais, nem sempre o é. Não só este recorte temático pode ser lido de formas distintas de dentro do próprio campo, como sua percepção por outros campos produz múltiplas configurações a seu respeito. (ARAUJO, 2013, p. 1).

Araújo (2013) também afirma que os estudos apresentados contendo esta intercessão são mais encontrados nas áreas das ciências sociais, fugindo assim, dos seus campos de origem, onde ambas possuem seu próprio espaço. Segundo a pesquisadora, este novo conceito considerado como “Comunicação e Saúde” é de interesse social, pois possui um papel crescente nas relações comunicacionais e nas questões contemporâneas de saúde, estando diretamente ligadas a uma boa qualidade de vida.

A relação entre Comunicação e a Saúde pode encontrar lugar em muitos eventos científicos da área das ciências sociais. Essa vinculação cada vez mais interessa à sociedade, porque associa a centralidade crescente do papel da comunicação nas sociedades contemporâneas ao avultamento da importância da Saúde, modernamente vinculada a condições de qualidade de vida. Mas a Comunicação e a Saúde, como campo, adquirem visibilidade e legitimidade nos eventos científicos tanto da Comunicação quanto da Saúde. (ARAUJO, 2013, p.2).

Reforça-se ainda que o maior interesse pela junção destes campos de saber surgiu a partir dos anos 90 quando começou a se investir na comunicação dentro dos campos de saúde. Investimento este, que englobou os conhecimentos políticos, acadêmicos e institucionais.

Pode-se dizer que, como campo, a comunicação e saúde desponta no cenário a partir do início dos anos 90, quando passa a ser objeto de um investimento político, acadêmico e institucional mais sistemático, incluindo práticas de pesquisa e ensino. Isto se deve em parte à progressiva centralidade da comunicação na vida social e à especialização e fragmentação da pesquisa e do ensino da comunicação. (ARAUJO, 2013, p. 4).

A autora traz outro aspecto importante, alegando que um dos fatores determinantes no auxílio à impulsão dos estudos de comunicação e/ na saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Araujo (2013) diz que a proposta do SUS por se tratar de uma política participativa atingiu a todos de uma forma necessária para que a comunicação pudesse ser instituída. Com esta nova faceta, não bastava apenas trabalhar o campo da saúde dentro do SUS, seria necessário a criação de uma comunicação abrangente que atraísse a todos os públicos, de todas as camadas sociais, que promovesse a igualdade e que principalmente contasse com a participação de todos para a promoção de sua contínua melhoria.

No Brasil, porém, o fator que impulsionou a comunicação e em decorrência possibilitou o delineamento mais consistente do campo de Comunicação e Saúde foi a instituição, em 1988, do SUS – Sistema Único de Saúde: ao revolucionar a relação do Estado com a população e definir como princípios a universalidade (saúde como direito a todos), a equidade (igualdade como atenção às diferenças) e a integralidade (a multidimensionalidade da saúde) e ter participação social como uma de suas principais diretrizes, estabelece a centralidade da comunicação em seu projeto, ainda que de forma não explícita. (ARAUJO, 2013, p.6).

A partir deste marco histórico, a comunicação abre mão de seu papel de auxílio institucional nos campos de saúde e se torna mais que isso, uma verdadeira relação de poder. Neste ponto a comunicação deixa de ser um campo apenas de divulgação dos conhecimentos anteriormente apresentados pelos campos de saúde, passando a construir seus próprios estudos e conhecimentos e se tornando capaz de firmar-se dentro dessa área.

Neste cenário a Comunicação e Saúde cria forças como campo que não só reflete, mas institui relações de poder. Um campo que produz conhecimentos e não apenas dissemina conhecimentos produzidos por outros campos. (ARAUJO, 2013, p. 6).

Segundo Nassar (2006) as interligações de comunicação e saúde, além de instituir poder, se tornam agentes estratégicos no quesito de categoria do poder.

Promover a interlocução entre comunicação e saúde, onde a comunicação coloca-se como instrumento estratégico, necessário numa sociedade na qual a informação e o conhecimento representam categorias de poder. (NASSAR, 2006, P. 1).

Nassar (2006) acredita que a comunicação não é apenas um quesito estratégico nas relações de poderio. O estudo comunicacional pode trazer para os relacionamentos nos

campos de saúde um lado mais humano e democrático. “Em tempos de intenso avanço tecnológico, impõe-se a necessidade de recuperar o sentido do humano e do democrático em todos os níveis de relacionamento”. (NASSAR, 2006. p.2).

Para a autora esta preocupação deveria estar presente em todas as relações interpessoais e em se tratando da comunicação com o público, os cuidados de humanização e democratização deveriam estar presentes, pois reforçam laços de colaborações entre campos diversos. “Essa preocupação deve estar presente não apenas nas políticas públicas, mas também nas políticas internas das empresas no que tange aos aspectos de relacionamento com seus públicos”. (NASSAR, 2006. P. 1,2).

A comunicação quando trabalhada juntamente ao campo de saúde tem o objetivo de promover melhorias nas relações de qualidade e humanização. Este trabalho realizado conjuntamente pelos campos de saber, no caso estudado comunicação e saúde, abrangem o cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. A comunicação neste cenário se torna um meio de troca de informações, sendo hábil para gerenciar estratégias que venham a solucionar problemas internos e externos, além de tornar o contato com o outro algo humano e sensível.

O eixo é a comunicação como dimensão do processo de qualidade e humanização das relações nas organizações hospitalares, no qual um projeto de comunicação integrada explicita um vínculo social pois interessa ao cotidiano das pessoas e da organização, no que diz respeito as relações de dominação, submissão e interdependência. Nesse cenário a comunicação se constitui, irrefutavelmente, no meio pelo qual a troca de informações necessárias à persecução dos objetivos pode se realizar e como forma de lidar com crises internas e externas, onde a comunicação assume sua dimensão estratégica na superação de problemas, no gerenciamento de solução das crises ligadas a imagem do hospital. (NASSAR, 2006, p.4).

Quando pensamos em saúde, é fundamental saber lidar com pessoas e respeitar suas individualidades. O profissional da área de saúde sempre irá se deparar com distintas personalidades e com vivências diversas dentro do seu espaço de trabalho, seja ele hospitais, ambulatórios, salas de emergências entre outras possibilidades. Para evitar conflitos comunicacionais é necessário sempre estar atento.

De acordo com Silva (2002) o profissional de saúde tem que se atentar a forma com que se comunica, porque trabalha diretamente com relações humanas. Ela acrescenta também que não pode se pensar na ação profissional sem ser sensível a percepção do processo comunicacional envolvido, pois é um trabalho realizado com a antropologia e história de vida de outras pessoas.

Isso acontece porque o profissional da área da saúde, tem como base de seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o paciente ou com a equipe multidisciplinar. Assim, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são as formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não. (SILVA, 2002, p.13).

Silva (2002) ressalta a necessidade da utilização da comunicação adequada onde se tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes (SILVA, 2002).

Além disso, Silva (2002) vê a rotina cotidiana do profissional como um fator inibidor de sua percepção. Ela afirma que para melhor interpretar os atos das outras pessoas envolvidas no processo comunicacional, é preciso que o profissional da saúde se assuma como um produtor consciente de linguagem e como um elemento transformador e intérprete de mensagens.

Cabe à equipe, portanto, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe. (SILVA, 2002, P.13).

A autora afirma também, que os profissionais da área de saúde não podem esquecer de que as mensagens que são decodificadas por suas palavras, gestos e atos poderão ser interpretadas de diversas maneiras, inclusive por seu comportamento. Mediante tais aspectos, aumentar a efetividade da comunicação da linguagem corporal é uma ação fundamental para trabalhar a comunicação de maneira plena.

Assim, seja por meio de palavras faladas e escritas, seja por meio de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho na área de saúde exige do profissional o conhecimento desse processo chamado *comunicação interpessoal* e de seus fundamentos básicos. (SILVA, 2002, p. 20).

Esta é a primeira parte que demonstra a necessidade da proximidade entre as relações interpessoais que abrangem a comunicação e a saúde. Além disso, reforçam que é preciso se estabelecer uma boa comunicação para que se possa conhecer o outro por inteiro.

3. CORRELACIONANDO OS ENVOLVIDOS: O SER MÉDICO E O SER PACIENTE

Para introduzir este capítulo é preciso antes de tudo compreender que ele se baseia nas relações interpessoais de dois agentes diferentes: o ser médico e o ser paciente. É preciso entender que além de agentes de relações interpessoais, ambos são seres humanos e possuem limitações. Limitações estas, que apenas ao serem trabalhadas através de aspectos comunicacionais eficazes podem ser aprimoradas.

Antes de aprofundar nos aspectos antropológicos gerais de cada um dos agentes é preciso compreender a relação entre eles. De ponto de partida, analisamos o ser médico. O ser médico é aquele que mediante conclusão de um curso superior, está apto para curar o ser paciente. Do outro lado da balança, existe o ser paciente, que junto com sua doença, ou angustia, palavra citada por Iandoli (2012), traz aspectos de vida, possui uma vivência própria e que se torna uma pessoa amedrontada pela angustia desconhecida.

Kloetzal (1999) acredita que é possível se praticar uma boa medicina desde o primeiro encontro entre os agentes envolvidos, desde que o profissional médico esteja envolvido e empenhado para tal encontro.

Qualquer seja o local deste primeiro encontro entre médico e paciente, é sempre possível praticar uma “boa medicina” – desde que, claro, o profissional realmente empenhado a fazê-lo. (KLOETZAL. 1999. P.51)

Mas o que Kloetzal (1999) não citou explicitamente é o fato de que uma boa medicina não pode ser feita apenas pelo agente médico. É preciso a colaboração do agente paciente que traz consigo histórias, históricos de doenças, tem todo um modo de vida e estes aspectos podem ser fundamentais para a prática de uma boa medicina.

Apesar desta parcela de preparo estar envolvida diretamente com o trabalho médico, cabe ao profissional da saúde se mostrar apto a recepção das informações que o paciente tem a dizer. Apenas com esta comunicação interpessoal pode-se existir a formação de uma melhor relação e da boa prática da medicina.

Para compreendermos melhor o que foi apresentado na introdução deste capítulo, vamos conhecer individualmente o perfil de cada agente, vamos entrelaçar o perfil de cada agente individualmente, sabendo que é impossível falar de um dos agentes sem que o outro não esteja envolvido, mesmo que de maneira passiva.

3.1. O SER MÉDICO: ANTES DO AGENTE PROFISSIONAL EXISTE UM AGENTE HUMANO

A melhor maneira de iniciar a relação do agente médico é usando a citação do autor Mário Chaves que foi introduzida na obra de Kloetzal (1999) com o seguinte pensamento “... a necessidade de mais do que se formar médico sapiens, formar-se um médico Humanus”. Esta frase foi a inspiração para o nome deste trabalho de conclusão de curso e é a melhor maneira de iniciarmos o estudo sobre o agente profissional de saúde.

Assim que termina sua graduação, o recém-formado traz em sua bagagem acadêmica o preparo para curar doenças com definições um tanto exageradas, e ao chegar no ambiente hospitalar se depara com uma situação completamente diferente. Nos conceitos apresentados por Kloetzal (1999), o autor citar que o alvo no âmbito hospitalar são as questões grandiosas e raras, desprezando questões menores e comuns.

Enquanto o leigo traz uma definição um tanto exagerada de sua doença, no ambiente acadêmico, no hospital-escola, acontece justamente o contrário. No hospital, a perspectiva é estreita, afunilada, o alvo de todas as atenções são as afecções graves – quanto mais raras melhor -, as questões menores são desprezadas. (KLOETZAL. 1999. P.26)

Kloetzal (1999) prossegue seu pensamento apresentando as consequências que surgem após este contato do recém-graduado com o mundo que apresenta doenças comuns com maior frequência do que imaginado pelo novo profissional da saúde. Além disso, Kloetzal (1999) diz que muitas das vezes o novo agente médico precisa de uma orientação que apresente o fascínio das doenças comuns.

Tal atitude traz sérias consequências para o ensino, tanto assim que, em seu primeiro contato com o *ambulatório*, o estudante se surpreende ao descobrir um panorama inteiramente novo, distinto daquele que aprendeu a conhecer no hospital, um mundo onde predominam as *doenças comuns*. É uma fase muito crítica no aprendizado da medicina; se o estudante não tiver quem o oriente, algum professor compreensível com paciência bastante para lhe mostra que, embora “comuns”, as *doenças comuns* têm seu fascínio próprio, o jovem só com muita dificuldade conseguirá adaptar-se ao dia-a-dia da profissão. (KLOETZAL. 1999. P.26)

Podemos notar que desde que acaba sua graduação o profissional da saúde já encontra dificuldades, e até mesmo frustração, ao descobrir que o mundo acadêmico torna-se utópico quando comparado com o meio de atuação profissional na vida real. O que causa desapontamento do trabalho do ambulatório e do hospital.

Tal fato frequentemente é motivo de desapontamento para o jovem médico, tomado pela sensação de que seus conhecimentos não estão sendo plenamente utilizados: que os longos anos de aprendizados representam um desperdício que só o hospital lhe traria oportunidades para exercer seu tirocínio. (KLOETZAL. 1999. P.33)

Outra dificuldade encontrada após o término dos estudos na academia pelos novos agentes médicos é a falta de compreensão do paciente quanto a necessidade de um acompanhamento correto de sua angústia. Esta falta de boa conduta por parte do paciente dificulta a comunicação humanizada por parte do médico e prejudica na conduta da prática da boa medicina.

Com um pouco de exagero, é este o panorama do ensino: o imediatismo, a falta de compreensão de quanto um acompanhamento mais longo, tranquilo e comedido, constitui a melhor das condutas, tanto do ponto de vista científico como em termos humanos. (KLOETZAL. 1999. P.54)

Ainda em relação a continuidade do acompanhamento do atendimento, Kloetzal (1999) demonstra que a falta de livre acesso do paciente ao médico interfere diretamente na boa prática médica. Dificultando este acesso o sistema de saúde age cometendo um atentado contra o bem estar da saúde de outrem. O autor ainda é capaz de afirmar que sem esta continuidade é impossível se praticar uma boa medicina e continua ao dizer que esta falta de segmento pode gerar muitos outros problemas que serão apresentados na citação abaixo.

A frustração do médico. Visto que habituado ao imediatismo, busca numa única consulta (eventualmente uma segunda para fins de “revisão”) atender a totalidade das necessidades confessadas pelo paciente. Muitas vezes isto o obriga a agir precipitadamente, ou então apelar à falsa segurança de uma bateria de exames complementares.

Erros nas conceituações dos problemas. Mas há serviços que facilitam uma consulta de retorno – mas só se for conferir os resultados dos exames complementares. Um segundo desastre: como será reiteradamente enfatizado, os exames complementares esclarecem muito pouco, para dizer a verdade o **risco de erros diagnósticos é direcionalmente proporcional ao número de exames pedidos**. A conduta do profissional não pode ficar na dependência da tecnologia. Para que o paciente saia beneficiado é preciso, primeiro, que o médico se familiarize com ele, seus problemas, seu modo de vida, sua pessoa. Adquirir este conhecimento não é obra de instantes, mas de todo um *processo*, de uma convivência.

Obstáculos a ação programática. Dado que a Medicina Preventiva – os serviços de pré-natal e puericultura, os “grupos” de hipertensão, diabete, ou outras enfermidades crônicas – exigem, por sua vez própria natureza, uma continuidade no atendimento, é óbvio que sem livre acesso ao ambulatório, estas opções tornam-se inviáveis.

Custos elevados. Também isso é fácil compreender: o exagero nos exames complementares, as receitas muitas vezes apressadas e mesmo desnecessárias, a fragmentação do serviço resultando num excesso de referências ao especialista, representam formas importantes de desperdício, sem que os benefícios aumentem sua proporção.

O empobrecimento da profissão. Para praticar uma boa medicina não basta a competência, é também preciso ter – com perdão da palavra – *paixão*. Sem ela, cedo ou tarde, a “ciência” vira rotina, cumprida de forma mecânica, sem trazer benefícios a qualquer uma das partes. (KLOETZAL. 1999. P.44 e 45).

Adentrando as funções do médico que age cotidianamente, Iandoli (2012) reporta que para a melhor compreensão das funções médicas é necessário que antes de apresentar qualquer outro aspecto é preciso compreender a real função de cura realizada pelo profissional de saúde. Levando em consideração que o limite do poder exercido pelo médico em cima do paciente, não deve ser recebido de forma passiva pelo outro agente. Por falta de conhecimento, ou por medo de agir por impulso ou de forma errada, o paciente delega ao médico ações e decisões que deveriam ser feitas por ele próprio.

O médico é dito como o profissional que é capaz de curar, responsável pela vida de seus pacientes; pacientes estes que, chamados de “leigos”, não seriam capazes de decidir sobre o seu tratamento, já que não possuíam condições de entender os aspectos técnicos que envolvem suas possibilidades. Esta premissa, errônea e prepotente, faz com que o médico, muitas vezes, tome para si decisões que seriam inerentes ao paciente (IANDOLI. 2012. P.2)

Iandoli (2012) acrescenta o estudo dizendo que este comportamento equivocado parte de toda a sociedade. Por acreditar que o médico é capaz de curar, os pacientes se isentam de suas responsabilidades em relação a suas futuras melhorias, para que desta forma tenham a quem culpar caso algo fuja do controle. Esta acaba se tornando mais uma responsabilidade que se é despejada em cima do agente médico

Os próprios pacientes, ou poderíamos dizer a sociedade como um todo, tornam-se cúmplices desse equívoco, já que, também por acreditarem ser o médico capaz de curar, vão a ele como se estivessem levando seu carro ao mecânico, para pedir um orçamento e, posteriormente mandar fazer o serviço, com a única diferença que não podem deixar o “carro” na oficina e voltar para pegar mais tarde, quando tudo estiver pronto. A verdade é que as pessoas querem se “isentar” de seus tratamentos a vã esperança de não sofrer, ou sofrer menos. Além do mais, têm a quem atribuir a “culpa”, se as coisas não derem certo. (IANDOLI. 2012. P.2 e 3)

Além da nova responsabilidade acrescentada as rotinas médicas, o agente médico, como diversos outros profissionais, costumam se sobrecarregar de muitas atividades, inclusive muitas vezes, se desdobrando em lugares diferentes de trabalho. Ledur e Lucchese (2008) afirmam que o sistema de saúde impõe muitos fatores que influenciam diretamente ao agente médico na hora do atendimento. Entre eles somos capazes de citar os casos de prioridade e o tempo de atendimento para cada paciente. Os autores alegam ainda que sem uma comunicação precisa deixa de ser uma qualidade e torna-se uma necessidade.

Tradicionalmente, os médicos encontram-se sobre carregados por múltiplas atividades, geralmente em diferentes hospitais. O sistema de saúde impõe tempos determinados para o atendimento de cada paciente e, mais do que isso, a população procura o médico em situações progressivamente mais graves, o que termina por exigir um maior tempo de atendimento. Precisão absoluta na comunicação passa a ser, mais do que uma qualidade, uma necessidade. (LEDUR e LUCCHESE. 2008. P. 20)

Além dos desgastes e responsabilidades que já são depositados em cima do agente médico, existe um novo agravante que influi diretamente na sua prática profissional, este agravante é a percepção do médico.

Silva (2002) acredita que a rotina profissional do agente médico se torna uma inibidora da sua percepção. Além disso, a autora apresenta a necessidade do profissional da saúde de produzir e interpretar mensagens. Para que o médico possa compreender o outro ser humano e fazer seu trabalho de maneira correta e sensível é necessário eliminar os preconceitos sobre as questões de saúde e doença.

A rotina do dia a dia do profissional inibe sua percepção. Para melhor interpretar os atos verbo-gestuais do paciente, o profissional de saúde precisa se assumir como produtor consciente de linguagem e como elemento transformador, intérprete de mensagens. Apaixonar-se pela ideia de compreender as pessoas pode eliminar o preconceito de que os pacientes não nada sabem sobre as questões de saúde e doença. (SILVA. 2002. P.17)

Outra proposta apresentada em relação ao cotidiano profissional é a necessidade do agente médico não encarar sua rotina sem ter a percepção de compreender a dor do próximo. De acordo com Iandoli(2012), ser médico é a “profissionalização” da caridade e da solidariedade, por isso a profissão não pode ser entendida apenas como um comércio.

Entretanto, sei, também, que não há como encarar a medicina como uma atividade profissional qualquer, usando as mesmas regras do “mercado”, pois ela está ao lado de outras que também são a “profissionalização” da caridade e da solidariedade, como enfermagem, fisioterapia, assistência social, odontóloga, psicologia, o próprio sacerdócio religioso e tantas outras que lidam diretamente com os outros que sofrem dores do corpo e/ou da alma. Nessas situações, a relação não pode ser encarada da mesma forma que a mantida entre o comerciante e seu consumidor. (IANDOLI. 2012. P.106)

Ledur e Lucchese (2008) tem um posicionamento muito próximo ao citado por Iandoli (2012), alegando que o profissional da medicina não pode deixar de possuir características como compaixão, comprometimento, carinho, solidariedade e bondade. Características estas, que atualmente se interligam aos conhecimentos científicos.

Compaixão, comprometimentos, carinho, solidariedade e bondade – envolvimento, enfim – passaram a associar-se à competência, à atualização, ao conhecimento científico, à participação na comunidade científica. (LEDUR e LUCCHESE. 2008. P. 74)

Ledur e Lucchese (2008) ainda acrescentam que o médico contemporâneo não pode se prender a questões técnicas e que o sucesso do médico atualmente está por características e sentimentos positivos que se é transmitido ao paciente.

Tornou-se necessário absorver a visão de que todo ser humano é corpo-mente e espírito. Médicos do passado davam-se ao luxo do agnosticismo. Hoje há evidências de sobre de que a espiritualidade integra o dia-a-dia do médico. O sucesso do médico de hoje mede-se pela quantidade de fé, esperança e afeto que ele transmite ao paciente. (LEDUR e LUCCHESE. 2008. P. 74)

3.2. O SER PACEINTE: O AGENTE QUE SE ADENTRA AO DESCONHECIDO

O ser paciente é aquele que entra em uma fase desconhecida, considera-se fase desconhecida o período que está com a angústia. Desde que o paciente se depara com esta situação a sua primeira reação é buscar um agente médico.

Segundo Ledur e Lucchese (2008) o paciente ao procurar o médico procura um profissional com amplo conhecimento científico, além de crer que o profissional da saúde tem a habilidade de cura e espera que isso aconteça no menor período de tempo possível.

O que o paciente espera do médico? Antes de mais nada, quando o paciente procura o médico, espera dele amplo conhecimento científico, capaz de diagnosticar de imediato o mal que o aflige e mais rápido possível encontrar os meios para a cura. Em síntese, o paciente vê no médico aquele que tem o poder de curar. Em muitas situações, atribuíste-lhe um poder mágico, divino. (LEDUR&LUCCHESI. 2008. P.25)

Portanto, tem-se de um lado o todo-poderoso médico e de outro, um ser fragilizado, angustiado, quando não desesperado, à procura de salvação. (LEDUR&LUCCHESI. 2008. P.25)

Segundo Kloetzal (1999) uma das primeiras percepções que devemos possuir é o fato de que a maioria da população está exposta a viver dentro de uma má distribuição das unidades de saúde, o que pode resultar em uma grande distância até conseguir chegar a uma unidade de saúde e por consequente demorar a conseguir o atendimento. Além deste obstáculo, Kloetzal (1999) também acrescenta que normalmente existem longas filas de espera, demora de atendimento e possíveis custos. Todos esses fatores já influenciam diretamente no ser paciente antes mesmo de que ele já seja atendido por um profissional de saúde.

Entre os obstáculos enfrentados pela maioria da população, os mais importantes são seguramente, a má distribuição das unidades de saúde (resultando, por vezes, numa grande distância entre domicílio e unidade de saúde), as longas filas de espera e a demora no atendimento, bem como, é natural, os eventuais custos do atendimento. (KLOETZAL. 1999. 53)

Silva (2002) diz que o paciente hospitalar age basicamente como uma pessoa que está assustada, porque se pode considerar, que este paciente, está em uma situação nova e totalmente desconhecida. Para ele nos campos de sua imaginação, “tudo pode acontecer”. A

autora acrescenta que esta reação parte do instinto natural de autodefesa e autopreservação, fazendo assim que o paciente delimite seu território e que redobre sua atenção em tudo que acontece ao seu redor.

Por isso, se queremos ou precisamos mudar seus hábitos, postura, ou até mesmo orientá-lo sobre algo, é necessário estabelecer um vínculo de confiança, com base em um comportamento empático: olha direto, inclinação do tórax para a frente, maneios positivos de cabeça... além das palavras corretas! (SILVA. 2002. P.16)

Seguindo ainda os pensamentos de Silva (2002), o paciente que se encontra em estado de doente, se torna totalmente dependente dos cuidados do agente médico. Mas que é preciso considerar que antes de ser dependente, este agente paciente, tinha sua própria autonomia conquistada ao longo da idade. Acontece, que quando se encontra neste estado doente, o paciente regride e passa a perceber coisas que passavam despercebidas. Então neste contexto é necessário que o ser médico compreenda o ser paciente.

Contudo, quase sempre nos esquecemos de que aquele paciente, vivendo em cima de uma cama e totalmente dependente dos nossos cuidados, já foi uma pessoa livre, dona de seu corpo e de suas vontades. A perda da autonomia, conquistada. A perda de autonomia, conquistada desde a infância, faz com que o paciente regrida e volte toda a sua atenção para coisas que, até então, passavam despercebidas no seu dia-a-dia, como os cuidados básicos com a higiene. (SILVA. 2002. P.15)

Em continuidade, Silva (2002) relata que é preciso pensar no paciente como um ser humano que se preocupa. O fato de estar doente faz com que o paciente se torne uma pessoa preocupada, que se sente amedrontada pelo fato de talvez não ser aceito socialmente ou culturalmente.

Cuidar da manutenção de um paciente não afeta unicamente o seu físico, mas principalmente a sua identidade. O homem é, ao mesmo tempo, um ser psicossocial e psicobiológico, ou seja, essas dimensões não são autônomas ou excludentes, mas dois modos de ser um mesmo indivíduo. Por sermos humanos, não deixamos de sentir, de ficar preocupados, como que é aceito ou esperado culturalmente, socialmente, quando estamos doentes; portanto, como profissionais de saúde, não podemos considerar apenas o “fisiológico” do paciente, pois seu comportamento está diretamente relacionado ao que ele sente e pensa. (SILVA. 2002. P.15)

Silva (2002) inclui a apresentação de outra característica do agente paciente que é o fato dele dificilmente se abrir, ou falar sobre seus sentimentos ou ideias. Este fator se envolve

diretamente ao agente médico que precisa se tornar apto a prestar atenção nas reações comunicacionais do paciente.

Como as pessoas dificilmente falam sobre os seus sentimentos, o profissional de saúde precisa estar atento a linguagem corporal do paciente e aprender a distinguir cada *contexto*, quais são os sentimentos dele (SILVA. 2002. P.16)

Kloetzal (1999), através das ideias de Cassel (1978), correlaciona seu estudo com os de Silva (2002) ao concordar com Cassell (1978) que relaciona a dependência do agente paciente ao agente médico. Segundo o autor não pode limitar as funções do médico aos aspectos técnicos, é necessário abarcar as demais necessidades do paciente, que neste momento de angústia, busca por um refúgio.

Segundo coloca Cassell (1978), para o paciente a doença não é somente sofrimento físico mas, sobretudo, a falta de controle. Ele depende do médico para sua recuperação total, por isso a intervenção do profissional não deve limitar-se aos aspectos técnicos, ao aspecto biológico, mas igualmente abarcar as demais necessidades, estejam elas expressas ou não, pois o paciente também procura um refúgio, um porto seguro, uma mão sobre o ombro, algumas palavras que animem e tragam conforto. (CASSELL apud Kloetzal. 1999. P.57)

Iandoli (2012) também cita em sua obra o sentimento de dor que se envolve ao ser paciente. O paciente que vive a dor precisa de um apoio, e neste momento que a capacidade de compartilhar a vivência do outro se deve tornar uma característica médica. Este contato que muitas vezes é evitado pelo agente médico é necessário para ajudar e dar conforto ao agente paciente.

Talvez esta vivência compartilhada de dor seja uma das maiores vantagens que a profissão de médico pode oferecer, pelo brutal desenvolvimento pessoal que ela pode promover, se for orientada e administrada de maneira positiva. No entanto, é temida e evitada (como se fosse possível evita-la), e pode levar ao agravamento dos nossos núcleos psicóticos, despertando posturas e comportamentos tão distorcidos que chegam a antagonizar as atitudes esperadas daquele profissional que deveria ajudar a dar conforto. (IANDOLI. 2012. P.21)

Em sequência ao trabalho desenvolvido por Iandoli (2012), ele afirma também, que é preciso evitar que o paciente seja visto apenas como números de leitos ou somente como um prontuário. É preciso criar um vínculo com o paciente, para que ele seja capaz de descrever suas personalidade e expor o seu lado humano. Este contato muitas das vezes pode causar o

endurecimento no médico ao longo dos anos, mas se ele for capaz de compreender outrem, ele criará uma das principais características médicas, que é aguçar seu lado comunicacional e humano.

Diante da dor e do sofrimento, parece só haver dois caminhos possíveis: endurecer, e assim se afastar ao máximo do paciente, transformando em um dado estatístico, em uma doença ou em um número de leito ou prontuário; ou descer do pedestal, assumir suas fraquezas, igualar-se ao paciente como um ser humano e então se aproximar dele, podendo se tornar um médico e um parceiro, fortalecendo e enriquecendo a relação médico-paciente. (IANDOLI. 2012. P.22)

3.3 O QUE É EXIGIDO DOS AGENTES?

Segundo Ledur e Lucchese (2008), em sua obra apresentam a existência de exigências que são feitas para ambos os agentes em prol de uma melhor comunicação entre eles.

Do agente médico se é cobrado muitas características relacionadas diretamente a maneira de se comunicar e a maneira com que deve trabalhar a sua percepção dentro do cotidiano e nas relações interpessoais com o agente paciente.

Do **médico** é exigido:

- Manter atitude de compreensão e paciência;
- Observar atentamente o contexto, para abstrair inferências que extrapolam o limite do significado das palavras e das frases;
- Dar toda atenção ao que o paciente tem a dizer;
- Ouvir o paciente com atenção;
- Tranquilizar o paciente, com vistas a criar um ambiente favorável para uma boa comunicação;
- Demonstrar interesse em ajuda-lo, mostrando a estar disposto ao que der e vier;
- Manter postura atenta, nem tão formal, nem tão informal, nem tão séria, nem tão descontraída;
- Falar com clareza e simplicidade, deixando de lado a linguagem científica, incompreensível para os leigos;
- Não esconder do paciente as impressões e descobertas resultantes do diagnóstico realizado;
- Transmitir firmeza sobre as possibilidades de solução do problema;
- Encontrar o melhor jeito para se adequar a cada caso, pois as situações não se repetem;
- Manter as atitudes e posturas acima em todas as etapas da relação com o paciente, fator essencial na manutenção de uma relação saudável;
- No caso de incerteza, ser otimista. (LEDUR e LUCCHESE. 2008. P. 20 e 21)

Em consequência, os autores também apresentam características que devem estar diretamente ligadas ao agente paciente.

Como este é um acordo de cooperação espera-se do paciente características como sinceridade, confiança e conscientização de que o médico somente poderá ajudá-lo, caso esteja predisposto a se comunicar de maneira verdadeira e adequada.

Do **paciente** é exigido

- Conscientizar-se de que o médico é o único que pode ajudá-lo a se livrar de suas angústias;
- Ver no médico um amigo e confidente;
- Entender que o médico, como amigo e confidente, compreenderá qualquer situação, por mais difícil e constrangedora que possa parecer;
- Saber que o médico só poderá ajudá-lo se realizar um diagnóstico correto;
- Lembrar-se que o médico jurou manter segredo sobre qualquer situação pessoal do paciente;
- Despejar sobre o médico todas as angústias e sentimentos com relação ao seu problema de saúde;
- Abrir seu coração, contando tudo o que sente;
- Ser claro, usando sua maneira própria de falar, sem rodeios;
- Não esconder nada, por mais íntimo ou “vergonhoso” que possa parecer;
- Não esquecer que o médico, além de amigo e confidente, é um profissional que tem a única missão de cuidar da saúde de seus pacientes;
- Lembrar-se de que esse estado de fragilidade também precisa ser revertido, pois apenas prejudica a obtenção da cura;
- Manter as atitudes e posturas acima em todas as etapas da relação com o médico;
- Preparar-se para a consulta trazendo organizados os exames prévios, lista de problemas, receitas com medicamentos em uso, etc.;
- Ter compaixão com seu sofrimento, sem se sentir derrotado, mas buscando o alívio. (LEDUR e LUCCHESI. 2008. P. 19 e 20)

Conclui-se que nesta relação entre os agentes o primeiro passo para que seja uma cooperação de sucesso é necessário que abranja uma característica de comunicação percebida que será aprofundado no próximo capítulo. Além disso é preciso lembrar que os aspectos comunicacionais devem ser contextualizados nos diferentes locais de que o profissional médico trabalha, sendo eles hospitais, clínicas, ambulatórios e outros.

4. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE: UMA COMUNICAÇÃO VOLTADA PARA OS MÉTODOS DE PERCEPÇÃO

Ao iniciarmos este capítulo, é importante resgatar a necessidade de uma boa relação entre o médico e o paciente. É por meio deste contato que se acontece o primeiro contato interpessoal entre as partes envolvidas.

Esta relação precisa ser feita de uma maneira colaborativa entre o ser médico e ser paciente. Como dito no capítulo anterior, antes de se iniciar este contato é preciso que o profissional da saúde compreenda as questões que envolvam o paciente. Este é uma pessoa amedrontada, que está em busca de uma solução rápida para o estado doente que vive neste período. Além disso, existe a necessidade de compreensão de que esta vivência é muitas vezes desconhecida para o doente, e este pode se tornar um fator que o faça estar mais atento, porém mais preocupado e desconfiado.

Por outro lado, existe o médico que precisa das informações necessárias, precisa analisar o discurso descrito pelo paciente, entender suas causas, as entrelinhas que são deixadas por ele, avaliar todo o contexto comunicativo do doente, que envolve fala, gestos, movimentações, estruturas psicológicas, históricos sociais e culturais.

Para que esta relação se concretize de maneira plena, o profissional da medicina deve estar preparado para compreender o paciente e desenvolver sua capacidade de entendimento e percepção. A questão da percepção médica é uma das características necessárias para que possamos dimensionar como acontecem as relações interpessoais entre os envolvidos.

De acordo com Coulehan (1989) existem duas premissas errôneas que permeiam a formação no meio médico. A primeira delas acredita que os dados objetivos são mais importantes que as questões subjetivas. Esta premissa tem como base, a consideração de que fatos científicos são mais relevantes que os sentimentos envolvidos e apresentados pelo paciente. Por se voltar tanto para as questões científicas e objetivas, esquecem-se que o paciente e a doença são questões subjetivas.

Primeira:” os dados objetivos são mais importantes do que os subjetivos, os números são mais importantes que as palavras”. Acredita-se que os dados subjetivos – aquilo que o paciente – nos conta – necessariamente carecem de quantificação e por isso não têm valor científico. Em outras palavras, o que o paciente sente, o sofrimento que ele experimenta, a incapacidade e a dor que o atormentam, e que ele consegue descrever com palavras apenas indiretamente, são secundários diante das quantidades fisiológicas que podem ser observadas diretamente pelo médico. Os médicos se voltam para aquilo que eles creem que causa todo esse sofrimento e toda essa dor: fisiologia alterada, achados bioquímicos anormais, doença. Se corrigirmos os números errados, o sofrimento desaparece. A pessoa e a doença são subjetivas: a enfermidade e os números são objetivos. (COULEHAN, 1989, p.22).

A segunda premissa errônea apresentada por Coulehan (1989) se trata de dizer que a arte da comunicação na relação médicos-pacientes se aprende ao longo do tempo. O autor diz a arte da comunicação interpessoal e os estudos do comportamento humano fazem parte da arte conhecida como medicina.

A segunda premissa é que a arte da comunicação médico-paciente é uma coisa que “se aprende com o tempo”. Enquanto você deve estudar bioquímica, farmacologia e ginecologia de forma sistemática, não precisa estudar o comportamento humano e a arte da medicina. Ao contrário da ciência, a capacidade de compreender e de se comunicar com as pessoas é adquirida simplesmente com a experiência. Esta posição deriva da primeira: se os dados subjetivos são de importância secundária, o método para obtê-los não é um fator decisivo na educação médica. (COULEHAN, 1989, p.22).

Coulehan (1989) apresenta também a importância da comunicação na relação do médico e do paciente explicitando que no início da carreira médica, geralmente, os iniciantes gastam a maior parte do seu tempo conversando com paciente para conhecer a fundo o seu problema. Ele relata também que grande parte dos diagnósticos é feito com base nas entrevistas e com os históricos de vida apresentados pelo doente.

Na prática, os médicos iniciantes gastam a maior parte do seu tempo conversando com os pacientes, produzem a maioria das suas hipóteses diagnósticas com base na história e a ampla maioria das informações significativas que usam surge neste diálogo. Médicos experientes dizem que, em geral, cerca de 70% dos diagnósticos são feitos com base nas entrevistas e mais de 90% com base na história e no exame físico (Cluter, 1979). A anamnese e o exame físico são parte da interação médico-paciente e são habilidades fundamentais da prática médica. Em ambos os casos você, suas palavras e ações são usados como instrumentos para obter informações. Conversando com os pacientes, você passa a ser um modo de terapia. (COULEHAN, 1989, p.23).

Além disso, Coulehan (1989) continua sua análise citando a frase do psiquiatra inglês, Michael Balint (1972) que retrata a necessidade do médico ser o instrumento para anamnese.

A anamnese, documento gerado à partir da entrevista médica, reflete o primeiro contato comunicacional que acontece na relação médico-paciente.

Foi isto que o psiquiatra inglês Michael Balint quis dizer quando ensinou que “o médico é o remédio”(Balint, 1972). Assim como o estetoscópio é o instrumento para auscultar o coração, você é o instrumento para anamnese. Assim como você estuda para ser capaz de conseguir o máximo do estetoscópio, você precisa estudar para conseguir o máximo da sua interação verbal com o paciente. (COULEHAN, 1989, p.23).

A anamnese é o primeiro contato que o médico tem diretamente com o paciente, pois indiretamente o primeiro contato é o visual, sua história de vida, seus aspectos, sociais, culturais, antropológicos, psicológicos e discursivos. Por meio dela o profissional da saúde pode se adentrar na vida do doente e analisar discursivamente o que o doente tem a dizer e a demonstrar por meio do diálogo, da comunicação verbal e seus gestos e movimentos. Segundo Coulehan (1989), o profissional da saúde precisa ter habilidade na hora da entrevista para perceber tudo que o paciente tem para apresentar.

Finalmente está claro que a habilidade para entrevistar também desempenha um papel: um médico que seja empático e formule questões amplas muito provavelmente obterá um quadro mais acurado do que um outro que faça perguntas mecanicamente. (COULEHAN, 1989, p. 34).

Coulehan (1989) prossegue apresentando o fato de que o médico compreensível e isento de julgamentos para com o doente, além de obter dados que apresentem o diagnóstico preciso, conseguem também, descobrir quem é o paciente.

E quando você é compreensível e não julga, sua entrevista estabelecerá um acordo - frequentemente um início de um relacionamento terapêutico - e fornecerá os dados que não só dizem qual é o diagnóstico mas também quem é o paciente. (COULEHAN, 1989, p.35).

O autor Coulehan (1989) segue a ideia de Alvan Feinstein (1985) que diz que a anamnese pode ser considerada o procedimento clínico mais sofisticado da medicina.

A anamnese, o procedimento clínico mais sofisticado da medicina, é uma técnica de investigação extraordinária: em pouquíssimas outras formas de pesquisa científica o objeto observado fala. (FEINSTEIN apud Coulehan, 1989, p.21).

Nassar (2006) apresenta um estudo com pensamentos próximos aos apresentados por Coulehan (1989), porém de uma maneira mais ampla. A autora alega que o relacionamento do hospital com o seu público é necessário, pois é por meio deste que são utilizadas técnicas de comunicação destinadas para promover o respeito e ser capaz de identificar as necessidades dos diferentes públicos.

O relacionamento do Hospital com seus públicos é fundamental. Deste modo, os canais e instrumentos de comunicação destinam-se a cultivar o respeito, a cordialidade e, principalmente, identificar seus desejos e necessidades dos públicos da Instituição e até mesmo cultivar a fidelidade. A preocupação aqui é reduzir a distância, integrar a comunidade interna e externa, sempre focada na qualidade. (NASSAR, 2006, p.5)

Como Nassar (2006) citou acima é preciso diminuir a distância entre ambas as partes. Focados nisso estudamos a seguir as relações interpessoais entre os envolvidos nesta comunicação que também pode ser considerada um acordo de cooperação.

4.1. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Como já citado anteriormente a principal ferramenta para a comunicação interpessoal entre o médico e o paciente é a entrevista, ou em termos médicos, é a anamnese. É neste processo que o médico pode avaliar precisamente tudo que o paciente tem a dizer e demonstrar. De acordo com Silva (2002), o profissional da área médica precisa sempre buscar o aprimoramento de suas técnicas e ter consciência de suas possíveis falhas comunicacionais.

A autora considera que as falhas mais comuns são aquelas que envolvem as barreiras pessoais. Estas barreiras envolvem problemas que abrangem a linguagem, impedimentos físicos, fatores psicológicos, diferenças e barreiras educacionais.

É necessário resgatar a função de *entrevistador*, inúmeras vezes exercida pelo profissional de saúde, mas que pode ser melhorada pela tomada de consciência de suas falhas na comunicação. As mais comuns são as *barreiras pessoais*, que causam impedimentos naturais da comunicação; a linguagem (uso de termos técnicos, palavras que sugerem preconceitos, impaciência, mensagem incompleta), impedimentos físicos (surdez, mutismo), fatores psicológicos (personalidade, sentimentos, emoções), diferenças educacionais (formação profissional ou cultural) e barreiras organizacionais (*status* de pessoas em determinadas organizações). (SILVA, 2002, p.16)

Silva (2002) acredita que esta comunicação é necessária pois acredita que o existir do homem só é possível por meio da comunicação e que ela faz parte do desenvolvimento do ser humano.

O existir do homem só é possível por meio da comunicação. Muitos autores discutem o envolvimento das pessoas no processo de comunicação, embora nem sempre conscientes de sua significação como condição fundamental para o pleno desenvolvimento do ser humano. (SILVA, 2002, p.21)

A pesquisadora relata que a comunicação interpessoal acontece quando se existe uma interação de pessoa para pessoa em um contato face a face. Silva (2002) acrescenta que nessa interação também estão presentes a percepção, a possibilidade de conflitos e a persuasão.

A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Nesse processo, incluem-se ainda a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos – que podem ser intensificados ou reduzidos pela comunicação – e de persuasão (indução a mudanças de valores e comportamentos).(SILVA, 2002, p.22)

Silva (2002) acrescenta ainda que não existe comunicação que seja totalmente objetiva, pensamento este, que se relaciona com as premissas errôneas apresentadas por Coulehan (1989) no início deste capítulo. E neste aspecto de subjetividade, a percepção surge como uma espécie de filtragem.

Por isso não existe comunicação totalmente objetiva. Ela se faz entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção. (SILVA, 2002, p.22)

A autora ainda ressalta que um indivíduo, independente de quem seja, não pode deixar de se comunicar, e essa comunicação acontece dentro de qualquer contexto, inclusive no contato médico e paciente. Silva (2002) ressalta que o processo de se comunicar envolve signos, símbolos e sinais, sendo que estes revelam a necessidade do uso da percepção na comunicação.

Assim, um individuo não pode não se comunicar. Parar ou mover-se, calar ou falar, dentro de um contexto, possuem valor de mensagem, ou seja, têm significado. . Podemos dizer, então que comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais.

Signos – são estímulos que transmitem uma mensagem; qualquer coisa que faça referenciaoutra coisa ou ideia. São convencionais e arbitrários.

Símbolos – são signos que têm uma decodificação possível.

Sinais – são signos que têm mais de um significado.(SILVA, 2002, p.22)

O processo de comunicação que envolve o médico não possui uma limitação. Cada profissional delimita as suas atribuições comunicacionais. Atribuições que provêm da formação ou do temperamento do profissional da saúde. Kloetzal (1999) apresenta esta definição como o limiar da empatia.

Então onde estão os limites, o que é que realmente compete ao profissional da saúde? Suas atribuições incluem o consolar uma viúva, a recuperação do alcoólatra, o atestado médico, o aconselhamento nas questões matrimoniais, o perfurar do lobo da orelha para que a mãe possa pendurar um brinco em sua filhinha, esses e outros probleminhas do dia a dia?

Não há resposta única. Cada médico conforme sua disposição, tem a sua. Alguns limitam suas atenções ao organismo doente, já outros, por formação ou temperamento, pensam em termos mais generosos, procuram endereçar-se ao *sufrimento*, senão ao total das necessidades que conseguem identificar, pelo menos àquelas que se sentem com forças para atender. (*O limiar da empatia varia grandemente*) (KLOETZAL, 1999, p. 24)

Ledur e Lucchese (2008) acreditam que o profissional médico por ser um conhecedor dos limites da ciência, tem a necessidade de assumir frente ao paciente condições paternais, maternais, além de agir como psicólogo, sacerdote e ser um amigo para este momento que é difícil e desconhecido para o paciente. É preciso que o médico seja firme e seguro para demonstrar total apoio e passar segurança ao doente.

Conhecedor dos limites da ciência e dos recursos disponíveis, o médico, diante desta situação, precisa assumir também as condições de pai ou mãe, psicólogo, sacerdote, conselheiro e, sobretudo, de amigo. Por mais grave que seja o quadro, precisa acreditar na cura e, mais do que isso fazer o paciente acreditar. Afinal, enquanto houver esperança, há vida. Não pode fraquejar. O médico jamais pode demonstrar fragilidade. Ao contrário, precisa transmitir segurança com relação à sua capacidade profissional. Precisa confiar no poder que o paciente lhe atribui, mas com humildade; não há lugar para qualquer atitude arrogante na relação médico-paciente. Um médico que conhece suas limitações e sabe superá-las é sempre um bom médico.(LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.25-26)

Ainda segundo Ledur e Lucchese (2008) é a partir desse processo que surge a comunicação interpessoal. O primeiro contato é iniciado pelo médico que deve atender o paciente obedecendo aos princípios básicos da cooperação que são o respeito, cordialidade,

empatia, paciência, compreensão e discernimento. Esta é uma ação que cria um ambiente favorável para que o doente possa se comunicar da maneira mais espontânea e eficaz possível.

É nesse contexto que se dá o processo de comunicação. O pontapé inicial é dado pelo médico, que recebe o paciente com cordialidade, atenção, otimismo, compreensão, discernimento, respeito, paciência, empatia e simpatia, pré-requisitos básicos do acordo de cooperação que se está estabelecendo. Suas palavras iniciais devem corresponder a essas atitudes, abrindo o caminho para uma comunicação produtiva, facilitadora do processo de cura. Criar um ambiente favorável para o paciente se comunicar com a maior espontaneidade possível é o primeiro e mais importante passo para uma comunicação eficaz. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.25- 26)

Esta relação pode passar por momentos bastante complexos quando se trata de compreender o outro. Kloetzal (1999) explicita que da mesma maneira que o paciente nem sempre se contenta com aquilo que lhe foi passado, o médico também não se contenta com certos posicionamentos do paciente.

Se o paciente nem sempre se contenta com aquilo que lhe deram, também o médico pode ter motivos para a insatisfação, muitas vezes – com justiça ou não - deixando de sentir-se compreendido. Ora se queixa da “intromissão” de um paciente que tem sua opinião própria a respeito da conduta a ser adotada, que espera antibióticos para uma simples faringite, que reivindica uma tomografia computadorizada para uma trivial gastrite, ora – fator importante! – reclama da falta de interesse pelas medidas preventivas, uma precária adesão ao tratamento, aos conselhos para mudanças no “estilo de vida”. (KLOETZAL, 1999, p.46-47)

Kloetzal (1999) prossegue seu relato dizendo que estes são obstáculos que vão sendo superados à medida que a relação se estreita entre os envolvidos. O autor acrescenta também que uma das dificuldades do profissional de saúde é saber lidar com suas aspirações científicas, ou seja, saber lidar com “casos interessantes”.

São obstáculos que podem ser superados à medida que um vínculo mais estreito entre ambas as partes for consolidado. Muito mais difícil é saber lidar com um último fator, uma vez que ele está intimamente ligado ao tipo de formação profissional. Este fator não costuma ser explicitamente mencionado, mas não por isso deixa de ser uma constante; trata-se das aspirações “científicas” do médico, sua necessidade em sempre ter pela frente algum “caso interessante”, senão é bem capaz que não se sinta suficientemente motivado. (KLOETZAL, 1999, p.46-47)

Ainda seguindo o pensamento de Kloetzal (1999) a relação entre médico e paciente consiste de uma parceria que envolve os quesitos técnicos e emocionais. O autor diz que para

que esta colaboração aconteça é necessário que o médico tenha duas características essenciais, sendo elas: gostar da profissão e se interessar pelo paciente.

O vínculo médico-paciente consiste de uma parceria que, além do componente puramente técnico, é acompanhado por uma boa dose de envolvimento emocional – como ocorre, aliás, com outros tipos de colaboração bem sucedida entre pessoas, amigos ou colegas de trabalho. Em poucas palavras: por parte do médico tal envolvimento se traduz por duas distintas atitudes: *gostar da profissão; interessar-se pela pessoa do paciente*.

Aqueles que preferirem o termo *transação* (pronto! Eis um termo menos polêmico, do qual ninguém precisa se envergonhar) estão livres para usá-lo. De fato, a palavra é bem apropriada, dado que um vínculo firme e estável entre ambas as partes, além de motivo para muita satisfação, também se presta para fins utilitários, como valioso *instrumento de trabalho* que é. (KLOETZAL, 1999, p. 55)

O autor prossegue relatando que para o doente este é um benefício incomparável e para o médico pode ser um diferencial que dará a oportunidade do paciente prosseguir seu tratamento.

Se o benefício para o paciente é evidente à primeira vista, no caso do profissional é preciso explicar melhor. Para começar, ao reduzir as chances de *abandonar* por parte do paciente, um bom vínculo garante a continuidade dos cuidados, deixando o médico livre para escolher a conduta que lhe parecer mais acertada, sem pressa nem atropelos, adaptando-a às necessidades do doente – e isso a um custo compatível com a realidade. (KLOETZAL, 1999, p. 55)

O vínculo pode se tornar a melhor forma de fazer com que o médico tome as providências devidas e adequadas com maior facilidade e liberdade.

4.1.1. Tipos de relação

Seguindo os conceitos de Kloetzal (1999) existem definições para alguns dos principais tipos de relacionamento que envolve a relação entre o paciente e o médico.

O autor nos apresenta três dos mais importantes tipos de relacionamento, mas explicitando que estas explicações são resumidas e de cunho acadêmico. Entre os três modelos apresentados por Kloetzal (1999) são eles divididos em *Modelo “Atividade-passividade”*, *Modelo Direção-Cooperação* e em *Modelo Contratual*.

Este é um tema seriamente investigado por diversos autores: ao tentar um resumo, verdade que um tanto superficial, dos três tipos de modelo, estamos conscientes de que também é um esquema excessivamente acadêmico

1. *O modelo “atividade-passividade” (ou “técnico”)*. Segundo este modelo, o médico desempenha um papel ativo, o paciente sendo simples objeto de cuidados. Tal situação vale para doentes inconscientes, para o caso de recém-nascidos, bem como em grau maior ou menos, para todo paciente hospitalizado.
2. *O modelo “direção-cooperação” (ou “paternalista”)*. Aqui o médico manda, o paciente obedece: uma atitude muito comum em terapêutica, mas frequentemente acusada de provocar uma excessiva dependência.
3. *O modelo “contratual” (ou “de mútua cooperação”)*. Aqui pressupõe-se um acordo mútuo, uma verdadeira parceria entre médico e paciente. É o método de escolha para o manejo das doenças crônicas, visto que sem o pleno consentimento e uma boa compreensão por parte do doente, sinceramente empenhado em demonstrar uma boa colaboração, o controle da doença se faz impossível. (KLOETZAL, 1999, p.57)

Dando continuidade ao estudo dos modelos relação entre o doente e o profissional da medicina, Kloetzal (1999) relata a necessidade de o médico saber utilizar sua autoridade nos momentos mais críticos da doença, e também, saber devolver o paciente o controle de sua própria vida.

Ao usar de sua autoridade – que não deve ser confundida com arrogância ou prepotência – o médico, muitas vezes, presta um serviço ao seu paciente. Nos momentos mais críticos da doença, não pode ser parcimonioso com ela; entretanto, ao terminar esta fase e prevendo o declínio da doença, deverá saber como devolver ao paciente o controle da própria vida. Até chegada esta etapa, a firmeza de suas palavras e atitudes desempenham um papel tão importante quanto ao remédio. (KLOETZAL. 1999. P.58)

Além disso, Kloetzal (1999) apresenta o fato equivocados de se pensar que o paciente faz do médico um simples instrumento e depois o abandona. Comprovando o que diz, o autor alega que basta observar a população pode compreender que o paciente quando tratado com dignidade costuma retornar ao médico que bem lhe atendeu.

É um sério equívoco afirmar que o paciente serve-se do médico a título de mero instrumento, depois, atendidas suas necessidades imediatas, não perde tempo em sumariamente descartá-lo. Quem se dá ao trabalho de ouvir e observar a população, não tarde em perceber a injustiça que lhe fazemos. Quando tratado com dignidade, o paciente não é volúvel, um inconstante; ele, muito pelo contrário, expressa um profundo desejo de encontrar o *médico que se interessa* por ele, se disponha tornar-se o *seu* médico. (KLOETZAL, 1999, p.64-65)

Como percebemos, esta relação médico-paciente é feita como um acordo de cooperação entre as partes. É preciso acrescentar também que existe um fator que aumenta as chances desta relação ser uma cooperação de sucesso que é o fator conhecido como percepção. A percepção dará continuidade aos estudos deste capítulo.

4.2. PERCEPÇÃO

Ao introduzirmos o estudo da comunicação por meio da percepção é primordial que possamos explicar sobre o que seria esta faceta da comunicação. Quando falamos de comunicação de percepção é preciso que sejamos hábeis para compreender que esta é uma forma de se comunicar não apenas pelos meios verbais, mas de analisarmos todos os sinais envolvidos.

Estes sinais são os gestos, a forma com que a pessoa transmite seus sentimentos, os aspectos psicológicos que estão envolvidos entre outros fatores que citaremos ao longo deste subcapítulo.

Inicialmente para que comecemos a compreender a comunicação de percepção é preciso que o profissional da medicina entenda que agir com simplicidade é um dos primeiros passos para que o tratamento do doente possa fluir de uma boa maneira. Segundo Kloetzal (1999) é necessário ter a percepção de que não se deve explorar o caso clínico ao extremo.

O agir com simplicidade torna-se uma medida ditada pelo bom senso. Não há conselho melhor: significa, entre outros, que o ambulatório não pode aderir à rotina do diagnóstico obsessivo, daqueles que exploram o caso clínico até suas últimas consequências, seja ele ou não útil ao paciente. A meta a ser alcançada não é o diagnóstico *preciso*, o diagnóstico de *certeza* – um diagnóstico *adequado* já basta. (KLOETZAL, 1999, p. 84)

Kloetzal (1999) também apoia que as diferenças de linguagem podem fazer total diferença na comunicação de percepção. A mensagem transmitida ao paciente deve ser feita de uma maneira que ele possa compreender.

Muito mais comuns – e importantes – são as diferenças das linguagens. Estas são um constante empecilho para o profissional que pela primeira vez entra em contato com pacientes de uma outra cultura. Subitamente é levado a compreender que deixaram de lhe entregar o dicionário certo, que antes de transcrever ao papel a história do paciente, primeiro terá que decodificá-la. (KLOETZAL, 1999, p.93)

Silva (2002) possui opinião que vai de encontro com a de Kloetzal (1999). A autora se propõe a aprofundar a ideia de comunicação e acrescenta que ela além de simples deve ser criativa. Isso se deve ao fato de que esta relação é uma troca de experiências e um processo de reciprocidade.

As finalidades básicas da comunicação são *entender* o mundo, *relacionar-se* com os outros e *transformar* a si mesmo e a realidade. A comunicação é, antes de mais nada, um ato criativo. Não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca entre as pessoas, formando um sistema de interação e reação, ou seja, um processo recíproco, que provoca a curto ou longo prazo mudanças na forma de sentir, pensar e atuar dos envolvidos. . (SILVA, 2002, p. 23-24)

A autora acredita também que para que essa comunicação possa acontecer de maneira plena e que beneficie a todos os envolvidos é preciso compreender que a percepção deve ser treinada e estimulada, pois é uma necessidade para o profissional que trabalha na área de saúde. Silva (2002) ainda alega que a rotina é um fator inibidor da percepção.

O treinamento da percepção revela-se, pois, uma necessidade vital para o profissional de saúde. Principalmente porque a rotina do dia a dia faz com que, muitas vezes, olhemos sem ver, escutemos sem ouvir, palpemos sem sentir e estereotipemos nossos pacientes, enquadrando-os em categorias estanques: o cardiopata, o hipertenso. (SILVA, 2002, p.106)

Ao prosseguir os estudos, Silva (2002) apresenta alguns fatores importantes que devem ser atentados pelos profissionais médicos. Primeiro, a autora afirma que o profissional da saúde não pode apenas ouvir, ver e ser sensível de perceber, apenas aquilo que seja de sua vontade ou que lhe convenha de alguma maneira. Silva (2002) diz também que quando se trata de lidar com um paciente é preciso que seja compreendido todos os fatores que são transmitidos pelas mensagens, podendo ser os sentidos denotativos e conotativos. Ela acrescenta que a capacidade de percepção varia entre os profissionais e explicita que não captar um sinal não significa que ele não exista, mas que o profissional não foi hábil para compreendê-lo.

Percebemos com mais facilidade o que é agradável e tem interesse ou significado especial para nós. Igualmente, *vemos e ouvimos apenas aquilo que mais nos convém!*

Embora comum, esse não pode ser o comportamento de um profissional de saúde, porque ele precisa estar habilitado a detectar dificuldades e dúvidas do paciente, verificando a coerência das mensagens recebidas, o que só é possível quando ele utiliza realmente as técnicas da comunicação verbal e não verbal como um instrumento básico da profissão.

Tanto o sentido conotativo quanto o denotativo de uma mensagem estão intimamente associados à capacidade de percepção de cada pessoa. Perceber é traduzir um objeto em julgamento de percepção, isto é, nós interpretamos aquilo que tomamos consciência por meio dos sentidos. Por exemplo: diante de uma luz muito forte, nossa primeira reação é fechar os olhos, somente depois é que abrimos os olhos para interpretar se a luz veio de um farol ou de um *flash* de uma máquina fotográfica. É preciso entender que a não captação de um sinal não significa a sua inexistência, mas a sua compreensão.

Enquanto seres vivos, estamos sempre recebendo estímulos. Contudo, para compreendê-los, deve-se usar um *código*. O *código* (conjunto sistematizado de signos) é o referencial próprio de cada pessoa, elaborado com base em suas experiências e valores, que fornece a senha para a entrada da mensagem, isto é, para que a mensagem tenha significado para nós e se “encaixe” em nosso saber.

A percepção pode ser definida como um processo de um reconhecimento pelos sentidos. Não implica só a estimulação sensorial, mas a organização de forças dentro do sistema nervoso, a recolocação de experiências passadas e o aparecimento de uma resposta. Portanto, o modo pelo qual fazemos uso dos vários tipos de comunicação depende da nossa capacidade de perceber todos esses dados.

A comunicação é mais efetiva quando as mensagens não verbais também são reconhecidas e interpretadas adequadamente. Lembre-se que usamos os cinco sentidos (visão, audição, gustação, olfato e tato) para perceber, e assim como os pacientes, não conseguimos ver tudo (Eu cego e Eu desconhecido) e não queremos mostrar tudo (Eu secreto). Trata-se de um processo bastante complexo e dinâmico e que nos capacita para entender o mundo do paciente e nosso próprio mundo. A comunicação não verbal nos ajuda a construir uma ponte entre esses dois mundos.

Na interação do profissional com o paciente, as mensagens contêm sinais sensíveis (os signos). Os sinais podem ser abertos, como as palavras, ou podem estar encobertos, ambíguos. A essência da comunicação não verbal está no ambíguo. . (SILVA, 2002, p. 110-111)

Quando se trata de comunicação de percepção entre médico e paciente, Coulehan (1989) interage com os autores citados anteriormente apresentando que o agir com simplicidade e que estar atento as necessidades do doente devem ser considerados como fatores relevantes no contato médico-paciente. O pesquisador inclui também que muitas das vezes simplesmente o fato de dar atenção ao paciente pode ser terapêutico e auxiliar no seu processo de cura.

Por fim, simplesmente ouvir os pacientes com empatia é terapêutico. Isso pode não reparar o miocárdio infartado nem baixar o açúcar do sangue, mas fará com que o paciente se sinta melhor. E isto é, afinal, o objetivo último da Medicina, embora a finalidade de ajudar outro ser humano a sentir-se melhor com frequência se torne confusa (ou pelo menos remota) num hospital moderno. O paciente está num ambiente estranho com uma enfermidade potencialmente séria ou que ameaça a sua vida e está preso a um sistema (o hospital) que nem sempre é flexível ou receptivo às necessidades do paciente. Se você deseja usar o seu tempo ouvindo, se surpreenderá ao ver quão terapêutico este encontro é para o seu paciente, mesmo que ostensivamente você “não esteja fazendo nada”. (COULEHAN, 1989, p. 39)

A comunicação de percepção tem como precedentes alguns fatores que auxiliam no seu processo. Entre eles podemos citar o respeito, a sinceridade, a empatia e dentre elas surgem outros pressupostos e caminhos.

4.2.1. Características que auxiliam o trabalho de comunicação de percepção entre médicos e pacientes

Como já escrito anteriormente a comunicação de percepção é baseada em anamnese verbal e por movimentos que o paciente apresenta ao longo da consulta. Estas reações são baseadas nos aspectos psicológicos que envolvem a pessoa que está no estado doente.

De acordo com Coulehan (1989) existem três habilidades que são fundamentais nesta comunicação de cooperação que envolve a percepção.

Definimos três habilidades importantes que intensificam a comunicação entre o médico e o paciente, como segue:

RESPEITO: Capacidade de aceitar o paciente como uma pessoa única, adiando julgamento crítico; aceitar o paciente como ele é.

SINCERIDADE: Capacidade de ser você mesmo numa relação, não se escondendo atrás de um papel ou fachada.

EMPATIA: Capacidade de perceber com exatidão a experiência e os sentimentos do paciente e de comunicar-lhe esta compreensão. (COULEHAN, 1989, p.43)

Por meio destas características o médico adquirirá o poderio de deixar o paciente mais a vontade e, como consequência, terá uma maior facilidade de conseguir compreender os sinais emitidos pelo paciente em suas entrelinhas e pela sua fala corporal e gestual.

4.2.1.1. Respeito

Aprofundando os conceitos de Coulehan (1989) é explicitado em seus estudos que o respeito está diretamente ligado ao fato de valorizar as peculiaridades e crenças do paciente.

Respeito significa valorizar as peculiaridades e as crenças do indivíduo a despeito de nossos próprios sentimentos pessoais sobre elas, encarar os hábitos ou os sentimentos dos pacientes como a melhor forma que conseguiram para se adaptarem à sua doença ou as circunstâncias de vida. (COULEHAN, 1989, p. 43)

Ledur e Lucchese (2008) seguem os conceitos de Coulehan (1989) e acreditam que ter respeito com o paciente se interliga com o fato de aceitar o sujeito da forma que ele é. Além disso, eles ressaltam que respeitar o doente é compreender que o ser fragilizado possuirá aspectos que talvez não sejam compatíveis com a do médico, e por isso, é preciso respeitar este tipo de atitude.

A capacidade de ter respeito é conseguir separar os seus sentimentos pessoais sobre o comportamento, as atitudes ou as crenças do paciente, da sua tarefa fundamental que é ajuda-lo a ficar bom.

Ter respeito pelo paciente significa aceitá-lo como ele é, como uma pessoa única, tolerando e valorizando suas peculiaridades, até mesmo frente a atitudes hostis w de crenças errôneas, como achar que seu enfisema nada tem a ver com o fato de fumar três maços de cigarros por dia. É preciso lembrar que se está diante de um ser fragilizado, doente. A irritação e a negação das causas do enfisema são, na verdade, formas de compensar e tolerar sua doença. (LEDUR&LUCCHESE, 2008, p.26)

Seguindo as análises de Ledur e Lucchese (2008) é acrescentado que o respeito pode acontecer de outras maneiras, como por exemplo, respeitar os sentimentos do paciente e desta forma, transmitir respeito para a pessoa do doente. Além disso, eles dizem que dar atenção ao paciente também é uma forma de respeito. O simples ouvir o que a pessoa doente tem a dizer, saber como esta doença afeta a sua vida, avisar que certo procedimento pode ser doloroso, entre outros pequenos atos que inicialmente podem parecer insignificantes, mas que aos olhos do paciente se tornam fatores que aumentam a probabilidade de êxito na sua cura.

Por exemplo, os sentimentos do paciente em relação aos sintomas, e não apenas os sintomas, é uma forma de transmitir respeito pela pessoa e, em consequência, de obter dados mais precisos e úteis na obtenção do diagnóstico. Por exemplo: não basta perguntar: “Que dor é essa, onde se localiza, o que a desencadeia, para onde se irradia?” A pergunta mais crucial é corretamente; “Como essa dor está afetando sua vida?”

Também caracterizam respeito ouvir o paciente com atenção, em posição de igualdade, dando mostras constantes de ser ouvido sua fala, e avisar que determinado procedimento poderá causar algum desconforto ou dor.

Atitudes de respeito como essas, aparentemente insignificantes, são, na verdade, essenciais no cumprimento do acordo de cooperação e na obtenção de êxito no processo de cura. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.26)

Além do respeito, entraremos em contato posteriormente com a sinceridade. A sinceridade é outro fator que facilita a comunicação de cooperação de percepção.

4.2.1.2. Sinceridade

Ao pensarmos em sinceridade, logo pensamos em falar o que é verdadeiro e correto. Esta é uma característica que não pode se ausentar na comunicação que avalia a percepção. O contato sincero entre os envolvidos é fundamental para que exista a liberdade entre o médico e o paciente, e desta forma, auxiliar que se faça uma boa medicina por meio de uma boa comunicação.

Coulehan (1989) traz em sua obra um conceito de que sinceridade significa algo além de falar o que é verdadeiro. Para o autor ser sincero significa que o profissional médico deve ser ele mesmo, tanto no âmbito profissional quanto no âmbito pessoal. “Sinceridade significa não pretender ser alguém ou algo diferente daquilo que você é: significa ser você mesmo, tanto como pessoal quanto como profissional”. (COULEHAN, 1989, P. 45)

O autor prossegue dizendo que o médico ao ser sincero deve ser ele mesmo, mas isso não significa que deva partilhar todos os seus sentimentos com o paciente. Coulehan (1989) diz que neste caso é preciso distinguir o seu eu pessoal do eu profissional, é preciso ser autêntico.

Sinceridade significa não fingir, mas também não quer dizer que você deva partilhar todos os seus sentimentos com o paciente. Você precisa distinguir o seu eu profissional, das vicissitudes, experiências ou interesses do seu eu pessoal. (COULEHAN, 1989, p. 46).

Seguindo os estudos de Coulehan (1989), Ledur e Lucchese (2008) acreditam que o médico ao ser sincero com o paciente consegue ampliar a comunicação entre eles, pois dessa forma, o profissional da saúde é capaz de demonstrar o seu lado humano e este fato é capaz de aproximar os envolvidos.

Ser sincero significa ser autêntico, o que de fato se é, tanto como pessoa quanto como profissional. A percepção por parte do paciente de que o médico, além de profissional, também é um ser humano aproxima as partes, criando clima favorável para uma comunicação mais eficiente.(LEDUR&LUCCHESE, 2008, p.27)

Assim como Coulehan (1989), Ledur e Lucchese (2008) também acreditam que o médico não deve compartilhar os sentimentos que não estejam envolvidos no contexto da relação médico-paciente. De acordo com os autores, o paciente é um ser fragilizado e exige do médico altas doses de compreensão, inclusive com os pequenos problemas cotidianos que podem acontecer.

É claro que, assim como o paciente, o médico não precisa nem deve compartilhar todos os seus sentimentos, mas apenas aqueles que se relacionam ao contexto da relação médico-paciente. Demonstrar, por exemplo, irritação com o atraso do paciente pode parecer ato de sinceridade, quando, na verdade, não é; ser sincero nesse caso é demonstrar compreensão. Afinal, o doente é um ser fragilizado, problematizado, exigindo do médico altas doses de compreensão e paciência. (LEDUR&LUCCHESE, 2008, p.27)

Em contrapartida, Ledur e Lucchese (2008) acreditam que se estes mesmos problemas cotidianos que podem acontecer com o médico devem ser apresentados ao paciente. A sinceridade de apresentar o fato acontecido e o respeito ao pedir desculpas. Os autores ainda dizem que isso faz parte de ser humilde, e que humildade não faz mal a ninguém.

Por outro lado, pedir desculpas ao paciente pelo atraso na consulta é ato de sinceridade e respeito. Nem sempre a agenda do médico ocorre como ele previu, e um pouco de humildade não faz mal a ninguém. Ao contrário de prejudicar o conceito do paciente em relação ao médico, este será ainda mais respeitado e admirado. (LEDUR&LUCCHESE, 2008, p.27)

Após estudarmos os conceitos de respeito e sinceridade na relação médico paciente conheceremos o conceito de empatia e níveis de resposta. Sendo este o conceito mais complexo da tríade apresentada por Coulehan (1989).

4.2.1.3. Empatia e Níveis de Resposta

Ao começarmos a estudar a empatia e os níveis de resposta é preciso entender que estes conceitos abrangem diretamente a parte mais complexa da comunicação de percepção entre médico e paciente. Entre os muitos motivos o principal é o fato de ser a fonte direta de comunicação entre as partes.

4.2.1.3.1. Empatia

Começaremos compreendendo a empatia. Coulehan (1989) cita em sua obra uma fala de Cassel (1979) que pode considerado o primeiro marco da empatia. Cassel (1979) diz que o medico não fala com pacientes e sim com um conjunto de crenças sobre o mundo.

Silva (2002) define a empatia como capacidade de percepção do mundo da mesma maneira que o outro é capaz de perceber, mas de uma maneira que o profissional da saúde não perca sua própria identidade. Além disso, a autora acredita que a empatia é uma operação intelectual que pode ser aprendida e desenvolvida.

A empatia pode ser definida como a capacidade de tentarmos perceber o mundo e as coisas da mesma forma que o outro, sem perdermos a própria identidade. Ela se dá em um nível consciente, sendo, portanto, uma operação intelectual passível de aprendizado e desenvolvimento, combinada com um esforço dirigido para a compreensão do outro. . (SILVA, 2002, p.104)

Coulehan (1989) acredita que a empatia está diretamente ligada a compreensão. O autor diz que ter empatia não significa um estado emocional de sentir compaixão ou dó, mas sim, ouvir a comunicação total do paciente. Esta comunicação total envolve as palavras, gestos, sentimentos e permite com que o médico obtenha uma história mais precisa da parte do paciente.

Empatia é compreensão; não é o estado emocional de sentir compaixão ou de ter pena de alguém. Ao fazer uma anamnese, demonstrar empatia significa ouvir a comunicação total – palavras, sentimentos, gestos – e permitir que o paciente saiba que você está ouvindo o que ele está dizendo. O médico empático é também o médico científico, porque compreensão é o núcleo da objetividade. O médico empático e cientista é aquele que mais provavelmente obterá uma história precisa. (COULEHAN, 1989, p. 47).

Coulehan (1989) apresenta o fato de que se o paciente acredita que o médico é capaz de ouvi-lo com atenção e sem julgamentos surgirão por parte dele sentimentos, crenças e

dados precisos que auxiliarão no trabalho do médico. O autor diz também que ao formular uma pergunta é preciso ter a percepção para compreender a intensidade dos sentimentos.

Se o paciente acreditar que você está colhendo tudo que ele diz e ouvindo atentamente sem julgá-lo, surgirão dados preciosos bem como sentimentos e crenças. Ao formular uma resposta, é importante primeiro avaliar a natureza e a intensidade de qualquer sentimento expresso; por exemplo, o paciente está aborrecido? E no caso de afirmativo, está levemente aborrecido ou furioso? Sua avaliação deve incluir não apenas o que o paciente diz, mas também como o diz e qual sua aparência na ocasião. Sua avaliação da intensidade dos sentimentos que o paciente está experimentando influenciará aquilo que você diz a ele. (COULEHAN, 1989, p. 48).

Os autores Ledur e Lucchese (2008) definem a empatia como uma maneira de se colocar no lugar do paciente. Eles relatam que o quando o médico age desta maneira ele possibilita condições para que a pessoa do paciente ingresse do círculo virtuoso da empatia. Os autores ainda relatam que é através da empatia que o médico terá a capacidade de discernir a discricção do paciente sobre sua angustia,

Empatia é a forma de o médico colocar-se em lugar de seu paciente e sentir suas emoções, dúvidas e frustrações. Agindo assim, o médico – a parte mais sólida da relação – criará as condições propícias para que o paciente ingresse no círculo virtuoso da empatia, que só assim se completa, criando um clima favorável para a obtenção de uma história precisa e, em consequência, facilitando o cumprimento pleno do acordo de cooperação. É pela empatia que o médico saberá discernir entre aquele paciente que exagera na discricção dos sintomas, para garantir uma investigação completa, e o que os minimiza, na esperança de ser tranquilizado. (LEDUR&LUCCHESE, 2008, p.27-28)

Após compreendermos a empatia, teremos contato com os níveis de resposta. Os níveis de resposta trarão para nosso estudo as diferentes formas de compreensão na comunicação ente o médico e o paciente.

4.2.1.3.2. Níveis de resposta

Nesta análise de comunicação humanizada na relação médico-paciente não podemos esquecer-nos de ressaltar a importância da comunicação verbal e não verbal que estabelecem uma parceria irrevogavelmente importante no contato entre os envolvidos.

4.2.1.3.2.1. Comunicação verbal

A comunicação verbal, segundo Silva (2002), é aquela que está diretamente associada à linguagem escrita ou falada. Apesar de sua necessidade e relevância nos quesitos de comunicação a autora acredita que a linguagem verbal pode possuir falhas.

A comunicação verbal é aquela associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada.

A fala é considerada defeituosa quando a comunicação não é efetiva, seja porque a maneira de falar distrai a atenção do que é dito, seja pelo constrangimento do emissor diante de sua própria dificuldade de falar.. (SILVA, 2002, P.31)

Para que a comunicação verbal possa ser eficiente, Silva (2002) acha importante que ela seja clara sobre aquilo que será informado. Se comunicar verbalmente é uma forma de transmitir determinado raciocínio de ideias ou validar a compreensão da temática por outrem.

O primeiro aspecto a ser considerado, na comunicação verbal, quando a fala é normal, é a clareza quanto àquilo que desejamos informar. Quando interagimos verbalmente com alguém, estamos, basicamente, tentando nos *expressar* (transmitir), *clarificar* um fato (entender um raciocínio, uma ideia, uma postura, um gesto, um comportamento que esteja acontecendo no momento) ou *validar* a compreensão de algo (verificar se a compreensão está correta e se nos fizemos entender). . (SILVA, 2002, p.32)

Quando pensamos na comunicação verbal entre médicos e pacientes logo pensamos nos dialetos específicos usados pelo profissional da medicina que muitas vezes se desdobra para que possa achar sentidos equivalentes no português cotidiano. De acordo com Ledur&Lucchese (2008) apesar de essa linguagem ser habitualmente usada entre os profissionais da saúde, jamais se pode esquecer que o personagem principal é o paciente, logo é preciso que ele compreenda o que se passa em sua vida.

O jargão médico, jocosamente chamado de *medicinês* ou *mediquês*, terminou sendo a forma de comunicação entre médicos e equipes de saúde. Foi esquecido, no entanto, que o membro mais importante desta equipe é o próprio paciente, razão pela qual a comunicação é estabelecida. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p. 41)

Ledur e Lucchese (2008) apresentam também, que além da comunicação clara e simples ser a ideal para se usar com o paciente é preciso que o médico saiba decodificar termos que consigam ser compreendidos pelos leigos. Apesar do advento da internet ter

facilitado imensamente a compreensão do paciente sobre sua doença, ainda é preciso ter o dom da decodificação da mensagem.

As possibilidades são ilimitadas na comunicação entre médico e paciente. No entanto, somente uma forma é correta: aquela que seja mais simples, mais clara e ao mesmo tempo mais branda.

Com o advento da Internet, ocorreu uma grande mudança na forma de comunicação entre médicos e pacientes. O nível de informação melhorou imensamente. Os leigos já começam a usar confortavelmente algumas palavras com conteúdo científico, pois tiveram oportunidade de se esclarecer sobre o assunto nos vários sites de saúde.

O médico atualizado deve estar preparado para decodificar a linguagem científica e transformá-la em palavras compreensíveis, sempre levando em conta que a capacidade de percepção e entendimento do paciente estão extremamente prejudicados pelas suas dúvidas, inseguranças e decepções frente à doença.

Um bom exercício para encontrar o tom adequado é imaginar-se em frente ao microfone de uma rádio ou da câmera de televisão, onde uma linguagem rebuscada é rapidamente cancelada com a troca de emissora. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.43)

Dentro da comunicação verbal médico-paciente pode-se ressaltar dois tipos de formas de usar as palavras que dificultam o contato entre os envolvidos nessa comunicação. A primeira delas é chamada de *Palavras sintomáticas* e a segunda é chamada *Palavras para sensações qualificadoras e quantificadoras*.

A primeira delas, palavras sintomáticas, trabalha a capacidade de o profissional médico responder seus pacientes adequadamente. De acordo com Coulehan (1989), o curso de medicina pode restringir o vocabulário do aluno e do profissional, pois eles ficam imersos no vocabulário de atributos físicos e se esquece do vocabulário que descreve emoções e sentimentos. O autor prossegue dizendo que o uso deste vocabulário pode-se tornar um problema na relação médico-paciente.

Para ampliar a sua capacidade de responder adequadamente aos seus pacientes, é necessário prestar atenção às palavras, tanto as suas próprias quanto às do paciente. A escola e o curso de medicina podem esterilizar o seu vocabulário. Você fica imerso no vocabulário da Medicina que, embora muito acurado para descrever atributos físicos, deixa pouco espaço para sentimentos e emoções. É uma linguagem na qual adjetivos e advérbios não tem muito peso, e normalmente você é desestimulado a usá-los na conversação. Esta adoção da linguagem da Medicina pode tornar-se um verdadeiro problema quanto trata-se de pacientes. Acontece que a maioria dos seres humanos vibrantes e criativos não são estudantes de Medicina, nem médicos, nem biólogos. O mundo dos doentes difere do mundo dos sadios, mas a diferença não obriga os doentes, ao adoecerem, a aprender a linguagem da Medicina. O problema mais óbvio que você encontra com o seu vocabulário médico é que os pacientes não entenderam as palavras que você usa. (COULEHAN, 1989, p. 52).

Além disso, Coulehan (1989) continua sua análise dizendo que este tipo de linguagem tradicional da medicina pode dificultar a compreensão do paciente que não consegue decodificar a mensagem transmitida pelo médico.

Muitas vezes os pacientes não dizem que não entenderam o que o médico falou. Isto pode ser problemático com as perguntas 'sim ou não' e com as explicações ou instruções em que não se espera resposta do paciente. (COULEHAN, 1989, p.53).

Já quando se trata da segunda, Palavras para Sensações, quantificadoras e qualificadoras, Coulehan (1989) ressalta que a dificuldade de compreensão apresentada neste quesito é o fato de que quando se acostuma a ter um pensamento padronizado empobrece-se a capacidade da descrição de sentimentos. Neste caso a empatia exige um feedback do paciente para o médico e necessita-se identificar sentimentos, e não apenas, quantidades, mas sim qualidades, não apenas fatos, mas também, emoções.

Um outro resultado importante do uso da linguagem médica e do pensamento padronizado é que frequentemente a nossa capacidade de descrever sentimentos, qualidades e emoções com acurácia e precisão fica empobrecida. A empatia exige tanto a compreensão acurada quanto o *feedback* desta compreensão ao paciente. Isto requer que identifiquemos não só fatos mas sentimentos, não só quantidades mas também qualidades, não só fatos mas também emoções. (COULEHAN, 1989, p. 53)

Dentro da empatia, ainda existe a análise da comunicação não-verbal, que é transmitida por sinais corporais, gestuais e psicológicos.

4.2.1.3.2.2. Comunicação não verbal

Ao partirmos de um novo pressuposto às formas de comunicação que estão ligadas ao contato médico-paciente é imprescindível ressaltar a comunicação não verbal. De acordo com Coulehan (1989), a comunicação não verbal é aquela que possui um processo de transmissão de informações por meio do uso corporal.

Comunicação não-verbal é o processo de transmitir informações sem o uso de palavras. Inclui a maneira como a pessoa usa seu corpo: expressões faciais, olhar, gestos de mão e braço, postura e vários movimentos de pernas e pés. (COULEHAN, 1989, p. 54)

O autor apresenta também um novo fator que se agrega a comunicação não verbal, a paralinguística. Coulehan (1989) ressalta que a paralinguística abrange características como a qualidade da voz, a velocidade com que a pessoa fala entre outros fatores. Além disso, ele diz que por meio desses aspectos é possível compreender os sentimentos de outrem.

A comunicação não-verbal inclui também a *paralinguística* ou o “como se fala”; isto abrange qualidades da voz, a velocidade com que a pessoa fala, pausas silenciosas e erros na fala. É provável que seja através dos aspectos não-verbais da comunicação que aprendemos os sentimentos dos outros. (COULEHAN, 1989, p. 54)

Silva (2002) concorda com a definição de Coulehan (1989) para a comunicação não verbal e acrescenta que a comunicação não verbal que acontece na interação face a face possibilita a criação de códigos comunicacionais e podem acontecer, inclusive, com objetos e adornos utilizados.

Podemos afirmar, portanto, que na interação face a face os códigos de comunicação são audíveis e, também, visíveis e sensíveis. Comunicamo-nos com a linguagem verbal, ou seja, com os sons emitidos pelo aparelho fonador e com o corpo todo, inclusive com os objetos e adornos utilizados. . (SILVA, 2002, p.28)

A autora ressalta também que a maior parte da comunicação entre médicos e pacientes acontece de maneira não verbal.

Estudos feitos sobre a comunicação não verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo. (SILVA, 2002, p.28)

Outro fator destacado por Silva (2002) é a questão de que o estudo da comunicação não verbal possui a capacidade de resgatar a percepção do profissional de saúde, e desta forma, potencializar a transmissão de sua comunicação.

O estudo do não verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização. Ajuda ainda a potencializar sua própria comunicação enquanto elemento transmissor de mensagens.

Como já foi dito, a comunicação não verbal é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Também pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. . (SILVA, 2002, p. 46)

Acrescentando aos estudos de Silva (2002), Coulehan (1989) explana que a comunicação não verbal pode interagir diretamente com o espaço social que o indivíduo habita. A maneira que o paciente se apresenta, seus cuidados pessoais, vestimentas e detalhes que poderiam passar despercebidos, podem aumentar as possibilidades de compreender melhor o paciente.

Um outro componente da comunicação não-verbal envolve o uso de espaço pessoal e social. Quando nos aproximamos fisicamente enquanto falamos com nossos amigos, companheiros de negócios, seres amados, pacientes? Outros fatores, tais como o cuidado pessoal, a vestimenta e os odores (por exemplo, transpiração, álcool, fumo) também comunicam informações sobre o paciente sem o uso de palavras e podem ser-lhe úteis para melhor compreendê-lo. . (COULEHAN, 1989, p. 54-55)

Aprofundando o que já foi apresentado, Coulehan (1989) acredita que a principal característica a ser buscada no paciente é a consistência. Segundo o autor, observar o comportamento não verbal é uma das maneiras plenas de perceber a congruência da comunicação verbal apresentada pelo paciente.

A característica principal a ser buscada é a consistência. Observe o comportamento não-verbal e determine se ele é ou não congruente com a mensagem verbal do paciente. Quando existe congruência entre a mensagem verbal e a não-verbal, a comunicação é mais ou menos coerente; quanto existe discrepância, deve-se fazer um esforço para determinar qual é a mensagem real. . (COULEHAN, 1989, p. 55)

Apesar de a característica principal a ser buscada ser a consistência, existem outras características que são fundamentais para a plenitude da comunicação não-verbal.

4.2.1.3.2.2.1. Características da Comunicação não verbal

A comunicação não verbal abrange diversos fatores que se complementam na compreensão do paciente e de sua angústia. Seguindo os estudos de Coulehan (1989), Almeida Filho (2011) e Silva (2002), foram observadas algumas características que fazem total diferença ao se comunicar com o paciente. Entre elas cita-se: os gestos, a paralinguagem, cinésica, proxemia, características físicas, fatores do meio ambiente e a tacésica.

Analisando separadamente compreenderemos a seguir as principais significações das características citadas anteriormente.

A primeira característica a ser citada são os **gestos**. Segundo Coulehan (1989), esta característica está diretamente ligada as ações específicas realizadas pelo paciente e deve ser estudada e interpretada no contexto da situação.

Embora muitos gestos específicos tenham sido estudados e interpretados, eles devem ser julgados sempre no contexto da situação global, e confirmados com o paciente. Quando o gesto ou a expressão facial parecem indicar algo diferente das palavras ditas. Deve-se fazer um esforço para determinar qual – o gesto ou a palavra – está mandando a mensagem real. A mensagem não-verbal pode ser mais precisa. A interpretação não é um problema quando um gesto “confirma” as afirmativas do paciente ou as hipóteses do médico baseada nelas. . (COULEHAN, 1989, p. 56)

Dando seqüência a próxima característica é a **paralinguística**, Coulehan (1989) explica que a paralinguística é a compreensão da comunicação não verbal. Como já citado antes, esta é a característica de percepção da memória do paciente.

Quando se ouve alguém falar, não se ouvem apenas as palavras: ouvem-se as palavras mais as pausas. Ouve-se o tom de voz e a modulação, além do conteúdo específico. Você percebe quando o paciente faz uma pausa na sua história antes de responder uma pergunta. As funções de pausa incluem (1) tempo para lembrança completa, (2) tempo de formação da frase, (3) censura do material, (4) criar um “efeito” (timing) e (5) preparação para mentir. . (COULEHAN, 1989, p. 58)

O autor ainda prossegue seu pensamento ressaltando a necessidade da compreensão das pausas que podem significar que em determinados aspectos pode-se existir algum problema e que é o tempo que o paciente precisa para censurar suas ideias.

Em geral, é útil ouvir o número, a qualidade e a localização das pausas. Pausas longas e frequentes associadas com uma amplitude baixa e um tom “mortiço” de voz sugerem uma disfunção mental orgânica. As pausas nas respostas sobre determinados assuntos podem indicar tópicos em que há problema, que exigem tempo para censurar o material. . (COULEHAN, 1989, p. 59)

Almeida Filho (2011) ressalta que a paralinguagem são signos corporais, linguísticos e comportamentais que se tornam sintomas e produzem significações.

Nessa perspectiva, espaços de produção simbólica das comunidades, signos corporais, linguísticos e comportamentais são transformados em sintomas de uma dada enfermidade, adquirindo significados causais específicos e gerando determinadas reações sociais. A semiologia popular e os modelos culturais de interpretação não existem como corpo sistematizado e formalizado de

conhecimento, mas são formados por um conjunto variado de elementos imaginários e simbólicos, ritualizados como racionais. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 85)

Silva (2002) acrescenta aos estudos citados que a paralinguagem é todo e qualquer som que não seja produzido pelo sistema sonoro da língua falada e que são sinais que expressam sentimentos.

Paralinguagem—é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. . (SILVA, 2002, p.48)

Outra característica fundamental é a **cinésica**. De acordo com Silva (2002), a cinésica é a linguagem corporal que envolve os movimentos, desde os gestos manuais e vão até as expressões mais básicas. Ela acredita que pequenos sinais desenvolvidos pela cinésica são fundamentais na compreensão do estado do paciente.

Cinésica— é a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, maneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais. Sabe-se que quanto mais encoberto é um sinal – um leve tremor nas mãos, por exemplo – mais difícil é ter consciência dele. . (SILVA, 2002, p. 48)

Silva (2002) também nos apresenta a **proxêmica**. A autora apresenta tal característica como a compreensão do uso que o homem produz enquanto produto cultural específico.

Proxêmica— é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distancia mantida entre os participantes de uma interação. O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles – diferença de status, preferencias, simpatias e relações de poder. . (SILVA, 2002, p.48)

Não se pode deixar de citar as **características físicas**. Silva (2002) ressalta que o estudo das características físicas são as questões básicas transmitidas pelo corpo do individuo. Além disso, destaca-se aqui pela autora que devem ser analisados e observados até mesmo os objetos que estão sendo utilizados pelo paciente para compreendê-lo.

Características físicas – são a própria forma e a preferencia de um corpo. Transmitem informações sobre faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde etc. Os objetos utilizados pela pessoa também são sinais de seu autoconceito (joias, roupas, tipo de carro) e das relações mantidas (aliança, anel de graduação). . (SILVA, 2002, p.48)

Outra característica fundamental são os **fatores do meio ambiente**. Silva (2002) diz que até mesmo a disposição dos objetos no espaço podem trazer informações sobre o paciente e a sua forma de vida.

Fatores do meio ambiente- são a disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho. . (SILVA, 2002, p.48)

Para finalizar as características apresentamos a **tacésica**. Dando continuidade aos estudos, Silva (2002) ressalta que a tacésica é tudo que envolve a comunicação tátil. Além disso, ela apresenta também que esta característica pode estar vinculada ao espaço pessoal, a cultura e as expectativas de relacionamento.

Tacésica- é tudo que envolve a comunicação tátil; pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada também como o espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento. (SILVA, 2002, p. 48)

Como observado pelas características antepostas, a capacidade de decodificação correta da comunicação não verbal do profissional da medicina trarão maiores condições de entender o paciente.

Silva (2002) afirma que quanto maior a capacidade de decodificação do não verbal, maior será sua condição de se comunicar e orientar outrem. Apesar de ser um contato profissional, este mesmo contato deve ser criativo ao usar formas de comunicação já existentes ou possibilitar a criação de novas técnicas de se comunicar.

Podemos afirmar, então que, *quanto maior for a capacidade do profissional de saúde de decodificar corretamente o não verbal, maiores serão as suas condições de emitir adequadamente os sinais não verbais*, ser coerente na sua relação com o paciente (falar e agir expressando a mesma coisa), potencializar a sua capacidade de compreendê-lo e de comunicar e orientar.

Não estamos falando sobre aprender as técnicas de comunicação terapêutica e utilizá-las de maneira estereotipada. É preciso ter em mente que o relacionamento com o paciente é profissional; porém ao incorporar ao seu jeito de ser a comunicação terapêutica, você conseguirá ser mais natural, descontraído, aproveitando sua criatividade para usar as técnicas de comunicação existentes ou visualizar novas que passam a fazer parte do seu estilo de vida. . (SILVA, 2002, p. 99)

A capacidade de decodificação de mensagens faz parte do processo de comunicação cotidiano do profissional da saúde. É preciso abandonar as personalidades e agir de forma profissional, mas isso não significa que seja preciso esquecer-se da compaixão para outrem.

4.3. CARACTERÍSTICAS DA ANAMNESE

Quando pensamos na comunicação médico-paciente, além de pensarmos nos métodos que devem ser utilizados para a compreensão da angústia do indivíduo adoentado, é preciso que seja possível compreender os aspectos que são relevantes na hora da entrevista médica, anamnese.

Durante este processo, além dos aspectos percebidos que já foram explanados ao longo deste capítulo, existem outros aspectos que se tornam fundamentais no entendimento de outrem. Dentro da anamnese é preciso ressaltar algumas características que atuam conjuntamente na construção de uma entrevista bem realizada.

Segundo os conceitos de Coulehan (1989) e Ledur e Lucchese (2008), no período que se acontece a anamnese deve-se agir com objetividade, precisão, sensibilidade e especificidade, reproduzibilidade, clareza, polidez e correção verbal.

A primeira delas é a **objetividade**. De acordo com Coulehan (1989), este conceito visa que o profissional da saúde abandone seus preconceitos e crenças. As observações realizadas pelo médico devem ser aquelas que o paciente sentiu e experimentou.

Objetividade significa despojar-se das próprias crenças e preconceitos antes de fazer a observação. Envolve a remoção de predisposições ou distorções sistemáticas de nossas observações. Outras palavras para objetividade são acurácia e validade. As suas observações devem corresponder àquilo que o paciente realmente sentiu e experimentou. (COULEHAN, 1989, p.26).

Coulehan (1989) acrescenta que na objetividade não se pode ignorar os sentimentos do paciente. É preciso ouvi-lo para depois se tomar decisões.

Quando os pacientes se sentem ignorados tendem a falar menos e menos e podem-se perder dados vitais para o diagnóstico. (...)
A objetividade exige primeiro que se ouça realmente e depois que se dê um feedback para o paciente daquilo que foi ouvido. Em outras palavras, o paciente precisa saber que você ouve o que ele está dizendo. (COULEHAN, 1989, p. 27)

Ledur e Lucchese (2008) apresentam a medicina como uma ciência, e por isso, acreditam que ela se caracteriza pela objetividade. Além disso, eles dizem que a doença é concreta e que para enfrenta-la é preciso ações objetivas e por meio de seus estudos trazem barreiras que precisam ser superadas pelos médicos e pacientes.

A medicina é uma ciência e, como tal, caracteriza-se pela objetividade. A doença, igualmente, é uma realidade concreta e, por isso, precisa ser enfrentada com ações objetivas. Não há, portanto, lugar para tergiversações, subjetivismos. Assim, a comunicação entre médico e paciente precisa ser objetiva.

Para atingir essa qualidade algumas barreiras precisam ser superadas:

-O paciente, em função de sua fragilidade e angústia, tende a trazer à tona sentimentos subjetivos, como os oriundos de sua crença religiosa, das relações com os familiares e amigos, entre outras particularidades.

-Certos pacientes têm extrema dificuldade em manter um curso lógico de narrativa, o que complica a objetividade da consulta; com paciência e delicadeza, o médico deve conduzir o paciente pelo histórico de sua doença, procurando identificar os aspectos mais importantes, sem, no entanto, induzir respostas.

-O médico encontra dificuldades para contemporizar sua visão científica e objetiva com a subjetividade do paciente.

-É difícil para o médico descer do seu pedestal e ser objetivo na orientação, utilizando linguagem adequada a cada paciente. Outro erro comum é presumir que tudo o que se diz está sendo compreendido; por isso, em muitas situações, é oportuno perguntar: “Entendeu o que eu lhe expliquei? Tente repetir para que eu possa avaliar seu grau de compreensão”.

-O tempo destinado ao atendimento muitas vezes é exíguo, exigindo objetividade, mas não se admite qualquer falha no procedimento. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.29-30)

A segunda delas é conhecida como **precisão**. Coulehan (1989) e Ledur e Lucchese (2008) destacam a precisão. Coulehan (1989) se refere à precisão como variabilidade das observações ao redor do valor real, tornando das palavras como medidas verbais que precisam ser compreendidas e precisas.

Ao fazermos uma anamnese, as unidades básicas de medida são as palavras. Palavras que são usadas para descrever as sensações percebidas pelo paciente e comunicadas ao médico. As palavras são medidas verbais e deveriam ser compreendidas com precisão; elas devem, portanto ser tão detalhadas quanto necessário e o menos ambígua possível. (COULEHAN, 1989, p.29)

Ledur e Lucchese (2008) ressaltam que as razões que são exigidas na objetividade são igualitárias as que são exigidas na precisão. Eles ainda esclarecem que a precisão precisa levar em consideração o estado emocional, o nível cultural e a formação do paciente.

As razões que exigem objetividade na comunicação entre médico e paciente são as mesmas que impõem a precisão. Um termo impreciso pode ser o suficiente para afetar o acordo e causar prejuízos irreparáveis na solução do problema de saúde.

A maior dificuldade no atendimento a essa qualidade da comunicação está na necessidade de adequar a linguagem a cada paciente; o que é preciso em determinado caso não o será em outro. A precisão tem que levar em conta fatores como: o estado emocional, o nível cultural e a formação do paciente.

Outra dificuldade do médico para ser preciso na linguagem é a necessidade de utilizar apenas em mínimas doses a terminologia científica.

De outra parte, como exigir precisão de um ser humano fragilizado, angustiado, muitas vezes desesperado? O máximo que pode exigir em muitas situações é esforço do paciente. O êxito nessa tarefa, mais uma vez, dependerá essencialmente do médico. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.30-31)

Também é apresentado a **sensibilidade e especificidade**. Estas características são apresentadas por Coulehan (1989) como ações conjuntas entre si. De um lado existe a sensibilidade, que é a capacidade do médico em detectar casos reais da doença, e do outro, existe a especificidade que é a capacidade de excluir doenças nas pessoas normais.

A sensibilidade de um teste expressa sua capacidade de detectar casos reais da doença em questão. Quanto maior a sensibilidade, maior o número de casos que obtêm um resultado positivo no teste. A especificidade, por outro lado, refere-se à capacidade do teste de excluir doenças nas pessoas normais. Quanto maior a especificidade, maior a probabilidade de um resultado negativo no teste de identificar as pessoas que não têm a doença. (COULEHAN, 1989, p.31)

Coulehan (1989) diz que mesmo que o paciente não consiga contar todo o seu histórico, ele é capaz de dizer os aspectos principais, mesmo que não sejam informações suficientes, ele ainda ressalta que uma entrevista bem produzida é capaz de diagnosticar essa situação.

Um complexo de sintomas pode ser bastante sensível e específico, adequado, de fato, para servir de base para o diagnóstico e decisões terapêuticas. Mesmo quando “toda a história” não contém informações suficientes, ela normalmente possui a maioria das informações. Ela reduz drasticamente a gama dos problemas possíveis e produz um número bem pequenos de hipóteses a serem sustentadas, descartadas ou confirmadas pelo exame físico e outros estudos. Uma entrevista bem conduzida produzirá uma base de dados firme (e ampla) sobre a qual se pode projetar um plano de diagnóstico eficiente (e pequeno). (COULEHAN, 1989, p.32)

Segundo o conceito de Coulehan (1989) apresenta-se a **reprodutibilidade**. Segundo a obra de do autor a reprodutibilidade explica-se como uma característica de grande importância em testes específicos de uma boa anamnese. Muitas vezes a reprodutibilidade pode ser feita de maneira diferente pelo mesmo paciente, porém essas diferenças podem ser fundamentais.

A capacidade de serem reproduzidos é uma outra característica importante dos testes científicos, inclusive de uma boa anamnese. Entretanto, ao se buscar a reprodutibilidade de uma anamnese devem-se ter em mente algumas considerações sobre a natureza humana e o processo de interação. Ao tratar de um paciente hospitalizado, três ou quatro observadores frequentemente obterão três ou quatro versões diferentes da história desse paciente. Quase sempre as diferenças serão insignificantes mas, as vezes, elas são cruciais. (COULEHAN, 1989, p.32)

Outra característica determinante é a **clareza**. Ledur e Lucchese (2008) acreditam que é preciso existir clareza na comunicação médico-paciente. Desta forma eles apresentam fatores que demonstram a necessidade desta característica no processo da anamnese. A clareza deve ser realizada em todas as comunicações, sendo elas as verbais e não verbais.

Na relação médico-paciente, certamente mais do que em qualquer outra, a clareza de parte a parte é a mais importante de todas as qualidades da comunicação:

-clareza nas informações do paciente é fator essencial para o estabelecimento do diagnóstico correto e para a implantação de um tratamento adequado à situação particular de cada caso;

-clareza nos questionamentos e nas explicações do médico é imprescindível, pois terá repercussão na obtenção das informações necessárias e na orientação sobre o tratamento a ser indicado;

Para o alcance de tão importante qualidade, necessária para o cumprimento do acordo, no entanto, é preciso remover alguns difíceis obstáculos:

-O aperto de mão é o primeiro contato; deve ser firme, decidido, seguro, inicialmente sem intimidades e abraços.

-”Quebrar o gelo” na relação entre as partes; a primeira impressão é a que fica; a boa postura do médico faz superar com rapidez essa fase; muitas vezes pode ser útil rememorar um encontro social anterior, um amigo comum ou até a paixão pelo mesmo esporte.

-Estabelecer ambiente de confiança e camaradagem.

-Superar as dificuldades de comunicação impostas pela situação de fragilidade e de angústia do paciente; a compaixão demonstrada pelo médico e uma boa dose de simpatia fazem o paciente tornar-se transparente com mais rapidez.

-”Trocar em miúdos” a linguagem científica normalmente utilizada pelo médico, para que o paciente possa compreender as informações e a orientação que lhe é passada.

-Adequar o nível de linguagem a cada paciente, exigindo do médico ampla capacidade de discernimento e adaptação.

-Usar letra legível e linguagem compreensível nas receitas, em especial no que diz respeito às dosagens dos medicamentos e na orientação sobre o tratamento indicado.

-O abraço, a mão no ombro e o afago só surgirão mais tarde, e mesmo assim terão o sentimento de pai confortando o filho frágil.

Qualquer ambiguidade na comunicação poderá ter consequências desastrosas, não só na relação médico-paciente, quebrando o acordo de cooperação, mas, sobretudo na saúde do paciente e na realização profissional do médico. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.28-29)

Outra característica importante é a **polidez**. Os autores Ledur e Lucchese (2008) dizem a relação médico paciente não pode sofrer desgastes, por isso se deve utilizar uma linguagem

polida e sóbria. Porém, eles ressaltam que não se pode comparar polidez com mau humor. Neste caso, eles explanam que existe a hora certa para usar cada linguagem.

A relação médico-paciente é reservada, delicada e respeitosa, não podendo sofrer desgastes; por isso, a linguagem há que ser sempre polida e sóbria. Não há lugar para palavras chulas, muito menos palavrões, a não ser depois que se formar uma amizade muito próxima. E assim mesmo deve ser acometida, sem excessos, reservada para ocasiões especiais, sob pena de se iniciar um processo de perda da confiança, em especial em relação ao médico.

Não se deve confundir polidez com mau humor, que também não tem lugar no acordo. Tampouco quer dizer que com o tempo os tratamentos senhor e senhora não possam mudar para você ou tu. Afinal, é desejável que médico e paciente se tornem amigos.

Após a vitória sobre a doença, sim, é uma frase diferente, ou até mesmo um palavrão bem humorado, dependendo das características pessoais do paciente e do médico, pode cair bem: caracas, beleza, viva! Vitória é para ser festejada, do jeito de cada um. Depois de resolvido o problema, certamente cairá bem uma frase assim: Parabéns! Desta vez você se escapou! (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.31)

Finalizando as características da anamnese apresenta-se a **correção verbal**. Ledur e Lucchese (2008), após a polidez, destacam a correção verbal, pois ela é desconsiderada no meio médico e vista como um acessório inconsequente na relação médico-paciente. A correção verbal pode ser crucial para a credibilidade do médico e da forma com que ele domina a situação.

A correção na linguagem é frequentemente desconsiderada no meio médico, que muitas vezes vê nela apenas um acessório inconsequente na sua relação com o paciente.

No entanto, determinado paciente poderá raciocinar, e com razão; quem é relapso no uso da língua não o será no diagnóstico, no uso do instrumento cirúrgico e na indicação do tratamento?

Outros poderão questionar – novamente com razão – a qualidade da formação do médico; que doutor é esse que sequer aprendeu a usar corretamente seu idioma?

Portanto, a correção, principalmente por parte do médico, é cláusula importante do acordo, pois interfere na confiança que o paciente precisa ter no médico. (LEDUR&LUCCHESI, 2008, p.31-32)

Após apresentadas essas características, encerro este capítulo com uma frase de Coulehan (1989) que descreve resume o estudo apresentado.

Finalmente, está claro que a habilidade para entrevistar também desempenha um papel: um médico que seja empático e formule questões amplas muito provavelmente obterá um quadro mais acurado do que um outro que faça uma lista de perguntas mecânicas. (COULEHAN, 1989, p. 34)

No capítulo a seguir iniciaremos as entrevistas que guiarão a investigação desta proposta de pesquisa.

5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para realização deste trabalho foi feita uma pesquisa de campo que teve como meta entrevistar alguns alunos, professores e profissionais graduados no curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O método utilizado foi o de entrevista estruturada contendo quatro perguntas abertas e iguais entre os entrevistados de cada grupo.

De acordo com Boni e Quaresma (2005) as entrevistas estruturadas são aquelas que possuem questionário prévio e que abrem margem para analisar as respostas dos entrevistados sem diferenciação das perguntas. Observa-se neste caso diferenças entre respondentes e não entre as perguntas.

As entrevistas estruturadas são elaboradas mediante questionário totalmente estruturado, ou seja, é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e têm-se o cuidado de não fugir a elas. O principal motivo deste zelo é a possibilidade de comparação com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas (LODI, 1974 apud LAKATOS, 1996). Os questionários podem ser enviados aos informantes através do correio ou de um portador. (BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia Jurema, 2005, p. 73)

Após recebimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) participaram deste estudo dez professores atuantes do curso de Medicina, dez alunos e dez profissionais já formados pela instituição de ensino que atuam nos setores particulares ou públicos. O objetivo foi perceber o nível de envolvimento do meio acadêmico nas relações de comunicação entre médico-paciente.

As metodologias empregadas para compreensão das entrevistas foram a qualitativa e a análise de discurso. Segundo Orlandi (1994), a análise de discurso é o estudo que procura desvendar a fala encoberta pelo que foi dito, compreendendo assim, a linguística, as ciências sociais, a história e ideologia do sujeito.

A análise de discurso, ao se fazer no entremeio da linguística e Ciências Sociais, não se especifica claramente um lugar no/de reconhecimento das disciplinas. O que lhe importa é sobretudo colocar questões para a Linguística no campo de sua constituição, interpelando-a pela historicidade que ela apaga, do mesmo modo que coloca questões para as ciências sociais em seus fundamentos, interrogando a transparência da linguagem, a do sujeito e do sentido, transparência sobre a qual essas ciências se assentam. Nesse mesmo movimento em que a AD exerce sua prática crítica, ela mostra que o recorte de constituição dessas disciplinas que levam a essa separação necessária – entre linguagem e exterioridade – e se constituem nela, é o recorte que nega a existência desse outro objeto, o *discurso*, que coloca como base a materialidade, seja linguística, seja histórica, ligando de modo particular linguagem e exterioridade. Esse objeto, o discurso, trabalhando esse espaço disciplinar, faz aparecer outra noção de ideologia, passível de explicitação a partir da noção mesma de discurso e que não separa linguagem e sociedade na história. É no discurso que se pode aprender a relação entre linguagem e ideologia, tendo a noção de sujeito como mediadora: não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia. O efeito ideológico elementar é o que institui o sujeito (sempre já-lá). (ORLANDI, Eni, 1994, p.53)

Acrescentando aos estudos, Neves (1996) revela que os métodos qualitativos costumam estar mais preocupados com o processo do que a estrutura social. Além disso, costuma-se por meio do método qualitativo buscar uma melhor compreensão do fenômeno em estudo. Destaca-se também, que essa metodologia não desqualifica a quantitativa, pelo contrário é uma forma de complemento mútuo.

Nas ciências sociais, os pesquisadores, ao empregarem métodos qualitativos estão mais preocupados com o processo social do que com a estrutura social; buscam visualizar o processo e, se possível, ter uma relação empática com o processo, objeto de estudo que implique melhor compreensão do fenômeno. Embora possamos contrastar quantitativos e qualitativos enquanto associados diferentes visões da realidade, não podemos afirmar que se oponham ou que se excluam mutuamente como instrumento de análise. Uma pesquisa pode revelar a preocupação em diagnosticar um fenômeno (descreve-lo e interpretá-lo); o autor poderia também estar preocupado como explicar esse fenômeno, a partir de seus determinantes, isto é, as relações denexo causal. Tais pontos de vista não se contrapõem; na verdade complementam-se e podem contribuir, em um mesmo estudo, para o melhor entendimento do fenômeno estudado. (NEVES, José Luis, 1996 p.2)

Dando prosseguimento analisaremos as entrevistas coletadas para melhor compreensão do estudo. É importante destacar que os professores entrevistados lecionam em diferentes áreas da Medicina, assim como os profissionais atuam em áreas diversas e os alunos são de diferentes períodos do curso de graduação.

5.1. ENTREVISTAS COM PROFESSORES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

O primeiro grupo de entrevistados que analisaremos neste é o de professores do curso de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora. Ressalta-se que treze professores foram convidados, e apenas foram entrevistados dez que concordaram em participar deste trabalho acadêmico. Todos foram convidados pessoalmente, por e-mail ou por meio de telefone e redes sociais. Os que não foram entrevistados não responderam as solicitações ou estavam indisponíveis por razões pessoais.

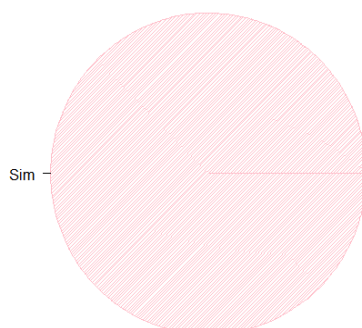
O foco de análise foi a forma que estes profissionais colocam em prática nas salas de aula a temática “comunicação na relação-médico paciente”.

5.1.1. Primeira questão de análise: Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Esta questão obteve cem por cento de respostas positivas. Todos os professores entrevistados alegaram abordar as relações comunicacionais entre médicos e pacientes.

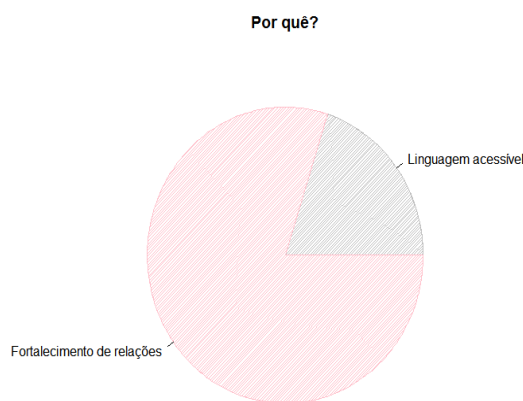
GRÁFICO 1

Na sua disciplina você aborda as relações de comunicação médico-paciente?



Entre as respostas foi perceptível separar os entrevistados em dois grupos. O primeiro deles obteve oitenta por cento dos entrevistados que justificaram suas respostas apresentando que a relação médico-paciente deve ser trabalhada em sala de aula, pois somente por meio dela cria conjugação, compreensão e fortalecimento de relações entre o médico e o paciente cria-se um vínculo de benefício entre os envolvidos. O segundo grupo, que obteve vinte por cento das respostas, afirma que aborda a temática para que o aluno possa compreender a linguagem do paciente.

GRÁFICO 2



Pode-se citar a fala de dois entrevistados que destacaram a necessidade de uma relação próxima entre o médico e o paciente. O primeiro deles diz que é fundamental esse tipo de formação para que no futuro o profissional médico saiba utilizar os mecanismos de comunicação para construir relações com o paciente.

é fundamental esse tipo de formação em um futuro profissional médico e esse é momento que eles têm para refletir sobre a necessidade de relacionamento e os mecanismos que eles possam vir a utilizar nesse sentido. (APÊNDICE A. **Entrevista 8**)

Outro entrevistado destacou ainda que o ensino dessa comunicação tem sido o foco do seu trabalho como professor na faculdade de Medicina.

Nas minhas três disciplinas, que são todas disciplinas consideradas humanísticas e voltadas para essa parte de comunicação, mais ao viés da psicologia que é aplicada nas relações subjetivas entre médico e paciente, mas também na antropologia em trabalhar com crenças, suas representações e é por isso que tem influencia nas formas de compreensão do indivíduo. Esse tem sido o foco do meu trabalho. (APÊNDICE A. **Entrevista 9**)

Os outros vinte por cento que disseram que ensinam a comunicação para possibilitar que o aluno compreenda a linguagem do paciente ressaltaram a necessidade de compreender o paciente e ter um linguajar claro. O primeiro acredita que o aluno deve ter contato com a linguagem do paciente precocemente.

eu acho que desde cedo, precocemente, o aluno já tem que começar a se colocar no posicionamento de médico e começar a utilizar e conversar com o paciente na linguagem que ele entenda. Eu acho que isso a gente consegue com o treino e eu acho importante que quanto mais precoce a gente começar a colocar o aluno em contato com esse tipo de relação médico-paciente vai ser melhor para todo mundo. (APÊNDICE A. **Entrevista 2**)

O outro destaca que na comunicação é preciso sempre utilizar um linguajar claro e com respostas que possuam tendências positivas.

Então eu sempre procuro ensinar a necessidade de um linguajar claro, técnico adequadamente, porque eu acho que as pessoas devem ser ensinadas sobre isso, e sempre uma linguagem positiva, estimulante, favorável para que o paciente faça adesão ao tratamento e crie um bom sentimento. (APÊNDICE A. **Entrevista 4**)

De forma concreta a análise demonstrou a importância que os professores entrevistados dão a temática visando a melhor formação do aluno para o mercado para que estejam mais sensíveis para atuar na profissão.

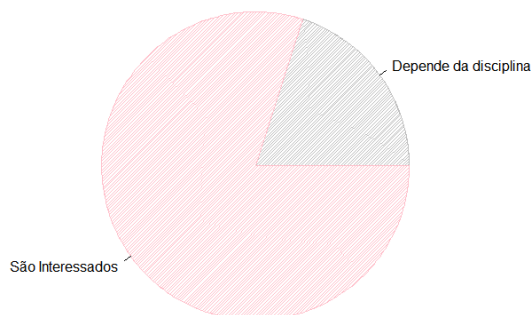
5.1.2. Segunda questão de análise: Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Esta pergunta dividiu o grupo de entrevistados em dois. O primeiro grupo teve como resposta de oitenta por cento dos entrevistados, a resposta afirmativa de que os alunos tem interesse em aprender o comportamento comunicacional com o paciente.

Os outros vinte por cento destacaram que o interesse do aluno está de acordo com a disciplina ensinada.

GRÁFICO 3

Qual o grau de interesse dos alunos em aprender esse tipo de interesse?



Exemplificando a resposta positiva dos entrevistados destacam-se duas que revelam o interesse dos alunos. O primeiro entrevistado destaca que os alunos possuem interesse nesta relação deste o primeiro período de faculdade.

Em geral é muito grande. Inclusive, a gente observa que desde o primeiro período eles ficam atentos e que se revoltam quando acontecem alguns problemas relacionados com a falta de humanização do atendimento. (APÊNDICE A. **Entrevista 5**)

O outro entrevistado acrescenta a resposta do primeiro dizendo que os alunos são muito comprometidos com o paciente e com a relação ética entre ambos.

Muito grande. Eu nunca tive problemas com isso, pelo contrário, nós temos alunos com graus de comprometimento muito grande. Eles já vêm com muita seriedade para o ensino e com raríssimas exceções, não estou me lembrando de nenhuma, são muito comprometidos com a ética, pelo menos no aprendizado. Eu espero que eles pratiquem muito essa comunicação para o bem e para a ética. (APÊNDICE A. **Entrevista 6**)

Para os vinte por cento que acreditam que dependem da disciplina é ressaltado que além da disciplina, depende da carreira que o aluno quer seguir, como foi dito pelo primeiro entrevistado.

Olha, a Medicina é um raciocínio totalmente diferente. Isso acontece por quê? Se o aluno já tem uma carreira em mente, como por exemplo, urologia ou cardiologia, o aluno já abandona um pouco os outros conhecimentos para estar voltado a carreira que ele quer seguir, então o interesse do aluno está de acordo com qual carreira ele quer seguir. (APÊNDICE A. **Entrevista 1**)

O outro entrevistado acredita que depende de como essa relação é apresentada na disciplina.

São bem variáveis depende de como você apresenta essa forma de relação. Acho q existe interesse muito grande, mas quando se trata de despertá-los para isso e para o feed da qualidade de atendimento e que isso pode estar relacionado com essas questões, o interesse deles cresce. Mas o curso ainda é muito voltado para a supervalorização dos aspectos tecnológicos. Essa tecnologia faz com que muitas vezes o aluno descarte um pouco essa atenção necessária com o paciente. (APÊNDICE A. **Entrevista 9**)

Essa questão se fecha com um resultado positivo pelo fato de oitenta por cento dos entrevistados acreditar que os alunos possuem grande interesse em compreender a relação médico-paciente.

5.1.3. Terceira questão de análise: Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Esta questão foi avaliada por todos os entrevistados como positiva ressaltando que a sociedade tecnológica alterou a relação médico paciente. Destaca-se que o objetivo era deixar as “novas tecnologias” em aberto para que o entrevistado ficasse a vontade para analisar de forma livre e pessoal.

GRÁFICO 4

Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

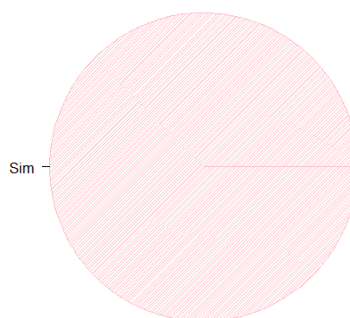
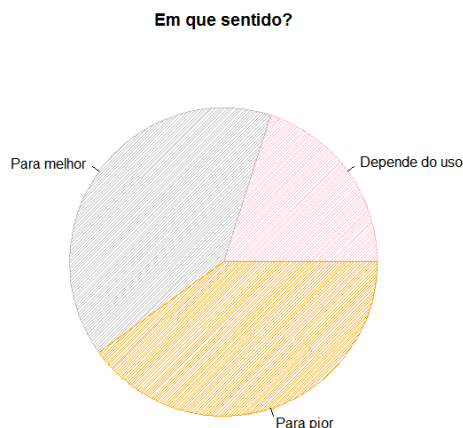


GRÁFICO 5



Entre as respostas quarenta por cento acredita que a relação foi modificada para melhor, vinte por cento acreditam que depende de como a tecnologia é utilizado e os outros quarenta por cento acreditam que essa relação foi alterada para pior.

De acordo com um dos entrevistados essa alteração é positiva porque hoje o paciente é mais bem informado que ele pode obter por meio das tecnologias.

Sofreu, mas eu não acho que ela seja negativa. Eu acho que é uma alteração positiva. O que muda na verdade é a abordagem na relação com o paciente. Isso acontece porque o paciente tem muito mais informação por meio das tecnológicas que a gente tem e a gente precisa administrar essas informações que o paciente consegue por meio da tecnologia. Exatamente em função disso, a gente trabalha no internato, que começa a partir do décimo período a pratica de ensino a distancia para que o aluno compreenda as questões tecnológicas do mundo e em que consequentemente isso pode ser positivo na relação médico-paciente e o que pode ser positivo no desenvolvimento tecnológico que o médico pode ter. (APÊNDICE A. **Entrevista 5**)

Outro dos entrevistados tem uma visão diferente e acredita que as novas tecnologias podem ser desafiadoras e tudo depende da forma que é utilizada.

Sofreu. Eu peguei um pouco antes trabalho como médica desde antes da popularização da internet. Hoje em dia o paciente já traz para nós algumas respostas sobre seu estado, pegam informações na internet e trazem algumas soluções mágicas que são encontradas na internet, ou que foi falado no Globo Repórter. Hoje em dia o paciente vem mais informado né? Ele busca mais informação e isso ao mesmo tempo em que é desafiador é muito interessante porque é preciso saber trabalhar com essas informações e saber que o paciente está mais bem informado. Pode ser positivo e negativo, até porque em alguns casos são divulgados pesquisas de ponta que não utilizados na prática clínica ainda e pode ser complicado. E em nível de ensino também, hoje o aluno tem mais acesso ao conteúdo, mais informação. Quando eu me formei só existiam livros que eram muito caros, muitas vezes tínhamos que esperar chegar na biblioteca, a internet traz a facilidade de acesso, mas eu acho que falta um pouco de reflexão no uso da internet. (APÊNDICE A. **Entrevista 7**)

Em contrapartida outro dos entrevistados ressaltou que a prática médica é voltada para ouvir e conhecer as narrativas e histórias do paciente e que as novas tecnologias podem prejudicar em longo prazo.

Eu acho que sofreu e sofreu muito. A prática médica é uma profissão voltada para ouvir casos, ouvir histórias e hoje em dia a prática médica é muito pouco voltada para falas espontâneas. Para que exista um fluxo narrativo por parte do paciente é basicamente responder a um interrogatório e isso é generalizado. Mas hoje como o paciente reclama do médico, do médico distante e desinteressado em suas vidas, em função disso tem existido uma grande retomada das questões médico-paciente, da relação de comunicação com introdução de disciplinas novas que privilegiam essas questões. Mas na minha visão isso é como pagar um tributo, na verdade o que temos hoje é movimento forte que visa que o ensino seja altamente tecnológico e que o paciente seja designado pelo médico como portador de uma doença, mas quando se trata o paciente como portador de uma doença já se trai o movimento e demonstra o quanto ele é secundário, algo do tipo “tal paciente traz essa doença até mim”, então após que ele entrega a doença eu pergunto: Qual a importância do paciente? Eu acho que hoje, até mesmo por causa das políticas públicas do SUS está havendo uma melhora, pelo menos no campo retórico, sobre humanização, mas eu acho que é para apaziguar. Então, o médico faz um interrogatório, aplica um teste para o paciente fazer, aí o médico escuta 5 minutos da história do paciente e o próprio médico acredita que já está fazendo um trabalho mais humanizado e na verdade é o que decidiu é a conduta dele são dados que muitas vezes não tem nada sobre a narrativa do paciente. (APÊNDICE A. **Entrevista 9**)

Necessita-se ressaltar que nesta questão, apesar da divergência de opiniões, todos demonstraram respostas que priorizam o bem estar do paciente.

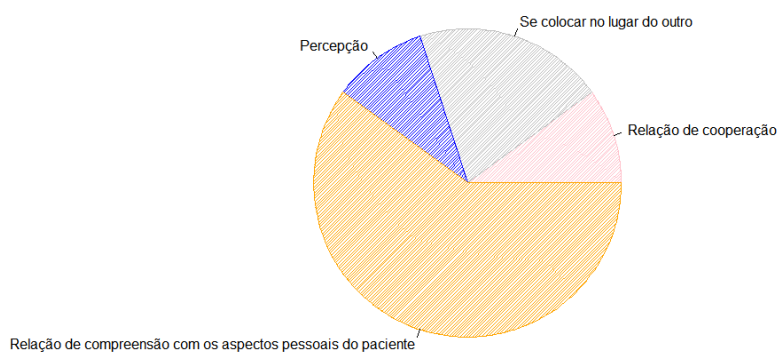
5.1.4. Quarta questão de análise: Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Nesta questão sessenta por cento dos entrevistados acreditam que a humanização ou sensibilidade com a situação do paciente, na relação médico-paciente está ligada a relação de compreensão com os aspectos pessoais do angustiado.

Vinte por cento se disseram que a humanização está relacionada com a questão de se colocar no lugar do outro, atender o paciente como se fosse a si mesmo. Os outros vinte se dividiram e falaram que humanização é um acordo de cooperação entre o médico e o paciente e as questões de percepção.

GRÁFICO 6

O que a humanização em saúde representa pra você?



Pode-se notar que mesmo com respostas diferentes todos os entrevistados, de alguma forma, revelaram que a humanização está relacionada à compreender o paciente. Um dos entrevistados demonstra essa preocupação com maior ênfase em ver o paciente como um ser humano, conteúdo que está explícito na resposta de todos os outros entrevistados, contendo uma denotação maior ou menor em determinados casos.

A humanização é você tratar o paciente como um ser como você nè? Como um ser humano, como o próprio nome já diz, não apenas um número ou caso, ou doença. A gente não deve ver o paciente como uma doença. Ele é uma pessoa, ser humano, que tem uma doença, que tem um problema, e você vai ajudar essa pessoa a encontrar a melhor forma de tratar esse problema para que seja um ser humano melhor, mais saudável, mais feliz, mais alegre, com menos sintomas. Isso é humanização, tratar o paciente como um ser humano, não como uma doença ou um caso a mais. (APÊNDICE A. **Entrevista 10**)

5.2. ENTREVISTAS COM ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

O segundo grupo de entrevistados que analisaremos é o de alunos do curso de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora. Ressalta-se que todos os alunos fazem parte de períodos diversos e que todos os dez entrevistados convidados aceitaram participar deste trabalho acadêmico. Todos foram convidados pessoalmente, por e-mail ou por meio de telefone e redes sociais. Os que não foram entrevistados não responderam as solicitações ou estavam indisponíveis por razões pessoais.

O foco de análise foi a forma que é aprendido em sala de aula a temática “comunicação na relação-médico paciente”.

5.2.1. Primeira questão de análise: Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Nesta questão cem por cento dos entrevistados responderam que o tema “Relação Médico-paciente” é abordado ao longo dos seis anos de curso nas aulas expositivas, podendo ser nas teóricas e as práticas.

GRÁFICO 7

Durante o curso, a relação médico-paciente é tratada nas disciplinas?



De acordo com oitenta por cento entrevistados, este tema é abordado em diversas disciplinas e tem foco principal baseado na compreensão dos aspectos psicológicos e clínicos da relação médico-paciente. Um dos entrevistados revela que as disciplinas visam principalmente ensinar como compreender o paciente.

Em diversas disciplinas (psicologia médica 1 e 2; semiologia médica; laboratório de habilidades clínicas, antropologia, saúde coletiva, entre outras) sob vários aspectos. A abordagem é baseada principalmente nos aspectos psicológicos e clínicos da relação médico-paciente, visando mostrar a importância da mesma para a construção de um tratamento eficiente para o paciente, seus efeitos de forma coletiva e de que maneira essa relação e suas implicações, conscientemente ou inconscientemente, podem interferir no processo de construção da imagem do médico ou do paciente. (APÊNDICE B. **Entrevista 11**)

Entre as entrevistas, vinte por cento destacaram que apesar da exposição da temática falta uma cobrança maior em cima do tema. O primeiro destaca em sua fala a necessidade desta cobrança.

Ele é tratado em diversas matérias, mas não é avaliado. Apenas de forma expositiva. Não somos avaliados pela forma com que lidamos com o paciente ao longo do curso, e acaba sendo reflexo apenas de atributos pessoais. (APÊNDICE B. **Entrevista 14**)

O segundo entrevistado destaca a existência de lacunas que poderiam ser mais bem aprimoradas no estudo do tema.

O tema relação médico-paciente é trabalhado no curso de Medicina por meio de aulas expositivas em disciplinas como Psicologia Médica em que os alunos são estimulados a analisar aspectos dessa relação e possíveis dificuldades encontradas neste importante tema da relação médico-paciente. Porém existem muitas lacunas na formação no que se diz respeito à comunicação médico-paciente, de forma que não existem muitas orientações na prática sobre como trabalhar determinados aspectos, como, como por exemplo, no atendimento aos surdos em que a formação se mostra deficiente e a grande maioria dos profissionais são despreparados. (APÊNDICE B. **Entrevista 20**)

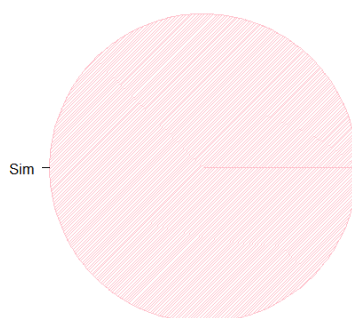
Podemos notar que os alunos do curso de Medicina se sentem conscientizados sobre o estudo e compreensão da temática ao longo do curso e em sua maioria satisfeitos com a maneira de a relação médico-paciente é abordado pelos professores.

5.2.2. Segunda questão de análise: Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Na segunda questão, mais uma vez, cem por cento dos entrevistados responderam positivamente que acreditam que estudar os aspectos da comunicação são importante para seu futuro profissional.

GRÁFICO 8

Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para sua formação?



Podemos destacar que todas as respostas apresentaram de alguma forma que o estudo da comunicação durante a graduação é necessária porque ensinam a construção de relações com paciente, auxiliam no diagnóstico e demonstram as entrelinhas do paciente.

Podemos notar tal informação na citação de alguns dos entrevistados abaixo.

O estudo dos aspectos da comunicação permite que o estudante crie uma sensibilidade para perceber o significado, não somente do que é dito, mas daquilo que o paciente transparece por meio de uma linguagem não verbal. Tal percepção permite que o médico se aproxime mais do seu paciente e que este se sinta confortável para relatar detalhes que são essenciais para o diagnóstico e/ou tratamento. (APÊNDICE B. **Entrevista 13**)

Inclusive outro dos entrevistados ressalta que essa relação deveria ser abordada com maior frequência ao longo do curso.

Considero inclusive que deveria ser abordada constantemente no curso. A formação médica ainda priva pelo saber científico em prol do conhecimento de relação e como é sabido por muitos, toda Relação Médico-Paciente se baseia não apenas no achado técnico, mas na maneira de se relacionar, atrair a confiança, apoio e ouvir o paciente. (APÊNDICE B. **Entrevista 19**)

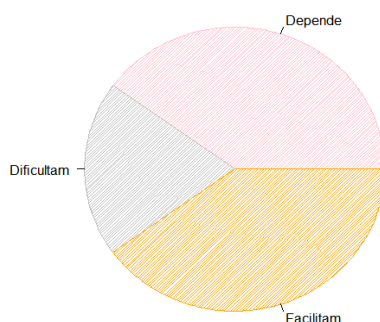
Todos os alunos afirmaram que essa relação é fundamental para excelência na profissão.

5.2.3. Terceira questão de análise: As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Nesta questão, quarenta por centos dos entrevistados revelaram que as novas tecnologias facilitam a relação médico-paciente, outros vinte por cento acreditam que dificultam e os quarenta por cento restantes acreditam que depende da forma que é utilizada. Destaca-se que “as novas tecnologias” foram perguntadas de forma abrangente para que o entrevistado pudesse tirar suas conclusões.

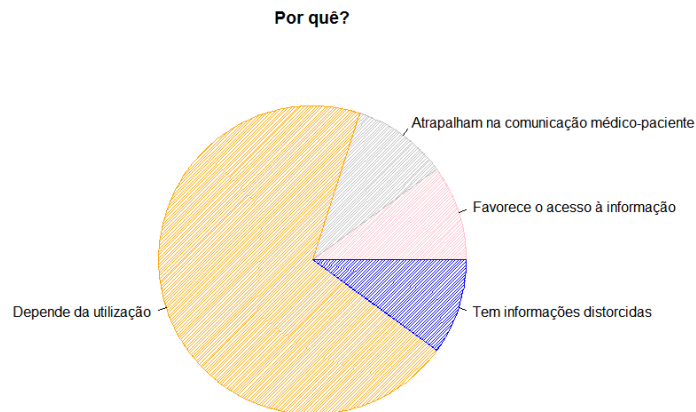
GRAFICO 9

As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e os pacientes?



Destaca-se nesta análise que oitenta por cento dos entrevistados, independente de suas respostas, acreditam que o fator determinante é a maneira que as pessoas utilizam essas novas tecnologias.

GRÁFICO 10



De acordo com vinte por cento dos entrevistados que acreditam que as novas tecnologias facilitam a relação médico-paciente destacaram que essa relação só pode dar certo se forem bem empregadas.

O primeiro acredita que facilita ao paciente o acesso as informações.

De forma geral facilitam. Cabe ao profissional ter bom senso para usá-las e lidar com elas. Vemos que torna mais dinâmica a comunicação entre médico-paciente (marcação de consulta pela internet, por exemplo), facilita o acesso a informações pelos pacientes, assim o médico sai da posição de detentor do saber (é claro, informações aleatórias só são úteis quando processadas para o verdadeiro conhecimento, que permanece na posse do médico, cabe a ele orientar o paciente sobre suas informações adquiridas). O importante é lembrar que elas são apenas complementos, e nunca substitutas para o diálogo do médico com o paciente. (APÊNDICE B. **Entrevista 11**)

O segundo destaca que a tecnologia apesar de facilitar não deve jamais ser visto como substituto da abordagem clássica.

Facilitam, se bem empregadas. Muitas vezes são vistas como substituto da abordagem clássica, anamnese e exame físico, e isto acaba sendo arriscado. Não vejo a dificultando, e sim a tecnologia como aliado. (APÊNDICE B. **Entrevista 14**)

Entre os outros entrevistados, os vinte por cento que disseram que as novas tecnologias podem dificultar a relação médico paciente acreditam que o recurso tecnológico pode ser visto como uma forma de substituir a narrativa do paciente, como citado pelo entrevistado abaixo.

Acho que dificultam, pois muitos médicos não têm o habito mais de sentar e ouvir, com calma, todas as queixas do paciente, e já vão pedindo exames na busca do diagnóstico. Como aprendemos em psicologia médica II, a tecnologia nunca deve substituir a narrativa do paciente e sim ser uma ferramenta complementar, usada somente depois de colher toda a história trazida pelo paciente, na busca de confirmar ou descartar as hipóteses diagnosticas. (APÊNDICE B. **Entrevista 17**)

O outro entrevistado acredita inclusive que as novas tecnologias poderiam ser facilitadoras, porém, atrapalham pelo fato de alguns meios de comunicação não serem confiáveis.

Elas podem até facilitar porque o paciente pode se manter informado, mas geralmente atrapalham. Alguns meios de comunicação não são confiáveis, fazem afirmações infundadas e podem ser sensacionalistas, levando o paciente a desejar fármacos, tratamentos não disponíveis, adotarem uma postura desafiadora com o médico o que atrapalha na relação médico paciente. (APÊNDICE B. **Entrevista 18**)

Entre aqueles que acreditam que depende de como as novas tecnologias são usadas foram ressaltados a necessidade do uso correto pelo médico e pelo paciente.

De certa forma, elas têm efeito bivalente. Depende de como não só o médico, mas como o paciente se utilizam delas. Se há um acordo entre ambos, diálogo e empatia, ela só tem a acrescentar. (APÊNDICE B. **Entrevista 12**)

Outro entrevistado destaca ainda, que além da necessidade do uso correto, é preciso que as novas tecnologias não substituam o contato físico entre ambas as partes.

Acredito que o resultado do uso dessas tecnologias seja ditado por cada profissional, uma vez os meios de comunicação atuais permitem maior interação e acompanhamento, entretanto eles não podem substituir o contato físico entre médico e paciente. (APÊNDICE B. **Entrevista 16**)

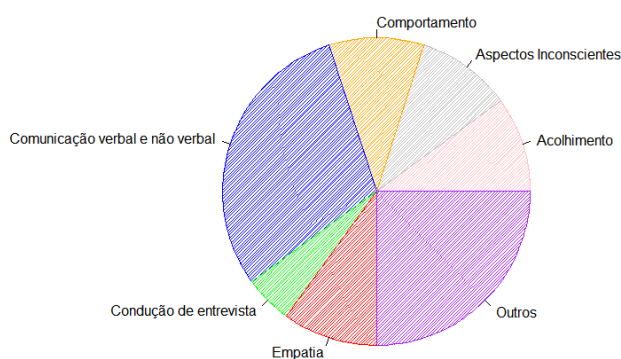
Sendo assim, o grande enfoque ressaltado nessa questão é a maneira que as tecnologias são utilizadas pelos médicos e pelos pacientes.

5.2.4. Quarta questão de análise: Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisadas na anamnese?

Nesta questão sessenta por cento dos entrevistados destacaram em suas respostas que os principais aspectos da anamnese estão diretamente ligados a comunicação verbal e não verbal.

GRÁFICO 11

Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?



Além das formas de comunicação verbal e não verbal tiveram destaque também: o acolhimento, o comportamento do médico, os aspectos inconscientes, a empatia, o interesse genuíno, nivelamento das posições, respeito, sinceridade e confiança.

Importante ressaltar que um dos entrevistados destacou que o profissional da medicina deve se adequar ao discurso proferido pelo paciente. Além disso, ele ressaltou também que a habilidade em comunicação deve exercer uma boa relação com o angustiado.

O médico deve trabalhar ao longo de sua formação habilidade em comunicação para que diante das mais diversas situações seja capaz de exercer uma boa relação com seu paciente. Se atentar, por exemplo, à possíveis déficits cognitivos, de audição, ou de interpretação daquilo que está sendo dito são demandas que devem ser supridas durante a entrevista medica. O profissional muitas vezes adequa o discurso de acordo com a faixa etária, condição socioeconômica, percurso no sistema de saúde, histórico e condições atuais de cada paciente para que a relação se estabeleça de forma clara e produtiva. Outro fator importante é que o profissional jamais deve impor uma proposta de intervenção, e sim propor uma ação sendo sempre claro quanto aos objetivos, benefícios e possíveis efeitos indesejáveis do tratamento compartilhando com o paciente as decisões em relação ao seu tratamento. (APÊNDICE B. **Entrevista 20**)

5.3. ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS MÉDICOS GRADUADOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

O último grupo de entrevistados que analisaremos é o de profissionais médicos já graduados pelo curso de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora. Ressalta-se que todos os dez entrevistados convidados concordaram em participar desta pesquisa e todos os profissionais graduados possuem entre seis meses e trinta e cinco anos de formação acadêmica. Todos foram convidados pessoalmente, por e-mail ou por meio de telefone e redes sociais. Os que não foram entrevistados não responderam as solicitações ou estavam indisponíveis por razões pessoais.

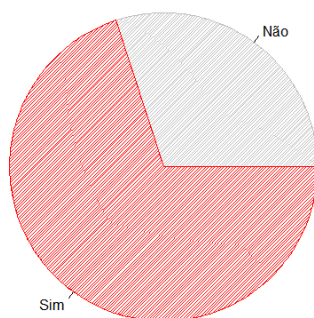
O foco de análise foi a forma que a temática “comunicação na relação-médico paciente” foi aprendido em sala de aula e como foi colocada na prática cotidiana.

5.3.1. Primeira questão de análise: Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Nesta primeira questão setenta por cento dos entrevistados responderam que tiveram formação suficiente sobre a relação médico-paciente.

GRÁFICO 12

Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente?



Entre as respostas positivas, um dos entrevistados revelou que teve um excelente grupo de professores que o ensinou a ouvir as histórias trazidas pelos pacientes e que isso fez diferença na plenitude de sua carreira.

Vou fazer 22 anos de formado e tive a grata satisfação de ter grandes professores. Na minha época de faculdade a gente tinha mais tempo para conversar e compreender a queixa do paciente. Na disciplina de semiologia a gente aprendeu com grandes mestres a tocar no paciente a ouvir suas histórias. (APENDICE C. **Entrevista 26**)

Entre aqueles que acreditam que não tiveram formação de comunicação médico-paciente foi destacado por um deles que apenas se aprende a se comunicar com o paciente durante os anos de carreira.

Não. Na época, não. Era totalmente diferente. Só se aprendia depois de começar a trabalhar, não havia essa formação. Minha mulher que me ajudou muito, ela dizia que eu deveria tratar bem o paciente, cuidar deles com carinho e assim eu fui aprendendo a me comunicar. Então a verdade é que a comunicação a gente vai aprendendo durante a vida. (APENDICE C. **Entrevista 22**)

Um segundo entrevistado ressaltou que existiam informações, porém que a formação da relação médico-paciente foi criada por ele em prol do paciente.

Havia informações sobre como deveria ser a relação do médico com o paciente, mas agora, a formação na realidade, quem desenvolveu fui eu, pois a minha relação com o paciente é uma maneira pessoal de agir e desde o meu início na universidade, eu identifiquei que o médico deveria ser eclético na convivência com o enfermo, ele deveria tratar o paciente de acordo com o momento. Eu sentia os sentimentos que ele deveria sentir no médico, como tranquilidade, confiança, conforto, alívio e sempre fiz o possível para transmitir esses sentimentos. (APENDICE C. **Entrevista 24**)

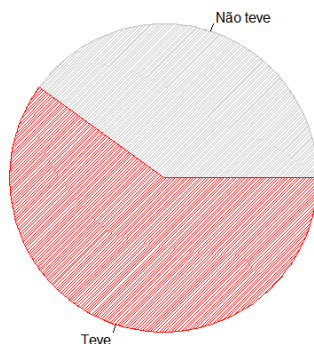
Apesar de trinta por cento dos entrevistados ter dito que a formação não foi completa, os outros setenta por cento ressaltaram satisfação com a formação na relação médico-paciente.

5.3.2. Segunda questão de análise: Quais dificuldades na relação com o paciente que você tem em termos de comunicação?

Esse quesito foi o que causou maior dificuldade de análise. Apenas quarenta por cento dos entrevistados disseram não ter dificuldade alguma na relação médico-paciente em termos de comunicação.

GRÁFICO 13

Você teve alguma dificuldade com os pacientes em termos de comunicação?



Entre os entrevistados que disseram ter dificuldades podemos perceber que a maior dificuldade de comunicação está na compreensão e decodificação da forma de se comunicar do paciente.

Um dos entrevistados disse que um dos grandes problemas dessa relação é a dificuldade que o paciente tem de apresentar o que sente.

Acho que muitas vezes o paciente tem dificuldade de passar para gente o que ele está sentindo. Então, a gente tem que saber como perceber a situação para não ter dificuldade de compreender a pessoa. (APENDICE C. **Entrevista 25**)

Outro revelou que muitas vezes o grau de instrução do paciente pode dificultar a relação, mas que essa dificuldade pode ser sanada com um pouco de dedicação.

Existem algumas dificuldades, como a diferença de instrução que o paciente recebeu para a que você tem, o contexto sociocultural e econômico em que ele está inserido podem gerar lacunas na comunicação, mas nada que não se possa ser resolvido com empenho, criação de vínculo, empatia e principalmente, ao ouvir o paciente. (APENDICE C. **Entrevista 30**)

Um terceiro entrevistado fez questão de ressaltar que as dificuldades sempre existirão, porém que a criação de um vínculo com o paciente por meio da empatia pode ser fundamental.

Dificuldades sempre existirão, pois cada paciente tem sua característica específica. O objetivo é ouvir o paciente ao máximo para que você possa conhecê-lo o possível, e a partir daí individualiza-lo e tentar criar um vínculo de empatia. (APENDICE C. **Entrevista 29**)

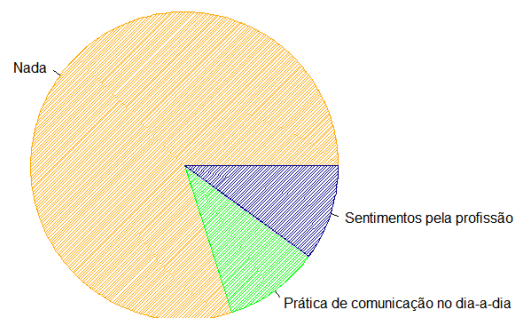
Foi perceptível entre os sessenta por cento que possuem dificuldades, que grande parte da problemática está diretamente ligada à compreensão e decodificação do paciente porque cada paciente é único e possui suas próprias características.

5.3.3. Terceira questão de análise: O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Nessa questão apenas vinte por cento dos entrevistados revelou quesitos que faltaram na formação acadêmica que sanassem as dificuldades.

GRÁFICO 14

O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?



Entre as respostas um entrevistado disse que faltou aprender a ter carinho, atenção, amor ao aprender a comunicação na profissão. Outro destacou que faltou apenas aprender mais esta comunicação na prática.

Faltou um pouco mais de carinho, de atenção e amor ao aprender a comunicação da minha profissão. Que a gente tem q ter com o paciente. (APÊNDICE C. **Entrevistado 22**)

Outro destacou que faltou apenas aprender mais esta comunicação na prática.

Acho que faltou mais prática de comunicação no dia-a-dia mesmo para ajudar depois da graduação para melhorar essa parte. Reforçar a parte prática seria ótimo. (APÊNDICE C. Entrevistado 25)

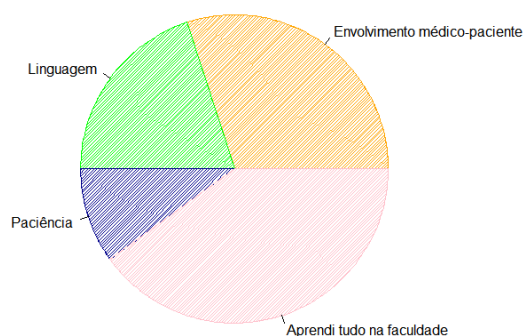
Os outros oitenta por cento revelaram não ter faltado nada durante a formação acadêmica.

5.3.4. Quarta questão de análise: Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Entre os entrevistados quarenta por cento garantem que aprenderam tudo que sabem na faculdade. Trinta por cento dos entrevistados revelaram que aprenderam a ter um maior envolvimento com o paciente, e os outros trinta por cento ressaltaram que incorporaram compreensão de linguagem, de regionalismo e a ter mais paciência.

GRÁFICO 15

Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?



Um dos entrevistados ressaltou a importância de se ter paciência para poder compreender os com perfeição aquilo que o paciente de fato quer dizer e/ou demonstrar.

Eu não saberia explicar uma técnica específica, mas conversar com mais paciência, perguntar mais de uma vez, ou perguntar de outra forma, explicar para pessoa aquilo que de fato você quer saber exatamente. Principalmente sobre os sintomas porque as vezes a pessoa tem dificuldades e é preciso que a pessoa passe para a gente o que ela realmente sente. (APÊNDICE C. Entrevistado 25)

Outro entrevistado completa dizendo que o fato de deixar o paciente a vontade pode ser um diferencial importante na hora do diagnóstico.

Pontualmente, eu acho que aprendi a deixar o paciente a vontade, falar um bom dia, uma boa tarde, quando ele entra ou sai do consultório. Mostrar disponibilidade, certifica-lo que nós estamos fazendo uma dupla que eu não faço nada sozinho e que sempre que ele vir aqui ele tem em quem confiar. É preciso ter a confiança do paciente e deixa-lo contar a história dele toda e no final sempre perguntar uma frase magica: “Algo mais?” São pequenos detalhes que a gente pega com a experiência que eu creio que contribuem muito na melhoria dessa relação. (APÊNDICE C. **Entrevistado 26**)

Todas as entrevistas poderão ser consultadas no apêndice desta monografia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos a compreensão das relações de comunicação humanizada e/ou sensível que devem ser existentes nas relações entre médicos e pacientes. Foi preciso compreender o perfil dos dois lados envolvidos, afinal, uma relação de cooperação deve ser analisada e percebida entre todos os que estão envolvidos. Não existe comunicação sem diálogo e a humanização está diretamente ligada a este dialogo.

Se somos seres humanos, todas as nossas relações de comunicação devem ser humanizadas, pois nos comunicamos e lidamos com um outro alguém que em sua essência é o mesmo que nós, um ser humano. Não existe comunicação humanizada sem pensar no outro, sem o compreender, sem perceber seus movimentos, sem sentir seus sentimentos e menos ainda sem se colocar no lugar daquele que precisa de atenção, cuidados e mais do que isso, muitas vezes precisa apenas de um gesto amigo.

Buscando compreender essa relação de comunicação perceptiva na formação profissional dos graduados e graduandos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora ficou visível perceber que existe uma preocupação em formar profissionais que tenham essa habilidade de decodificar a comunicação do paciente de forma inteira, de forma concreta e mais que isso ficou exposto a necessidade de se trabalhar essa questão por meio dos aspectos psicológicos que individualizam cada paciente, cliente ou usuário.

Em alguns momentos foi observado a necessidade de aprimoramento de algumas técnicas, dar mais atenção para alguns quesitos, mas isso não significa que os profissionais envolvidos não estejam buscando uma melhora em prol da excelência do aprendizado do aluno na temática da relação da comunicação cooperativa entre o médico e o paciente.

Pelo contrário, é visível notar o esforço e preocupação dos profissionais envolvidos em prol deste tema que cada dia mais ganha destaque em estudos, noticiários e na sociedade como um todo.

Por meio das entrevistas que envolveram alguns alunos, professores e graduados pelo curso de Medicina foi possível perceber que a Universidade Federal de Juiz de Fora tem a preocupação de não formar apenas médicos-sapiens, mas tem como objetivo formar além de profissionais de excelência técnica, médicos-humanus.

Este resultado é alcançado por ser feito em um trabalho conjunto entre professores que compreendem a necessidade de profissionais preparados e que saibam se envolver com o paciente, muitas vezes mais que isso, pois chegam a argumentar que não compreendem o

motivo de se colocar em pauta estudos de humanização nas relações de saúde sendo que a profissão mais do que um estudo de saúde é um estudo humano. Alunos que possuem interesse em ir além do estudo técnico e que compreendem a necessidade de um bom atendimento ao próximo que futuramente irá procura-los em busca de ajuda e apoio.

Esta parceria demonstra que o sucesso do estudo de uma relação de comunicação na saúde surge desde sua formação na graduação universitária. Isso foi observado quando grande parte dos profissionais que se graduaram na instituição afirmou em suas entrevistas poucas dificuldades em se relacionar com seus pacientes. Mais visível ainda, quando ressaltaram que as dificuldades são maiores pela necessidade de ver o paciente como único, ou muitas das vezes em dizer que quando não o compreende é preciso ter paciência, ouvi-lo e ser capaz de perceber seus gestos, movimentações e seus aspectos psicológicos.

Sempre existirão dificuldades e talvez nunca um curso de graduação em Medicina seja considerado voltado totalmente para as relações humanas, ou para a compreensão das narrativas do paciente, porém até o presente momento pode-se afirmar que a graduação em Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora possui um destaque no ensino das relações humanas e que prepara os futuros profissionais médicos com excelência e dedicação.

Entretanto, o que torna um médico humano? Estes fatores podem ser parte do curso, influência de professores e principalmente da formação ideológica e pessoal do aluno, ou do futuro profissional, se preferir.

Apesar da evolução do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora na formação comunicacional dos futuros profissionais médicos existem fatores que são diferenciais. Os alunos que escolheram a profissão por amor ao trabalho demonstraram preocupações diferentes, melhor fundamentadas e principalmente que buscavam atender as necessidades do paciente em primeiro lugar. Todos tiveram uma preocupação enorme com as questões de comunicação e humanização, algumas se destacaram e elas foram ressaltadas por aqueles que escolheram a profissão principalmente por possuírem amor ao próximo e a profissão.

Ainda em relação aos alunos foi perceptível que aqueles que estão entre os períodos básicos e clínicos possuem uma preocupação maior com os quesitos de sensibilidade do que aqueles que cursam o internato, ou aqueles que são recém-formados.

Deve-se ressaltar que na sociedade egoísta do “eu em primeiro lugar” existem fatores que influenciam diretamente na formação do médico-humanus, entre eles o caráter da pessoa, a formação ensinada pela família, o perfil individual e principalmente a visão que esta pessoa tem da profissão. Aqueles que possuem uma visão distorcida do trabalho médico, que são

influenciados pela família, ou que cursam a graduação com foco em áreas específicas possuem uma visão de comunicação e humanização menos apuradas do que os outros.

Em relação aos professores foi observado que existe um esforço conjunto para que possa ser passado aos alunos lições de ética, comunicação e a compreensão que se deve ter com o paciente. Sentir o paciente como um ser igual que o procura porque precisa de ajuda.

Entretanto, esse esforço deve ser melhorado diariamente para que possa abranger ainda mais os alunos interessados e motivar aqueles que ainda são resistentes em aprender este tipo de comportamento. Porém, esse esforço só se tornará efetivo quando aquela premissa que diz que o médico deve deixar de lado suas crenças, culturas, ideologias para compreender o paciente como um todo e não apenas como uma doença ou prontuário for colocada em prática pelos alunos que muitas das vezes compreendem a premissa na teoria, mas não a colocam na prática.

Outro aspecto perceptível foi a questão da melhora da relação médico-paciente. Todos aqueles que são formados em um período maior do que cinco anos ressaltaram que precisaram ir muito além do ensinado em sala de aula para perceber a comunicação verbal e não verbal do paciente. Esta informação nos coloca em duas possibilidades, a primeira delas seria que os médicos recém-formados terminaram a graduação totalmente preparados para o mercado de trabalho, ou que os estes recém-formados ainda precisam de um determinado tempo para compreender que as necessidades do paciente vão muito além dos quesitos básicos aprendidos em salas de aula. Isso não significa que a formação não tenha sido boa, mas o paciente possui características individuais e únicas que precisam ser consideradas. Não são apenas sintomas, são histórias de vida por trás daquilo que aparenta pelas angústias do paciente.

Conclui-se que o médico humanus, aquele médico que segue o juramento de Hipócrates, é o profissional que antes de pensar em si mesmo, pensa no próximo. O médico humanus é aquele que compreende a necessidade do outro e faz dela sua própria necessidade. Apesar de um bom salário ser necessário, o médico ideal é aquele que se forma não simplesmente pelo contracheque alto no final do mês, mas aquele que abandona todos os seus preconceitos, crenças e ideologias em razão de outrem.

Como já dito, na sociedade do “eu em primeiro lugar”, ter caráter, amor à profissão e ao paciente, e não apenas ao salário mensal, torna o profissional médico em um profissional diferenciado. Este profissional deixa de ser médico-sapiens para se tornar médico-humanos.

Essa pesquisa não avançou na parte que se refere ao outro lado da questão, no caso, o paciente. Certamente outro agente no processo importante para a percepção do quanto a humanização do atendimento médico mudou ou não. No entanto, para um primeiro momento,

optamos pela análise do lado dos profissionais e futuros médicos, sugerindo que se possa continuar os trabalhos observando o pensamento e reflexos destas possíveis mudanças junto aos pacientes. Aqui está dado o primeiro passo, que esperamos contribua para essa discussão que não pode mais ser adiada.

Ainda é preciso destacar dois pontos para finalização deste trabalho acadêmico. O primeiro é que as respostas obtidas foram concluídas por parte da pequena parcela de entrevistados, que não representam a totalidade, ou a verdade absoluta. Afinal a faculdade de Medicina possui um número imensamente maior de professores, alunos e profissionais já graduados. O outro aspecto é compreender que esta monografia seguiu apenas um dos três conceitos de comunicação e/ na saúde que é a de comunicação interpessoal.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO. Inesita Soares de. *O Campo da Comunicação e Saúde: contornos, interfaces e tensões*. In: GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade do XIII Encontro de Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Manaus, AM – 4 a 7/9/2013
- BERGSTEIN, Gilberto. *A informação na relação médico-paciente*. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.
- BONI. Valdete e QUARESMA. Silvia Jurema. *Aprendendo a entrevistar como fazer entrevistas em ciências sociais*. In: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Volume 2, n.1. Jan./ jul. 2005
- COULEHAN, John. *A entrevista médica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FILHO. Naomar Almeida. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011
- IANDOLI, Décio. *Ser Médico e Ser Humano*. São Paulo: Editora FE Editora Jornalística, 2012.
- KLOETZAL. K. *Medicina Ambulatorial: Princípios Básicos*. São Paulo. Editora EPU, 1999.
- LUCCHESI, Fernando A. & LEDUR, Paulo Flávio. *Comunicação Médico-Paciente: Um acordo de cooperação*. Porto Alegre: Editora AGE, 2008
- NASSAR. *O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: Oportunidades e desafios*. In: NP – 10 Políticas e Estratégias de Comunicação do V Encontro do Núcleo de Pesquisa do Intercom, UNB – 6 a 9/9/2006
- NEVES. José Luiz. *Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades*. In: Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo. Volume 1. n.3. Segundo semestre de 1996.
- ORLANDI. Eni Puccinelli. *Discurso, Imaginário Social e Conhecimento*. In: Em Aberto, Brasília, ano 14, n.61, jan./ mar. 1994
- SILVA, Maria Júlia Paes. *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações Interpessoais em Saúde*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

APÊNDICE A – ENTREVISTA COM PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Neste apêndice está registrado a resposta dos dez professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, que após aceitarem o convite de participação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) responderam o questionário.

ENTREVISTA 1 - Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Sim. Porque tem que haver uma conjugação entre o médico e paciente para poder tratar bem. Afinal, você não é paciente você é uma pessoa igual a mim. É preciso compreender que a pessoa que procura o médico é porque algum problema ela tem. Então a gente tem que tratar o paciente muito, muito bem.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Olha, a medicina é um raciocínio totalmente diferente. Isso acontece por quê? Se o aluno já tem uma carreira em mente, como por exemplo, urologia ou cardiologia, o aluno já abandona um pouco os outros conhecimentos para estar voltado a carreira que ele quer seguir, então o interesse do aluno está de acordo com qual carreira ele quer seguir.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Olha eu sou de outra época bem diferente dessa de hoje. Existia um respeito diferente, antigamente nós trabalhávamos como um médico da família, nós tratávamos o paciente, os filhos do paciente e a família toda. Hoje não é assim, se você trata o paciente mal, ele te trata mal, se você o trata bem ele também te trata bem. É assim q a medicina se comporta hoje. Eu sou de uma época diferente. Eu trato o paciente, eu estudo o paciente, como ele se comporta. Eu não deixo o paciente.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Na humanização é preciso compreender primeiramente que existe o médico clínico e o médico cirúrgico. Geralmente o médico que opta por ser clínico ele tem um pouco mais de carinho e atenção com o paciente, ele é mais humanizado. Já o médico que trabalha na cirurgia muitas das vezes não tem tempo para conversar com o paciente por causa da rapidez do processo. Hoje em dia a humanização de quem faz clinica evoluiu muito porque se escuta e se respeita o paciente. A humanização está no respeito ao paciente independente dele ser negro, branco, homossexual é preciso respeitá-lo e esse é o maior grau de humanização que pode existir é o respeito com o próximo.

ENTREVISTA 2 – Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Abordo sim. Eu dou aula para o 3 período e eu acho que desde cedo, precocemente, o aluno já tem que começar a se colocar no posicionamento de médico e começar a utilizar e conversar com o paciente na linguagem que ele entenda. Eu acho que isso a gente consegue com o treino e eu acho importante que quanto mais precoce a gente começar a colocar o aluno em contato com esse tipo de relação médico-paciente vai ser melhor para todo mundo. Então, eu com certeza, explico para eles como eles devem falar com paciente e como eles devem abordar o paciente.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Eu acho que eles são superinteressados. Eles querem virar médicos precocemente, então, eles também querem saber como se comunicar com o seu paciente o quanto antes. Eu percebo interesse da parte deles.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Com certeza. Agora eu vou te falar da minha pratica no meu dia-a-dia. Hoje os pacientes me acham Por e-mail, por exemplo. Se eles fazem um exame de tireoide e eles acham que está alterado, eles fotografam e me mandam por e-mail na hora. Como eu estou conectada o tempo inteiro, o paciente não tem que ficar angustiada 2 ou 3 dias, ou passar o final de semana esperando para mostrar o resultado alterado, eles me mandar virtualmente e eu já respondo prontamente. Eu acho que a relação médico-paciente foi alterada sim, mas ela foi alterada para melhor, a gente consegue diminuir a angustia do paciente da forma que a gente se comunica com ele hoje.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Eu acho que humanização significa o médico se colocar no lugar do paciente e ai cuidar daquele paciente como se ele tivesse cuidado ou dele mesmo ou de alguém da própria família. É o jeito no qual esse médico vai ter mais carinho com o paciente, compaixão pela doença do outro e eu acho isso muito importante.

ENTREVISTA 3 – Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Sim, eu abordo sim. Primeiro porque eu acho que esse foco é fundamental para qualquer tratamento médico. Não há tratamento médico que possa desconsiderar a relação de comunicação médico-paciente. Então a nossa disciplina que é dividida em dois semestres, que é a disciplina de psicologia médica 1 e 2. Na psicologia médica 1 a gente apresenta as relações e na 2 a gente age diretamente no foco da relação médico-paciente analisando diversas situações clínicas. Nós procuramos levantar dentro dos conceitos de psicanálise quais são os elementos mais frequentes, mas claro que nós sabemos que cada paciente é único, mas a gente procura levantar de maneira geral quais são os elementos que são mobilizados por essa, ou aquela situação, e tentar familiarizar os alunos com essas questões e as questões que decorrem disso.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Quando a gente dá oportunidade para que os alunos falem sobre o tema dentro da disciplina, o que a gente percebe é que existe uma preocupação deles de quanto a possibilidade disso não ser focado de novo ao longo do curso. As nossas disciplinas vêm em uma parte muito inicial do curso, então a gente ouve os alunos dizerem, lamentando, que esse tipo de abordagem não será feito para frente, apenas um professor ou outro que por razões pessoais focam nisso. Então, embora um tema muito a parte do modelo de pensamento que é vista pelo curso. Então a gente tem essa resposta dos alunos.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Sofreu uma alteração drástica, não só pela psicologia médica que tem dúvida quanto os benefícios trazidos para o paciente e para saúde de modo geral e para os médicos de modo geral, mas tem também um efeito colateral importante que é o fato de que muitos médicos passaram a acreditar que através da tecnologia é possível ter uma relação com o paciente que substitui o humano, o vínculo interpessoal.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Humanização é a possibilidade de ver o paciente, como ele era visto até muitas décadas atrás, é ver aquela pessoa que está doente, ou vamos ver assim, aquele órgão que está doente que pertence a uma pessoa, é preciso ver que essa pessoa tem uma subjetividade, que essa pessoa tem suas próprias relações pessoais, condições de trabalho, sonhos e expectativas, que essa pessoa tem uma história, uma família e pensar que tudo isso é interligado na hora de abordar um paciente. Não se pode abordar esse ser como se fosse apenas a falência ou disfuncionalidade do órgão. Essa situação interfere na vida de uma pessoa que está ligada em uma rede de relações e subjetividades e isso não pode ser desconsiderado em uma relação médico-paciente.

ENTREVISTA 4 – Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

A gente aborda sim e a gente sempre dá um enfoque muito grande de que o aluno tem que aprender com o tempo a habilidade da comunicação. Ontem por exemplo, no final de uma aula eu pedi para que um aluno fizesse a síntese de um conteúdo e eu fiz algumas correções. Por exemplo, ele não enfatizou, nem deu destaque ou usou um termo que eu acho adequado. Ele diz: “Isso aqui vai ser muito difícil de o senhor conseguir”, ou “Esse remédio pode dar muitos efeitos negativos”. Então eu sempre procuro ensinar a necessidade de um linguajar claro, técnico adequadamente, porque eu acho que as pessoas devem ser ensinadas sobre isso, e sempre uma linguagem positiva, estimulante, favorável para que o paciente faça adesão ao tratamento e crie um bom sentimento.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Eu acho que o interesse é grande, talvez eles não tenham ideia da importância disso. Então é diferente, o aluno sabe que isso é uma parte importante, mas eles, as vezes dependendo do período, não tem vivência, não são treinados, não estão habituados a pegar e pensar assim: “eu vou explicar para o meu paciente o que eu vou fazer agora em termos de medir uma pressão arterial”. Então eu explico a importância disso para os alunos. Semana passada um aluno simulando um atendimento com outro aluno disse: “Eu vou olhar sua pressão”. Então eu o expliquei que a gente não olha a pressão, mas que a gente afere a pressão. O aluno então me disse que o termo aferir muitas vezes é incompreendido pelo paciente, e eu disse que se ela não entender é preciso que se explique adequadamente.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Sim, ela sofreu porque o exame mais sofisticado cria uma situação no momento que favorece o deslocamento da atenção da relação médico-paciente que invés de ir para o diálogo, foca na realização daquele procedimento e isso pode ser um fator que distorça a percepção do que deve ser feito neste momento.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Eu saí de um congresso de educação médica recentemente e foi discutido humanização na área da saúde voltada para o ensino médico. Eu até entendo que isso é muito interessante de se colocar, mas não tem muita lógica parece um reforço. Mas é isso mesmo, é humanizar porque eu lido com o humano, a ideia é a gente tomar decisões assertivas que devem contemplar o indivíduo como um todo. Não é apenas olhar no ponto de vista biológico, como se nós fossemos simplesmente um braço a ser engessado ou um braço fraturado que tem que ser feito uma cirurgia, ou colocar um pino, ou uma drenagem. Temos que pensar que é uma pessoa que está em um contexto social, em um contexto emocional e que em determinado momento vem até nós para receber um atendimento médico e que além das consequências imediatas poderão ter consequências futuras pouco depois ou em longo prazo. Então, é aquela pessoa que vai ter um afastamento, que vai ficar com um braço defeituoso, que amanhã talvez fique impedida de dirigir um carro, que não vai conseguir praticar um esporte. Então, é preciso olhar o indivíduo como um todo, fazer promoção de saúde pensando no lado psicológico, pensando também no lado biológico, no lado socioeconômico e tentar mesmo nas atenções espirituais para quem entende e acredita que existe alguma coisa além do biológico, para quem não acredita terá uma abordagem diferente, mas para quem crê em um significado de vida mais ampla e que o nosso pensamento está ligado à alguma coisa além que é chamado de alma e espírito, ou coisas parecidas, essa pessoa também deve ser contemplada à isso. Talvez escutar um pouquinho, dar uma dica, cumprimentar, olhar no olho da pessoa e conversar, perguntar sobre uma coisa trazida como importante. Tipo se a pessoa diz que a mãe está doente e quando você encontra-la novamente você perguntar se a mãe desta pessoa melhorou. Perguntar também se esta pessoa tem conseguido fazer os projetos de vida dela, ou que tipo de lazer ela tem tido. Todas as perguntas que trazem o doente para perto de nós são formas de humanizar.

ENTREVISTA 5 - Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Sim. Na verdade nas nossas disciplinas a gente aborda a humanização em todos os seus aspectos, desde as questões da empatia até as questões de comunicação e outros aspectos da humanização.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Em geral é muito grande. Inclusive, a gente observa que desde o primeiro período eles ficam atentos e que se revoltam quando acontecem alguns problemas relacionados com a falta de humanização do atendimento.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Sofreu, mas eu não acho que ela seja negativa. Eu acho que é uma alteração positiva. O que muda na verdade é a abordagem na relação com o paciente. Isso acontece porque o paciente tem muito mais informação por meio das tecnológicas que a gente tem e a gente precisa administrar essas informações que o paciente consegue por meio da tecnologia. Exatamente em função disso, a gente trabalha no internato, que começa a partir do décimo período a pratica de ensino a distancia para que o aluno compreenda as questões tecnológicas do mundo e em que consequentemente isso pode ser positivo na relação médico-paciente e o que pode ser positivo no desenvolvimento tecnológico que o médico pode ter.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Para mim significa pensar nas necessidades de saúde da população e dar a ela uma abordagem integral. Considerar que o modelo não pode ser visto como doença, mas como psicossocial. Então para mim a humanização é o atendimento com excelência técnica respaldado por uma comunicação verbal e não verbal adequada e sobretudo embasada no respeito ao outro e na empatia.

ENTREVISTA 6 - Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

A disciplina de pediatria traz uma parte teórica e prática. Na teoria temos aulas e encontros voltados diretamente para a ética e a relação médico-paciente. Mas esses ensinamentos são dados mesmo nas aulas práticas junto com o paciente e com os estudantes nós podemos demonstrar muito desse cuidado com o outro.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Muito grande. Eu nunca tive problemas com isso, pelo contrário, nós temos alunos com graus de comprometimento muito grande. Eles já vêm com muita seriedade para o ensino e com raríssimas exceções, não estou me lembrando de nenhuma, são muito comprometidos com a ética, pelo menos no aprendizado. Eu espero que eles pratiquem muito essa comunicação para o bem e para a ética.

3- Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Com certeza. O uso de tecnologia, sobretudo o uso de computador nas salas de consulta, retirou muito a chance do olhar no olho do paciente. Esse é um problema que nós temos que ter muito cuidado ao usar. No HU Cas nós temos muitas tecnologias e eu chamo muito a atenção dos residentes e estagiários para que não deixem de olhar no olho do paciente e esquecer o computador.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Eu acho que é um assunto que não precisava estar na pauta atual porque ele tem que ser tão velho quanto à humanidade. A doença é o momento mais frágil do ser humano e a saúde deve ser bem de todos e deve ser preservada a todo custo. Tratar o outro com humanidade e respeito é uma obrigação. Então é um assunto que está em pauta porque estamos perdendo isso, mas é motivo de ser trazido a pauta novamente da onde nunca deveria deixar de ter saído.

ENTREVISTA 7 – Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Abordo. Eu ministro uma disciplina que é a medicina de família e comunidade e a gente tenta pegar alguns critérios da pessoa envolvendo diversos aspectos da comunicação com o paciente que devem ser elaboradas. A gente analisa a questão da gesticulação, analisa o paciente e como ele traz o seu problema, nota na pessoa a forma como ela fala, até mesmo o comportamento que o médico teve ter e eu acho que é isso.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Aqui na faculdade como a matéria é optativa e eles se interessam por fazer, eu acho que é bem interessante ver como eles se portam, se interessam e discutem o fato. Nós trazemos experiências e colocamos outras e isso me demonstra um bom grau de interesse.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Sofreu. Eu peguei um pouco antes trabalho como médica desde antes da popularização da internet. Hoje em dia o paciente já traz para nós algumas respostas sobre seu estado, pegam informações na internet e trazem algumas soluções mágicas que são encontradas na internet, ou que foi falado no Globo Repórter. Hoje em dia o paciente vem mais informado né? Ele busca mais informação e isso ao mesmo tempo em que é desafiador é muito interessante porque é preciso saber trabalhar com essas informações e saber que o paciente está mais bem informado. Pode ser positivo e negativo, até porque em alguns casos são divulgados pesquisas de ponta que não utilizados na prática clínica ainda e pode ser complicado. E em nível de ensino também, hoje o aluno tem mais acesso ao conteúdo, mais informação. Quando eu me formei só existiam livros que eram muito caros, muitas vezes tínhamos que esperar chegar na biblioteca, a internet traz a facilidade de acesso, mas eu acho que falta um pouco de reflexão no uso da internet.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Eu acho essa questão da humanização bem interessante porque nós somos seres humanos. Saúde é humana e a medicina ser tratada com curso da saúde quando na verdade, ela é totalmente humana. Essa questão de humanização é tão estranha porque parece que nós lidamos com bichos e não é bem assim. Eu já fiz alguns cursos de humanização pelo

ministério da saúde, um deles se chamava “Humaniza SUS” que lidava com essa questão de humanização e tipo a gente falava “mas a gente lida com humano”, só de um médico lidar com seres humanos não faz sentido ele não ser humanizado, talvez seja o sentido de olhar a pessoa com mais carinho, com mais interesse, mas eu acho que isso é essencial da própria prática mesmo. Para mim como médica que trabalhei diretamente com pessoas não faz sentido não ser humanizado porque isso é a essência da profissão. Humanização é cuidar do ser humano e olhá-lo de uma forma mais ampla, analisando os aspectos sociais, econômicos, psicológicos e sua história de vida.

ENTREVISTA 8 - Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Abordo porque é fundamental esse tipo de formação em um futuro profissional médico e esse é momento que eles têm para refletir sobre a necessidade de relacionamento e os mecanismos que eles possam vir a utilizar nesse sentido.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Normalmente eu tenho percebido que os alunos tem se interessado e feito alguns questionamentos. Eu não tenho como avalia-los do ponto de vista quantitativo, mas a impressão é que ao longo do tempo tem sido maior a percepção de que eles se interessam por esse assunto.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Sim, sem dúvidas. Com o avanço dos meios de diagnóstico e tratamento e com o crescimento da internet e da divulgação de informações os pacientes, clientes, ou usuários de serviços tem chegado com solicitações bem definidas e já tendo alguns conhecimentos que foram obtidos nos meios de comunicação, principalmente pela internet e isso tem determinado uma necessidade de adequação do profissional médico que aborde e deixe claro que a informação precisa ser bem trabalhada, ela precisa ter tecnicamente uma qualidade, tem que ser uma informação que cientificamente precisa ser bem trabalhada e como o individuo é leigo em alguns assuntos, ele pode vir a interpretar essas informações de maneira errada. Então é preciso que o profissional médico tenha essa compreensão de que é necessário a orientar o paciente a utilizar essas informações de forma mais responsável, e também, e trabalhar com o paciente, no sentido que ele divida as responsabilidades do cuidado em saúde, pois essa não é uma responsabilidade única do profissional de saúde, mas é em conjunto com o individuo assistido que procura os cuidados médicos. A tecnologia é fundamental e tem propiciado maior informação, mas que pode levar o individuo a ter uma informação que não é de qualidade, ou que não é bem entendida por aqueles que a obtém. Então o profissional médico tem que tentar nesse passo fazer essa discussão adequada para o usuário.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

Humanização em saúde é algo muito amplo e difícil explicar em poucas palavras, mas se refere minimamente a ter uma relação com o paciente, que já não é tão paciente assim, hoje em dia ele é bem ativo, e nós queremos que ele seja, mas que seja um ativo responsável. Que esse paciente tenha vínculo com profissional de saúde, que ele veja nesse profissional um parceiro para que ele possa cuidar da sua saúde, que eles possam dividir as responsabilidades e que as informações sejam compartilhadas de forma correta para que ambos possam dividir a responsabilidade. Nesse sentido eu acho que a humanização encontra um espaço maior para aflorar já que os indivíduos que se relacionam consigam trabalhar a cooperação, dividir responsabilidades e é possível fazer um trabalho que preserve a autonomia do humano e respeite aquele que está fornecendo o serviço e buscando a melhor forma de praticá-la. Só para frisar é muito comum quando algo dá errado na área de saúde responsabilizar o médico, mas é importante entender em qual contexto a situação foi inserida e até o envolvimento do paciente, cliente, usuário. A humanização possibilita a maior chance de acerto no tratamento.

ENTREVISTA 9 – Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Nas minhas três disciplinas, que são todas disciplinas consideradas humanísticas e voltadas para essa parte de comunicação, mais ao viés da psicologia que é aplicada nas relações subjetivas entre médico e paciente, mas também na antropologia em trabalhar com crenças, suas representações e é por isso que tem influência nas formas de compreensão do indivíduo. Esse tem sido o foco do meu trabalho.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

São bem variáveis depende de como você apresenta essa forma de relação. Acho que existe interesse muito grande, mas quando se trata de despertá-los para isso e para o feed da qualidade de atendimento e que isso pode estar relacionado com essas questões, o interesse deles cresce. Mas o curso ainda é muito voltado para a supervalorização dos aspectos tecnológicos. Essa tecnologia faz com que muitas vezes o aluno descarte um pouco essa atenção necessária com o paciente.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Eu acho que sofreu e sofreu muito. A prática médica é uma profissão voltada para ouvir casos, ouvir histórias e hoje em dia a prática médica é muito pouco voltada para falas espontâneas. Para que exista um fluxo narrativo por parte do paciente é basicamente responder a um interrogatório e isso é generalizado. Mas hoje como o paciente reclama do médico, do médico distante e desinteressado em suas vidas, em função disso tem existido uma grande retomada das questões médico-paciente, da relação de comunicação com introdução de disciplinas novas que privilegiam essas questões. Mas na minha visão isso é como pagar um tributo, na verdade o que temos hoje é movimento forte que visa que o ensino seja altamente tecnológico e que o paciente seja designado pelo médico como portador de uma doença, mas quando se trata o paciente como portador de uma doença já se trai o movimento e demonstra o quanto ele é secundário, algo do tipo “tal paciente traz essa doença até mim”, então após que ele entrega a doença eu pergunto: Qual a importância do paciente? Eu acho que hoje, até mesmo por causa das políticas públicas do SUS está havendo uma melhora, pelo menos no campo retórico, sobre humanização, mas eu acho que é para apaziguar. Então, o médico faz um interrogatório, aplica um teste para o paciente fazer, aí o médico escuta 5

minutos da história do paciente e o próprio médico acredita que já está fazendo um trabalho mais humanizado e na verdade é o que decidiu é a conduta dele são dados que muitas vezes não tem nada sobre a narrativa do paciente.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

A humanização faz parte das questões de políticas públicas que vem em resposta do clamor que acaba dizendo aos médicos os cuidados que eles deveriam ter. São os auxílios humanos e até mesmo religiosos a preocupação com a humanização vem em certo ponto como recuperação desse monopólio médico sobre as questões da doença, mas a grande verdade é que não colocam como uma questão para eles próprios e acabam vendo a humanização como uma habilidade a mais que favoreçam a qualidade do atendimento dele. A humanização acaba sendo a percepção que o médico deve ter com todos os pacientes.

ENTREVISTA 10 - Professor

1-Na sua disciplina você aborda as relações comunicacionais médico-paciente? Por quê?

Sim! Abordo porque é muito importante a forma, hoje em dia com toda essa informação que existe, existe a internet, existe o doutor Google, não é isso? Então todo mundo tem acesso por parte da internet. Hoje em dia as pessoas têm uma carência e uma necessidade de se informar muito maior do que no passado em relação aos problemas de saúde. Então, o médico tem que estar preparado para estar em contato com paciente, dar as informações e comunicar essas informações para o paciente de uma forma que se adeque a sua necessidade. Eu acho que a comunicação médico-paciente é muito importante, e hoje é mais importante do que 30 anos atrás quando eu me formei. Naquela época o paciente não tinha outra maneira de informação que não fosse a do médico. Hoje ele tem e contesta mais, argumenta mais. Ele já vem com mais informações do que no passado e o médico tem que saber lidar com isso, e a melhor forma de lidar com isso é ter uma boa comunicação médico-paciente. Até também, pela questão discursiva de erros médicos que é um exemplo da não boa comunicação entre o médico e o paciente. Se o médico é bem informado, ético, tem uma boa comunicação, uma boa relação de comunicação com o paciente, muitas coisas que o paciente acha que é erro médico é uma consequência da má comunicação que apenas uma boa comunicação teria esclarecido isso.

2-Qual grau de interesse dos alunos em aprender este tipo de comportamento?

Eu acho que hoje em dia os alunos tem um interesse muito grande porque essa nova geração de alunos de medicina, também já são os alunos que vivem nessa era da informação, aonde os pacientes são bem informados e eles tem noção da importância dessa comunicação médico-paciente sendo bem feita, para ambos, médico e paciente é melhor.

3-Na sociedade tecnológica essa relação médico-paciente sofreu alguma alteração?

Eu acho que sim. Com a internet e a disponibilização da internet existe uma informação médica bastante robusta e de fácil acesso para todo mundo. De fato, a internet foi a maior ferramenta de democratização de informação que a humanidade já viu. Então com a internet o conhecimento se tornou uma coisa democraticamente espalhada para todos os cidadãos, basta que ele esteja ligado em um smartphone ou em um computador em uma lanhouse que ele já tem acesso, e isso interfere não apenas na profissão do médico, mas em

todas as profissões porque as pessoas tem outras informações além daquelas que o médico dá, e se você tem uma pessoa mais bem informada, você também tem o compromisso de passar uma informação de qualidade melhor para aquela pessoa e as contestações dela são maiores. Então, eu acho que o que a mídia mudou é que ela levou a todos os profissionais, não apenas aos médicos, eles tem um comprometimento maior na hora de comunicar e conversar com o seu cliente, no caso do médico o paciente, de uma forma mais objetiva e clara todo o processo desde o diagnóstico, os tratamentos possíveis, as complicações de cada um desses tratamentos e os resultados. A comunicação precisa ser mais sincera, mais aberta e mais ampla.

4- Muito se diz da humanização da saúde. O que isso representa para você?

A humanização é você tratar o paciente como um ser como você nè? Como um ser humano, como o próprio nome já diz, não apenas um número ou caso, ou doença. A gente não deve ver o paciente como uma doença. Ele é uma pessoa, ser humano, que tem uma doença, que tem um problema, e você vai ajudar essa pessoa a encontrar a melhor forma de tratar esse problema para que seja um ser humano melhor, mais saudável, mais feliz, mais alegre, com menos sintomas. Isso é humanização, tratar o paciente como um ser humano, não como uma doença ou um caso a mais.

**APÊNDICE B – ENTREVISTA COM GRADUANDOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO
EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Neste apêndice está registrado a resposta dos dez graduandos do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, que após aceitarem o convite de participação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) responderam o questionário.

ENTREVISTA 11 – Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim. Em diversas disciplinas (psicologia medica 1 e 2; semiologia médica; laboratório de habilidades clínicas, antropologia, saúde coletiva, entre outras) sob vários aspectos. A abordagem é baseada principalmente nos os aspectos psicológicos e clínicos da relação médico paciente, visando mostrar a importância da mesma para a construção de um tratamento eficiente para o paciente, seus efeitos de forma coletiva e de que maneira essa relação e suas implicações, conscientemente ou inconscientemente, podem interferir no processo de construção da imagem do médico ou do paciente (empático? Desinteressado? Poliqueixoso?)

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

É essencial. A comunicação é como o médico constrói um elo com o paciente, adquire sua confiança, enxerga as mensagens passadas inconscientemente pelo paciente e dessa forma constrói uma história clínica de qualidade, imprescindível para um diagnóstico bem feito (80% dos diagnósticos estão na anamnese). Assim como, propicia maior adesão ao tratamento. Somados esses argumentos temos uma maior chance de cura ou tratamento correto para uma doença crônica. Dessa forma o paciente terá confiança que o melhor para ele está sendo feito e buscado.⁷

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

De forma geral facilitam. Cabe ao profissional ter bom senso para usá-las e lidar com elas. Vemos que torna mais dinâmica a comunicação entre médico-paciente (marcação de consulta pela internet, por exemplo), facilita o acesso a informações pelos pacientes, assim o médico sai da posição de detentor do saber (é claro, informações aleatórias só são úteis quando processadas para o verdadeiro conhecimento, que permanece na posse do médico, cabe a ele orientar o paciente sobre suas informações adquiridas). O importante é lembrar que elas são apenas complementos, e nunca substitutas para o diálogo do médico com o paciente.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Acolhimento, a forma com que o médico recebe o paciente (se há um obstáculo para o diálogo entre os dois- computador, mesa- por exemplo), disposição dos móveis adequada (garante que o paciente se sinta a vontade)

Aspectos inconscientes: como o paciente te vê, se já tem algum preconceito devido a alguma relação passada, sente-se desconfortável, tenso etc . Como o médico vê o paciente, deve-se eliminar estereótipos.

Valorizar a fala livre do paciente, em que ele expressa suas principais preocupações.

Saber conduzir uma entrevista adequada para que o paciente dê informações que o médico julga importante e que o paciente não a julgou assim.

A Forma do médico se portar perante o paciente, deve ser sempre de empática para que se estabeleça um vínculo.

ENTREVISTA 12 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim. O tema é tratado principalmente nos diversos aspectos que essa relação pode se formar; as atitudes que os médicos podem ter para construir uma boa relação ao abordar um paciente; as fragilidades, anseios e medos dos pacientes e como eles podem ser contornados. O assunto é discutido em sala de aula em aberto, de forma que todos possam opinar e chegar à uma conclusão para cada caso e há literatura complementar que norteie os estudantes e médicos ao exemplificar situações.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Com certeza, já que é imprescindível para um curso terapêutico uma boa relação médico-paciente. Estudar aspectos de comunicação tornaria mais fácil lidar com tudo isso durante a prática profissional.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

De certa forma, elas têm efeito bivalente. Depende de como não só o médico, mas como o paciente se utilizam delas. Se há um acordo entre ambos, diálogo e empatia, ela só tem a acrescentar.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

A relação deve ser analisada, na minha opinião, em dois aspectos: verbal e não-verbal. Tanto a utilização das palavras, das frases na explicativa interferem no porvir da relação e na aderência ou não ao tratamento. No aspecto não verbal, compete ao médico se mostrar empático, através de gestos de gentileza, de cuidado e atenção.

ENTREVISTA 13 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim. Inicialmente, vemos a teoria por “de trás” do seu significado. Em algumas matérias iniciais os professores nos instruem sobre como tratar o paciente, a importância de saber ouvi-lo e criar um bom vínculo com ele. Posteriormente, com a matéria Semiologia, em que temos o primeiro contato com o paciente, os professores iniciam a solidificação da importância da Relação médico-paciente. É por meio de entrevistas que começamos a realmente entender a confiança que o paciente deposita no médico e cabe a nós, médicos, respondermos a essa demanda por meio de um genuíno interesse.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Com certeza. O estudo dos aspectos da comunicação permite que o estudante crie uma sensibilidade para perceber o significado, não somente do que é dito, mas daquilo que o paciente transparece por meio de uma linguagem não verbal. Tal percepção permite que o médico se aproxime mais do seu paciente e que este se sinta confortável para relatar detalhes que são essenciais para o diagnóstico e/ou tratamento.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Facilitam e dificultam. A facilidade advém do interesse do médico em oferecer ao seu paciente o melhor tratamento possível, o que engloba o melhor medicamento, cirurgia, cuidados paliativos e comodidade, tendo-se dessa forma, o fortalecimento na relação do paciente com o seu médico. A relação médico-paciente se torna difícil com as novas tecnologias, devido ao confronto que, muitas vezes, o paciente estabelece com o seu médico. Pois o paciente, além de se diagnosticar, exige que o médico aplique um tratamento “inovador”, mas que ainda não existem estudos concretos sobre o sucesso deste. Tal embate, pode romper a relação que foi criada e/ou que poderia ser criada.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Sendo a anamnese o documento oficial em que o médico se respalda para acompanhar a evolução do paciente e tomada de decisões, é por meio dele que pode-se perceber se foi

extraída uma boa história clínica, deixando, dessa fora, transparecer se foi estabelecida uma boa relação médico-paciente.

ENTREVISTA 14 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Ele é tratado em diversas matérias, mas não é avaliado. Apenas de forma expositiva. Não somos avaliados pela forma com que lidamos com o paciente ao longo do curso, e acaba sendo reflexo apenas de atributos pessoais.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Sim, é imprescindível, porque a construção de um diagnóstico clínico e posterior terapêutica é inteiramente dependente da confiança estabelecida entre o médico e o paciente. De nada vale o conhecimento científico, se o paciente não sente-se a vontade para compartilhar sua história.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Facilitam, se bem empregadas. Muitas vezes são vistas como substituto da abordagem clássica, anamnese e exame físico, e isto acaba sendo arriscado. Não vejo a dificultando, e sim a tecnologia como aliado.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Para mim, principalmente a empatia e o interesse genuíno. Você deve focar no seu paciente, e deixar claro que as queixas dele são importantes e que está engajado para buscar as respostas que ele deseja.

ENTREVISTA 15 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim. Quando chegamos as matérias do “ciclo clínico” do curso de medicina, a grande maioria delas aborda o tema médico-paciente. Essa abordagem não se dá de forma padronizada, pois a relação médico-paciente também não o é. Entretanto, todas enfocam a importância de usar o conhecimento para ajudar e não nivelar em superior-inferior, além de frisar que não somos o dono do saber.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Sim, pois a comunicação tem que ser efetiva –ou seja, sem demasiado linguajar técnico- e segura – demonstrar segurança na conduta é fundamental para melhor adesão ao tratamento.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Depende. Se você deixa claro que não é o dono da verdade absoluta e que muitas vezes precisa pedir ajuda não só a médicos mas a tecnologia e que isso é uma forma de se preocupar com o paciente, acredito que facilite.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Postura, empatia, nivelamento das posições – sem a clássica superioridade-inferioridade, gestos, olhares. Tudo isso contribui para contra referência que você irá fazer em relação ao paciente, e também a referência que o paciente irá fazer a partir da comunicação do médico.

ENTREVISTA 16 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim, através do ensino e prática (em sala) da entrevista médica que visa uma melhor abordagem para compreender a vida de cada paciente, levando em consideração suas particularidades.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Acredito que seria algo enriquecedor, uma vez que aprender o funcionamento do corpo e suas patologias não é suficiente para estabelecer esta relação e, também, porque estabelecer uma comunicação adequada é uma dificuldade para a maioria dos estudantes.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Acredito que o resultado do uso dessas tecnologias seja ditado por cada profissional, uma vez os meios de comunicação atuais permitem maior interação e acompanhamento, entretanto eles não podem substituir o contato físico entre médico e paciente.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

A anamnese é feita a partir da entrevista médica e do exame físico, dessa forma é preciso que o profissional construa um ambiente confortável junto ao seu paciente para que este se sinta à vontade para se expressar pois caso não se estabeleça uma boa comunicação, a anamnese não será coerente a situação do paciente.

ENTREVISTA 17 - Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim. É tratada principalmente na disciplina de psicologia médica, no qual o professor fala da importância do diálogo entre o médico e o paciente, aprendemos sobre a importância de ouvir o paciente, que a narrativa é essencial para se chegar ao diagnóstico. Aprendemos também que a comunicação com o paciente é essencial para melhora do quadro clínico, pelo simples fato dele ter tido a atenção adequada. Isso tudo é abordado também nas outras disciplinas, como semiologia, que é onde temos o primeiro contato com o paciente, aprendemos a entrevista médica, no qual os professores sempre nos orientam a deixar o paciente falar, sem interromper.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Sim. Pois é por meio da comunicação que vamos poder entender, compreender e acolher o paciente. É pela comunicação que o médico vai ganhar a confiança do paciente, vai criar um elo, que é essencial para que o paciente adira ao tratamento.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Acho que dificultam, pois muitos médicos não tem o habito mais de sentar e ouvir, com calma, todas as queixas do paciente, e já vão pedindo exames na busca do diagnóstico. Como aprendemos em psicologia médica II, a tecnologia nunca deve substituir a narrativa do paciente e sim ser uma ferramenta complementar, usada somente depois de colher toda a história trazida pelo paciente, na busca de confirmas ou descartar as hipóteses diagnosticas.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

O acolhimento ao paciente, fazer com que ele se sinta acolhido e deixar claro que está pronto para ouvi-lo, deixá-lo falar livremente suas queixas sem ficar interrompendo-o, respeitar suas crenças e costumes, falar de uma maneira que seja acessível a ele, ou seja, usar uma linguagem que ele entenda e sempre respeitar a opinião do paciente, buscando tirar esclarecer todas as queixas dele. Acho que são os principais aspectos da comunicação que

devem ser analisados numa entrevista médica, para que a conversa do médico com o paciente ocorra de uma maneira que crie um elo entre os dois.

ENTREVISTA 18 – Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

Sim, é tratado na disciplina de Psicologia Médica, na teoria dada pelos professores, seminário feito por alunos e discussão.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Sim, com certeza. Conforme estudamos a relação médico-paciente pode ser por si auxiliar na terapêutica. A construção de um vínculo e a confiança do paciente junto com o acolhimento que o médico pode proporcionar para ele é essencial para adesão ao tratamento e seu sucesso.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Elas podem até facilitar porque o paciente pode se manter informado, mas geralmente atrapalham. Alguns meios de comunicação não são confiáveis, fazem afirmações infundadas e podem ser sensacionalistas, levando o paciente a desejar fármacos, tratamentos não disponíveis, adotarem uma postura desafiadora com o médico o que atrapalha na relação médico paciente.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Através da comunicação permitida pela anamnese, o médico consegue colher informações essenciais para diagnóstico além de conhecer melhor o paciente através da conversa.

ENTREVISTA 19 – Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

O tema em questão é tratado repetidas vezes nas disciplinas de Psicologia. Acredito serem bem tratados, pois elucidam bastante as dúvidas, nos direcionam em diversas situações e nos dão conhecimento sobre o tamanho da importância para o paciente desse vínculo solidificado.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Extremamente, considero inclusive que deveria ser abordada constantemente no curso. A formação médica ainda priva pelo saber científico em prol do conhecimento de relação e como é sabido por muitos, toda RMP se baseia não apenas no achado técnico mas na maneira de se relacionar, atrair a confiança, apoio e ouvir o paciente.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

Acredito que podem facilitar na medida em que o médico saiba usa-la para tanto. O profissional tem se apoiado muito nas tecnologias com o objetivo de determinar seu diagnóstico em vez de complementá-lo. É nesse panorama que se percebe o quanto a narrativa do paciente e a escuta dessa tem sido ignoradas. Acredito que as tecnologias tem papel crucial para auxiliar o médico e não dominar sua função.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

Diversos, acredito que os mais importantes são o de sigilo profissional, confiabilidade, respeito e sinceridade por ambas as partes.

ENTREVISTA 20 – Graduando

1-Durante o curso o tema “Relação médico-paciente” é tratado nas disciplinas? Se sim, de qual forma?

O tema “relação médico-paciente” é trabalhado no curso de medicina por meio de aulas expositivas em disciplinas como Psicologia Médica em que os alunos são estimulados a analisar aspectos dessa relação e possíveis dificuldades encontradas nesse importante tema da formação médica. Porém existem muitas lacunas na formação no que diz respeito a comunicação médico-paciente, de forma que não existem muitas orientações na prática sobre como trabalhar determinados aspectos, como por exemplo no atendimento aos pacientes surdos em que a formação se mostra deficiente e a grande maioria dos profissionais são despreparados.

2-Você acha que estudar aspectos da comunicação na relação médico-paciente é relevante para a sua formação? Justifique sua resposta.

Estudar aspectos da comunicação é fundamental na formação médica na medida em que a matéria prima do trabalho desse profissional são pessoas, que se expressam das mais variadas formas aos mais diversos problemas que lhes são apresentados. Nesse sentido, o médico deve estar preparado para lidar com todo tipo de reação e todas as formas diferentes com que os pacientes lidam com sua enfermidade. Ao comunicar uma má notícia, por exemplo, o médico deve primeiramente conhecer o seu paciente e se preparar da melhor maneira possível para se comunicar com aquele sujeito especificamente. O profissional deve ser acolhedor ao mesmo tempo em que não deve faltar com a verdade em relação a possíveis questionamentos sobre a doença. Assim como qualquer intervenção clínica que deve ser repetitivamente praticada, a comunicação deve ser trabalhada por todo e qualquer profissional de saúde sendo parte importante de sua formação.

3-As novas tecnologias facilitam ou dificultam as relações entre os médicos e pacientes? Por quê?

As novas tecnologias na essência de sua criação facilitam a relação entre médicos e pacientes pois em geral conseguem dinamizar essa comunicação e ampliar a gama de informações que são levantadas e combinadas permitindo melhor elucidação dos casos. Porém, o que se vê com certa frequência é o mal uso dessas ferramentas numa tentativa frustrada de substituir o profissional pela tecnologia. Aspectos importantes da entrevista

médica só podem ser levantados a partir do raciocínio clínico do médico, e exames complementares devem auxiliar a interpretação do profissional sobre determinado caso, jamais substituir a atuação do médico. Dessa maneira, os avanços proporcionados pelas novas descobertas e ferramentas utilizadas em medicina trazem imensos benefícios à prática médica desde que utilizados oportunamente.

4-Que aspectos da relação comunicacional médico-paciente devem ser analisados na anamnese?

O médico deve trabalhar ao longo de sua formação habilidade em comunicação para que diante das mais diversas situações seja capaz de exercer uma boa relação com seu paciente. Se atentar, por exemplo, à possíveis déficits cognitivos, de audição, ou de interpretação daquilo que está sendo dito são demandas que devem ser supridas durante a entrevista médica. O profissional muitas vezes adequa o discurso de acordo com a faixa etária, condição socioeconômica, percurso no sistema de saúde, histórico e condições atuais de cada paciente para que a relação se estabeleça de forma clara e produtiva. Outro fator importante é que o profissional jamais deve impor uma proposta de intervenção, e sim propor uma ação sendo sempre claro quanto aos objetivos, benefícios e possíveis efeitos indesejáveis do tratamento compartilhando com o paciente as decisões em relação ao seu tratamento.

**APÊNDICE C – ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS MÉDICOS GRADUADOS DO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA**

Neste apêndice está registrado a resposta dos dez profissionais médicos graduados do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, que após aceitarem o convite de participação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) responderam o questionário.

ENTREVISTA 21

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Sim, meus professores me ensinaram a escutar e tentar entender o linguajar dos pacientes.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

A minha maior dificuldade é a de me fazer entender.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Não é questão de faltar algo, é que devido às variações de região, a linguagem e o gestual são diferentes.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Eu incorporei a linguagem para com os pais e aprendi a linguagem dos filhos e até hoje aprendo e tento melhorar.

ENTREVISTA 22

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Não. Na época, não. Era totalmente diferente. Só se aprendia depois de começar a trabalhar, não havia essa formação. Minha mulher que me ajudou muito, ela dizia que eu deveria tratar bem o paciente, cuidar deles com carinho e assim eu fui aprendendo a me comunicar. Então a verdade é que a comunicação a gente vai aprendendo durante a vida.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

No início o que aconteceu à gente não sabe muito ir muito além do que se aprende na faculdade. A gente tinha um compromisso maior com o paciente e ao longo do tempo a gente aprendia a se comunicar com ele. Hoje em dia é difícil ter um contado de comunicação continuado com o paciente, principalmente quando se trata de paciente do Sistema Único de Saúde (SUS).

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Faltou um pouco mais de carinho, de atenção e amor ao aprender a comunicação da minha profissão. Que a gente tem q ter com o paciente.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Eu aprendi muito com a minha família, quando digo minha família ressalto a minha mulher. Ela sempre me disse para ter carinho e paciência com os meus pacientes. Infelizmente a gente acha que quando sai da faculdade que a gente já sabe tudo. Eu achava que era Deus. Minha mulher que me ensinou tudo. Uma vez uma paciente me disse: “Doutor é preciso que o senhor seja aja com mais carinho com seus pacientes. Só dessa forma você poderá nos compreender por inteiro”. Desde então, eu tento sempre ter carinho com meu paciente para poder me comunicar melhor com ele.

ENTREVISTA 23

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Não sei se ela foi suficiente, mas ela foi capaz de suprir minhas necessidades.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Até hoje não tive problema algum. Às vezes acontece da gente explicar alguma coisa e o paciente não entender, então eu explico de uma forma melhor para ele entender e fica tudo certo.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Quando se fala do estudo da comunicação, eu acho que não faltou nada.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

As questões de percepção a gente já é capaz de identificar na rua e somos capazes de analisa-los até mesmo na rua e ali começar a diagnosticar o paciente. Acho que até hoje não incorporei nada do que não aprendi na faculdade.

ENTREVISTA 24

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Havia informações sobre como deveria ser a relação do médico com o paciente, mas agora, a formação na realidade, quem desenvolveu fui eu, pois a minha relação com o paciente é uma maneira pessoal de agir e desde o meu início na universidade, eu identifiquei que o médico deveria ser eclético na convivência com o enfermo, ele deveria tratar o paciente de acordo com o momento. Eu sentia os sentimentos que ele deveria sentir no médico, como tranquilidade, confiança, conforto, alívio e sempre fiz o possível para transmitir esses sentimentos.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Na realidade eu nunca encontrei dificuldade na minha relação de comunicação com paciente porque eu sempre tive essa visão de social. Eu sempre enxerguei a outra pessoa além de mim. Enxergá-la como outro e respeitá-la como outro. O médico deve respeitá-lo para sempre trazer conforto e alívio.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Como eu informei na segunda pergunta, eu nunca encontrei dificuldade na relação médico-paciente. Quando se trata de convivência com o paciente sempre tive uma boa relação. Eu enxergo que a função do médico é aliviar o enfermo e nesse sentido o médico tem que deixar a pessoa bem a vontade para que ela desde imediato possa se sentir aliviada.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Na verdade, na faculdade não existiu uma técnica de relacionamento entre médico e paciente. Na verdade não existe nenhuma técnica que possa regular um relacionamento entre duas pessoas. Neste caso existe deixar se envolver um pelo outro. Na relação médico-paciente é fundamental que exista esse envolvimento entre os dois. É preciso que o enfermo encontre alguém para aliviá-lo, mas uma técnica de alívio ainda não existe, vai de profissional para profissional. Eu aprendi na prática que a função do médico na sociedade é conjugar o verbo

aliviar. Nesses meus 33 anos de profissão, eu descobrir que o verbo aliviar esta acima de toda e qualquer legalidade. Pois ser legal é ser legal.

ENTREVISTA 25

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Faz parte da formação, mas eu acho que poderia ter sido exercitado um pouco mais durante a graduação.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Acho que muitas vezes o paciente tem dificuldade de passar para gente o que ele está sentindo. Então, a gente tem que saber como perceber a situação para não ter dificuldade de compreender a pessoa.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Acho que faltou mais prática de comunicação no dia-a-dia mesmo para ajudar depois da graduação para melhorar essa parte. Reforçar a parte prática seria ótimo.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Eu não saberia explicar uma técnica específica, mas conversar com mais paciência, perguntar mais de uma vez, ou perguntar de outra forma, explicar para pessoa aquilo que de fato você quer saber exatamente. Principalmente sobre os sintomas porque as vezes a pessoa tem dificuldades e é preciso que a pessoa passe para a gente o que ela realmente sente.

ENTREVISTA 26

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Vou fazer 22 anos de formado e tive a grata satisfação de ter grandes professores. Na minha época de faculdade a gente tinha mais tempo para conversar e compreender a queixa do paciente. Na disciplina de semiologia a gente aprendeu com grandes mestres a tocar no paciente a ouvir suas histórias. Hoje em dia eu não acho que seja assim, pelo menos essa é a impressão que eu tenho.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

A gente lidar com público em geral é muito vasto, muito amplo. A gente tem alguns pacientes mais difíceis, mas de modo geral a relação é muito fácil e flui naturalmente. Isso é uma coisa essencial na relação médico-paciente. Mas agora, quando o paciente é mais difícil é preciso utilizar técnicas de comunicação que não atrapalhem a comunicação entre ambos, afinal o que importa é o tratamento do doente.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Desde quando o currículo médico tirou as matérias de antropologia, sociologia, filosofia e a própria psicologia deixou de agir como deveria atrapalhou compreender que o ser humano global. Eu tive a grata satisfação de aprendê-las e percebo em amigos da profissão dificuldades nessas áreas e como eu tive uma formação a parte posso perceber o quanto elas são fundamentais no convívio com o paciente. Agora com a volta de algumas dessas matérias ao currículo, eu creio que pode melhorar essa relação.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Pontualmente, eu acho que aprendi a deixar o paciente a vontade, falar um bom dia, uma boa tarde, quando ele entra ou sai do consultório. Mostrar disponibilidade, certifica-lo que nós estamos fazendo uma dupla que eu não faço nada sozinho e que sempre que ele vir aqui ele tem em quem confiar. É preciso ter a confiança do paciente e deixa-lo contar a história dele toda e no final sempre perguntar uma frase magica: “Algo mais?” São pequenos

detalhes que a gente pega com a experiência que eu creio que contribuem muito na melhoria dessa relação.

ENTREVISTA 27

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Sim. Sempre obtive orientações dos professores nas salas de aulas e até mesmo com palestras.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Não. Nenhuma.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Não faltaram informações.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Sempre que tenho dúvidas manda mensagem no whatsapp para amigos os amigos também já formados.

ENTREVISTA 28

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Sim. Além de matérias destinadas para este fim que nos dão o conteúdo teórico é na prática que realmente se concretiza. Aprendendo com os profissionais mais antigos e atendendo sozinhos nossos próprios pacientes.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Dificuldades sempre existirão, pois cada paciente tem sua característica específica. O objetivo é ouvir o paciente ao máximo para que você possa conhecê-lo o possível, e a partir daí individualiza-lo e tentar criar um vínculo de empatia.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Imagino que não tenha faltado nada. O conteúdo teórico foi dado perfeitamente. Porém, existe uma enorme diferença entre a teoria e a prática. Logo é a prática que nos leva ao aperfeiçoamento e está em demasia durante a formação que nos ajuda depois de formados.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Na prática uso as técnicas ensinadas na faculdade. Porém, cada médico tem seu jeito particular de agir, assim como cada paciente tem suas características particulares. Focar sempre em ouvir o paciente e evitar termos técnicos.

ENTREVISTA 29

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Sim.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Sim. Algumas, por exemplo, em relação ao paciente explicar o que estava sentindo.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Não faltou.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

Regionalismo em alguns lugares diferentes.

ENTREVISTA 30

1-Durante sua graduação você teve formação suficiente sobre a relação médico-paciente? Justifique.

Sim. Existem algumas matérias que abordaram muito o tema.

2-Quais dificuldades na relação com o paciente que você teve em termos de comunicação?

Existem algumas dificuldades, como a diferença de instrução que o paciente recebeu para a que você tem, o contexto sociocultural e econômico em que ele está inserido podem gerar lacunas na comunicação, mas nada que não se possa ser resolvido com empenho, criação de vínculo, empatia e principalmente, ao ouvir o paciente.

3-O que faltou na sua formação que teria sanado essas dificuldades?

Acredito que não tenha faltado nada. Os temas de comunicação em saúde foram abordados em demasia, até a comunicação de más notícias, que nos coloca em uma posição difícil, tem uma lógica de seguimento de conduta. Mas, além do tecnicismo, temos que ter empatia (conceito também aprendido), caso contrário, não nos colocamos na realidade do paciente.

4-Que técnicas de comunicação você incorporou ao seu cotidiano profissional que você não aprendeu na faculdade?

De formas diretas ou indiretas o que pratico foi aprendido na faculdade, mas acredito que tentar primeiramente ouvir o paciente e depois reestruturar a consulta, buscando esclarecer termos falados por ele que eu não compreendi, sanar dúvidas sobre seu quadro clínico, esclarecer à ele termos que uso e lhe parecem estranhos, tudo para clarificar a comunicação.