

Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins¹

Mario Alfredo De Marco^{II}

Resumo

Este artigo tem como objetivo básico contribuir para as reflexões a respeito dos processos comunicacionais para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no que tange à Humanização, tomando como base a vivência dos autores como participantes do processo de implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a experiência como pesquisadores e assessores em serviços de saúde nos últimos anos. Em primeiro lugar, é feita uma revisão sintética sobre os documentos oficiais relativos ao PNHAH e à Política Nacional de Humanização (PNH). A seguir, colocam-se alguns aspectos relativos à problemática da comunicação nos serviços de saúde. Em continuidade, relacionamos a competência comunicativa com a formação e desenvolvimento de atitudes. São tecidas recomendações para os processos de sensibilização/capacitação dos trabalhadores do SUS.

Abstract

This article's underlying goal is to contribute for the reflections towards the communicational processes for the workers of the Sistema Único de Saúde (SUS - Brazilian Unified Health System), specifically in regards to Humanization, being based on the author's experience as participants in the implementation process of the (PNHAH - Domestic Humanization and Nosocomial Assistance) and the experience as researchers and consultants of health services for past few years. First, a synthetic review is performed on the official documents regarding the PNHAH and the National Humanization Policy (PNH). Then, certain aspects regarding the problematic issues pertaining to the communication within the health services are approached. Subsequently, relate the communicative competence with the constitution and development of attitudes. Recommendations are spoken for the sensitization/qualification processes of the workers who are part of SUS.

Palavras-chave: Humanização; processos comunicacionais; capacitação

Key-words: Humanization; communicational processes; qualification

¹ Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins (mcezira@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Mario Alfredo De Marco (demarco@psiquiatria.epm.br) é médico psiquiatra e doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde é professor associado do Departamento de Psiquiatria.



No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e organizar propostas até então esparsas. A intenção era a de influenciar/modificar o predomínio dos aspectos científico-tecnológicos sobre os aspectos humanístico-interacionais^{6, 11, 14}. Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em lugar de *programa*, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede⁵.

Para o desenvolvimento de trocas solidárias no processo de humanização, um desafio a ser enfrentado é o que se refere à comunicação¹². O diálogo entre os vários setores e segmentos (profissionais, gestores, usuários) envolvidos no trabalho institucional é um passo importante para a melhoria da qualidade das condições de trabalho e atendimento aos usuários^{15,16}. Há vários contextos em que a comunicação tem grande relevância¹⁸:

- na relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde;

- na disponibilização e uso de informação sobre saúde;
- na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de programas de promoção da saúde;
- na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- no tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais;
- na formação dos profissionais de saúde;
- nas relações entre os profissionais de saúde;
- nas intervenções públicas dos técnicos de saúde;
- na comunicação interna nas organizações de saúde;
- na qualidade do atendimento dos usuários por parte de funcionários e serviços.

Para uma análise do contexto em que se dá a comunicação entre o profissional e o paciente, é preciso considerar, além de fatores relativos à estrutura do serviço (como por exemplo, local apropriado para consultas), as agendas distintas de preocupações desses personagens¹⁸. Para os profissionais, a agenda tende a ser do seguinte tipo: *Quais são os sintomas? Que doença é esta? O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames são necessários fazer? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas são necessárias?* Para os usuários, a agenda tende a ser: *Por que eu? Por que agora? Qual a causa disto? O que é que pode acontecer comigo? O que é*

que os profissionais vão fazer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho?

Diante dessas agendas tão diferentes, percebe-se a importância de uma tentativa de ajuste comunicacional entre o usuário e o profissional.

O usuário

No que tange aos estudos com usuários de serviços de saúde, um termo tem sido utilizado: “health literacy”^{2, 8}. Para abordar a questão da “health literacy” — que tem sido traduzida, em nosso meio, como alfabetização em saúde — é necessário abordar o termo “literacy”, que vem sendo utilizado em diferentes áreas do conhecimento, no trabalho, na educação e na saúde. A UNESCO¹⁹ define “literacy” como a habilidade de uma pessoa identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e utilizar material escrito e/ou impresso associado a vários contextos. Essa habilidade envolve uma aprendizagem contínua, de tal forma a poder resolver problemas e funcionar no trabalho e em sociedade, atingindo metas próprias e desenvolvendo seu potencial de conhecimento. Em Portugal, existe o termo “literacia”. Benavente⁴ ressalta que “literacia” é diferente de alfabetização. “Literacia” não é apenas a capacidade de ler ou escrever, mas, sobretudo, a habilidade de utilizar e processar a informação da linguagem escrita para um determinado objetivo da vida cotidiana. Em outras palavras, “literacia” não se restringe a saber ler ou escrever, mas sim ao uso do conhecimento da leitura e da escrita numa atividade específica do dia-a-dia. Refere-se justamente ao uso da leitura e da escrita para um contexto específico do cotidiano e não apenas à decodificação da linguagem escrita. Benevente⁴ chama a atenção para o fato de que o conceito de literacia centra-se no uso de competências e não na sua obtenção; assim, torna-se mais clara a distinção entre níveis de literacia e níveis de instrução formal. Isto significa, por exemplo, que se pode ter um nível de alfabetização que pode (ou não) ser correlacionável a um nível específico de literacia.

Levando em conta essas considerações, acreditamos que a melhor tradução para “health literacy” seja “alfabetização funcional em saúde”, termo esse que será utilizado neste texto.

A Associação Médica Americana (AMA) define alfabetização funcional em saúde como a capacidade de obter, processar e compreender informação básica em saúde necessária à tomada de decisões apropriadas e que apoie o correto seguimento de instruções terapêuticas. A AMA

reconhece que a maioria da população americana não é alfabetizada funcionalmente em saúde, o que leva a erros frequentes no uso de medicações, à não procura de ajuda médica quando necessário e à dificuldade em assumir hábitos de vida saudáveis¹¹. Alguns autores chamam a atenção para o fato de que muitos usuários de serviços de saúde não conseguem desempenhar as tarefas básicas requeridas para funcionar num cenário de cuidados em saúde²¹.

A alfabetização funcional em saúde inclui a habilidade de compreender instruções em embalagens de medicamentos, marcação de consultas, folhetos de educação médica, orientação do médico, termos constantes dos consentimentos informados. Requer um grupo complexo de habilidades de leitura, escuta, análise e tomada de decisões e a capacidade de aplicar estas habilidades às situações de saúde. Algumas das tarefas básicas requeridas incluem: avaliar qualidade e credibilidade de informações, analisar riscos e benefícios relativos, calcular doses, interpretar resultados de exames ou localizar informações em saúde (o que hoje em dia pode também incluir a habilidade para a busca na Internet e a avaliação dos sites da rede)¹⁷.

É comum que os usuários não relatem ao médico quando não entenderam alguma palavra ou expressão referente ao diagnóstico e/ou tratamento. Sentem-se envergonhados e com receio de se expor. Davis⁸ ressalta que, por isso, o problema comunicacional fica sem visibilidade, tornando-se, assim, uma falta de habilidade oculta (“hidden disability”).

Estudo de Bass e cols.² com residentes de medicina mostrou que eles tendiam a superestimar a alfabetização funcional em saúde de seus pacientes, tendendo a tratá-los como se eles estivessem compreendendo suas informações e orientações e nem supondo que isso poderia não estar acontecendo. O estudo revelou ainda que uma parte significativa desses residentes não tinha habilidade para interagir com esses pacientes, podendo, com isso, aumentar a possibilidade de efeitos adversos dos tratamentos.

Numa ampla revisão no campo, para examinar as razões e as consequências da alfabetização funcional insuficiente em saúde, caracterizar suas implicações para pacientes e médicos e identificar questões de política e pesquisa, o Committee on Health Literacy da AMA⁷ constituiu uma comissão de 12 membros ligados às diversas áreas: medicina clínica, serviços de pesquisa em medicina e saúde, educação médica, psicologia, alfabetização de adultos, enfermagem e educação em saúde. A partir da revisão de

216 artigos publicados entre 1966 e 1998, os membros da comissão concluíram que: pacientes com alfabetização funcional inadequada em saúde têm um conjunto de dificuldades de comunicação que podem interagir para influenciar a evolução em saúde; esses pacientes reportam pior estado de saúde e têm menor compreensão sobre suas condições médicas e tratamentos; têm aumentado o risco de hospitalização; apresentam problemas na adesão ao tratamento e na adaptação psicológica à doença.

Não temos, no Brasil, informações sistematizadas sobre a prevalência deste problema e de suas consequências, mas podemos inferir, com alguma segurança, que estamos diante de um problema de grande magnitude. Uma das vertentes a serem trabalhadas, nos processos comunicacionais em saúde, é a do empoderamento (empowerment) dos usuários. No âmbito dos serviços, trata-se de aumentar o seu nível de participação, ajudar a identificar as preocupações, incentivá-los a fazer — antes da consulta, exames ou tratamentos — uma lista do que querem falar; assegurar-se que conseguem fazer as perguntas que querem/precisam fazer. No âmbito da comunidade, trata-se de contribuir para o desenvolvimento da informação em saúde, através de atividades nas escolas, nos locais de trabalho, nos grupos comunitários e, ainda, de aumentar o acesso à Internet, o que é essencial para aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como o contato com técnicos e serviços de saúde.

O profissional

Com relação à capacitação comunicacional dos profissionais de saúde, a pergunta a ser respondida pode ser assim formulada: quais seriam os conhecimentos, habilidades e atitudes considerados essenciais para serem desenvolvidos e incorporados na formação do profissional de saúde? De Marco^{9, 10} descreve alguns:

a) Observação

Esta é uma capacidade básica da qual dependem todas as demais. A observação exige antes de tudo *presença*; não basta estar presente fisicamente junto ao outro, tendo a atenção voltada para pensamentos, lembranças, etc; só uma presença efetiva e atenta possibilita uma observação adequada. Todos nós estamos carregados de imagens prévias, que são o resultado de uma série de experiências e também de nossos desejos e necessidades. Temos imagens sobre tudo e sobre todos. Para aperfeiçoar o processo de observação, é importante tentar não confundir as

imagens (prévias e pessoais) com a pessoa real que está à nossa frente. Observar o que acontece conosco, também pode ser muito útil. As impressões, sensações e emoções despertadas pelo contato com os usuários podem ajudar, quando adequadamente interpretadas, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual estamos em contato e qual a natureza da ligação que está se estabelecendo. É importante ter presente que, se observarmos mal, vamos perceber e nos comunicar mal — aproximando-nos do monólogo e nos distanciando do diálogo — pois vamos interagir com nossas impressões e imagens pré-concebidas e não com o interlocutor à nossa frente.

b) Identificação das Perspectivas

A capacidade de identificar diferentes perspectivas é um complemento da capacidade de observação. É a percepção de que não existe uma forma única de vivenciar determinada realidade. Por exemplo, a noção e as vivências que o usuário vai ter sobre sua doença são próprias dele (dependem de sua constituição, de sua história, etc e seguramente são diferentes das noções e vivências do profissional) e é muito importante que o profissional procure conhecer e respeitar essa perspectiva.

c) Continência

Continência é a capacidade de permanecer com *aquilo que é*, sem tentativas prematuras (geralmente em função de ansiedade) de se “resolver” ou se “livrar”. Por exemplo, poder permanecer com dúvidas diagnósticas; poder permanecer em contato com estados emocionais do paciente (tristeza, raiva etc.); poder permanecer em contato com os próprios estados emocionais.

d) Empatia

A empatia está muito associada à capacidade de continência. É a capacidade de se identificar com o outro, conseguindo se aproximar do que a outra pessoa está experimentando e expressar (verbal ou não verbalmente) solidariedade emocional. Por exemplo, poder permanecer junto a um paciente que está triste comunicando de alguma forma que aceitamos e compreendemos este seu estado.

e) Conhecimento dos diferentes canais de comunicação

A partir do referencial das teorias comunicativas, é importante ter presente que a linguagem verbal é uma forma evoluída de comunicação, que funciona lado a lado com

outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais) ou de natureza distinta (escrita, pintura, música).

A linguagem verbal tem um *conteúdo* e um *corpo*. Este é denominado paralinguagem e se refere ao som ou qualidade de voz que acompanha a fala (altura, tom e ritmo). A paralinguagem revela muito sobre a situação que a pessoa que fala se encontra.

A linguagem não-verbal compreende várias formas e canais de expressão. Os principais são: as expressões, gestos, contato visual, posturas corporais (cinésica) e uso do espaço, distâncias, território (proxêmica).

Tanto a paralinguagem como a linguagem não-verbal são de grande importância no processo de comunicação, por isso a relevância da percepção das inconsistências entre os dados verbais e os não-verbais. Estes últimos costumam ser mais confiáveis. Por exemplo, uma pessoa que diz que tudo está bem, chorando ou com os olhos marejados, está em conflito, tentando manter distantes as emoções que acabam por se manifestar por meio da linguagem não-verbal.

Dados interessantes podem ser observados ao olharmos o rosto e os movimentos corporais de uma pessoa. Comumente, as emoções e pensamentos se refletem nos traços fisionômicos. Assim, pode-se observar a testa se enrugando, as pálpebras abaixarem, os olhos ficarem velados, as mãos agitadas, tremendo, as pernas inquietas. São sinais que indicam dúvidas, ansiedade, tristeza, impaciência, dentre outros sentimentos. Daí a importância de o profissional de saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para, posteriormente, poder estabelecer diagnóstico e plano terapêutico adequado.

f) Coerência comunicacional

Quando a comunicação verbal não está coerente com a não-verbal, tanto por parte do paciente como do profissional, pode ocorrer o que Bateson³ denominou de *dupla mensagem*. A incoerência entre a expressão verbal e não-verbal do profissional de saúde deixa o paciente indeciso sobre qual das mensagens transmitidas é verdadeira e, portanto, qual deve ser considerada.

Abdo¹ oferece uma síntese sobre os padrões e paradoxos da interação, estudados por pesquisadores de Palo Alto²⁰, que conceituam *desqualificação* como sendo um padrão de interação que invalida a própria comunicação ou a do outro. São desqualificações os fenômenos comunicacionais caracterizados por:

- declarações contraditórias (afirma-se algo e o seu oposto, concomitante ou subseqüentemente);
- mudanças bruscas de assunto (responde-se algo que nada tem a ver com o assunto em pauta, dando a impressão de não ter ouvido ou presenciado a conversa);
- tangencializações (responde-se insatisfatoriamente, superficialmente, evitando-se o tema central);
- frases incompletas;
- interpretações errôneas a uma dada afirmação (sugerindo falta de sintonia com o interlocutor);
- estilo obscuro (gerando certo grau de confusão entre os comunicantes);
- maneirismo de fala (rebuscamento de linguagem, perdendo-se a objetividade);
- interpretações literais de metáfora (modificando o verdadeiro conteúdo da comunicação);
- interpretações metafóricas de comentários literais (proporcionando ao discurso do outro uma subjetividade não verdadeira).

Considerações finais

A conscientização dos profissionais e do público a respeito da questão da comunicação nos serviços de saúde e de sua íntima relação com o processo de humanização precisa ser ampliada, começando com a educação dos estudantes e profissionais de saúde e a promoção de programas que aperfeiçoem as habilidades de comunicação com os usuários. Além disso, medidas que propiciem o empoderamento dos usuários, de forma a aprimorar a alfabetização funcional em saúde, são de extrema importância. Quanto à direção de futuras pesquisas, a recomendação é que o foco deveria estar dirigido para:

- otimização dos métodos para identificação dos usuários com insuficiente alfabetização funcional em saúde;
- desenvolvimento de técnicas efetivas de informação e comunicação em saúde;
- estudos sobre evolução e custos associados com alfabetização funcional em saúde;
- relação entre a alfabetização funcional em saúde e adesão ao tratamento;
- relação entre problemas nos processos comunicativos profissional-usuário e adesão ao tratamento.

Referências

1. Abdo CHN. Armadilhas da Comunicação: o médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos; 1996.
2. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine* 2002;77(10):1039-41.
3. Bateson G. Double bind. In: Sluzki CE, Ranson DC. Double bind: the foundation of the communicational approach to the family. New York: Grune & Straton; 1976.
4. Benavente A. A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 1996.
5. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001. (Série C, 20).
7. Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA* 1999; 281(6):552-557.
8. Davis TC, Meldrum H, Tippy PKP et al. How poor literacy leads to poor healthcare. *Patient Care*. 1996;30(16):94-108.
9. De Marco MA, Vessoni AL, Capelo A, Dias CC. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.* [online]. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo111.pdf>. Pré-publicação.
10. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. Bras. Educ. Med* 2006; 30(1):60-72.
11. De Marco MA. A evolução da Medicina. In: De Marco MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
12. Dent S. Illiteracy: 'hidden disability' creates health care confusion. *FP Report*. [online]. 2000; 6(1). [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.aafp.org/fpr/20000100/illiteracy.html>.
13. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comunic. Saúde, Educ.* 2009; 13(supl.1):641-9.
14. Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
15. Nogueira-Martins MCF. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: Deslandes S, organizador. Humanização dos cuidados em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
16. Nogueira-Martins MCF. Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde. *Psychiatry on Line Brazil*. [online]. 199. 2(3). [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>.
17. Office of Disease Prevention and Health Promotion (OEPHP). Health communication. In: *Health People 2010*. [online] USA; 2000. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>.
18. Teixeira JAC. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. *Aná. Psicológica* 2004; 22(3):615-620.
19. UNESCO. Education Sector. The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs: Position Paper. [online] Paris: United National Educational, Scientific and Cultural Organization; 2004. [Acesso em 26/01/2010]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf>.
20. Watzlavski P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cultrix; 1973.
21. Williams MV, Parker RM, Baker DW et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 1995; 274(21):1677-82.