

SIMPÓSIO

O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde

Maria Júlia Paes da Silva

O artigo faz uma análise acerca do papel e influência da comunicação interpessoal no atendimento em saúde. Resgata a compreensão do ser humano como alguém que possui códigos psicossociais (lingüísticos) e psicobiológicos (seu comportamento e expressão não-verbal), argumenta que os pacientes estão atentos e criam vínculos, basicamente, pela maneira como o profissional consegue ser coerente e complementar na sua comunicação verbal e não-verbal. Entre os princípios de comunicação expostos, está o de que não existe neutralidade nessas trocas de mensagens feitas entre as pessoas, e que toda comunicação possui duas partes: o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir, e o que sentimos quando estamos interagindo com o outro. O conteúdo está ligado ao nosso referencial cultural (que é diferente entre o leigo e o profissional) e o sentimento que demonstramos ao interagir, que é percebido (mais ou menos conscientemente) pelo outro, porque as emoções/sentimentos são expressos da mesma maneira (com variações de intensidade) em todas as culturas humanas. Finalizando, a autora conclui que para humanizar a assistência precisamos tornar mais consciente o código não-verbal, que fala da essência do ser humano.

Unitermos: bioética, comunicação, humanização, cuidados, cuidador, inconsciente

INTRODUÇÃO

*“Amar a humanidade é fácil.
Difícil é amar o próximo.”*
(Henry Ford)

A origem da palavra comunicar está no latim *comunica-re*, que tem por significado *por em comum*. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e nós sabemos que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão (1). E o que os nossos clientes de hospital, ou seja, os nossos pacientes, compreendem do trabalho de um profissional da saúde?



Maria Júlia Paes da Silva
Professora livre-docente do
Departamento de Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo

Chamou-me a atenção, desde o começo de minha carreira profissional, que os pacientes, quando deles inicialmente nos aproximamos, não olham para as nossas mãos, mas sim para o nosso rosto, por mais amedrontador que seja o cateter ou a agulha que estejamos segurando. A pergunta é: por que olham para o nosso rosto? O que buscam? Que compreensão têm do nosso trabalho?

Obtive essa resposta através de uma pesquisa realizada com crianças cegas e surdas desde o nascimento. Nessa pesquisa verificou-se que apesar de a criança nunca ter aprendido por imitação, justamente por nunca ter olhado o rosto da mãe, ela demonstra as emoções da mesma maneira que nós, videntes, ou seja, seus olhos brilham e sorri quando está feliz, chora quando está triste, fica vermelha e desvia a direção do olhar quando está com vergonha, levanta as sobrancelhas e abre mais os olhos, e dependendo do grau de surpresa, também a boca (1). Constatou-se, assim, que as emoções básicas são expressas da mesma maneira em qualquer ser humano. Fiquei me perguntando e tive a certeza, na minha observação, que os pacientes olham para o nosso rosto e não para as nossas mãos porque esperam entender o que nós, profissionais da saúde, *sentimos* ao lhes prestar cuidados, pois não têm condições de fazer a avaliação técnica do nosso trabalho.

Inicialmente, não sabem se quando olhamos o resultado de um exame laboratorial imediatamente identificamos o seu significado; não sabem se quando olhamos um exame de raios

X compreendemos o que aparece no negatoscópio, ou seja, eles não têm a compreensão de nossa linguagem técnica, não são capazes de nos avaliar tecnicamente. Para tanto, basta lembrarmos do que o leigo fala quando vai a um consultório médico, para dizer que determinado profissional é um bom profissional. Ele diz que o médico é bom porque apertou suas mãos, deu-lhe um “tapinha” no ombro, deixou que falasse sobre suas necessidades, seus medos, suas dores, não interrompeu a sua fala e, mais do que isso, foi capaz inclusive de tocá-lo afetivamente e de cumprimentá-lo na despedida.

Só após ter percebido isso aprendi que a compreensão que os pacientes precisam ter do profissional da área da saúde passa, principalmente, pela compreensão de que quando nos comunicamos com as pessoas não temos apenas o compromisso de passar um conteúdo, uma informação, pois toda comunicação envolve um sentimento, ou seja, o que é que sentimos quando ficamos diante do outro; o que é que sentimos quando ficamos diante daquela pessoa e diante da informação que temos a transmitir; o quanto concordamos com Natagori, quando ele diz: “*Abandonarei todas as honras, menos a de te servir.*”

Princípios e funções da comunicação

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o

SIMPÓSIO

outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde (2).

Toda comunicação, portanto, tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; a segunda, o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo, por isso é importante saber que quanto mais informações possuímos sobre aquela pessoa e quanto maior a nossa habilidade em correlacionar esse saber do outro com o nosso, melhor será o nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo (1).

A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a nossa intenção, emoção e o que pretendemos quando nos aproximamos do nosso cliente ou do nosso paciente.

O interessante é que nem sempre o profissional da área de saúde tem a consciência de que, ao falarmos em comunicação, não falamos apenas das palavras expressas para a outra pessoa – que podem ser dimensionadas como comunicação verbal. Acontece que toda comunicação humana, face-a-face, interpessoal, também se faz através da comunicação não-verbal, ou seja, de todas as formas de comunicação que não envolvem diretamente as pala-

vas. Até podemos afirmar que quando falamos de relacionamento interpessoal a comunicação verbal, sozinha, não existe, pois além dela existe a maneira como falamos – que podemos chamar de paraverbal: os silêncios e grunhidos que utilizamos ao falar, as pausas que fazemos entre as frases e palavras, a ênfase que colocamos na voz. Além do paraverbal, temos as expressões faciais, as nossas posturas corporais diante do outro, a maneira como o tocamos, as distâncias interpessoais que mantemos com essa outra pessoa (1).

Para podermos afirmar que a comunicação está ocorrendo de maneira efetiva, temos que ser coerentes nas nossas palavras e em toda nossa comunicação não-verbal, até porque essa comunicação (não-verbal) tem quatro finalidades: a primeira é justamente *complementar* a comunicação verbal. É quando dizemos “bom dia” sorrindo para o outro e olhando nos seus olhos; a segunda, é *contradizer* o verbal. É quando dizemos, por exemplo, “muito prazer” e apertamos a mão do outro como se fosse um “peixe morto” ou com medo ou nojo de tocar; a terceira, é *substituir* o verbal. É quando utilizamos, por exemplo, o meneio positivo da cabeça, olhando para a outra pessoa e dizendo não-verbalmente “estou te ouvindo”, “estou atenta a você”. A quarta função ou finalidade do não-verbal, mas não menos importante, é a *demonstração* dos nossos sentimentos.

Geralmente, não temos consciência nem controle voluntário de toda essa sinalização não-verbal. Por exemplo, numa interação, quando estamos gostando do que está acontecendo, a

nossa pupila se dilata involuntária e inconscientemente. Claro que estou me referindo a situações onde não existe alteração de luminosidade, nem alteração química, porém é fato comprovado que quando a interação é prazerosa para a pessoa a sua pupila se dilata. Podemos afirmar, por dados como esse, que na contradição, na dúvida entre a mensagem verbal e a não-verbal, as pessoas confiam nessa linguagem silenciosa, que fala da essência do ser humano, do que estamos sentindo (3).

Raríssimas vezes falamos tudo o que pensamos e ou sentimos, mas para um bom entendedor somos sempre capazes de demonstrar o que estamos sentindo, porque muita dessa sinalização não-verbal não é necessariamente consciente e também não tem controle voluntário. Quem tem pele clara sabe, por exemplo, que ao sentir-se envergonhada ficará ruborizada, independente de querer ou não querer ficar, pois essa demonstração de vergonha independe da vontade. Também não temos a consciência de que os nossos olhos brilham quando estamos felizes e em paz (4).

Cuidando através da comunicação

É importante colocar que a sinalização não-verbal tem um grande valor, e que ela permite que o relacionamento com as pessoas se transforme em algo positivo, algo efetivo, algo harmonioso (5). Citando uma pesquisa feita no St. Josephs, um hospício de Londres, com os pacientes que estão fora das possibilidades terapêuticas, lhes foi feita a seguinte pergunta:

o que é cuidar para você? Quando você se sente cuidado? Entre as categorias de fala que surgiram, seis dizem respeito diretamente a essa sinalização não-verbal (6).

A primeira delas diz: “*Cuidar é quando eu vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho do seu trabalho*”. Com essa fala podemos entender que os pacientes nos ensinam que estão atentos e sabem que, se gostamos do que fazemos, nos pegamos sorrindo com muita frequência. É óbvio que toda situação deve ser contextualizada e que sempre o primeiro elemento de decodificação da comunicação interpessoal é o contexto (1); portanto não estou sugerindo que cheguemos rindo em qualquer situação, porque dependendo do contexto o próprio paciente pode perguntar: “Você está rindo do quê?”. Contudo, o que estão nos ensinando é que se gostamos do que fazemos, com frequência temos a comissura labial voltada para cima durante o nosso trabalho, pois temos a consciência de que estamos ali porque queremos e que o nosso papel, a nossa escolha na vida, foi o de ser cuidador.

Roberto Crema, psicólogo, afirma que “mistério talvez seja esse ponto inacessível onde nossos olhares se encontram, e que é tão longe e tão perto, tão íntimo e tão inacessível” (7). Talvez os pacientes esperem por esse encontro, onde seja reafirmada, de maneira não-verbal, essa nossa intenção de estar disponível e feliz por ser cuidador, estando prontos para dar o melhor de si tanto para a recuperação quanto para a harmonização do outro.

SIMPÓSIO

A segunda categoria que surgiu nessa pesquisa (6) foi: *“Cuidar é quando você me faz sentir seguro em suas mãos”*. Podemos dizer que o fazemos sentir-se seguro quando explicamos o que estamos fazendo, quando explicamos os passos do procedimento que faremos, pois o paciente não tem nenhuma obrigação de saber o tempo dos exames, o tempo dos procedimentos e as etapas necessárias para sua realização - essa linguagem é técnica. Também fazemos com que os pacientes se sintam seguros quando nos identificamos por meio de um crachá e nos apresentamos dizendo o nosso nome. O fato de chamá-lo pelo próprio nome o faz se sentir seguro (5). Vários hospitais têm colocado na porta de entrada das UTIs a fotografia e o nome das pessoas que lá trabalham, para que ao chegar o familiar possa lembrar-se do nome e da pessoa com quem falou anteriormente, haja vista que nos momentos de tensão as pessoas não têm lembrança de com quem conversaram. A existência de um quadro com o nome da pessoa e sua identificação facilita a segurança dessa identificação, de quem está cuidando do ente querido, principalmente nos casos de terapia intensiva, onde a entrada é mais restrita.

A terceira categoria foi: *“Cuidar é quando você me faz sentir que também serei capaz de me virar, espero, quando chegar a minha vez”*. Nessa fala, os pacientes nos pedem para que não os tratemos como crianças, quando não o são, e que lembremo-nos que não é por estarem doentes que sofreram redução do QI (Quociente de Inteligência), pois muitas vezes usamos terminologias inadequadas do

tipo: “queridinho”, “mãezinha”, “tiazinha”, quando eles podem se sentir diminuídos nessa situação, já que são adultos.

Todos os que já tomaram injeção de Benzetacil, por exemplo, sabem que a mesma não é uma “picadinha” e que quando nos aproximamos com este medicamento e dizemos “Agora é só uma picadinha!”, estamos tratando a pessoa como boba, porque ela vai sentir a inoculação do Benzetacil por, pelo menos, uns três ou quatro dias.

Como quarta categoria, disseram: *“Cuidar é quando você me faz sentir especial, embora eu seja como as outras pessoas também são”* (6). Podemos dizer que fazer alguém se sentir especial depende muito mais da disponibilidade, intenção e capacidade do profissional de saúde do que das condições financeiras e recursos materiais que ele possa dispor naquele momento. Todos temos “bilhetinhos” que não conseguimos jogar fora, porque nos foi dado em um momento especial; todos temos momentos em que nos lembramos de alguém com carinho, mesmo que não recordemos exatamente do que a pessoa nos disse, porém fica a lembrança da presença dessa pessoa, em um momento importante para nós. Podemos fazer o paciente se sentir especial quando, mesmo tendo apenas 30 segundos, nos aproximamos dele, sentamos ao seu lado e dizemos, olhando em seus olhos: “Eu só tenho 30 segundos, mas me conte como você está hoje” (5). Para ele, esta pergunta soa totalmente diferente se a fazemos a uma certa distância, como, por exemplo, da porta da enfermaria (a uns 3 ou

4m de distância) - e a essa distância ele necessariamente vai dizer “tudo bem.” Porém, quando percebe a nossa aproximação, mesmo com um tempo tão curto, ele se sente especial.

A outra categoria colocada foi: “*Cuidar é quando você não me vê apenas como um moribundo, e assim me ajuda a viver*”. Aqui, eles estão solicitando que não os tratemos como uma patologia e que saibamos valorizar o que têm de positivo, independente do estado de saúde. Isso ocorre quando, por exemplo, não nos referimos ao paciente como a “gastrectomia do 43” ou como “a amputação do 15”, mas nos aproximamos como o “Seu Antonio que está tratando do seu pé diabético”, ou da “Dona Maria que está tratando o seu estômago” ou da “Dona Estela que fez uma colecistectomia”. Também os valorizamos quando somos capazes de nos aproximar deles olhando, primeiro, para os seus rostos e depois para o soro, sonda ou dreno. Nenhum deles se reconhece no soro, na sonda ou no dreno, e quando nos aproximamos olhando para isso e não para os seus rostos estamos dizendo que apenas cumprimos tarefas e que a tarefa é o nosso foco de interesse, e não eles, enquanto pessoas.

Na última dessas seis categorias, disseram que: “*Cuidar é quando ouço minha família falar bem de você e sentir-se confortada na sua presença*”. Com este enfoque eles estão nos lembrando de que não podemos cuidar de alguém isolado ou marginalizado de sua família, e que é fundamental a atenção que dermos a ela, pois é para o seu círculo que eles vão voltar; essas pessoas é que são importantes para eles, nós somos os

transitórios. Se a família se sentir segura com o nosso cuidado, isto será fundamental para que o paciente também sinta-se seguro. Se a família valorizar os profissionais e sentir-se bem atendida, os seus comentários junto ao paciente o tranquilizarão e o farão suportar as dores, procedimentos ou o isolamento que porventura tenha que vir a passar.

O não-verbal e o paciente/cliente

Quando os pacientes nos dizem o que compreendem como *cuidar*, estão nos lembrando como devemos nos comunicar com eles, estão apontando para a importância da comunicação não-verbal, dizendo-nos que entendem que cuidar é muito mais do que um ato ou técnica, que cuidar é uma atitude, é o jeito como estamos diante do outro e como conseguimos compreendê-lo enquanto ser humano e não somente enquanto ser doente. É o quanto somos capazes de resgatar o nosso melhor lado, para fortalecê-lo naquilo que ele têm de saudável, de mais bonito. Eles estão lembrando que a linguagem do corpo fala o que, muitas vezes, a nossa própria fala não diz (8).

Eles pedem para que prestemos atenção no nosso rosto ao nos aproximarmos, que prestemos atenção à nossa postura – que deve ser voltada para o paciente e não lateralizada –, pedem para que estejamos atentos às distâncias interpessoais, porque muitas vezes o profissional faz perguntas a uma distância que os impedem de ser realmente francos em suas respostas (9). Quantas vezes, nos hospitais, ouvi-

SIMPÓSIO

mos a pergunta: “O senhor já evacuou hoje?”, feita a uma distância de mais de 3m; diante disso, o paciente pode dizer “não”, porque nenhum ser humano está acostumado a discutir evacuação a essa distância. Portanto, nessas falas, o que os pacientes nos pedem é que sejamos mais cuidadosos e mais coerentes entre o nosso discurso e a nossa ação.

Na música *Palavras*, dos Titãs, escrita por Marcelo Fromer e Sérgio Brito, há o seguinte trecho: “*palavras não são más/ palavras não são quentes/ palavras são iguais/ sendo diferentes*”. Às vezes, a maneira como dizemos interfere muito mais *no que* dizemos. Dependendo da forma como dizemos “bom dia”, a pessoa pode pensar: “Já pensou quando não for um bom dia?”, ou ela pode, realmente, ter vontade de resgatar o seu dia.

Nesta mesma letra, consta: “*os números para os dias/ os nomes para as pessoas*”. Não existe processo de humanização hospitalar se não resgatarmos o nome das pessoas (2,8); entendamos que os números são para os dias e os nomes para as pessoas, todas elas. Os compositores ainda dizem, na letra, que “*palavras eu preciso/ preciso com urgência/ palavras que se usem em casos de emergência*”. Por muito tempo, podemos pensar que as palavras que usamos em casos de emergência são: “parada cardiorrespiratória”, “fogo”, “socorro”, mas hoje, refletindo sobre a fala dos pacientes, podemos perceber que as palavras que podemos usar em casos de emergência são: “desculpe”, “sinto muito”, “estou fazendo tudo o que posso”, “estou com você”, “não tive a inten-

ção”, enfim são as palavras que, com o tempo, eles irão se lembrar, sabendo que fizemos o melhor em uma situação de emergência.

As reflexões feitas pelos pacientes sobre o que é o cuidar remetem-nos à importância em também prestarmos mais atenção às nossas próprias características físicas, enquanto mais uma dimensão da comunicação não-verbal (1), porque infelizmente o que muitas vezes lêem e escutam, nos jornais ou na mídia, a respeito dos hospitais, são comentários sobre infecção hospitalar, falta de higiene e possíveis imperícias (10). Assim, esperam que o profissional de saúde esteja com as unhas e cabelos limpos, e com a roupa asseada, para que possam sentir-se em paz e seguros enquanto estão sendo cuidados. Quando nos olham, quando observam nossas características físicas, estão verificando se somos um protótipo de alguém que se cuida para cuidar deles. Então, quando nos aproximamos, eles esperam que sejamos uma mensagem de higiene, que representemos o saudável.

Uma outra importante dimensão dessa linguagem não falada, não-verbal, é a paraverbal ou paralinguagem, definida como a maneira como falamos com a pessoa (1), porque dependendo da forma como falamos, como pedimos desculpas, sugerimos que estamos com raiva (“Já falei desculpas, pô!”), que não estamos nos desculpando coisa nenhuma e que muitas vezes essa desculpa é apenas um cumprimento de tarefa ou obrigação social, e não uma demonstração do sentimento que esperam reconhecer quando falhamos.

Dentro dessa dimensão do paraverbal, é bom lembrar que o silêncio pode ser interpretado de maneiras distintas, podendo significar desinteresse, paciência, medo, atenção, vergonha ou teste. Fernando Pessoa, grande poeta português, já dizia: *“Existe no silêncio uma tão profunda sabedoria que às vezes ele se transforma na mais perfeita das respostas”*. Quantas vezes o profissional interrompe o paciente quando ele está tentando explicar o que sente ou pensa. Se formos capazes de ouvir a explicação até o final, sem interrompê-lo, estaremos favorecendo a criação de um vínculo fundamental para a sua recuperação e o seu bom cuidado (11,12).

É importante lembrar, com relação aos silêncios, que muitas vezes os pacientes não falam das próprias dúvidas porque têm vergonha ou medo, ou percebem a nossa pressa. Então, quando perguntamos: *“Alguma dúvida?”*, eles dizem *“É..., não!”*, mas esse truncado responder, essa reticência na fala, pode significar dúvida, e se quisermos ficar com a consciência tranqüila, enquanto profissionais de saúde, precisamos, se estivermos com pressa, voltar em um outro momento, fazendo a mesma questão: *“Deixe-me ver se eu soube explicar direito suas dúvidas”* (1) .

Outra dimensão não-verbal, fundamental para os profissionais de saúde, é o toque, pois não existe neutralidade no toque. Todo toque envolve um aspecto afetivo que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar, o tempo usado no contato, o local onde tocamos as pessoas e a pressão que exer-

çamos no mesmo. Lembremo-nos de que uma falha muito freqüente do profissional, ao se aproximar de um paciente deitado em uma maca ou cama, é inconscientemente colocar as mãos nos seus pés ou perna; em nossa cultura, não estamos acostumados a ser tocados na perna ou no pé: a pessoa tensiona, enrijece com esse toque. O melhor então, se possível, é iniciar o contato físico pelo ombro, braço ou mãos, locais mais aceitos para que o toque ocorra.

O quanto um paciente precisa ser tocado vai depender muito das experiências prévias que tenha tido com o toque, além da sua cultura e do seu sentimento no momento do contato. O profissional precisa perceber os sinais que mostram que o paciente sentiu-se invadido ao ser tocado, ou seja, se ele enrijece o corpo, se desvia o olhar, se passa a responder de forma monossilábica, se não olha mais para o rosto do profissional e, muitas vezes, se até cobre a cabeça com o lençol.

Se o paciente sente que o seu espaço pessoal foi desrespeitado, poderá apresentar posturas como ficar voltado para a parede, cobrir-se com o lençol até a cabeça, fingir que está dormindo, enfim, dizer não-verbalmente: *“Não agüento mais o seu contato, tanta invasão”*. Até porque o toque tem uma relação direta com a proxêmica (1), que é o estudo das distâncias interpessoais mantidas pelos seres humanos, e na distância íntima do tocar – que é até 45 centímetros – o profissional de saúde deve lembrar que existe uma espécie de espaço chamado de “pessoal”, que a pessoa considera

SIMPÓSIO

como “sendo dela” e cuja invasão, sem sua prévia autorização, não é de seu agrado e pode provocar sinais de defesa.

Sabemos que há pessoas que vão se aproximando, se aproximando, e que a nossa vontade, muitas vezes, é de “dar a ré”, nos afastar ou cruzar os braços; por isso, quando estamos no elevador não ficamos de frente para outra pessoa, se não a conhecemos bem; ficamos de lado ou de costas, para que ela perceba que essa invasão do seu espaço pessoal está acontecendo por absoluta falta de condições físicas do espaço, e não é uma invasão proposital.

É o outro que me diz o quanto suporta esse comportamento de contato, e cabe ao profissional conhecer essas dimensões e variáveis que envolvem o tocar, porque a ele cabe o movimento de aproximação e de saber identificar os sentimentos de rejeição, por contato, que o outro possa mostrar.

*“Sendo a vez, sendo a hora,
entende, atende, tornatento,
avança, peleja e faz”.*
(Guimarães Rosa)

A última dimensão não-verbal a que o paciente está atento em um profissional de saúde é que tipo de ambiente este profissional cria a sua volta, porque é o ambiente que demonstra qual a importância que damos ao seu conforto e ao de sua família, qual é a mensagem que criamos a nossa volta para recebê-lo (8,9). É observado se criamos ambientes onde ele possa se sentir confortável, com um pouco de isola-

mento, onde seus familiares possam sentar e ser recebidos, onde possam ter alguns minutos a sós, lembrando que o quanto disponibilizamos de cadeiras e poltronas para os familiares interfere na decodificação dessa dimensão. Ela envolve o tipo de frase que colocamos na parede para lembrar que a vida “vale a pena” ou não, a sinalização feita para facilitar o fluxo dentro de um hospital, as cores que utilizamos para lembrar que a vida é colorida, enfim, tudo isso são sinais que mostram o que sentimos quando nos aproximamos ou cuidamos de alguém. O filósofo Emerson dizia: *“Aquilo que você é, fala tão alto que não consigo ouvir o que você me diz”*.

Nessa frase, Emerson lembra que aquilo que somos no dia-a-dia, nossas postura, atitude e mensagens, que passamos através do nosso comportamento, ações e fazer, falam tão alto que é isso que faz com que os pacientes sigam ou não nossas orientações, que tenham aderência a um tratamento e aceitem ou não as condutas prescritas. Eles, primeiro, nos observam enquanto humanos, verificam nossa coerência, prestam atenção ao nosso comportamento e a partir dessa mensagem ouvem ou não o que lhes dizemos.

Comunicação, conflito e qualidade

É importante lembrar que muitos de nós, quando pensamos em comunicação, a pensamos enquanto problema ou conflito (11,12), e é essencial entendermos que o conflito surge quando não temos as mesmas idéias, a mesma

percepção ou a mesma emoção; portanto, o conflito faz parte da convivência humana, do nosso cotidiano, mas fica mais fácil solucioná-lo quando entendemos o ponto de vista do outro, e somos complementares no nosso verbal e no não-verbal. Quando somos complementares na nossa ação e na nossa fala, tranquilizamos o outro, mesmo que pensemos diferente dele, o que nos facilita relacionar e comunicar afetivamente.

Se compreendermos que entender o ponto de vista do outro não significa ter que concordar com ele, seremos capazes de perceber que uma determinada situação pode ser vista por um outro ângulo também, e que a comunicação envolve essas diferentes formas de percepção do mundo (9).

“(...) é que Narciso acha feio o que não é espelho”.
(Caetano Veloso)

Devemos então, como profissionais de saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista.

Quando, atualmente, nos preocupamos em discutir qualidade no atendimento e quais são seus indicadores, estamos procurando, através da lógica, indicadores que sejam sensíveis, simples, objetivos e válidos (13). Podemos inclusive classificar esses indicadores em indicadores de estrutura, de processos e de resultados (14).

Como indicadores de *estrutura* podemos citar a própria planta física (se permite ou não uma boa distribuição do trabalho e no trabalho de seus funcionários), a qualidade e quantidade dos equipamentos, que tipos de móveis são utilizados (se permitem que os familiares fiquem próximos dos seus estes queridos de uma maneira relativamente confortável). Como indicadores de *processo*, se existem bons fluxos entre os setores; pensamos tanto na forma como nas técnicas operacionais e na relação entre os setores e como as equipes se desenvolvem; se entendemos o trabalho das outras equipes que atuam conosco na saúde, ou se apenas entendemos o nosso trabalho, não nos preocupando com o porquê de uma determinada situação ocorrer desta ou daquela forma, depreciando outros profissionais, inclusive diante dos clientes (13,14).

Os indicadores de qualidade em relação aos *resultados* são as demonstrações dos efeitos da *estrutura* e dos *processos* nos clientes, o quanto conseguimos que nossos pacientes percebam como positivo o que lhes acontece nessa estrutura e nesses processos de atendimento.

Quando falamos, portanto, em “humanização do atendimento”, não falamos apenas em resgatar o mais bonito do humano ou o quanto somos “maravilhosos”, mas resgatar-nos de uma forma mais inteira, mais coerente em todas essas nossas dimensões da comunicação. Temos que ser capazes de não ficar imaginando que “em algum lugar do planeta” nos comunicaríamos muito bem, mas sim entendermos que a nossa habilidade de comunicação

SIMPÓSIO

passa pela verdade de sermos capazes de nos relacionar com quem existe à nossa volta; que as pessoas que nos rodeiam são os nossos professores de comunicação, e que melhorar a nossa comunicação significa conquistar o melhor de nós mesmos, significa colocarmos a atenção em dimensões que, muitas vezes, não a pomos.

Sabemos que quando colocamos a atenção em algo, há um fortalecimento desse algo, ele se energiza (7). Isso significa que temos que ter clareza da nossa intenção quando estamos junto do outro, para podermos colocar atenção na complementariedade da nossa fala e do nosso comportamento (acho até que quando falamos em “resgatar o divino” que há em cada um de nós, na essência isto significa amar; na prática, ser solidário. Discurso e comportamento. Unicidade. Totalidade).

Não existe discurso de qualidade ou de humanização que se sustente se não colocarmos a atenção na nossa comunicação verbal e não-verbal; se não tivermos a intenção de sermos mais inteiros quando estamos com as pessoas. Quando tentamos transformar a humanização em indicadores e pensamos em lista e tempo de espera, em taxa de ocupação hospitalar, em número de cursos e treinamentos realizados, em satisfação dos funcionários, em taxa de infecção, em taxa de cesáreas, em taxa de complicações e intercorrências, em satisfação do paciente e do seu familiar, na imagem perante o público, na fidelidade do cliente, enfim, todos esses indicadores passam pela habilidade que o profissional de saúde tenha em transfor-

mar em atos esse discurso de atendimento. Por exemplo, a preocupação com o tempo de espera no pronto atendimento, a entrega de senhas para que a pessoa saiba qual é o limite de atendimento e o tempo médio de espera, bem como a colocação de cadeiras para que aguardem com melhor conforto, representam sinais de cuidado no atendimento.

Ao falarmos do número de cursos e treinamentos recebidos pelos funcionários das instituições, nos referimos à preocupação que as instituições devem ter em manter a atualização de seu pessoal e rever, periodicamente, como andam os sentimentos e a capacidade que cada um tem ao estar com os demais integrantes de sua equipe, do seu time. A respeito da satisfação dos funcionários, também estamos analisando de que forma a chefia, o alto escalão, tem tratado as pessoas de sua equipe, se tem lembrado, por exemplo, de dizer “bom dia” no elevador para o ascensorista, ou para o porteiro, ao chegar; se tem lembrado que todos fazemos parte do mesmo time e que não adianta, por exemplo, só termos bons goleiros em uma seleção: precisamos de uma boa defesa e de um bom ataque. Quando falamos de taxa de infecção, nos referimos à “lembança” que o profissional de saúde tenha de lavar as mãos a cada paciente, porque ele sabe que aquele paciente é um ser único, que precisa de todos os cuidados necessários para que o seu sistema de defesa recupere-se o mais rápido possível.

Quando falamos em taxa de cesáreas, nos referimos à menor comodidade do médico e ao

maior respeito ao tempo da própria natureza, que faz com que uma mulher entre em trabalho de parto até às 3h da manhã de um sábado, por exemplo. Em relação ao grau de satisfação do paciente e de seu familiar, estamos falando em voltar a prestar mais atenção nesse código humano que ele é capaz de entender e decodificar quando estamos junto dele: a linguagem não-verbal. Ao nos referirmos à imagem perante o público, estamos falando da nossa preocupação em sermos profissionais de saúde que repassam uma imagem de saúde, e não de doença.

Todos os indicadores de qualidade e de humanização que podemos discutir passam pela necessidade de decodificação dos aspectos e dimensões da comunicação humana, pois estes ancoram, na prática, o que é essa qualidade e essa humanização.

“É muito mais fácil identificar o erro do que encontrar a verdade. O erro está na superfície e, por isso, é mais fácil erradicá-lo. A verdade repousa no fundo e não é qual quer um que consegue chegar até lá”.
(Goethe)

Considerações finais

Existem fatores que afetam a precisão e a recepção dessa comunicação não-verbal, daí a importância de estarmos atentos aos mesmos: *as emoções* que sentimos ao estarmos junto do outro e as emoções que o outro sente ao estar junto de nós; *os estereótipos* que mantemos ao

cuidar, que criamos ao longo de nossa vida profissional - por exemplo, quando achamos que “todo cardíaco é ansioso”; *o reconhecimento dos sinais*, se temos consciência dessa sinalização humana; e *as limitações físicas e fisiológicas* que cada um de nós tem - por exemplo, quando estamos cansados, a chance de sermos mais desatentos a essa linguagem aumenta; quando estamos às vésperas de férias, a chance de sermos mais rudes com as pessoas aumenta; logo, essas limitações fazem parte do aprender a *como viver* com as pessoas (1,4,9).

Devemos lembrar, então, que um sorriso, um meneio positivo da cabeça, o contato dos olhos, o toque no lugar certo, ou seja, no braço, no ombro ou na mão, o uso adequado do silêncio e da voz suave são sinais que auxiliam nos relacionamentos interpessoais e na comunicação efetiva. Na saúde, não são necessariamente os grandes planos que dão certo, mas são os pequenos detalhes que alteram a qualidade das relações (12).

Se entendermos que ser um bom profissional de saúde é construir um dia-a-dia cheio de arte, no sentido do *atendimento único*, ficaremos preocupados com os detalhes de cada atendimento, faremos como um artista que ao pintar uma tela preocupa-se com cada espaço ocupado, com o local onde cada detalhe será inserido, com o ângulo que explorará na tela e com as cores que irão compô-la. O artista verdadeiro não se preocupa com a quantidade de trabalho que terá ao fazer a tela, ele preocupa-se somente com a tela em si e aí descobre que a terminou, ao ver o seu conjunto.

SIMPÓSIO

Quando queremos nos comunicar bem, não podemos ficar preocupados com o trabalho que teremos ao estar atentos a todas essas dimensões, mas minha certeza, pelo que tenho observado e estudado, é que quando estamos atentos a elas muitas vezes resgatamos o melhor de nós, enquanto humanos, enquanto comunicadores, enquanto profissionais de saúde.

Quando trabalhamos em saúde, entendemos que não vamos tirar de ninguém a sua condição de mortal, e que ocasionalmente temos a vida das pessoas em nossas mãos, mas dependendo da maneira como as tratamos temos, sim, a sua dignidade. Estar atentos a esses detalhes transmite às pessoas a mensagem, independente do resultado do tratamento, de que nos preocupamos que elas mantenham a preservação de suas dignidades.

Um último lembrete: quando as pessoas estão doentes, fragilizadas, esperam que as possamos ajudar a novamente se fortalecer. É muito fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é termos a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele sintasse novamente forte. Entendo que um profissional de saúde é alguém que passa a mensagem de ser humilde e flexível o bastan-

te para estar junto, para estar com alguém, e nesse estar junto fortalecer o saudável, o positivo e o melhor do outro, independente do que o próprio profissional possa achar que é o melhor (5). Como disse Gilbert Kent Chesterton: *“Há grandes homens que fazem com que todos se sintam pequenos, mas o verdadeiro grande homem é aquele que faz com que todos se sintam grandes”*.

A mensagem que o profissional de saúde deve estar atento para passar é a de que, por ser humano, é capaz de estar com, é capaz de entender o outro, de trocar o que tem de melhor em si para que o outro, por sua vez, possa fortalecer o que tem de melhor. É apenas isso que ele deve estar preocupado em *“por em comum”*, resgatando a origem da palavra comunicação.

*No mistério Sem-fim
Equilibra-se um planeta.
E, no planeta, um jardim,
E, no jardim, um canteiro,
No canteiro, uma violeta,
E, sobre ela, o dia inteiro,
Entre o planeta e o Sem-fim,
A asa de uma borboleta.*
(Cecília Meireles)

RESUMEN

El papel de la comunicación en la humanización de la atención a la salud

El artículo se dispone a hacer un análisis acerca del papel e influencia de la comunicación interpersonal en el atendimento a la salud. Rescatando la comprensión del ser humano como alguien que posee códigos psicosociales (lingüística) y psicobiológicos (su comportamiento y expresión no verbal), argumenta que los pacientes están atentos a crear vínculos, básicamente, por la manera como el profesional consigue ser coherente y complementar en su comunicación verbal y no verbal. Entre los principios de comunicación expuestos, está el de que no existe neutralidad en esos intercambios de mensajes hechos entre las personas, y que toda comunicación posee dos partes: el contenido, el hecho, la información que queremos transmitir, y lo que sentimos cuando estamos interactuando con el otro ente. El contenido está relacionado a nuestra referencia cultural (que es diferente entre lo lego y lo profesional) y el sentimiento que demostramos al interactuar, que es percibido (más o menos concientemente) por el otro ente, porque las emociones/sentimientos son expresados de la misma manera (con variaciones de intensidad) en todas las culturas humanas. En vista de que los pacientes no consiguen evaluar a los profesionales de la salud por su competencia técnica (por no poseer ese código), los evalúan por el código “de ser humano” que es expresado principalmente por el lenguaje no verbal. Por lo tanto, para humanizar la asistencia, necesitamos tornar más conciente el código no verbal que habla de la esencia del ser humano.

Unitermos: bioética, comunicación, humanización, cuidados, cuidador, inconsciente



SIMPÓSIO

ABSTRACT

The role of communications in humanizing healthcare

This paper aims to provide an analysis of the role and impact of interpersonal communications in healthcare. Restoring the notion of psychosocial (linguistic) and psychobiologic (behavior and non-verbal expression) codes inherent in human beings, the paper argues that patients keep alert and establish rapport depending on how coherent and out-reaching a healthcare professional can be in communicating, both verbally and non-verbally. The communication principles presented herein include the impossibility of neutrality in message exchanges between people and the fact that there are always two parts to any communication: the content, the fact, the information one intends to convey, and the feelings one experiences when interacting with another person. The content is linked to our cultural references (which may be different for laypersons and professionals) and to the sentiment we express when interacting, which is perceived (at varying degrees of awareness) by others, since emotions and feelings are expressed in one same way (at varying levels of intensity) by all human cultures. While patients cannot judge health professionals on the basis of technical competence (they lack the code for this), they measure them for their humanity, mainly expressed in non-verbal language. To humanize healthcare, thus, we must increase the awareness about this non-verbal code that reveals the essence of a human being.

Uniterms: bioethics, communications, humanization, care, care provider, unconscious

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.*
2. *Silva MJP. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? Rev Soc Bras Cancerologia 1999;2(8):3-8.*
3. *Mccaskey MB. Mensagens ocultas enviadas pelos gerentes. In: Comunicação eficaz na empresa: como melhorar o fluxo de informações para tomar decisões corretas. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.p.177-92.*
4. *Gaiarsa JA. O olhar. São Paulo: Gente, 2000.*
5. *Silva MJP. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.*
6. *O'Connor T. O poder de cuidar. O Mundo da Saúde 2000;24(4):328.*
7. *Crema R. Saúde e plenitude: um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995.*
8. *Mello JB, Camargo MO, organizadores. Qualidade na saúde. São Paulo: Best Seller, 1998.*
9. *Rogers CR, Roethlisberger FJ. Barreiras e portas para a comunicação. In: Comunicação eficaz na empresa. Op.cit. 1999.p.31-42.*
10. *Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Rev Acta Paul Enf 2000;13(n. especial-parte I):190-6.*
11. *Eltz F. Qualidade na comunicação: preparando a surpresa para encantar o cliente. Salvador: Casa da Qualidade, 1994.*
12. *Neff TJ, Citrin JM. Lições de sucesso. São Paulo: Negócio Ed., 2000.*
13. *Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed. JAMA 1988;260:1743-8.*
14. *Donabedian A. Qualidade na assistência à saúde. São Paulo: FGV/HCFMUSP/PROAHSA, 1993.*
15. *Silva MJP, Gimenez OMP. Eu: o cuidador. O Mundo da Saúde 2000;24:306-9.*

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Rua Capote Valente, 513 - Ap. 42
CEP: 05409-001
São Paulo - SP - Brasil*