

III FÓRUM DE  
EDUCAÇÃO  
Região Metropolitana  
do Vale do ParaíbaIII CONISE  
III Congresso Internacional  
Salesiano de Educação4º Seminário  
PIBID**Direitos Humanos e Formação de Professores:**  
tensões, desafios e propostas23/24/25  
OUTUBRO/2017

## DIREITOS HUMANOS E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL/PACIENTE COMO BALIZADORA DESTA RELAÇÃO

Flavio Marcos de Souza, UNISAL, flaviomarcos.fisio@gmail.com  
Maria Luísa Amorim Costa Bissoto, UNISAL, malubissoto@yahoo.com

**Eixo Temático:** Compromisso Social da Universidade: Infância, Juventudes, Terceira Idade.

### Resumo:

A discussão sobre a comunicação, a humanização na relação entre os profissionais de saúde e o paciente que necessita de cuidados básicos ou intensivos, e a questão da saúde como direito humano fundamental, se torna complexa diante do cenário em que o humanizar se secundariza frente às altas demandas de doentes, o reduzido dimensionamento da oferta para suprir tais demandas e uma cultura no âmbito das práticas de saúde que enfatiza o tecnicismo dos saberes clínicos. Nesse contexto, promover ações pontuais, emergenciais, pautadas numa compreensão reducionista de doença como ausência de saúde, passam a ser o foco principal das ações, acabando por gerar limitações na atuação dos profissionais da saúde. O propósito de se promover a humanização na saúde parte do reconhecimento de que nas práticas profissionais subsistem problemas que anulam o sujeito como figura central das ações do sistema de saúde. Compreender tais problemas é importante para fazer avançar o pensamento contemporâneo da saúde como promoção da boa qualidade de vida, direito humano, reconhecendo-se que um fator primordial para tanto está na comunicação estabelecida entre profissional/paciente; início desta relação. A presente revisão de literatura buscou entender a comunicação ente os profissionais da saúde e os pacientes, tendo em vista a humanização na saúde. Consideramos que compreender a necessidade de estabelecer-se uma comunicação eficiente, amistosa e de troca de saberes com os pacientes, para que a partir daí, dentre outros fatores, se construa uma saúde mais humanizada, se trata de um desafio para o profissional de saúde e para o sistema de saúde como um todo. Neste sentido, observa-se uma aparente inércia nas intenções expressas nas políticas de humanização, que pouco tratam do tema, e mesmo na formação desses profissionais, que tampouco tem priorizado essa questão.

**Palavras-chave:** Educação. Comunicação. Saúde. Humanização.

## Introdução

A temática da humanização em saúde surge porque anteriormente se percebe uma desumanização social: as pessoas que trabalham na área de saúde são, antes, sujeitos que pertencem a uma sociedade, os pacientes que se utilizam do sistema de saúde também fazem parte da mesma sociedade e ambos trazem consigo os problemas, as frustrações, as limitações, as dificuldades de reconhecimento originado na própria comunidade em que se inserem. Para se construir uma saúde mais humanizada é preciso, assim, observar a evidente perda de vínculos sociais, a dificuldade em entender o todo e reconhecer o individualismo, que modelam os comportamentos e marcam as decisões individuais, que culminam na perda do afeto e respeito pelo ser humano.

É preponderante ao profissional de saúde estabelecer contato direto com o paciente sob seus cuidados, para que as características pessoais e individuais de ambos sejam respeitadas. Isso requer que o profissional entenda que o sujeito-paciente não representa apenas uma patologia a ser tratada e, sim, um ser humano complexo, dotado de sentimentos, saberes e concepções próprias sobre sua saúde e de como cuidar-se. E, ao mesmo tempo, que o paciente compreenda o profissional como alguém com quem discutir os problemas que está enfrentando, estabelecendo-se uma relação de empatia, fundamentalmente importante para o processo de cura e de melhoria da qualidade de vida. A relação empática, que tem por base a comunicação, é um aspecto chave para a adesão ao tratamento.

Deve-se buscar a personalização na assistência humanizada em saúde, e as características desses atendimentos rotineiramente precisam ser revistas, reorientadas para uma abordagem não robotizada, o que implica em colocar-se no lugar do outro em intenção e gesto.

A proposta de humanizar o atendimento em saúde considera a possibilidade de mudanças culturais tanto do paciente como do profissional, desde a gestão até o cuidado, viabilizar na relação com o paciente uma postura ética e, dessa forma, mais resolutiva e efetiva. Neste sentido, já o acolhimento do usuário do sistema de saúde passa a ter um novo sentido: não se trata apenas de uma patologia a ser tratada, ou de uma relação de consumo entre tal sistema e o cliente, mas de uma relação que deve se pautar, cada vez mais, pela sua horizontalidade (FORTES, 2004).

Ao pensar a relação comunicação *versus* humanização, deve-se remeter ao percurso histórico das práticas tecnicistas e mecanicistas vividas pelos profissionais da saúde no passado, a partir daí se torna mais evidente o comportamento do profissional

da saúde, ainda carregado de verticalizações. Superar as premissas postas e esculpidas pela historicidade de um modelo dicotômico e reducionista de atuação é sem dúvida um desafio a ser vencido.

No que concerne aos aspectos comunicacionais do profissional de saúde, nem sempre se tem a percepção de que a comunicação não está atrelada apenas às palavras expressas durante a verbalização, e sim em todos os ensejos não verbais, como a expressão corporal, gestos e manifestações fisionômicas, posturas e modos de locomoção. E nem que a comunicação encontra-se presente da entrada do paciente no consultório, clínica, ou demais instituições de saúde, até quando se ausenta dessas. Por vezes, a forma com que o paciente deambula, senta-se ou coloca-se em pé, revela características e intensidade da disfunção e da dor mais do que a queixa apresentada verbalmente, fato muitas vezes desprezado no percurso da anamnese ou mascarado pelo paciente ao rejeitar suas condições.

Outro ponto, não menos importante, são os meios dos quais o profissional se utiliza para estabelecer a comunicação com o paciente, sendo que, na maioria dos casos, neste caso, pouco se adotam recursos para garantir o entendimento das informações oferecidas ao paciente no momento do atendimento. Quer sejam anotações, lembretes, figuras ou até mesmo demonstrações práticas de um dado procedimento, ou fazendo-se uma recuperação das informações tratadas, indagando-se se o paciente compreendeu pormenores como o período de tempo entre as doses dos medicamentos, ou se há na residência do paciente, utensílios que possam ser usados, por exemplo, como medidas para essas doses, prevalecendo à deficiência na comunicação, o que é particularmente observado na relação profissional/paciente que transcorre em regiões em que as diferenças entre os saberes científicos e aqueles do senso-comum são mais marcadas.

Mediante o exposto, os **objetivos** deste estudo estão voltados para analisar a comunicação entre o profissional da saúde e seus pacientes, buscando mais bem compreender esta prática, como se relacionam às ações de humanização no campo da saúde e àquelas dos direitos humanos.

**Metodologicamente**, trata-se de uma revisão de literatura complexa. De acordo com Machi e McEvoy (2016, p. 322) a revisão de literatura é

uma argumentação escrita, que fundamenta uma determinada ideia ou pressuposto, construindo uma base, a partir de evidências críveis, obtidas por pesquisa prévia. Proporciona o contexto e o pano de fundo quanto ao conhecimento corrente sobre o tópico, e lança um substrato lógico para defender as conclusões daí extraídas.

De acordo com os mesmos autores (2016, p.307), uma revisão de literatura complexa é aquela que se caracteriza por apresentar não apenas o conhecimento corrente no campo, mas também por analisar como esse “conhecimento conduz ao problema” tratado na pesquisa original. Os documentos que embasaram essa revisão de literatura se pautam em acervos de referência na área da saúde, como aqueles da Bireme e do Scielo, além de outros, que tratam da humanização em saúde e dos direitos humanos.

## **Desenvolvimento**

### **1. A questão da humanização da saúde e os direitos humanos**

Os processos que envolvem os modelos de atendimento no contexto de saúde têm sido amplamente conceituados em relação aos pontos éticos, humanizadores e sociais de atuação. A formulação e implantação de um sistema de saúde que atenda às necessidades configuradas como básicas para a vida digna dos sujeitos nasceram a partir de reformas que atentavam para o entendimento da complexidade do ser (Constituição de 1988, reforma da saúde de 1988, reforma incremental do SUS, em 1995, por exemplo). Contudo, tudo isso tem esbarrado nos modelos formativos dos profissionais, que devem conjugar as qualidades generalista, humanista e crítico-reflexiva do aluno em processo de construção do perfil profissional. E nas dinâmicas de efetivação das propostas, bem como naquela das políticas públicas (como a Lei Orgânica da Saúde, de 1990), que embora avançadas e promissoras nos documentos legais, encontram obstáculos de diversas ordens para vigorarem no alcance de seus objetivos.

Ao ampliar-se o conceito de saúde, tema recorrente nos documentos acima, foi possível pensa-se em outras abordagens educativas, que têm como base os pressupostos da mudança do contexto social e seus impactos nos comportamentos vinculados à manutenção da qualidade de vida e na prevenção de doenças, compondo um modelo mais radicalizado na promoção da saúde através da conscientização e reflexão do ser e suas relações com o seu entorno.

De acordo com Silva (2015, p. 299), “A formação em saúde pressupõe a necessidade de formar profissionais habilitados a compreender e comunicarem-se adequadamente com os seus pacientes”. Torna-se imprescindível, nessa perspectiva, que os processos formativos para o sujeito ingressante na área de saúde contemplem os

aspectos singulares de entendimento do “outro” enquanto ser humano dotado de sentimentos, e saberes socioculturalmente construídos. Fundamento para a compreensão da horizontalização da comunicação, pois a singularidade do ser não deve estar sobreposta ao modelo reducionista de atuação profissional, cuja marca é a reificação dos saberes técnico-científicos.

Segundo Rios (2009, p.8) o tema humanização é um assunto frequente no campo da saúde pública, e está aliançado à discussão dos direitos humanos. Nesse sentido, abordar o tema da humanização na saúde e dos direitos humanos significa, dentre outros, aprimorar as relações entre os sujeitos de uma sociedade, para uma convivência compatível com o bem de todos e apoiada nos princípios éticos e sociais.

Como afirma Rios (2009, p. 05):

A esperança emerge a partir do exercício de escutar-nos uns aos outros e de reconhecer no sofrimento o direito ao atendimento precoce, resolutivo e de qualidade. O fortalecimento dos vulneráveis é alcançado com base nos direitos humanos e no respeito pela dignidade individual.

A relação estabelecida entre o paciente e o profissional da saúde deve emergir de uma abordagem amplamente impressa nas características humanas, subjetivadas. No que tange às relações entre sujeitos, os profissionais da saúde não podem se limitar estritamente ao uso do conhecimento científico na execução de suas práticas, resultando na negligência do posicionamento de seus pacientes em relação ao processo de promoção e cuidados com a saúde. A priorização dos saberes técnicos, como forma de guiar a relação profissional/paciente, estabelece uma relação unilateral de poder e as condutas se tornam ditatoriais, o que obriga o paciente a cumprir expressamente as exigências do profissional da área da saúde. Nessa perspectiva, o profissional da saúde tenta se estabelecer como o detentor de todo conhecimento e da verdade absoluta acerca das doenças e dos tratamentos, fazendo com que ele figure como ser “dominante” e o paciente, como um sujeito passivo diante de tais “verdades”, se torne um ser “dominado”. A configuração de uma imagem dialética no contato com o outro deve conjugar regras para convivência e horizontalidade na relação, uma vez que da parte dominante se explicita uma conotação de “poder” sobre o sujeito vulnerável. Por outro lado, a parte dominada se coloca em uma condição de inferioridade pouco prazerosa e

se vê “obrigada” a cumprir passivamente às proposições do dominante, em virtude de seu estado de fragilização, muitas vezes gerado pelo seu estado de saúde.

No sentido amplo da palavra humanização devem-se ressaltar as questões que envolvem o respeito e a valorização do sujeito, extrapolando os aspectos reducionistas que possam existir e as conformações singulares institucionais. Como afirma Rios: “No campo das relações, a perda de suportes sociais e éticos, somada ao modo narcísico de ser, cria as condições de intolerância à diferença, e o outro é visto não como aliado, mas ameaça” (RIOS, 2009, p.8).

A humanização na saúde, conjugada à ideia de direitos humanos, tem por finalidade conseguir que “a todos seja dado acesso ao que precisam segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades” (OLIVEIRA, 2006, p. 280).

Os acordos éticos e morais que norteiam as relações sociais complementam as atitudes coletivas e definem a humanização como mecanismo regulador das ações que interconectam os sujeitos. Com vistas para a situação dos pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde, quando tratado em contexto de vulnerabilidade, o conceito de humanização estabelece e abre precedentes de igualdade, equidade e no anteparo solidário busca sanar as problemáticas imersas nos fatores condicionantes da desumanização.

De acordo com Silva (2011), vários fatores revelam a promoção da desumanização na saúde e favorecem o seu agrupamento em três categorias, que se interligam, tendo como produto final, o descaso ou a negação de direitos.

Na primeira categoria aparecem as falhas na organização do atendimento, longas filas de espera, adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos e rotinas para acolhimento, ou do seu não cumprimento, precárias instalações e equipamentos obsoletos ou parados por falta de manutenção e ainda acrescenta-se o atraso para realização de exames complementares e emissão de laudos.

Na segunda categoria pode-se evidenciar especificamente a relação entre o profissional da saúde e o paciente, a fragilidade na comunicação, muitas vezes motivada pela falta de profissionais, pouco tempo disponível para as consultas, formação tecnicista, e outros, que comprometem a integridade moral e física do paciente, como a aglomeração no momento do atendimento e a falta de privacidade. Deve-se levar em consideração a ausência de preparo psicológico e ético e de informações precisas para auxiliar os usuários do sistema de saúde.

Na terceira e última categoria percebe-se a falta de condições de trabalho, considerando-se os baixos salários, jornadas duplas ou triplas, que confluem para a sobrecarga e conseqüente cansaço físico e psíquico, principalmente se observado os locais mais tensos e belicosos, que desfavorecem a qualidade do ambiente profissional.

A fragmentação nos serviços oferecidos pelo sistema único de saúde desperta grande discussão sobre as reais necessidades de se ter uma relação estreita entre os campos de atuação de seus profissionais e os pacientes que por eles são assistidos. Mesmo com a instituição de políticas que tenham como finalidade a redução da desigualdade e o acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, igualitária, integral e equanimemente distribuída, o SUS ainda precisa reger através dos processos formativos a humanização das práticas. De acordo com Oliveira: “Nesse sentido, justifica-se a reflexão sobre a humanização, que deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (OLIVEIRA, 2006, pag. 278).

Estar atento aos sinais apresentados pelos pacientes, oferecer condições de escuta e propor resolutividade para as questões impressas na fala ou na postura do sujeito, é mais que simplesmente agir com generosidade, é fazer valer os mecanismos de proteção e de direitos dos sujeitos, ao promover a consciência da corresponsabilidade humana. Somos elementos ativos na sobrevivência do outro, quando este se encontra em estado de risco, enfermo, vulnerável aos insultos multifatoriais da vida.

É necessário humanizar as práticas em saúde, visto que o crescente e acelerado desenvolvimento tecnológico tende a suprimir a singularidade do sujeito, e neste caso, as emoções, as crenças e os valores individuais são banidos da relação com a ciência, desumanizando a assistência e estabelecendo a crise na relação com o outro (CASATE; CORRÊA, 2005). Esse cenário levou à criação de uma política que minimizasse os efeitos deletérios da desumanização, surgindo, então, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde da atenção e da gestão do SUS, e se propõe a trabalhar para consolidar quatro pontos específicos, a saber:

1. A redução das filas e o tempo de espera com a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de riscos.

2. A identificação por parte dos usuários do SUS em relação aos profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. A garantia das informações aos usuários, por parte das estratégias de saúde, o acompanhamento de pessoas de sua rede social, e os direitos previstos no código dos usuários do sistema público de saúde.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários e assim como educação permanente aos trabalhadores (PASCHE, 2011, p. 4542).

De acordo com Pasche (2011, p. 4543) a PNH pressupõe a atuação em vários eixos e que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e principalmente a apropriação de seus resultados pela sociedade. Para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

O risco de se tomar a humanização como mais um “programa” seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetivação burocrática, descontextualizada e dispersiva, ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas, independente de sua resolutividade e qualidade.

Em Rios (2009, p. 36) a relação entre a proposta de humanização e os direitos humanos se torna mais explícita:

tanto quem pratica quanto quem recebe cuidados de saúde está exercendo cidadania. E mais, ambos estão atuando no campo dos direitos (...). Os direitos humanos constituem um sistema de conhecimento e prática que busca integrar direitos subjetivos com direitos sociais – algo absolutamente em sintonia com a humanização.

Ao somar o modelo médico verticalizado, uma formação tecnicista e recursos metodológicos sem a complexidade do ser vivo, forçar o comportamento humanizado na tentativa de impor políticas que revertam os quadros desumanizadores pode não se sustentar. As revisões de conceitos e paradigmas acerca da humanização

precisam ser voluntárias para que se tenham significativas mudanças no esqueleto do sistema de saúde e o paciente seja tratado de forma singularizada.

Se nos primeiros anos de formação houvesse maior exposição e interação do aluno com situações clínicas reais, mesmo que observacionais, os conceitos de humanização poderiam ser amplamente difundidos. No desenvolver das competências relacionais entre o profissional e o paciente, pode-se promover a identificação desde o princípio da formação para uma sensibilização da realidade social, que pode provocar sentimentos de empatia e de responsabilidade social nos futuros profissionais.

É relevante que os profissionais da saúde aprendam a estabelecer uma aproximação de confiança com o paciente, na complexidade de cada caso, e vice-versa. Criando condições para uma abertura em que possa haver diálogo na construção das condutas e no executar das ações terapêuticas, pois dentre os direitos dos pacientes está aquele de compreender o que se passa com ele, e de saber as possibilidades terapêuticas, consequências, enfim, há que se constituir a prática da saúde com a autonomia do sujeito (SUBTIL, 2011). O agente facilitador e determinante do sucesso ou insucesso da terapêutica é a qualidade da relação, para a qual, repetimos, é essencial a comunicação.

## **2. A comunicação entre o profissional e o paciente como face da humanização em saúde.**

Na etimologia da palavra comunicar, expressa no latim “communicare”, o entendimento é “por em comum”. Nas relações sociais e como meio para sobrevivência, a comunicação se torna um elemento crucial para o estabelecimento de vínculos, relações e contatos com outras pessoas. Sendo assim, através da comunicação os sujeitos revestem-se de, e trocam símbolos e significados que serão os mediadores de sentidos e compreensão do mundo. De acordo com Gaspar (2015, pag. 734) ao levar em consideração a comunicação no campo da saúde, evidencia-se que é o fator condicionante das práticas humanizadoras. Neste sentido, o autor afirma que

“é por meio da comunicação que o paciente exterioriza seus sentimentos, suas necessidades, interage com os profissionais de saúde facilitando a identificação de sinais e sintomas e possíveis problemas ou desconfortos físicos (...)”. A comunicação é um processo mais amplo que somente falar, envolve outros recursos como linguagem corporal, gestos e sinalização (GUERREIRO, 2010, pag. 36).

Entende-se que a comunicação em saúde, dentro de um modelo verticalizado, está enraizada numa concepção específica de “corpo doente”. Reconhecer essa concepção é essencial para que se comece a transformá-la, e depende dos profissionais formadores questionar tal concepção e sensibilizar o futuro profissional para a construção de modelos comunicativos mais horizontalizados. Clavreul (1983) afirma que a relação médico-paciente no âmbito assistencial se tornou mecanizada e, dessa forma, excluem-se as particularidades e subjetividades do sujeito e isso se torna mais evidente quando tratado sob a perspectiva comunicacional.

Na lente sociológica, a comunicação tem um papel importante na troca de significados entre os sujeitos sociais para que se tenha um alicerce organizacional e estruturante da sociedade. Constantemente o ser humano se comunica e isso permite a interação necessária para a vida social, e a construção da realidade. Contudo, embora pareça um ato natural, na essência do humano, a negação social do Outro, base para a desumanização das relações, também ocorre pela comunicação. Acerca disso, Silva (2002, pag. 75) refere-se a duas partes que compõe a comunicação, o que se deseja transmitir e o sentimento envolvido no que e como se comunica, e acrescenta, “o conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo”. E acrescenta: “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 paciente” (SILVA, 2002, pag.75). E, como problematizamos aqui, nisso estão postas várias barreiras à comunicação profissional/paciente, pois, muitas vezes, nem profissionais e nem pacientes estão preparados para lidar com as emoções presentes em situações de doença/saúde. E nem com a proximidade e as relações de intimidade que tantas vezes caracterizam as relações profissional/paciente, os quais, antes das razões que motivaram sua aproximação, eram pessoas desconhecidas.

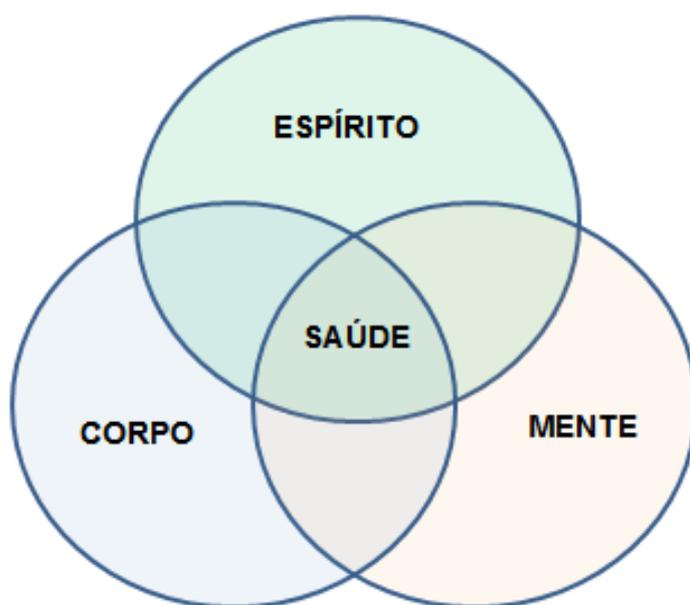
O Manual de Cuidados Paliativos desenvolvido pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos estabelece como uma das habilidades chave da comunicação entre profissionais e pacientes à escuta. Através da escuta, o profissional consegue compreender melhor as queixas, e após, permite a elaboração de um diagnóstico preciso e o tratamento na sequência torna-se mais efetivo.

Teixeira, (2005, pag. 587) define a comunicação em saúde e afirma que essa “diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a

sua saúde”. Segundo Souza (2012, pag. 11) “Todos os profissionais de saúde, independente de sua formação básica, têm como a base de seu trabalho as relações humanas, e por isso, necessitam aprimorar as habilidades de comunicação”. Com base na concepção do autor, a comunicação estreitada entre os profissionais de saúde e seus pacientes deve ser perene para que se tenha profundidade na confiança e ajuda mútua. Além disso, deve ser transparente e perspicaz, saber quando expor ou omitir a fala, e no momento pertinente oferecer mais do que palavras, gestos de segurança e apoio emocional.

Com o avanço do cientificismo das práticas e das relações sociais, a partir do século XIX, e com as descobertas das formas de contágio das doenças, os profissionais da saúde, ao longo do tempo, foram construindo suas práticas baseadas nas regulamentações de biossegurança. Com isso, o contato físico com os pacientes foi aos poucos sendo abolidos nos protocolos de tratamentos, com a finalidade de preservar a integridade física do profissional de saúde, e dos pacientes. Ocorre que diante dos riscos potencialmente contaminantes e danosos à condição de saúde, o contato com o outro passa a ser o mínimo necessário, provocando situações de distanciamentos e influenciando na comunicação bilateralmente, o que pode ser entendido como um desajuste necessário, que por um lado amplia as questões de segurança e por outro produzem um efeito distanciador da afetividade entre os envolvidos.

**Figura 1.** Representação esquemática do equilíbrio entre corpo, mente e espírito na promoção da saúde.



**Fonte:** O próprio autor (2017)

O ser humano é integrado pelo corpo, mente e espírito (Figura 1), da interação dentre essas esferas resultando a saúde/doença. Portanto, não se dissocia o corpo da mente e do espírito, o comportamento psicossomático das doenças caracteriza o indivíduo como “SER acometido”, não se atribui ao conjunto apenas partes doentes, é o “todo” que está doente. E, quando se trata da comunicação, é importante que o profissional de saúde compreenda o “todo” de seu paciente, não somente a “parte” que deverá ser restituída de funcionalidades.

Para Deslandes (2004) ao analisar os documentos que tratam sobre a humanização no campo da saúde, observam-se pontos que norteiam o entendimento preciso dessa temática, como a democratização das relações de atendimento, o reconhecimento dos direitos dos pacientes no leque de suas subjetivações e referências culturais, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes no processo terapêutico e a comunicação.

A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente deve ser parte ativa da relação interpessoal, considerando as particularidades de cada caso, como cultura, fatores socioeconômicos que influenciarão no acesso ao serviço, motivação para o tratamento e desejo de recuperação de forma global. Para Subtil et al: “Cuidar integralmente de um indivíduo significa percebê-lo como um ser social, físico e emocional, que carrega consigo todos os medos, angústias e frustrações por estar doente naquele momento” (SUBTIL et al, 2011, pag. 750).

Nesse sentido, de acordo com Oliveira (2004, pag. 460), “a comunicação tem como funções: transmitir mensagens, obter informações, deduzir novas conclusões, reconstruir o passado, antecipar fatos futuros, iniciar e modificar processos fisiológicos”. O profissional da saúde e o paciente, ao promoverem um processo comunicativo de qualidade fazem mais do que melhorar o tratamento: trocam perspectivas de compreensão do mundo,

## **Considerações Finais**

A finalidade de se aprimorar a comunicação profissional da saúde/pacientes está ancorada nas boas práticas de humanização do atendimento em saúde, que, em seu

cerne, efetivam a garantia dos direitos humanos subjetivos (liberdades individuais) e aqueles sociais, que devem, por sua natureza, serem sustentados pelo Estado e pela Sociedade, em especial, saúde, trabalho, educação e proteção social. A qualidade da comunicação em saúde reflete o olhar que profissionais e pacientes têm um em relação ao outro. E implica na transformação desses olhares, significando olhar o outro como “Ser” que merece respeito e solidariedade. O ritmo acelerado de trabalho e a alta demanda de casos são fatores que impedem a ampliação e melhora da comunicação entre profissional/paciente. As exigências produtivas condenam o comportamento proximal entre eles e favorece o enfraquecimento dos laços de confiança e consecutivamente a adesão ao tratamento. Ao levarmos em consideração os benefícios da aproximação entre profissional e paciente, constatamos aderência ao tratamento, possibilitando a formulação de intervenções precisas e necessárias para o reestabelecimento da saúde. A empatia, sem a qual qualquer proposta de humanização e de garantia de direitos não vigorarão, só se constituirá na medida em que as desigualdades e preconceitos sociais forem enfrentados, e também aí a comunicação profissional/paciente é peça-chave. Somente a competência técnica não fará sucesso o mais moderno dos tratamentos. É fundamentalmente importante para os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e todos os outros profissionais que atuam direta ou indiretamente em serviços de saúde, que fortaleçam suas habilidades de comunicação através de treinamentos e capacitações. Mas, principalmente, da conscientização de como tais habilidades são essenciais para a promoção da saúde e o enfrentamento das patologias. A comunicação deve ser acompanhada de signos para que não somente a forma didática da palavra seja compreendida, mas também sua profundidade e intenção. Ao melhorar suas capacidades comunicativas, ampliam-se as possibilidades da humanização, fortalece-se uma sociedade de direitos, e a saúde pode passar a ser vista, de fato, como qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

1. ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.
2. CASATE, J. C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em Saúde: **conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 5, n. 14, p. 105-111, 2005.
3. CLAVREUL, J. A ordem médica: **poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
4. DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
5. FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.
6. GASPAR, M. R. F. et. al. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 734-744, 2015.
7. GUERREIRO, C. Comunicar-se com objetividade. **Revista Língua Portuguesa - Direto ao ponto**, v. 56, p. 36-39, 2010.
8. MACHI, L.; McEVOY, B. **The literature review: six steps to success**. 3 ed. Corwin/Sage, 2016.
9. OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latinoam Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

10. OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.
11. PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: **trajetória de uma política pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.
12. RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde: **Prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009, 182 pag.
13. SILVA, I. D.; SILVEIRO, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1535-1546, 2011.
14. SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: **análise a partir dos currículos de cursos de medicina**. *Psicol Argum*, v. 33, n. 80, p. 298-309, 2015.
15. SILVA, L. W. S.; DURÃES, A. M.; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: **pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam**. *Fisioter Mov*, v. 24, n. 3, p. 495-501, 2011.
16. SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção á saúde. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.
17. SOUZA, A. S.; SARAN, D. S. A comunicação como ferramenta de apoio à pacientes terminais. **Comunicação & Mercado**, Dourados, v. 01, n. 03, p. 08-14, 2012.
18. SUBTIL, M. M. L. et al. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 745-753, 2011.
19. TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiv**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
20. VIANA, A L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). Reforma em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 162).