

Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico - paciente como critério de qualidade na prestação de serviço

Maria Rosana Ferrari Nassar

Doutora em Ciências da Comunicação - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.

Resumo

O trabalho aborda a comunicação como fator importante na reconstrução do relacionamento entre médico e paciente, no sentido de uma prática médica humanizada. Reflete sob a perspectiva da comunicação interpessoal (entre médico e paciente) como um aspecto que repercute na qualidade do serviço prestado pelas organizações de saúde, no modo como este é percebido pelo usuário. O trabalho pondera, ainda, sobre a comunicação entre médico e paciente como dimensão do processo de humanização da prática médica que se consigna na observância da conduta ética, no respeito aos direitos dos pacientes e no tratamento destinados às pessoas e não às doenças. A discussão é permeada, primeiramente, pela questão da formação do médico, considerando a necessidade de desenvolver habilidades comunicacionais, além do conhecimento técnico e, também, na preparação do profissional de comunicação para a atuação junto à área da saúde.

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

INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a comunicação como fator importante na reconstrução do relacionamento entre médico e paciente, no sentido de uma prática médica humanizada. Reflete sob a perspectiva da comunicação interpessoal (entre médico e paciente) como um aspecto que repercute na qualidade do serviço prestado pelas organizações de saúde, no modo como este é percebido pelo usuário. O trabalho pondera, ainda, sobre a comunicação entre médico e paciente como dimensão do processo de humanização da prática médica que se consigna na observância da conduta ética, no respeito aos direitos dos pacientes e no tratamento destinados às pessoas e não às doenças. A discussão é permeada, primeiramente, pela questão da formação do médico, considerando a necessidade de desenvolver habilidades comunicacionais, além do conhecimento técnico e, também, na preparação do profissional de comunicação para a atuação junto à área da saúde.

A análise é construída por intermédio de pesquisa bibliográfica e documental, focada no eixo comunicação, humanização, relacionamento, qualidade de serviço e formação do médico e do profissional de comunicação, sob a perspectiva da necessária interface entre as áreas de conhecimento, portanto, comprometida com o olhar plural, não fragmentado, em busca de práticas sociais mais justas e humanas.

02

HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS E QUALIDADE DO SERVIÇO

À primeira vista, numa perspectiva reducionista, parece impossível conciliar humanização e qualidade, ambas parecem contrapor-se: humanização surge como uma bandeira de luta contra a mercantilização dos serviços médicos, e a qualidade como um poderoso instrumento de marketing, constituindo-se em privilégio para quem pode pagar.

Com efeito, a expressão humanização tem figurado com frequência na área da saúde, tanto no setor público como no privado. Tem sido utilizada como justificativa para várias iniciativas, sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento de direitos do paciente, compreendido como sujeito cultural e integral. Esse é o sentido corrente que tem sustentado discursos, planejamentos estratégicos de gestão das instituições, práticas e políticas como critério para avaliação da qualidade dos serviços.

Tem-se, então, que o conceito de qualidade é dialético, pois envolve perspectivas, valores, crenças e necessidades que mudam ao longo do tempo. Mesmo contemporaneamente, não existe um conceito universal, embora figure com bastante frequência no discurso de prestadores de serviços, produtores, da mídia, do poder público, nos documentos legais e nas reivindicações dos consumidores.

Contudo, fiel aos objetivos deste trabalho, entendemos a qualidade como um processo que tem como foco o ser humano. Nesta perspectiva, embasamos nos no pensamento de Demo (1994:21) para quem:

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

Ainda para Demo (1994:9-24) existem duas modalidades de qualidade: a formal e a política e o conceito somente emerge da conjugação de ambas. A qualidade formal diz respeito à habilidade de utilizar meios, instrumentos, formas, técnicas e procedimentos. A qualidade política diz respeito à competência do sujeito em construir, em fazer parte da história.

Sob essa ótica, é possível concluir que a qualidade é um processo político, conforme aponta Piotto (1998:52-77), citando Moss, e como tal constitui-se “em uma forma de exercer poder, controle. Tem-se assim que, definir qualidade, é definir uma visão do que se pretende alcançar. Esta visão envolverá imagens interligadas – objetivos certamente, mas também valores, processos, relações, o dia-a-dia do serviço.”

03

Na perspectiva do mercado, a qualidade se constitui num recurso de marketing bastante valorizado. Trata-se do diferencial que distingue um bem ou serviço dos demais destinados a satisfazer as mesmas necessidades.

De tal forma que, qualidade para poucos é privilégio e quando reduzida a mero elemento de negociação, a um objeto de compra e venda, assume a natureza e o caráter de mercadoria, ou seja, acesso diferenciado e distribuição seletiva enquanto na perspectiva democrática, a qualidade se constitui num direito de todo cidadão.

Portanto, a idéia ou conceito contemporâneo de qualidade transcende ao cumprimento dos requisitos contidos em prescrições legais e nos códigos de ética profissional, não diz respeito apenas ao cumprimento ou a adequação de regras para a prestação de serviço ou à fabricação de produtos.

Assim, a idéia de qualidade que defendemos está associada à humanização no sentido que visa aproximar a medicina e a prática médica do valor da essencialidade da pessoa humana ou nas palavras de Branco (2003)¹:

O resgate da medicina do doente que não objetiva e exclusão da tecnologia, mas sim a recoloca em seu importante papel coadjuvante, torna-se cada vez mais necessário para determinar uma medicina de qualidade científica, humana e social. (...) Pensar o paciente de forma integral, com mente e corpo harmoniosamente funcionantes, inseridos em seu contexto sócio-histórico, é uma necessidade.

Considerando que a qualidade do relacionamento é fator decisivo e essencial para o sucesso da prática médica e boa parte do descrédito e do distanciamento do doente pode ser creditado à insuficiência na formação proporcionada

pelas escolas, que não valorizam de forma adequada a comunicação interpessoal no exercício profissional da medicina, pois conforme pondera Gomes (2003:1):

A relação médico-paciente é, por excelência, em tipo e qualidade, uma relação humana cuja prioridade é a promoção da saúde. É o momento dramático, rico e denso, no contexto das atividades sociais, que tem como característica essencial a aplicação de técnicas, conhecimentos e habilidades pelo médico como provedor de saúde em favor do semelhante e, sempre, em nome do bem. Considerado como bem fazer ao próximo o que dele se espera receber.

Assim, a melhoria da relação entre médico e paciente não tem efeitos positivos apenas no tratamento da doença e na satisfação do usuário, mas influi decisivamente na qualidade do serviço.

A COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

Nas escolas destinadas à formação do médico, comumente se pratica um ensino tradicional, voltado para aquisição de conteúdos e capacidades que enfatizam apenas os aspectos físicos da doença, sem fazer qualquer referência aos aspectos culturais e sócio-econômicos que constituem o sujeito e a maneira como ele percebe a própria enfermidade que o acomete. O ensino médico, pode-se afirmar, “ falha no seu objetivo primordial de promover a formação clínica e humana do médico, de modo que os princípios básicos da medicina começam a ser abandonados precocemente” (Galizzi Filho, 2002:111).

Entretanto, é preciso considerar que a condição ou a qualidade do ensino médico insere-se no quadro mais amplo da crise da saúde, educação e universidade, pois conforme assevera Almeida (1999:124) “o processo de produção de médicos não é um processo isolado, relaciona-se intimamente à estrutura econômica, determina, como acontece com todos os demais componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social”. De tal modo que, a escola acaba refletindo a crise geral e reproduz, muitas vezes, as deficiências e injustiças do sistema político e econômico.

Por sua vez, as mudanças no mundo do trabalho passaram a demandar uma nova formação intelectual e uma nova relação com o conhecimento, pois a escola para maioria da população é o único meio de acesso ao trabalho e à vida digna. Entretanto, ao mesmo tempo em que essas mudanças ocorrem, apontando para um novo modelo político-pedagógico que assegure o acesso à educação como garantia de cidadania, apresenta-se também uma realidade contundente: a redução dos postos formais de trabalho assalariado, que inviabiliza a efetiva realização dos direitos sociais.

Essas mudanças passam a demandar um novo profissional e repercutem nas ações e políticas públicas para a educação, provocando a revisão e/ou reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, refletindo a preocupação em

garantir flexibilidade, diversidade e qualidade da formação, preconizando a articulação entre os princípios do SUS e os consignados na Constituição Federal de 1988, de modo a orientar a construção de currículos compatíveis com as novas exigências, baseados em valores como qualidade, eficiência e resolutividade, com objetivo de capacitar profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, suas famílias e às comunidades.

As diretrizes políticas educacionais refletem, portanto, a necessidade de acolher novas abordagens e perspectivas destinadas à formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com competências e habilidades específicas, atribuindo nova responsabilidade à educação e às escolas de medicina, conforme assinala Tapajós (2002:30):

A Educação Médica passa, então a ter de se preocupar em formar médicos detentores não somente de técnica impecável, como também cuidadores humanizados, sensíveis, preparados para lidar consigo e com seus pacientes, tarefa que exige trabalhar com os mais diversos valores inseridos em complexos contextos históricos, culturais e sociais.

05

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina estabelecem que a comunicação é uma das competências gerais a serem desenvolvidas e reforça que os currículos devem contemplar as ciências humanas e sociais, referindo-se especificamente a conteúdos que envolvam a comunicação².

Considerando que a saúde é um direito fundamental, sustentado por uma estrutura sensível à atribuição de valor ou de avaliação construídos pelo homem histórico e social; que na organização social e do Estado existem idéias e valores dominantes e instituições que incumbidas de difundi-las, podemos compreender que a humanização e a qualidade nos serviços de saúde podem assumir variados sentidos e significados, mas certamente a comunicação permeia o processo de humanização das práticas médicas. Então, o ensino da relação entre médico e paciente se constitui num grande desafio para as escolas de medicina e para os currículos, mas que precisa ser enfrentado de modo sistematizado, com a aproximação de áreas do conhecimento que possibilitam a aquisição de habilidade para a comunicação eficiente.

A RECONSTRUÇÃO DO RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE: A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

Atualmente, a relação médico-paciente tem despertado grande interesse em pesquisadores de várias áreas do conhecimento, seja na produção científica, na formação e na prática médica. A interface entre comunicação e saúde é um exemplo desse interesse e destaca a preocupação interdisciplinar, propagando em várias vertentes, inclusive, a que nos dedicamos: as técnicas comunicacionais utilizadas ou aplicadas para proporcionar a melhoria da relação e consequentemente do serviço.

Ao saírem dos bancos escolares e atuar profissionalmente, os médicos têm a base de suas atividades constituídas pelos relacionamentos, sem que tenham tido nenhum preparo acadêmico nesse sentido, quando a comunicação pode oferecer amplas possibilidades de melhora do relacionamento interpessoal, conforme assinala Epstein (s.d:1):

A boa comunicação pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde. Ao nível da comunicação interpessoal isto começa a ser reconhecido oficialmente. Os problemas da adequação da comunicação médico-paciente que sempre existiram como questões periféricas começam a ser reconhecidos oficialmente inclusive como temas dos currículos de nossas escolas de medicina.

Oliveira (2002:64) reconhece que uma das principais atribuições do médico é “traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença”. Quando uma pessoa procura um serviço de saúde, então, estabelece-se uma relação que “pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes (...)”. É justamente aí que a formação dada ao médico tem falhado, quando não o prepara para se comunicar com o doente, mas para olhar a doença, na medida em que enfatiza o distanciamento, a utilização dos recursos tecnológicos, em substituição à escuta, ao diálogo, à própria relação, que não chega a se instaurar, pois somente o médico tem voz.³

Ao procurar um serviço médico, a pessoa “lança mão de uma série de mecanismos que orienta essa procura, que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que a forçam ao encontro, qual o linguajar a ser utilizado para descrever o que sente, que roupa vestir na consulta, e assim por diante. Em outras palavras: o indivíduo se prepara para esse momento, carrega consigo uma ‘bagagem’. Considerando essa realidade, quando nos referimos à comunicação, também são produzidos “significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente presente” (Oliveira, 2002:65).

Mesmo sob o ponto de vista formal, a relação entre serviços de saúde e usuários envolve muitos outros aspectos além do encontro físico entre o médico e paciente num consultório, por exemplo. Há, entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve com substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante (Oliveira, 2002:64).

A consulta se constitui um dos atos médicos mais relevantes. De acordo com Ferreira, Ribeiro & Freitas (2002:77) é o momento mais importante para tomada de decisão, mas tem sido desvalorizado, em razão da baixa remuneração, que trouxe consigo a idéia de produtividade “fazer mais e mais em cada unidade de tempo”. A desvalorização da consulta, a limitação do tempo de

escuta e atenção ao paciente torna a relação interpessoal insatisfatória, “perdendo-se a oportunidade terapêutica que ela encerra. Aspectos vitais, como a confiança, a aderência ao tratamento, formação de vínculo que possibilita a continuidade, a negociação e participação nas tomadas de decisão são prejudicadas” (Ferreira, Ribeiro & Freitas, 2002:74-75).

É, pois, necessário preparar o médico para escutar e comunicar-se eficientemente, prepará-lo para que consiga maiores informações sobre o estado de saúde, estimulando a autonomia e participação do paciente no tratamento. Isso implica em romper com a forma usual de comunicação, na qual se evidencia o poder exercido pelo médico e a idealização que o mesmo representa para o paciente e a sociedade. Desse modo, o relacionamento, que se apresenta como a base da atividade médica, é fundamental no tratamento, onde o paciente, vulnerável, enxerga no médico a possibilidade de cura. É nessa perspectiva que Ferreira, Ribeiro & Leal (2002:54-55) ponderam que:

As qualidades pessoais do médico, sua cultura técnica e humanística e especialmente suas atitudes, são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e de comunicação. Atitudes positivas do médico, percebidas pelo paciente abrem caminho para que este se coloque mais à vontade, com informações mais completas, sinta-se seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento. Esta é a relação terapêutica.

07

Nesse contexto, adquire força o movimento pela reaproximação da medicina de suas origens humanistas, seja na administração de hospitais e de outros serviços de saúde (públicos e privados) e nas práticas médicas, entre os pacientes e os agentes da cura.⁴

Souza (2003:35) faz interessante abordagem sobre a atitude do médico em relação ao paciente e seus familiares:

A atitude do médico na relação médico-paciente tem um sentido psicoterápico, independentemente de ser essa intenção do médico. Todos sabem – ou deveriam saber – sobre a importância que assumem as atitudes, os gestos e as palavras pronunciadas pelo médico e dirigidas ao paciente ou aos familiares nas inúmeras e diferentes situações clínicas. As palavras, como um instrumento de trabalho, podem fazer tanto mal como bem.

Esta referência às atitudes do médico, remete-nos compreender a comunicação numa dimensão ampla, que transcende o instrumento da palavra para envolver todos os sentidos e ações das pessoas em determinado contexto de poder, que atuam como facilitador ou como entrave à integração com o interlocutor. Há, sabidamente, uma forma de comunicação horizontal, em que o ato de falar, intervir, participar, ações que se esperam do paciente. A mediação do relacionamento por essa forma pressupõe a capacitação para expressão do médico. Mediação porque entendemos a consulta como uma etapa do relacionamento, compreendido num contexto cultural, histórico e social que envolve os sujeitos (médico e paciente) e as instituições.

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE COMUNICAÇÃO

A nova realidade do mundo e as necessidades humanas também dizem respeito à formação do profissional de comunicação. Não pretendemos aqui fazer coro com àqueles que reconhecem apenas um aspecto na crise da educação e nas mudanças nas relações de trabalho e sociais, tampouco com aqueles que vêem deficiências apenas na formação do médico. A expectativa de transformação atinge também a formação do profissional de comunicação. A interface entre comunicação e saúde é uma via de mão dupla, o que exige que ambas as áreas reconheçam necessidades, capacidades e possibilidade de promoverem a articulação dos saberes, servindo-se, ainda, dos conhecimentos construídos por outros segmentos.

Esta atitude está em sintonia com uma visão que compreende o homem como um ser incompleto, inconcluso e a sua relação com o mundo como algo complexo⁵. Está, também, afinada com as preocupações referentes à produção do conhecimento multirreferencial⁶, reflexivo, com intenção de transformar, com a preocupação da conciliação da humanidade com o cosmos, não a partir da síntese e da redução, mas da amplitude do pensamento e das ações, para se viver a complexidade, conforme assinala Petraglia (1995:12:13), ao assinalar que:

08

A busca do “ser” e do “saber” uno e múltiplo nos revela uma ciência que, mais do que a detentora de verdades absolutas e imutáveis, nos aponta para um caminho de novas descobertas e novas verdades que aceitam a complexidade como uma realidade reveladora, em que o ser humano é ao mesmo tempo sujeito e objeto de sua própria construção e do mundo.

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

Por sua vez, Caprara & Rodrigues (2004:144) assinalam que:

As humanidades médicas se constituem como um espaço para repensar a prática em medicina, intervindo na qualidade da assistência com a personalização da relação, a humanização das atividades médicas, o direito à informação, o aperfeiçoamento da comunicação médico-paciente, diminuindo o sofrimento do paciente, repensando as finalidades da medicina, aumentando o grau de satisfação do usuário. Trata-se de um campo que precisa de investigações de novas elaborações conceituais e empíricas (...).

Abre-se, assim, um novo campo para atuação da comunicação, mas que exige o comprometimento com a abordagem plural do conhecimento. Em outras palavras, a formação do profissional de comunicação deve abrir-se para as possibilidades apresentadas por outros saberes, de modo a olhar a atuação

da medicina, a formação do médico com abrangência necessária, mas capaz de reconhecer as singularidades, as particularidades. Somente, assim, poderá contribuir para que a formação do médico caminhe no sentido de recuperar a associação entre arte e ciência, auxiliando na construção da arte de ouvir o paciente, considerando que “essa particular escuta ultrapassa a acuidade da audição (dos sentidos) e o conhecimento sobre as doenças”, pois, “ninguém pode escutar ou observar uma doença. Só é possível escutar e observar o doente”, conforme ensina Souza (2003:34).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo o ser humano como razão e finalidade das práticas sociais e da existência das organizações, a idéia de qualidade não se contrapõe ao conceito de qualidade, vista aqui numa perspectiva integradora e plural.

Sob esse olhar, pode-se considerar que a qualidade do relacionamento médico-paciente não é apenas essencial para a definição da qualidade do serviço, mas a transcende enquanto interfere na própria relação terapêutica.

Cabe, então, considerar a necessidade de ampliar a formação do médico para além do reducionismo técnico a que estão sujeitos, tendo em conta que a educação médica integradora deve abordar a idéia do homem para além do corpo ou do psíquico, tampouco deve ser considerada como a soma dessas duas dimensões. É necessário considerá-la em sua complexidade, que implica na utilização de linguagens comuns às outras áreas do conhecimento.

É, pois, nessa dimensão complexa e plural que situamos a necessidade de que a formação médica contemple a área de comunicação, tendo em conta ainda que a atividade profissional do médico é conduzida ou baseada em relações interpessoais que estabelece com seus pacientes, emergindo a necessidade de prática da escuta sensível, dar voz ao outro (o paciente), captar e interpretar a linguagem verbal e não verbal revelada na consulta.

Contudo, a formação mais ampla do médico não está dissociada da formação mais ampla do profissional de comunicação, que precisa estar envolvida com a mesma idéia de complexidade e pluralidade, sem fechar os olhos para as dimensões que compõem a existência humana, aprendendo assim a conviver com a ação do outro.

Trata-se, pois, em ambos os casos (formação do médico e do profissional de comunicação) “em instituir um lugar para o outro em nossas relações e, ao mesmo tempo, nos tornamos intérpretes (...) destas relações”, conforme ensina Barbosa (1998b:17).

Enfim, trata-se de se permitir olhar para novas hipóteses, de enriquecer e tornar mais sutis as formas de convivência numa realidade que é plural, heterogênea, que exige outras propostas, inovadoras quando os procedimentos tradicionais são incapazes ou insuficientes para obter respostas para as exigências

humanas. Este é o âmbito a que se refere à complexidade: considerar as relações entre os muitos saberes ou conhecimentos, não necessariamente científicos.

Assim, para compreender as relações entre as pessoas é preciso ter em conta as muitas referências teóricas, o que implica em romper com as barreiras e modelos que fragmentam, que encastelam e reduzem as concepções sobre o fenômeno da comunicação, tecendo a interface com a área da saúde, que contribua para a construção de práticas médicas humanizadas e de qualidade.

NOTAS

1 Palavras de Rita Francis Gonzales Y Rodrigues Branco prefaciando o livro *A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

2 Parecer CNE/CES 104/2002, publicado no Diário Oficial da União de 11/04/2003. O documento foi elaborado tendo como referência documentos como a Constituição Federal, a Lei Orgânica do SUS e a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre Ensino Superior (UNESCO: Paris, 1998), dentre outros, reafirmando o conceito de saúde como um direito social (direito de todos e dever do Estado); o acesso universal e igualitário às ações destinadas à sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, da Constituição Federal de 1988).

10

3 Interessante anotar aqui o que afirma Costa (2003:25), recorrendo à Cruz (1997), ao que ao refletir sobre a Fenomenologia, como uma postura apta a ampliar a compreensão da relação médico-paciente: Sem dúvida, o existente só pode ser compreendido na relação que estabelecemos com o mundo. Ele não é uma coisa entre outras: ele é aqui, num sentido autolocalizado e autoconsciente, numa relação constante com objetos, pessoas e situações. Segundo a Fenomenologia, quem adentra um consultório não é apenas um corpo, é um homem; não só um homem, mas um universo singular, um ser que existe com toda sua originalidade.

4 Sobre a possibilidade de ensinar/aprender sobre o relacionamento entre médico – paciente, FERREIRA, RIBEIRO & LEAL ponderam que "(...) à medida que os avanços científicos acontecem, mais o médico se desinteressa e se distancia da pessoa do paciente. Com isto, o prestígio do médico e da sua profissão torna-se cada vez mais distante daquele que tiveram os que contribuíram para escrever a história da medicina, utilizando a atenção e o cuidado do paciente como único instrumento de ação terapêutica. A base do seu método de trabalho – a relação médico – paciente – nem mesmo tinha nome ou constituía área organizada do conhecimento, mas era intensamente praticada. Algo que tangenciou a magia e foi depois considerada como arte – a arte da medicina -, conceito até hoje bastante lembrado, mas que precisa ser mais bem compreendido. Como em outras profissões, a arte continua a existir na prática de muitos médicos dotados de habilidades peculiares, a destacá-los dos demais. Porém, a essência da relação médico-paciente é ciência e não arte, plenamente inserida no campo das ciências humanas, que lhe oferece o robusto referencial teórico que a sustenta. Assim, a relação médico – paciente tem bases tão científicas quanto a medicina do corpo e das doenças orgânicas, podendo ser ensinada e, principalmente, aprendida, agregando qualidade, humanidade e eficácia ao ato médico". FERREIRA, E. C., RIBEIRO M. M. F. & LEAL, S.S. Op. cit ., p. 51-52.

5 O conceito de complexidade a que nos referimos é o elaborado por Edgar Morin, que a partir do princípio da incerteza com norteador da humanidade, sugere que se busque compreender a contradição e o imprevisível, convivendo com eles. Esta posição se opõe ao pensamento cartesiano-positivista ao propor que se compreendam os limites e insuficiência do pensamento simplificado, fragmentado e reducionista, incapaz de exprimir as idéias de unidade e diversidade presentes no todo. O pensamento complexo enfrenta a confusão, a incerteza, ao mesmo tempo, con-

vive com a interação ou solidariedade existente entre fenômenos distintos. Sob essa perspectiva, o homem é um ser complexo, “pois concentra fenômenos distintos e diversos capazes de influírem suas ações e transformar-se, sempre, assim, também é o conhecimento” (Petraglia, 1995: 39-45).

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Márcio José. de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI . Revista Interface. Fev., 1999. www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf, 26/05/2004.

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

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

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

BRANCO, Rita Francis Gonzales y Rodrigues. A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CAPRARA, Andrea & RODRIGUES, Josiane. A Relação Assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1), 2004.

COSTA, Virgínia Elizabeth Suassuna M. A Fenomenologia como Possibilidade de Entendimento da Relação Médico-Paciente. In: BRANCO, Rita Francis Gonzales y Rodrigues. A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DEMO, Pedro. Educação e Qualidade. São Paulo: Papyrus, 1994.

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

FERREIRA, Eduardo Costa, RIBEIRO Maria Mônica Freitas & LEAL, Sebastião Soares. Praticando a Relação Médico – Paciente III: efeito terapêutico da consulta .Clínica Médica: Relação Médico – Paciente, vol. 2, nº 1. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2002.

GALIZZI FILHO, José. Relação Médico – Paciente e as Instituições . Clínica Médica: Relação Médico – Paciente, vol. 2, nº 1. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2002.

GOMES, Júlio Cezar Meirelles. As Bases Éticas da Relação Médico-Paciente. In: BRANCO, Rita Francis Gonzales y Rodrigues. A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique. Contra a Desumanização da Medicina . Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NASSAR, Maria Rosana Ferrari. Princípios de Comunicação Excelente para o Bom Relacionamento Médico – Paciente . Tese de Doutorado. Escola de Comunicação e Artes. USP: São Paulo, 2003.

NATANSOHN, Graciela. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis . Revista de Economia Política de Las Tecnologías de la Información y Comunicación. www.eptic.com.br. Vol. VI, nº 2, mayo – ago, 2004. 26/10/2004

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

PETRAGLIA, Izabel Cristina . Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PITTA, Auréa. Maria. R da. (org.) Saúde & Comunicação - Visibilidades e Silêncios . São Paulo: Ed. Hucitec Abrasco, 1995.

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

13

TAPAJÓS, Ricardo. A introdução das Artes nos Currículos Médicos. Revista Interface – comunicação, saúde, educação . Fundação UNI Botucatu/UNESP, v. 6, nº 10. Botucatu, SP: Fundação UNI, 2002.

REMEN, Rachel Naomi. O paciente como ser humano. Trad. Denise Bolanho. 2ª Ed. São Paulo: Summus, 1993.

SOUZA, Daniel Emídio de Souza. Anotações sobre a Relação Médico-Paciente (um ponto de vista psicanalítico) . In: BRANCO, Rita Francis Gonzales y Rodrigues. A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.