

A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica

Communication as light technology for humanizing nurse-patient relationship in Basic Assistance to Health

La comunicación como tecnología suave como para humanizar la relación enfermeros-pacientes en el Cuidado Básico de la Salud

Eliara Pilecco Machado*
Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad**
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli***

RESUMO: O artigo tem objetivo de refletir o papel da comunicação como ferramenta para humanização nos serviços de saúde, especialmente, àqueles que se referem à relação profissional de saúde – usuário na Atenção Básica. Propõe uma reflexão sobre as atitudes empregadas pelo profissional de saúde no cuidado ao usuário e as habilidades necessárias para uma assistência humanizada a partir da proposta política humanizadora da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Comunicação. Humanização da assistência.

ABSTRACT: The paper makes a reflection on the role of communication as a tool for humanization of health services. It focuses on the issues related to the relationship between healthcare professionals and users in Primary Care. The authors propose a reflection on the attitudes of health professionals when caring for users. They also propose certain communication skills for humanizing health care.

KEYWORDS: Primary health care. Communication. Humanization of assistance.

RESUMEN: El artículo plantea el role de la comunicación como herramienta para la humanización de los servicios de salud, especialmente en la relación de los profesionales sanitarios y los usuarios en Atención Primaria. Los autores plantean una reflexión acerca de las actitudes del profesional de la salud en la consulta a los usuarios, con una reflexión sobre las habilidades necesarias para humanizar la atención.

PALABRAS-LLAVE: Atención primaria. Comunicación. Humanización de la atención.

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

A partir da compreensão da humanização como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, quais sejam os usuários, os trabalhadores e os gestores e como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacio-

nal de Humanização da Atenção e da Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde (PNH ou Humaniza SUS)¹.

De acordo com essa Política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Nessa perspectiva, a PNH foi construída como uma política

* Enfermeira. Pós-graduanda *stricto sensu* pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP.

** Professora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, MG. Pós-graduanda *stricto sensu* pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP.

*** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: elma@usp.br

transversal às demais políticas e ações de saúde, fortalecendo outros processos similares².

Sob ótica desta Política de Saúde, a reorganização dos serviços de saúde e o desenvolvimento de novas competências profissionais são ferramentas essenciais para construção de práticas de saúde que tomem o indivíduo como ser único, que possui necessidades individuais e que necessita de um olhar diferenciado, uma vez que a (re)organização do trabalho e a utilização de novas habilidades favorecem a construção de vínculo com os usuários.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma³. É tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano⁴. Por isso, um dos primeiros significados de desumanização é tratar as pessoas feito coisas⁵.

A humanização do setor saúde implica movimento; um movimento que institui o cuidado e a intersubjetividade das e nas relações como valores centrais desta prática social⁵.

Não é possível transformar as práticas de saúde no sentido da humanização sem tirar a estabilidade acrílica dos critérios biomédicos, usualmente, tomados para avaliar e validar as ações na saúde⁶. A humanização da atenção à saúde consiste em um “compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”⁶. Trata-se de mostrar a relevância e, ao mesmo tempo, enfatizar a insuficiência do manejo biomédico, fazendo dialogar, na prática de saúde, seu núcleo mais instrumental, mais duro, com os conteúdos mais leves, relacionais e formativos, na direção de arranjos e atitudes de humanização da atenção.

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde⁴. O estado de saúde e o processo saúde-doença em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que para os profissionais de saúde as situações individuais são vividas como casos, de um pretenso ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos⁷.

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

As pessoas não se limitam aos agravos a sua saúde e o exercício da clínica é muito mais do que diagnosticar doenças. Uma prática clínica centrada na doença mostra-se limitada, pois parte da suposição de que basta o diagnóstico para definir o tratamento, a resolução das queixas, relatadas ou não expressadas, ou os sinais que o usuário apresenta. Para humanizar a atenção à saúde, e adequar a clínica à vivência de cada usuário diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que a pessoa apresenta de igual, o que ela traz de diferente, de singular⁸.

Por isso o olhar clínico na Atenção Básica (AB) tem de se ampliar para propiciar o entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e para pactuar os acordos no projeto e processo de cuidado. Desafio para os profissionais que seguem tendo no hospital seu lócus privilegiado de formação, na lógica médico-centrada e hospitalocêntrica que marca a produção em saúde⁹. Além disso, nas relações que se estabelecem nos serviços de saúde ocorrem encontros e desencontros, ruídos e estranhamentos. As relações dialógicas são dificultadas pelas distâncias socioeconômicas e culturais entre profissionais de saúde e usuários, como ilustram situações de conflito ou tensão entre as equipes multiprofissionais na AB e os usuários¹⁰.

Diante disso, este artigo propõe-se refletir o papel da comunicação como ferramenta com potencialidades para humanização dos e nos serviços de saúde, especialmente, no que se refere ao pólo da relação profissional de saúde-usuário na Atenção Básica.

HUMANIZAÇÃO: UM DESAFIO ÉTICO PARA O SUS

Há uma dupla face do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário na Atenção Básica. Uma das faces é a produção de relações de escutas, responsabilizações, constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção. A outra face é o encontro entre necessidades e intervenção orientada pela tecnologia e voltada à manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver¹⁰.

Para isso, vão entrar em jogo a escuta, os vínculos, os afetos e o direito à diferença¹¹. Sem dúvida, um ingrediente essencial desta relação clínica ampliada é o respeito mútuo entre todos (profissionais e usuários)⁹.

A clínica ampliada é “um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular”¹¹. Implica corresponsabilização pela saúde das pessoas, buscando, para isso, articulação com outros setores (inter-setorialidade). Também requer que os profissionais reconheçam os limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas, integrando, constantemente, novos saberes. Isso tudo em um compromisso ético profundo¹¹.

Isto remete à reflexão de que a implementação do SUS, em verdade, configura um processo que requer uma reviravolta ética, pois implica em um processo social de mudança na prática sanitária que exige dos atores envolvidos, como os profissionais de saúde, os gestores e os usuários transformações atitudinais e culturais⁷.

Qualquer processo dinâmico que procure mudanças substanciais e envolva diferentes interesses e pessoas, exige dos seus executores e beneficiários alguns câmbios atitudinais e até mesmo culturais. Colocado desta maneira, esse processo é substancialmente ético e deve passar por profundos estudos e reavaliações nas posturas, nos direitos e nas obrigações dos atores com ele comprometidos; no caso, refere-se aos políticos e técnicos que manejam os recursos para a saúde, aos trabalhadores da área e aos usuários¹².

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

O próprio SUS e ainda mais a sua humanização, constituem processo de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde que requer que todos os envolvidos se mobilizem em uma ação coletiva. Para isto é preciso alterar o padrão de comunicação na saúde, criando interfaces, conexões e redes de comunicação¹³.

Por sua vez, alterar o padrão de comunicação implica reconstruir a relação entre os sujeitos que fazem o cotidiano dos serviços de saúde. Estes sujeitos são concretos e estão engajados na prática local onde podem transformar os processos de trabalho e se autotransformarem na reconstrução¹³.

Isso quer dizer, que não somente de sofisticados equipamentos e mão-de-obra especializada é composta uma

boa prestação de serviço em saúde. É importante ressaltar que a qualidade do serviço prestado ao usuário de saúde não é determinada somente por equipamentos materiais e aplicação dos conhecimentos técnico-científicos¹⁴. A qualidade do serviço também está intimamente ligada às relações estabelecidas pela equipe de saúde com o usuário, derivadas das “éticas interativas e comunicacionais”¹⁴.

O atendimento das necessidades humanas básicas deste indivíduo (o usuário do serviço de saúde) depende, quase sempre, do tipo de comunicação que ocorre entre ele e o profissional de saúde. Outro ponto fundamental é o uso consciente que o profissional deve fazer de sua comunicação com o indivíduo, o que facilita o alcance dos objetivos da assistência¹⁵.

Percebe-se, portanto, que a comunicação interpessoal está intimamente relacionada ao tipo de serviço oferecido e à humanização no contexto da assistência em saúde. Afirma-se, portanto, a necessidade que os profissionais possuem de utilizar de forma eficaz a comunicação interpessoal, seja para com o usuário do serviço ou para com a equipe multidisciplinar. O trabalho dos profissionais de saúde está baseado nas relações humanas que estabelece. O processo comunicativo está, assim, inserido, se não em todas, na imensa maioria das atividades de seu cotidiano¹⁵.

Sobre a importância desse fenômeno “cabe a equipe, portanto, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe”^{15,16}.

Os serviços de saúde conformam ‘redes de comunicação’ complexas e dinamicamente interligadas. A base do trabalho inerente à prestação de serviços de saúde é a conversa, pois todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo e a arte da conversa faz emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades¹⁷. Assim, é condição da humanização o fomento a uma cultura da comunicação na gestão dos serviços¹⁷.

A comunicação interpessoal como “aquela que é desenvolvida em situações sociais relativamente informais em que pessoas, em encontros face a face sustentam uma interação, concentrada através da permuta recíproca de pistas verbais e não-verbais”^{18,19}.

Esta definição evoca um conceito básico que seria o da comunicação como pedra angular das relações humanas¹⁹. É pela comunicação que são estabelecidas as relações entre as pessoas, assim, são trocadas informações,

códigos e sinais, podendo se tratar da comunicação verbal e não verbal.

Na humanização da saúde, a comunicação não se resume à aplicação de verdades e artefatos, em uma relação unilateral. A comunicação refere-se ao estabelecimento de um nexos intersubjetivo capaz de ensejar mais sabedoria prática, no sentido de fortalecer a expressão autonômica do usuário que, menos dependente e mais potente, amplia as possibilidades de lidar com a sua saúde, vida e existência¹⁷. A conversa clínica é sempre uma forma de comunicação como possibilidade de um nexos intersubjetivo e que pressupõe a mútua aceitação de compromissos¹⁷. Maior comunicação resulta na construção de espaços de participação e responsabilidades partilhadas no que diz respeito à qualidade e humanização da atenção à saúde¹⁷.

Diante disso, “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidas pelo outro²⁰, dado que as coisas do mundo só se “tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes”²¹. Neste modelo de entendimento intersubjetivo, que no projeto de humanização se vislumbra uma nova ética, ancorada no princípio da linguagem e na ação comunicativa²². Cabe ainda lembrar que a comunicação não verbal também figura como expressão do humano e de sua busca por ser compreendido¹⁵.

Assim, humanizar não significa buscar o “bom humano” ou o “humano ideal”, mas conectar as forças do coletivo para edificar a política pública. É o diálogo que aciona mudanças, altera, acolhe e possibilita incorporar novos elementos na construção e concretização das políticas públicas¹³.

A ESCUTA: ESSENCIAL NA COMUNICAÇÃO PARA HUMANIZAR

A humanização dos serviços objetiva a qualificação da atenção, constituindo um conjunto de estratégias representadas pela construção de atitudes ético-estético-políticas. Éticas porque norteiam suas ações pela defesa da vida. Estéticas porque elaboram normas que regulam a vida. Políticas porque envolvem as relações entre os homens. No percurso da construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização representa uma das dimensões fundamentais, operando transversalmente em toda a rede do sistema de saúde. Humanizar é fornecer assistência de

qualidade a partir da articulação das tecnologias avançadas com o acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais²³.

Diante dessa abrangência tomamos consciência da complexidade que envolve a assistência à saúde na AB. A aceitação do outro nas suas diferenças, determinadas pelo contexto socioeconômico e cultural, implica em se ver o outro, como outro.

Neste momento a escuta torna-se primordial. Escutar significa permitir que o usuário expresse suas queixas mesmo que estas não interessem diretamente ao diagnóstico ou tratamento. Necessário ajudá-lo a compreender a doença e correlacioná-la com a vida, evitando assim, uma atitude passiva diante do tratamento²³.

Neste cenário em que as relações intersubjetivas se estabelecem, profissionais e usuários tornam-se sujeitos no processo de produção de saúde. Ambos reconhecidos nas experiências, vivências e conhecimentos que trazem⁹.

Ao se refletir sobre a humanização do encontro entre profissional de saúde e usuário, interroga-se: de que modo os princípios como ‘relações dialógicas’, ‘compromissos éticos’ e ‘sensibilidade cultural’ seriam expressos no cotidiano dos serviços de saúde²⁴.

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la²⁴.

A humanização da assistência na AB permite perceber o usuário a partir de sua realidade, contexto social, familiar e comunitário, favorecendo, também, a um melhor atendimento das necessidades de saúde.

A reflexão sobre encontros e desencontros entre os trabalhadores de saúde e usuários propicia o entendimento das tecnologias das relações, incluída a comunicação, como uma hermenêutica do cuidado, que é chave para a humanização²⁵.

Por outro lado, o refinamento da categoria humanização pode contribuir tanto para lhe imprimir mais consistência teórica, visto tratar-se de construção carente de claros contornos teóricos, quanto para orientar o processo de requalificação das práticas de saúde. A ideia de rede de relações e de comunicações constitui-se via fértil para se analisar a complexa interação trabalhador

de saúde-usuário¹⁰ e, conseqüentemente, a humanização do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos serviços representa mais que um desejo, é uma atitude que encerra em si o respeito ao outro no que tem de universal – ‘ser humano’ – e também na sua singularidade, diversidade e cidadania. É através do respeito ativo ao outro que se constrói vínculo, relação de confiança e co-responsabilização pela produção de saúde²⁶.

A concretização do SUS exige um profissional humanizado, que vê sua humanidade no outro e se propõe a seguir com o outro, a acompanhá-lo, especialmente em seus momentos de vulnerabilidade. Portanto, há de se pensar também no giro ético do processo de formação dos enfermeiros, como profissionais de saúde²⁶.

Além disso, é necessário repensarmos sobre as atitudes e habilidades utilizadas na assistência ao paciente, ou

seja, é preciso uma reviravolta nas questões da assistência à saúde que agregam o uso de tecnologias leves como: a comunicação, acolhimento, respeito e valorização das experiências e necessidades individuais.

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 comunicação¹⁵.

A comunicação na saúde, especialmente na AB, abre-se aos profissionais de saúde como um arsenal para sua valise de ferramentas a ser acionada no trabalho diário. É uma tecnologia leve essencial no reconhecimento, e na efetivação, do profissional e do usuário como protagonistas na co-produção de saúde e na humanização do SUS.

Abre-se, também, como possibilidade de pesquisa, ensino e extensão, na formação permanente do trabalhador da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC, et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):54-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2008 Fev 15]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/imprensa/folheto/04_0923_FL.pdf
3. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):30-5.
4. Rech CME. *Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
5. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.
6. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.
7. Zoboli ELCP. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 40 p. il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
9. Zoboli ELCP. *Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada.* *Mundo Saúde.* 2009;33(2):195-204.
10. Bonfim LA. *Humanização do encontro com ou usuário no contexto da atenção básica.* In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 185-201.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2a ed. Série B. Textos Básicos de Saúde: Brasília; 2008.
12. Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1995.
13. Neves CAB, Massaro A. *Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo.* *Interf Comunic Saude Edu.* 2009;13 (Supl 1):503-14.

14. Torrales MLP, et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Cien Saude Colet.* 2004;9(4):19-20.
15. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética.* 2002;10(2):73-88.
16. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2003.
17. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-31.
18. Silva WV. A comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional. São Paulo: Manole; 2002.
19. Barlund D. Comunicação interpessoal. In: Littherjonh SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana.* Trad Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. cap. 8, p. 206: Teorias de comunicação interpessoal.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001.
21. Betts J. Considerações sobre o que é humanizar; 2003. Disponível em: www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37
22. Cembranelli F. Um projeto de humanização: para que, para quem? 2003 [acessado 9 Out 2003]. Disponível em: www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=49
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Série B. Textos Básicos de Saúde.* Brasília; 2004.
24. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saude Educ.* 2004;8(14):73-91.
25. Craco PF. Ação Comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
26. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *Mundo Saúde.* 2010;34(1):86-91.

Recebido em: 2 de agosto de 2010.
Aprovado em: 24 de setembro de 2010.