

# A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária

## Therapeutic communication as a factor for humanizing Primary Care

Luciana Bertachini\*

507

Artigo de Revisão • Review Paper  
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):507-520

### Resumo

É natural e intrínseco da natureza humana o ato de se comunicar. A linguagem constrói códigos e possibilidades de compartilhamento de ideias, pensamentos e emoções entre os indivíduos e suas formatações cognitivas, culturais, psíquicas e afetivas. O que parece ser tão natural, na verdade envolve um refinado e complexo processo de vivências e aprendizagens, que na área da saúde assume proporções imprescindíveis na relação entre profissional da saúde e paciente, por definir em grande parte o cuidado humanizado. Dessa forma, a comunicação não pode ser uma barreira, ao contrário, ela deve abrir caminhos para o adequado acolhimento na atenção primária com base na escuta atenta e no vínculo empático entre o paciente e a equipe de saúde. A comunicação com proposta terapêutica realinha o encontro do profissional de saúde com o usuário para seu eixo mais crucial: uma relação interpessoal quando um e outro se encontram e se tratam como pessoas dignas, em uma relação de ajuda. Com este princípio, a comunicação torna-se fator de humanização na atenção à saúde por favorecer o entendimento e a reciprocidade dos conteúdos que envolvem o significado da doença e as atitudes coerentes perante o tratamento e a promoção da saúde e da vida. O desafio consiste em encontrar mediações técnicas com a competência humana para a construção de novas posturas onde a comunicação e o cuidado não sejam negados, mas concretizados da melhor forma possível. Deve ser uma prática fundamentada na combinação de direitos e responsabilidades, em que a ética do cuidado assume uma posição essencial.

**Palavras-chave:** Comunicação. Terapêutica. Atenção Primária à Saúde. Humanização da Assistência.

### Abstract

Communicating is a natural and intrinsic act of human nature. Language builds codes and possibilities for sharing ideas, thoughts and emotions among individuals and their cognitive, cultural, psychological and affective patterns. What seems to be so natural in fact implies a refined and complex process of experiences and learning, which in the health field has essential relevance in the health professional-patients relationships, because of defining in a great extent humanized care. Thus, communication cannot be a barrier but, on the contrary, it must open ways for the appropriate acceptance in Primary Care on the basis of an attentive listening and an empathic between patients and health team. Communication with therapeutic purposes re-aligns the encounter of the health professional with the user as regards the most crucial axle: interpersonal relationships in which both really accepts one another and are treated as worthy persons in a helping relationship. From this principle, communication becomes a factor of humanization in health care because it favors understanding and reciprocity concerning the contents surrounding meaning of diseases and coherent attitudes before the treatment and the promotion of health and life. The challenge resides in finding technical mediations with human competence for the construction of new postures where communication and care are not denied, but made real in the best possible ways. It must be practiced on the basis of the combination of rights and responsibilities, in which ethics of care is ascribed a crucial position.

**Keywords:** Communication. Therapeutics. Primary Health Care. Humanization of Assistance.

\* Fonoaudióloga. Mestre e Especialista em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP-EPM. Doutoranda em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo-SP. Membro da Comissão Técnica Nacional de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM)-DF. Ouvidora Geral da União Social Camiliana. São Paulo-SP, Brasil. E-mail: bertachini@uol.com.br

A autora declara não haver conflito de interesses.

## ASPECTOS INTRODUTÓRIOS E CONCEITUAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A sociedade atual, considerando a cultura que a sustenta, precisa despertar para a necessidade do cuidado diante das realidades vulneráveis, o que exige conversão ética das atitudes e conversão espiritual da mentalidade na linha do cuidar. Não obstante necessitamos da conversão comunicativa das práticas de acolhimento na relação medico-paciente para a humanização do cuidado, e na eficiência da promoção da saúde.

O conceito de saúde apresenta-se como sendo a promoção de qualidade de vida. A partir desse princípio fundamental, só é possível que a saúde seja produzida na inter-relação dos saberes. No Brasil, a promoção da saúde baseada no SUS, tem como princípios a *universalidade, integralidade e equidade*. Lembrando que a universalidade consiste na garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; a integralidade reconhece cada indivíduo como um todo integral, biopsicossocial e indivisível, integrante de uma comunidade, valorizando as ações preventivas, de riscos e agravos; a equidade é a segurança de que ações e serviços sejam feitos de acordo com a complexidade de cada caso, sem privilégios ou barreiras. São práticas e posturas que devem atender aos direitos e deveres dos usuários de saúde, determinados pelo Ministério da Saúde – na Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009: “Art. 2º – Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”<sup>1</sup>. Assim, as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde nas unidades prestadoras de serviço não devem ser fragmentadas, pois são responsáveis pela assistência integral à saúde do indivíduo.

A produção em Saúde Coletiva utiliza os termos Atenção Básica e Atenção Primária, cada qual com valores que são incorporados na proposição adotada pelo SUS. Sem o objetivo de detalhar o complexo campo semântico das palavras, cabe uma breve apresentação sobre a distinção entre assistência “primária” e “básica”, ambas apare-

cem na linguagem da saúde como qualificativos da atenção que se presta à entrada do SUS (Sistema Único de Saúde). A Atenção Básica é o primeiro contato do usuário do SUS com a rede de serviços de assistência, nesse encontro intersubjetivo que acontecerá a atenção à saúde e se efetivarão os princípios da integralidade. As ações da Atenção Básica referem-se aos âmbitos individual e coletivo da assistência com uma abrangência que inclui a promoção e proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A documentação oficial do Ministério da Saúde delimita a Atenção Básica como: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”<sup>2</sup>.

É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade e integralidade, bem como da responsabilização, da humanização e da participação social que também podem ser efetuadas nos espaços das Ouvidorias<sup>a</sup>.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e na inserção sociocultural, prevenindo e tratando doenças, assim como reduzindo o grau de vulnerabilidade e controle de danos<sup>3</sup>. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Como os fundamentos da Atenção Básica, o MS inclui: “possibilitar, com base na equidade e como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivar a integralidade da assistência em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população a descrita; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social”.

a. Para mais informações, consultar: Iervolino AC, Armada REP, Moraes SR. Ouvidorias na área de saúde pública: reflexões sobre a prática. In: Perez JRR, Barreiro AEA, Passone E, organizadores. Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas. Campinas: Unicamp; 2011. cap. 9, p. 169-85.

Na Atenção Básica ocorre a inter-relação entre os saberes instrumentais e saberes práticos, respectivamente relativos a condutas clínicas possíveis de serem avaliadas e mensuradas gerando resultados expressos em indicadores, diferente dos saberes práticos relativos ao significado de convivência com a doença, onde está em pauta o processo de cuidado e não apenas seus resultados. Cabe acrescentar que o desrespeito entre os profissionais de saúde também aparece como um problema ético, especialmente quando é difícil delimitar os papéis e responsabilidades de cada um. É urgente deslocá-los do hospitalocentrismo e da alta especialização que caracterizam a estrutura do sistema de saúde e a formação dos profissionais e levá-los para a riqueza da biografia das vidas. Para lidar com os aspectos éticos a Atenção Básica, é preciso um reforço da sensibilidade e do compromisso éticos, em uma reviravolta ética com uma prática marcada pela humanização, cuidado e cidadania; uma prática responsável e de cuidado empenhada na promoção da saúde e de bem estar para todos<sup>4</sup>. São práticas e posturas que devem atender aos direitos e deveres dos usuários de saúde, “Art. 6º – Inciso VII – adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde”<sup>1</sup>.

A Atenção Primária, descrita em documento publicado pelo Ministério da Saúde aproxima-se do que é proposto na Política de Atenção Básica, refere-se “àquele nível de um sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”. Este nível de atenção também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção, prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação e trabalho em equipe. A Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Os problemas mais comuns e frequentes na comunidade são abordados pela Atenção Primária responsável por oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação

para maximizar a saúde e o bem estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. Portanto, é a Atenção Primária que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Dentro desta perspectiva é necessário ampliar a clínica para atender a abrangência da Atenção Básica e Primária, do entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e para pactuar os acordos no processo de cuidado. Este é um desafio para os profissionais que trabalham em hospitais com a formação lógica médico-centrada e que marca a produção em saúde. Nesses níveis de assistências, o diagnóstico e a conduta clínica quando acontecem, é apenas uma parte do projeto terapêutico. Podem surgir nestes contextos certa assimetria na relação médico-paciente revelando um tipo de submissão do usuário frente aos profissionais. Esta assimetria é claramente perceptível na comunicação deficitária e distante, enfraquecendo a acolhida e a busca de soluções para os problemas “narrados” pelo paciente, ou seja, o extremo oposto das características da comunicação terapêutica. Para assegurarmos as diretrizes da Atenção Primária e do equilíbrio entre o cuidado-técnico e o cuidado-ético, devemos elevar a comunicação como protagonista do cuidado-humanizado por permitir que o paciente seja compreendido na sua integralidade através do *acolhimento e da escuta atenta que ancoram a comunicação terapêutica*. Destaca-se no Art. 7º da Portaria n. 1820: “Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. (...) Inciso IV, Parágrafo 4º: As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa”<sup>1</sup>.

Assim, o paciente compartilha de espaços na comunicação que fortalecerão o diálogo franco nas relações médico-paciente, sobretudo, diminuindo a vulnerabilidade humana no campo da saúde. Observamos uma mudança significativa no papel do usuário que conquista maior liberdade e autonomia nas etapas da assistência

por meio da comunicação terapêutica como fator de valorização do “do outro, da sua história de vida, de seus valores e sentimentos, e de suas expressões da realidade”. Essa realidade requer uma mudança de natureza atitudinal que passa a reforçar o papel das emoções e da afetividade na atenção singular e particular, bem como do entrelaçamento e interdependências humanas. As habilidades comunicativas, quando são adequadamente empregados propiciam um campo maior de compreensão e reciprocidade entre as pessoas, ampliando as oportunidades de eficiência e efetividade de adesão nos propostas de assistência primária. Ou seja, novos saberes e nova ética para a aceitação do outro em uma relação intersubjetiva<sup>b</sup>.

Para Zoboli (p. 200)<sup>4</sup>, “A clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular”. “Implica corresponsabilização pela saúde das pessoas, buscando, para isso, articulação com outros setores (intersectorialidade). 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 profundo”. O profissional deve equilibrar o controle da doença com a produção de vida; ou seja, atuar com o máximo de apoio nos eventos para o usuário protagonizar seu cuidado.

A comunicação não pode ser uma barreira entre o profissional e o paciente, ao contrario, ele deve abrir caminhos para a manifestação clara de suas intenções na relação de ajuda, por meio de “novos canais de expressão e observação”. Busca “aproximar” o usuário para propor e não impor as restrições e mudanças de comportamentos que valorizem sua qualidade de vida. Para isso, vão “entrar em jogo a escuta, os vínculos, os afetos e o direito à diferença”, tornando-se ingredientes essenciais para a clínica ampliada. As responsabilidades relacionadas à comunicação também envolvem a reserva de sigilo como proteção da pessoa e de sua história de vida, bem como de suas necessidades e peculiaridades. São compromissos compatíveis com a integralidade na atenção à saúde, onde o respeito mútuo entre usuários e profissionais é parte essencial na clínica ampliada.

Os problemas éticos na Atenção Básica e Primária mostram fragilidades na relação clínica em vários aspectos. Há dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário, não se sabendo como e quanto se interfere no estilo de vida das famílias ou usuários. O usuário recusa-se às indicações médicas e os profissionais referem que não conseguem informar o paciente de maneira a garantir sua adesão. Os “**distúrbios de comunicação**” podem se agravar gerando impactos diretos na falta de resolutividade dos problemas, restringindo as atitudes de companheirismo e compreensão, e desfavorecendo o alcance das intervenções de assistência à saúde. Em ambas as abordagens de assistência são imprescindíveis as práticas de comunicação eficiente e assertiva, uma vez que as orientações e esclarecimentos por meio de um diálogo natural e espontâneo podem favorecer a adesão do usuário no segmento da assistência. Lembrando que a equipe de saúde deve comprometer-se a oferecer respostas ao paciente, reforçando o princípio da reciprocidade na comunicação. Nessas circunstâncias observamos “nuances e sinais comunicativos” expressos na linguagem verbal e não verbal trazendo de modo sutil, por vezes aparente, o grau de compreensão do que está sendo conversado, e as necessidades objetivas e subjetivas de cada pessoa. E a equipe deve estar atenta e preparada para interagir e registrar a história do paciente recolhendo toda a informação relativa à saúde do usuário e sua evolução durante toda sua vida, tendo como referência seu entorno familiar e comunitário. Cada integrante da equipe de Atenção Primária deve apresentar-se como uma pessoa que pode amparar e acompanhar o usuário, observando sua singularidade, identificando seus recursos e procurando, com ele, a via de ação que faça sentido em sua situação e para seu projeto de vida. O ingrediente fundamental para uma relação vincular é a construção de uma comunicação terapêutica, onde a comunicabilidade é a base que carrega e une algumas atitudes como: solicitude, espaço aberto para a escuta da pessoa, a preocupação e inquietação que advém do envolvimento, da ligação afetiva em sentir-se responsável pelo outro com, a responsabilidade de acolhê-lo numa rede

b. Para aprofundamento, consultar: Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4a ed. New York: Oxford; 1994.

de cuidado humanizado. São direitos do paciente previstos pela Portaria 1.820<sup>1</sup>: “Art. 5º, Inciso XI – o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade”.

A comunicação com proposta terapêutica realinha o encontro do profissional de saúde com o usuário para seu eixo mais crucial: uma relação interpessoal quando um e outro se encontram e se tratam como pessoas dignas, em uma relação de ajuda. Com este princípio, a comunicação torna-se fator de humanização na atenção à saúde por favorecer o entendimento e a reciprocidade dos conteúdos que envolvem o significado da doença, e as atitudes coerentes perante o tratamento e a promoção da saúde e da vida. O desafio consiste em encontrar mediações técnicas com a competência humana para a construção de novas posturas onde a comunicação e o cuidado não sejam negados, mas concretizados da melhor forma possível. Deve ser uma prática fundamentada na combinação de direitos e responsabilidades, onde a ética do cuidado assume uma posição essencial<sup>5</sup>.

Um compromisso responsável de cuidado levará à promoção das pessoas, respeitando e promovendo a expressão autônoma, a realização e potencialização das capacidades, bem como da cidadania e a saúde para todos em um nível compatível com a dignidade humana. O profissional que se move pela ética do cuidado caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua saúde e de conselheiro, no compartilhar de uma jornada. Faz conviver nos encontros a técnica, a afetividade e a eficácia em um clima de empatia, compaixão e cuidado. A Atenção Primária pelas peculiaridades que já foram descritas, requer uma clínica ampliada que articule responsabilidade e direitos, na ponte do cuidado. Não só requer, mas apresenta-se como campo profícuo para que aconteça e se desenvolve, pois o cuidado opera no modo narrativo e contextualizado, próprio da operacionalização da clínica ampliada que se dá na Atenção Primária. De maneira geral, cuidado se faz presente em toda ação que contribua para a promoção e para o desenvolvimento do que faz em toda ação

que contribua para a promoção e para o fomento da vida e da saúde. Cuidar é um ato de respeito à essência da vida, assim como vida e para a vida, pois, de fato, tudo que não é cuidado morre: as plantas, os animais e as pessoas<sup>6</sup>.

## COMUNICAÇÃO E CUIDADO HUMANIZADO

O desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde traz uma série de benefícios, sem dúvida. Mas tem como efeito adverso o incremento à desumanização, pois a suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença. Notamos que a assistência básica à saúde carece de um atendimento humanizado que se refere a adequadas possibilidades de comunicação, muito embora preveja em suas diretrizes o acolhimento e a responsabilidade no atendimento ao usuário do serviço público de saúde. Argumenta-se que o atendimento em saúde pública, pautado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, exige uma mudança na perspectiva tradicional, centrada no médico. O fonoaudiólogo, como profissional da área da comunicação e da saúde, reúne conhecimentos que atendem as necessidades da pessoa de modo integral construindo para tanto, a comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária<sup>7</sup>.

A ciência e a tecnologia tornam-se desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um serviço de saúde pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles. Uma maneira de amenizar a dureza dessa situação é redescobrir que somos gente e que não vivemos sozinhos. Precisamos dos outros como os outros precisam de nós: redescobrir a humanização e o diálogo é fundamental na relação entre

profissional da saúde e paciente. Então, o que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Devemos referenciar a Portaria 1.820<sup>1</sup>, que, no seu Artigo 4º, determina que

Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (...).

Ou seja, para que as necessidades de saúde, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras expressas pelo cidadão sejam acolhidas e asseguradas em termos de tratamento profissional e humanizado. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de *falar e de ouvir*, de escutar a voz do outro, e do diálogo com os nossos semelhantes. Estar frente a frente, “olho no olho”, pessoa a pessoa constituindo uma relação de proximidade, e de afinidade que faz possível a existência do outro, de seus recursos comunicativos (palavras, narrativas, expressões verbais e não verbais) que descrevem sua história de vida e sua percepção de mundo, que compõem a base da comunicação terapêutica. Parece, então, que a humanização, a *comunicação*, e o cuidado, estão intrinsecamente unidos, ao menos contextualmente imbricados. E precisam ser praxicamente articulados e realizados na atenção a saúde, especialmente na Atenção Primária. Nos encontros de cuidado, estão, no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar. São dois iguais em

situações distintas, que em um encontro intersubjetivo têm a corresponsabilidade de construir o cuidado, trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames pode-se dizer que se trata de um encontro de intersubjetividades<sup>8</sup>.

O cuidado não é qualquer tipo de ação, mas tudo que promove vida e saúde, também quanto a sua natureza é um tipo de ação especial. É uma ação promotora de vida e saúde, fomentadora de possibilidades e capacidades, na qual todos os envolvidos são e veem-se como humanos, constroem-se como pessoas. Uma concepção de ética baseada na ação de cuidado centra-se em torno da compreensão da responsabilidade e das relações intersubjetivas. Uma ética da responsabilidade assenta-se no conceito de equidade, no reconhecimento das diferenças nas necessidades, em uma compreensão que dá origem à compaixão e ao cuidado. A ética do cuidado consiste no vínculo entre direitos e responsabilidades, no seio das relações intersubjetivas. Assim, cuidado e responsabilidade parecem intrinsecamente articulados.

Uma maneira de amenizar a *distância comunicativa* entre os profissionais da saúde e a comunidade assistida, é redescobrir a importância da comunicação como meio de interação, compreensão, e constante aprendizagem, pois não vivemos sozinhos, precisamos dos outros como os outros precisam de nós. Esta perspectiva enfática da comunicação na assistência em saúde envolve necessariamente duas condições fundamentais para a integralização dos cuidados: a humanização e o diálogo.

Daí a importância de refletirmos a relação de cuidado sendo beneficiada pelo uso de habilidades comunicativas e da escuta atenta para ampliar as possibilidades de assertividade no cuidado e na promoção da saúde. Argumenta-se que a valorização da escuta e do diálogo desde os estágios iniciais da assistência à saúde, permite ampliar o campo de intervenção multidisciplinar pautado nas competências de comunicação que contornam o vínculo empático. Estes recursos técnicos e atitudinais aprimoram a criatividade, tornando o profissional de saúde mais apto e cuidadoso na prevenção de doenças. Trata-se

de uma integração amplificada na assistência primária, por meio de um trabalho prático que congrega cuidado-técnico e cuidado-ético, movido e motivado pelo espírito do cuidar. Em ambas as condições do cuidado insere-se a *comunicação natural*, porém não inocente, àquela que é sensível às necessidades do sujeito, ancoradas em elementos técnicos e em marcadores temporais para condução do discurso, em que o profissional pode prover a organização das ideias e o tempo necessário para as expressões particulares. Nestas ações, a humanização do cuidado na Atenção Primária passa pelo significado da vida, pelos alicerces éticos de cada profissional, por aspectos culturais, econômicos, sociais e de propensão comunicativa. São recursos indispensáveis para promover e permeiar a cada momento o sentido intrínseco e talvez oculto do cuidado dos profissionais de saúde. Portanto, eles devem valorizar todos os aspectos presentes na vida humana, relacionando-os ao significado por quem os vivencia, especialmente no momento da doença, da dor e do sofrimento<sup>9</sup>.

Uma vez que a vida é movimento, o seu significado passa necessariamente pelos valores e princípios que nos guiam no cuidar e também pelas necessidades de quem é cuidado. Para Millani<sup>10</sup>, à medida que nos preparamos para compreender a valorização do significado da nossa vida e da vida daqueles que cuidamos, seremos capazes de construir um novo momento ético de referência para as relações do cuidar. A adoção de recursos comunicativos podem *maximizar a independência e minimizar as perdas e limitações relacionadas às dificuldades de comunicação*, em específico na área da saúde, a organização do potencial comunicativo pode ser denominada como “gestão ou gerenciamento do cuidado”, que de maneira simples significa o monitoramento ou a sensibilização contínua para uma “leitura das manifestações” e intenções comunicativas, atribuindo significados que preservem a identidade existencial dos interlocutores, bem como a dignidade em diferentes contextos e condições de saúde. Parece simplista dizer que a comunicação como fator de humanização do cuidado humanizado compreende diversos atores: profissional, usuário, instituição e comunidade. Todas estas instancias devem atuar de forma inter-rela-

cionada no desempenho de suas funções e representatividades, o que envolve especial atenção nas habilidades linguísticas e comunicativas que causam impactos diretos nas relações interpessoais. A questão central reside na importância da linguagem aplicada nas relações de comunicação, pois a linguagem pode ser entendida como toda forma de comunicação que obedece a um código, inserido em contextos, realidades e culturas diferentes. O indivíduo ao longo de sua vida constituiu sua linguagem através de experiências, vivências, aprendizados, relações, emoções, sentimentos, conhecimentos, entre outras aquisições que somam na sua biografia o desenvolvimento de habilidades dialogais que podem ser descobertas e utilizadas em seu benefício somente pelo processo de comunicação terapêutica como instrumento de humanização do cuidado<sup>11</sup>.

Sabemos que a comunicação é um tema inesgotável, pois representa um processo amplo e dinâmico e em constante modificação, enriquecido pela heterogeneidade de suas manifestações verbais e não verbais. Um “olhar” atento sobre a dimensão comunicativa favorece a compreensão e a interpretação de diferentes recursos da linguagem que lançam sinais claros sobre a “percepção de mundo” das pessoas. A comunicação representa um meio de comunhão e partilha entre os indivíduos, e os diferenciando por meio de pensamentos e emoções, os quais agregam formatações cognitivas, culturais, psíquicas e afetivas que interagem entre si na construção da biografia de vida de cada ser humano. O que parece ser tão natural, na verdade envolve um refinado e complexo processo de vivências e aprendizagens, que na área da saúde assume proporções imprescindíveis na relação médico-paciente por definir em grande parte a qualidade do cuidado humanizado. Na área da saúde observamos em muitas situações certa assimetria das competências comunicativas entre os interlocutores, por um lado vimos o paciente fragilizado em meio à complexidade de suas necessidades e dificuldade em expressá-las, por outro lado os profissionais com maior domínio das competências comunicativas que por vezes negligenciam a comunicação humanizada e terapêutica, responsáveis por assegurar uma assistência integral aos pacientes e usuários do sistema de saúde.

## COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO

Como refletimos anteriormente, não há como promover saúde sem considerar o contexto no qual o sujeito está inserido. Este princípio deve se harmonizar com a universalidade na Atenção Primária à saúde, associada à integralidade que é o reconhecimento de que cada indivíduo é um todo indivisível, é um ser integral, biopsicossocial, integrante de uma comunidade; e à equidade que é a segurança de que ações e serviços sejam feitos de acordo com a complexidade de cada caso, sem privilégios ou barreiras. Para tanto a capacitação é parte deste processo de educação continuada dos profissionais de saúde com o apoio das universidades e dos pólos de capacitação de saúde. Deve ser oferecido aos servidores da área pela Secretaria Municipal de Saúde. E o Acolhimento e responsabilização, que são relativos à recepção do profissional nas UBS, com responsabilidade integral pelos usuários, avaliando riscos e necessidades.

### ACOLHIMENTO

A implementação da diretriz sobre o acolhimento e a responsabilização exige uma mudança de postura em todo o sistema de saúde a fim de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. “Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e socializar-se com ela”<sup>12</sup>. Encontramos uma estreita interface com a comunicação quando é preciso desenvolver formas de receber os usuários do serviço de saúde, sem impor limites e respeitando o momento existencial de cada um. Considerando o acolhimento como estratégia nos processos de trabalho, ele consiste numa postura e numa ação que deve acontecer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, tendo em vista sua humanização.

Destacando-se como principais objetivos: utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; identificar as necessidades de saúde do usuário; explicar os prosseguimentos aos problemas apresentados

pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços fora da unidade; qualificar o vínculo empático entre o trabalhador de saúde e o usuário, que se deve dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; apresentar com clareza as soluções possíveis, oferecendo segurança ao paciente, bem como agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis; utilizar comunicação adequada para criar circunstância para acolhida, num ambiente em que a privacidade seja respeitada<sup>c</sup>.

### A DIMENSÃO ACOLHEDORA VALORIZA A COMUNICAÇÃO COMO FATOR DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

“Acolher não é dispensar na recepção, é ouvir a queixa, tentar qualificar e identificar as necessidades da pessoa, dar alguma resposta e ou orientação que não é sempre a consulta médica”<sup>13</sup>. O acolhimento consiste em “ampliar a porta de entrada” das ações da assistência primária aumentando seu campo de atuação e para oferecer à população um atendimento menos centrado no imediatismo médico. Esta experiência agiliza certos procedimentos e atividades programáveis de assistência, identificando mais precocemente algumas patologias, e estimulando atividades de prevenção à maioria dos usuários. Trata-se de uma possibilidade de mudança no processo de trabalho a fim de atender a todos os que procuram o serviço de saúde, gerando resultados que assegurem a qualidade da Atenção Primária por parte da equipe de saúde, aumento a resolutividade frente ao crescente número de atendimentos. O acolhimento é a assistência profissional que propõe mudanças na relação com o usuário, e cabe a comunicação clarificar as respostas e as orientações aos usuários e suas famílias em relação a outros serviços de saúde que poderão dar continuidade à assistência, garantindo, assim, um atendimento completo, de forma que todos compreendam e efetivem os procedimentos propostos.

Durante o processo de acolhimento, o profissional deve escutar a queixa, identificar riscos

c. Consultar: Barreiro AE, Hossne D, Sobrinho FSP. Ética e Ouvidoria Pública. In: Perez JRR, Barreiro AEA, Passone E, organizadores. Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas. Campinas: Unicamp; 2011. cap. 3, p. 61-76.

e situações problemáticas e responsabilizar-se por dar uma resposta ao problema. É imprescindível que o profissional tenha uma visão geral e ampla além da queixa ou doença relatada pelo usuário, não tendo como princípio somente a visão especializada de determinada área. O profissional acolhedor deve considerar todas as áreas da saúde – médica, odontológica, fonoaudiológica, psicológica, fisioterapêutica, assim por diante –, além de questões de habitação, alimentação, lazer, segurança, entre outros fatores que constituem e afetam o indivíduo como um todo. A comunicação e o acolhimento são fatores decisivos na reorganização e implementação da promoção de saúde, pois melhoram o acesso aos serviços, aperfeiçoando a integração e o trabalho em equipe, e efetivando um dos pilares da clínica ampliada. Em toda situação em que ocorre um encontro entre usuário e trabalhador de saúde, ocorrem processos de produção de escutas e responsabilizações, os quais se articulam por meio de vínculos e compromissos visando projetos de intervenções para produção de saúde e o controle das angústias e questionamentos relacionado à doença. Assim, o acolhimento é um atributo da comunicação terapêutica como prática clínica que deve ser realizada pela equipe de cuidados, onde todos devem estar preparados para estreitar vínculos e otimizar os serviços de saúde que efetivamente produzam impacto nos processos sociais de promoção da saúde. Essa reorganização do trabalho busca a superação do atendimento de saúde centrado no médico para instituir a atenção em saúde como responsabilidade de todos os profissionais da área, os quais passam a usar a comunicação terapêutica em seu conhecimento técnico-científico para a assistência, escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da unidade. Com base na formação de uma equipe multiprofissional de acolhimento, consegue-se quebrar a verticalidade da organização do trabalho na unidade de saúde, modificando radicalmente o processo de trabalho de todos os profissionais, possibilitando maior interação na equipe.

A comunicação terapêutica e o vínculo empático propõem recursos ao usuário para que ele seja conhecedor das suas condições de saúde, e que compreenda a participação e a contribuição

de outros profissionais da saúde no acolhimento e atendimento. Lembrando que a Legislação Brasileira reserva ao cidadão usuário do SUS: “Art. 4º, IX – a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha”<sup>1</sup>.

## COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Por mais que a palavra “comunicação” esteja presente em diferentes contextos da área da saúde, estudos demonstram que na rotina hospitalar alguns profissionais com pouca ou nenhuma habilidade comunicativa causam impactos negativos nas relações com seus pacientes e familiares; sem preparo suficiente, causam mal-entendidos que abalam a confiança e a segurança do paciente para com a equipe multiprofissional de saúde. Não há como negar que na sociedade contemporânea o valor da “comunicação interpessoal” assumiu proporções exponenciais nas redes virtuais de relacionamento, bem como nas situações presenciais capazes de expressar as dimensões emocionais, intelectuais, motivacionais e afetivas de cada indivíduo. Não obstante, os profissionais da saúde estão inseridos neste contexto em que o “ato de comunicar” vai além de simplesmente informar, devendo o profissional saber lidar com as reações emocionais dos pacientes, utilizando linguagem clara, evitando códigos, abreviaturas e discurso tecnicista. Cabe à equipe de saúde também se responsabilizar pelo sigilo e confiabilidade de todas as informações pessoais, bem como da história de vida do paciente, seu diagnóstico e prognóstico (Art. 5º, Inciso II)<sup>1</sup>. Nessa perspectiva, surge a comunicação terapêutica como uma atividade diferenciada de comunicação na área da saúde, capaz de identificar na narrativa do paciente suas dimensões cognitivo-afetivas, emocionais e culturais, que traduzem boa parte de sua biografia de vida e de seus recursos internos que precisam ser delicadamente percebidos e bem trabalhados pela equipe de cuidados. Regulado pela lei, o médico é o profissional que tem a condição de “portador do diagnóstico” e de orientações de procedimentos secundários. É necessário prestar

informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre: a) queixas; b) enfermidades e hospitalizações anteriores; c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; d) demais informações sobre seu estado de saúde; expressar se o paciente compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas (Art. 6º)<sup>1</sup>.

Para tanto, a “escuta atenta ou ativa” que tem como essência valorizar o outro, torna-se um instrumento fundamental capaz de oferecer prontidão e tempo para valorizar as demandas do paciente e das suas particularidades. O ato de escutar atentamente implica em compartilhar um momento, e buscar significados não só à mensagem recebida, mas à pessoa que transmite seu conteúdo fundamentado na relação de ajuda e interesse pelas suas necessidades. Esse processo que parece ser tão natural, em grande parte se contradiz na realidade hospitalar em função de um cotidiano que silencia os desafios de uma comunicação humanizada, subtraindo do paciente boa parte de seu papel participativo e decisivo sobre o próprio tratamento. É necessário vencer o desejo de dar respostas “prontas” sem antes escutar a mensagem, uma vez que no campo dos cuidados paliativos, estamos diante de um importante e gratificante desafio de capacitar a equipe profissional a desenvolver uma postura interdisciplinar para uma comunicação eficiente e humanizada, em especial na transmissão de más notícias, lembrando o impacto de uma comunicação clara e adequada traz benefícios na aderência e no tratamento, bem como no entendimento entre a equipe multiprofissional. Elementos como a empatia, a escuta atenta, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto emocional, no qual o paciente terá um conhecimento de sua doença e diagnóstico, e o médico agirá segundo seus conhecimentos, experiência clínica e suas capacidades humanas<sup>14</sup>.

Quanto à Portaria n. 1.820, finalmente convém reforçarmos como direto do paciente os Artigos 5º e 6º (em seus Incisos XI), respectivamente, que oferecem poder ao usuário para:

expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras

manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

Comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados.

## **ASPECTOS QUE INTERFEREM NA EFICIÊNCIA DA COMUNICAÇÃO**

O Código de Ética Médica de 1847 já declarava: “A vida de uma pessoa doente pode ser diminuída não apenas pelos atos, mas também pelas palavras ou maneiras do médico”. Comunicar-se cuidadosamente é uma atribuição sagrada para evitar que o paciente se desencoraje, ou desenvolva significativos quadros de depressão, principalmente diante das más notícias que, por vezes, se apresentadas inadequadamente podem interferir no grau de compreensão da situação bem como no processo de relação profissional-paciente e profissional-familiar, comprometendo questões de vínculo e segurança. Portanto, as competências dos profissionais de saúde são fundamentais em termos de sensibilidade e comprometimento na comunicação das informações com transparência, atenção e tempo, utilizando linguagem clara e compreensível. Os familiares, por sua vez, buscam privacidade, uma atitude positiva dos profissionais de saúde, sua competência, clareza e tempo para perguntas. Um dos aspectos que compromete a comunicação é a desconsideração do profissional para com as “tentativas dos indivíduos fragilizados de descreverem o que estão vivenciando, implicando em interpretações equivocadas”. Vale lembrar que apenas 7% da comunicação ocorre por meio de palavras enquanto o restante ocorre por meio de sinais corporais, faciais e paralinguísticos, incluindo a distância física mantida entre os indivíduos. São frequentes as perguntas: “como me comunicar com o paciente na iminência de morte? Devo conversar sempre, permanecer em silêncio, segurar sua mão?”. As respostas apontam para o emprego de códigos não-verbais pré-definidos

pela equipe de saúde como uma alternativa de interagir com o paciente, exercitando a empatia como instrumento neste processo, pela qual se estabelece uma ressonância emocional entre as partes, já que um comportamento empático pressupõe manter-se atento às expressões emocionais do interlocutor, favorecendo a prática de ações para si próprio em uma situação semelhante.

O momento de comunicar é um momento delicado e crucial para a equipe e os pacientes, por isso que o vínculo empático é determinante na forma como o paciente compreenderá e se ajustará à sua nova situação. Paradoxalmente, mesmo diante de objetivos tão simples, a comunicação entre equipes de saúde e pacientes nem sempre ocorre de forma satisfatória, com pouca empatia e grande controle por parte dos profissionais, dificultando a percepção e a valorização correta da aflição dos pacientes e de seus familiares. São atitudes frequentes que corroboram a deficiente preparação das equipes de saúde em termos de habilidades gerais de comunicação, principalmente na forma de revelar informações de resultados negativos no curso da evolução de uma doença. A equipe de saúde pode e deve proporcionar ao paciente uma assistência de qualidade integral e humanizada, mas é necessário assimilar habilidades de comunicação: escutar bem, não mentir nunca, evitar uma conspiração de silêncio, evitar a falsa alegria, não descartar uma possível esperança e aliviar a dor, como reforçam<sup>15</sup>. Assim, o emprego adequado da comunicação constitui-se em um dos pilares básicos e uma medida terapêutica comprovadamente eficaz. As informações prestadas ao usuário (paciente e responsáveis) devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.

A comunicação terapêutica é a condição básica para a construção de uma relação de segurança e sensibilidade que permeia todo o processo terapêutico, com grande relevância no contexto de cuidados paliativos onde as relações interpessoais são partes do ancoramento emocional. O desconhecimento das técnicas de comunicação terapêutica acarreta posturas de afastamento dos profissionais para com os pacientes, evitando o contato verbal e a construção de um vínculo nas situações de morte iminente e de transmissão das más notícias. Esse vínculo considera o reconhe-

cimento de si (onde o sujeito possa conhecer de novo seus conteúdos mentais e a partir daí resignificar suas experiências), o reconhecimento do outro, e pelos outros. Destacam-se três fatores essenciais da comunicação terapêutica: transmissão, recepção, e canais que podem ser verbais e não verbais todos eles com forte perspectiva de observação do comportamento do paciente e de seus familiares no processo de acolhida e de conversas espontâneas durante o atendimento.

Há quatro pressupostos que identificam este universo comunicativo: O primeiro pressuposto destaca que a mensagem também carrega consigo sentimentos evidenciados pela linguagem não verbal, ou seja, a atenção não ocorre só por meio de palavras, mas o “silêncio comunica”; o segundo pressuposto considera que a relação pode ser verdadeira até o final, desde que se preserve o limite do que pode ser feito em cada caso. O terceiro pressuposto aponta para a clareza e a objetividade da comunicação entre a equipe multiprofissional de modo a garantir uma linguagem compreensível, objetiva coerente e harmônica. O quarto pressuposto destaca a importância do “ser adequado” agindo com coerência e oferecendo o tempo necessário a assimilação gradual das instruções do plano de cuidado. Para que esses recursos sejam reconhecidos e utilizados com êxito, é necessário que um novo paradigma de profissional da saúde seja adotado de modo a permitir que cada profissional esteja apto a identificar tais recursos, ao mesmo tempo em que esteja preparado a aplicar as ferramentas que a ele se disponibilizam por meio da comunicação terapêutica. A partir destes recursos, a comunicação terapêutica não se restringe à atitude de simplesmente informar, na realidade é um processo que envolve vínculo empático e compreensão mútua de apoio. Exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro, busca respostas adequadas diante dos questionamentos e, por fim atua para além da “simples presença”, ou seja, para de fato estar ao lado da pessoa demonstrando forte presença empática.

O *diálogo integrador* é considerado uma característica imprescindível para a constituição da comunicação terapêutica, e cabe destacar que a comunicação presumida deve ser evitada; ela ocor-

re quando o paciente manifesta suas ideias, presumindo que o interlocutor esteja compreendendo perfeitamente o conteúdo de toda a mensagem, ou seja, pensando que o ouvinte “subentenda”, suponha e conclua antecipadamente as intenções e finalidades do falante, partindo de uma “falsa percepção de concordância de linha de pensamentos” e sobretudo, de ações que decorrem deles.

Assim, também se deve evitar a *comunicação antecipada* que conclui as ideias e intenções do interlocutor “atropelando” a finalização da mensagem gerando erros de interpretação do discurso. A *comunicação confrontativa* invade as motivações emocionais do interlocutor com comparações piores do que está sendo dito, causando distanciamento e antipatia<sup>16</sup>. Estes são exemplos levam a “distúrbios de comunicação” que se instalam no processo relacional prejudicando enormemente a harmonia e a assertividade das práticas de atendimento. O profissional deve se comunicar de maneira natural, com clareza de pensamentos e intenções, se valendo de uma linguagem respeitosa, aberta e simplificada com o paciente e seus familiares. É interessante validar por meio da fala “do outro” se realmente houve a compreensão adequada e assertiva do que foi finalizado. Este compromisso social do profissional repercute no processo de acolhimento, valoriza a escuta ampliada e qualificada, que busca ir além dos significantes verbais e imediatos, demonstrando disponibilidade ao mesmo tempo ativa e seletivamente construtiva. A escuta não pode ser pontual nem unilateral (apenas uma das partes escuta ou se escuta apenas uma das partes), devendo revelar uma disponibilidade permanente e multilateral. Porque o diálogo pressupõe a expressão do próprio desejo e a pergunta sobre o desejo do outro, a escuta não se restringe, por isso mesmo, aos aspectos meramente profissionais, porque o problema não está apenas na eficiência ou na qualidade da prestação dos serviços, mas na qualidade das pessoas, e pessoas são mais do que seu papel profissional.

Um último aspecto a ser abordado diz respeito aos guias e protocolos de comunicação que podem despertar para pontos de adequações na comunicação, mas nem todos aplicáveis nas diferentes culturas e estruturas de assistência à saúde. No entanto, parece viável pensar que com base

nos eixos temáticos desses materiais pré-elaborados, seja necessário adaptar com coerência e legitimidade algumas de suas propostas. Uma vez compreendida a essência desses protocolos, é possível avançar para um “treino” das perícias de comunicação e das competências que fazem parte integrante das aptidões de qualquer profissional. Fazendo uma breve referência ao *Protocolo de Buckman ou Spikes*<sup>17</sup> (usado na transmissão de más notícias), cabe resgatar seus pressupostos que são aplicáveis a outras circunstâncias de comunicação no campo da saúde. O protocolo valoriza as condições físicas e emocionais do paciente, buscando oferecer aos profissionais da saúde, um guia metodológico para capacitação de como comunicar adequadamente por meio de uma abordagem sistematizada. Pode ser uma proposta válida para organizar, capacitar e valorizar a comunicação, garantindo ao paciente suas possibilidades reais de autonomia e protagonismo nos processos decisórios em conjunto com a equipe interdisciplinar. Um caminho altamente promissor para a qualidade da relação profissional-paciente com base na comunicação franca e bem construída. O protocolo é dividido em seis etapas: 1) postura do profissional; 2) percepção do paciente; 3) troca de informações; 4) conhecimento do assunto; 5) capacidade de explorar e enfatizar as emoções; 6) finalização da conversa - Síntese.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do artigo foram descritos aspectos teóricos e práticos da comunicação, visando fomentar reflexões sobre a comunicação terapêutica como fator de humanização na Atenção Primária, um desafio em assegurar o cuidado integral e aliar a verdade dos fatos com sensibilidade humana no exercício profissional.

É importante destacar que a comunicação no âmbito da saúde pública não é um mero “opcional”, um “extra”, mas é um componente vital, inerente e necessário, razão pela qual no currículo de formação dos profissionais de saúde cada vez mais se inclui o aprofundamento de questões relacionadas à comunicação. O desempenho da comunicação eficiente é condição determinante na qualidade do vínculo empático em todas as ins-

tâncias do atendimento, desde a porta de entrada do SUS, na Atenção Primária, até as intervenções clínicas e de reabilitação. Desenvolver a comunicação terapêutica exige clareza, verdade e sensibilidade nos momentos das escolhas e decisões. Para tanto, a estabilidade emocional e as atitudes de apoio ao paciente expressos pela assertividade comunicativa, são condições essenciais para a equipe multiprofissional adquirir e compreender as interrogações, silêncios e as reações do paciente e de seus familiares. São oportunidades em que a comunicação não se impõe, e sim, agrega, aproxima e constrói relações de confiança e de fortalecimento. A condição por vezes vulnerável dos pacientes e de seus familiares nos remete a uma reflexão do quanto à escuta e a comunicação terapêutica se tornam duas vertentes que qualificam a relação do cuidado. Ambas as competências valorizam a troca de percepções, experiências, conhecimentos, desejos, sentimentos e emoções, mediadas pelas técnicas criadas para o aprendizado da boa comunicação. Assim, as habilidades comunicativas estabelecem boas oportunidades para a relação interpessoal com os usuários, essencial a todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à saúde.

Olhar para esta realidade de ações nos enriquece em possibilidades de construção da qualidade segura na atenção à saúde por meio de atitudes práticas e coerentes que ampliam a clínica de assistência. A aquisição de habilidades não se faz somente pelo acúmulo de experiências, mas também pela aprendizagem de técnicas para condutas coordenadas e humanizadas, o que justifica um padrão de postura ética no dia a dia junto com os usuários. É importante reiterar que os protocolos de comunicação fracassariam nas mãos do profissional que entende a comunicação como um “assessorio” de competência meramente informativa, minimizando seu caráter relacional. É preciso ter como essência a tríade da sensibilidade, do interesse e do respeito

“pelo outro”, bem como dos referenciais éticos que antecedem os modelos teóricos de técnicas comunicativas, atitudinais ou linguísticas. Esta tríade edifica a comunicação terapêutica como uma dimensão humana nas relações de cuidado que precede seu papel informativo, e objetiva a qualidade de vida, o cuidado integral e a dignidade ao paciente.

Uma vez que a Fonoaudiologia é uma ciência cujo objeto de estudo é a comunicação humana, o fonoaudiólogo pode atuar no processo de acolhimento, criando um espaço de escuta e reflexão a respeito dos problemas da comunidade. Contribui de maneira enfática para oferecer melhores condições e adaptações comunicativas ao indivíduo. A aquisição de perícias não se faz somente pelo acúmulo da experiência clínica, mas, sobretudo pela aquisição de conhecimentos e aprendizagens específicas, constituídos no vértice da comunicação para uma prática de assistência eficiente e humanizada. A situação do acolhimento envolve minimamente duas pessoas, encontrando-se uma delas no papel de prestador de um serviço profissional e a outra no papel de usuária desse serviço. Assim, o papel que cada um desempenha em uma dada situação é apenas parte de sua vida e de sua identidade como pessoa.

A humanização do cuidado passa pelos alicerces éticos de cada profissional, por aspectos culturais, sociais e de comunicação. São condições essenciais para promover o sentido intrínseco, e talvez oculto do cuidado dos profissionais de saúde. Eles devem valorizar todos os aspectos presentes na vida humana, relacionando-os ao significado por quem os vivencia, especialmente no momento da doença, da insegurança e das incertezas. Ao buscar compreensão do significado da vida no processo de cuidar, há necessidade de ultrapassar as atribuições técnicas do profissional, para desenvolver a capacidade de compreender o ser humano, como é sua história de vida, seus sentimentos e seu sentir.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União. 14 de agosto de 2009; Seção 1, n. 155.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

3. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1690-9.
4. Zoboli ELCP. Bioética e Atenção Básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. São Paulo, Brasil. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):195-204.
5. Bertachini L, Gonçalves MJ. A Comunicação como fator de Humanização da Terceira Idade. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo; 2004. p. 113-23.
6. Zoboli ELCP, Pegoraro PBB. Bioética e Cuidado: o desafio espiritual. São Paulo, Brasil. *Mundo Saúde*. 2007;31(2):214-24.
7. Almeida EC, Furtado LM. Acolhimento em Saúde Pública: a contribuição do Fonoaudiólogo. *Rev Ciênc Méd*. 2006;15(3):249-56.
8. Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo; 2004.
9. Bertachini L. Envelhecer: desafios, valores e dignidade (vídeo). The 18th congress of the International Association of Gerontology. Rio de Janeiro, June 26-30, 2005.
10. Millani HFB. A humanização do cuidar e a ética. São Paulo, Brasil. *Rev Digital Comun Saúde*. 2006;3(5).
11. Bertachini L. A comunicação de más notícias: um desafio no processo terapêutico. In: Mortiz RD. *Conflitos Bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011. p. 71-87.
12. Campinas (Município). Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Programa Paideia. Campinas. 2001 Out [acesso 8 Mai 2005]. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>
13. Bianchini MLD. Relato de experiência do Centro de Saúde do Jardim Ipaussurama, Campinas, sobre acolhimento. 2001 Nov [acesso 28 Abr 2005]. Disponível em: [http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo\\_acolhimento.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm)
14. Bertachini L, Gonçalves MJ. Comunicação na Terceira Idade. *Mundo Saúde*. 2002;26(4):483-9.
15. Callanan M, Kelley P. *Gestos Finais: como compreender as mensagens, as necessidades e a condução especial das pessoas que estão morrendo*. São Paulo: Nobel; 1994.
16. Bertachini L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo; 2011. p. 103-26.
17. Buckman R. *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992.