

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS

Maria Rosana Ferrari Nassar
Faculdade de
Relações Públicas/ PUC-Campinas

RESUMO

A capacitação exigida para a prática profissional íntegra, ética e humanizada acentuou a discussão sobre a formação médica. O ensino incorpora o desafio de ajustar ou retomar a origem humanista da medicina e a inserção de disciplina da área de comunicação se constitui importante contribuição para a humanização do relacionamento entre médico e paciente, visando ao desenvolvimento de habilidades e competências comunicacionais.

Palavras-chave: Comunicação; Saúde; Humanização; Medicina; Currículo.

ABSTRACT

The demanding capacitation for the honest, ethical and humanized professional practice has emphasized the debate on medical education. Teaching has embodied the challenge of adequating or retaking the medicine humanist origin and the subject of communication area insertion constitutes an important contribution for humanizing the relationship doctor and patient, aiming the development of communicative abilities and competences.

Key words: Communication; Health; Humanized; Medicine; Curriculum.

INTRODUÇÃO

A ciência e o desenvolvimento tecnológico são marcas da sociedade contemporânea e perpassam todos os segmentos. Conhecimento e informação são os elementos que se juntaram ao capital como sinônimo de poder, ainda que continuem sendo distribuídos de forma desigual e inacessível, para muitos. Capital e conhecimento constituem-se, portanto, elementos estratégicos da nova era, marcada pela demanda crescente da inovação tecnológica em todos os níveis. O setor médico encontra-se especialmente privilegiado por essas inovações, que acabam influenciando o seu funcionamento; os princípios que o orientam; o comportamento; as relações pessoais e a qualidade dos serviços prestados. A face perversa desse intenso desenvolvimento não demorou a aparecer. A avalanche tecnológica potencializou o caráter excludente do conhecimento científico e da tecnologia que ele produz, visto que significativa parcela da população não tem acesso aos cuidados básicos com a saúde, quanto mais aos que há de mais moderno em tratamentos, equipamentos e medicamentos.

A repercussão dessas transformações em países como Brasil encontra-se impregnada pelas condições históricas, sociais e econômicas que moldaram a estrutura nacional. Nesse sentido, os questionamentos sobre as possibilidades, os riscos, os processos políticos e sociais de acesso a esses recursos refletem esse quadro, assim como influenciam o mundo do trabalho, a educação, a capacitação profissional e também a prática médica. Desse modo, o objetivo deste artigo é promover a reflexão sobre as definições de saúde e comunicação e da interação necessária entre ambas numa sociedade em que a informação e o conhecimento representam categorias de poder. Apresentaremos uma análise crítica sobre a comunicação na formação do médico, sem a intenção de esgotar o assunto, visto que esta análise constitui um dos muitos enfoques em que a interação pode ser buscada. Pretendemos contribuir para a consolidação do campo da comunicação e saúde, na perspectiva transdisciplinar, para a compreensão do significado estratégico da comunicação na construção de uma prática médica humanizada, evidenciada pela inclusão de disciplina da área de comunicação no currículo de medicina, apta a identificar e desenvolver habilidades para o manejo de métodos, técnicas e instrumentos de comunicação no âmbito do relacionamento médico – paciente.

1. O CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL

As mudanças trazidas pelo neoliberalismo não conseguiram transformar o quadro de intensa exclusão social, determinada pela alta concentração de renda nas mãos de poucos, além da instabilidade econômica constante decorrente da vinculação ao capital internacional. Considerando esse quadro, a Constituição Federal de 1988 representou um avanço, ao menos do ponto de vista formal, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da democratização do acesso, da distribuição equitativa de recursos e da justiça social. O Sistema de Saúde, composto pelos setores público e privado, tem grande relevância social, principalmente quando consideramos o paradoxo de um país emergente, no qual convivem doenças típicas do subdesenvolvimento (decorrentes da pobreza, da fome, da falta de saneamento básico, de educação) e o que há de mais avançado e moderno em tecnologia e pesquisa na área médica. Os problemas enfrentados pelo SUS refletem o embate entre interesses políticos, ideológicos, econômicos e tecnológicos de diversos agentes e a lógica do mercado neoliberal, para o qual interessa o rendimento e o lucro, sem levar em conta a realidade social, as condições e as necessidades de significativa parcela da população.

No setor privado, com a ânsia pela disputa puramente mercantilista, os investimentos se centram na alta tecnologia, na transformação de hospitais em centros hoteleiros de alto nível, de forma a seduzir poucos que podem pagar. Os planos de saúde apresentam-se como alternativa à ineficiência da saúde pública. Contudo, as maravilhas apontadas na hora da venda desaparecem, quando o usuário necessita do serviço. Enquanto isso, o setor público vive o crônico problema da corrupção, do desvio de dinheiro, de escândalos de superfaturamento, da baixa remuneração dos profissionais, da falta de equipamentos, leitos, médicos e funcionários impedindo um atendimento digno.

Num cenário de desigualdade social, realizar os princípios declarados na Constituição Federal de 1988, ou seja, tornar o acesso à saúde um direito de todos, pressupõe a capacidade de mobilização dos cidadãos, dentre os quais se incluem as categorias profissionais. A capacidade de mobilização, por seu turno, está associada à educação e à informação. Os cidadãos informados de seus direitos, os profissionais exercendo os valores da formação integral e humanista evidenciam o pano de fundo ético que orienta essa discussão, no âmbito das instituições públicas ou privadas. Assim, considerando que a prática médica está assentada em alguns princípios fundamentais como o bem estar e a autonomia do paciente e a justiça

social, consoante valores preconizados em vários documentos legais e institucionais, devemos assumir que essas diretrizes devem orientar a boa prática profissional, que estabelecerá as bases da relação entre a medicina e a sociedade. Isso nos remete para a questão da formação do médico, da responsabilidade das escolas, visto que somente um modelo de formação ética poderá incidir nas ações para aprimoramento do modelo de saúde e no exercício efetivo da cidadania.

2. HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS: A RECONSTRUÇÃO DO RELACIONAMENTO MÉDICO – PACIENTE

Vive-se o progresso dos procedimentos médicos, com o avanço das técnicas, da tecnologia e dos medicamentos; vive-se a intensa segmentação do conhecimento, com o surgimento de especialidades, que dominam técnicas e métodos cada vez mais restritos. Vive-se, também, o distanciamento no relacionamento médico-paciente e o desgaste da imagem profissional, em razão de inúmeros fatores estruturais tais como “a degradação do ensino, a proletarização da carreira e a corrupção que se alastra por todo o sistema de saúde” (Bueno,1996). Vive-se a reflexão sobre a volta da medicina à sua origem humanista, de valorização do homem e da vida como bem supremo.

Ao refletir sobre a humanização das práticas médicas, torna-se inevitável a referência ao conceito de ser humano, uma vez que a partir dele pode-se conhecer as orientações e os relacionamentos estabelecidos com as organizações e como elas se estruturam. O conceito de ser humano conheceu algumas conotações confinadas às áreas específicas, reduzindo-o a um determinado segmento. Assim, a idéia de homem restrita aos termos da biologia, por exemplo, limita-o a sua condição genética, que, sendo conhecida e dominada por outro (saber/poder técnico), coloca o indivíduo/paciente na condição de passividade. A idéia de homem também pode estar impregnada pela religião, colocando-o como objeto digno de caridade, de piedade. A pessoa doente representa a oportunidade de demonstrar os sentimentos cristãos, a bondade, que muitas vezes encobre a submissão e revela a conformação. Na visão de homem focada na idéia de indivíduo, de ser único dotado de garantias e direitos fundamentais, oponíveis contra o próprio Estado, nascida na Revolução Francesa, revela-se prerrogativa de poucos, já que não há condições reais de igualdade entre os indivíduos, além de excluir a idéia do coletivo, do todo, do outro,

enquanto, a concepção de homem como sujeito realiza a idéia da interioridade (eu) e da coletividade (outros). A noção de homem assume, então, a condição simbólica de representação. Contudo, nessa dimensão o outro é transformado em objeto, ocorrendo o distanciamento ao que a lógica racional conduz inevitavelmente à manipulação e exploração, esvaziando o conceito. Como mais recente estágio, temos a idéia de homem como pessoa, constituída da dimensão objetiva (qualidade do ser único) e da dimensão social (representação do outro, coletivo, todo), de modo que somente um sistema fundado nessa concepção é capaz de pleitear a superação das injustiças de qualquer natureza. Tal concepção tem como fundamento os postulados da ética, na retomada da visão integral do homem como fim de todo conhecimento e estruturas organizacionais criadas. Com efeito, a organização dos serviços de saúde se construiu de modo vertical, com grande centralidade administrativa (controle/poder), em razão do conhecimento específico que representa. Esse modelo de organização afastou-se do paciente e passou a focar a doença. O movimento pela humanização compreende, portanto, um amplo espectro, que abrange os modelos de gestão, a formação integral de médicos e outros profissionais da área da saúde; a assistência multidisciplinar; a promoção da saúde; a prevenção; a educação; a garantia do acesso às modernas tecnologias e procedimentos; o respeito aos direitos do paciente e sua autonomia, retomando a importância do sujeito (paciente).

3. O ENSINO MÉDICO: O PERFIL DO PROFISSIONAL

A década de 80 foi marcada pela retomada do processo democrático no Brasil, que exigiu novo modelo jurídico que sustentasse a abertura política, as liberdades reconquistadas e os direitos sociais. O ápice da reconstrução da moldura político-jurídica aconteceu com a promulgação da Constituição Federal em 1988. No que diz respeito à saúde, a Constituição de 88 trazia referência ao SUS, às diretrizes organizacionais que deveria seguir, mas somente em 1990 foi promulgada a Lei 8.080 (Lei Orgânica do SUS), que definiu sua estrutura. Esse foi um evento significativo para o ensino médico brasileiro, visto que expôs deficiências e debilidades ante a incapacidade de formar profissionais para atender às novas exigências sociais. Contudo, há que se registrar que a preocupação com o ensino médico já ocorria em nível internacional, tanto que nesse mesmo período houve grande mobilização de organismos internacionais no sentido de discutir a crise no ensino médico, repercutindo na construção de documentos importantes para as

propostas de mudança que se seguiram em termos de políticas públicas no Brasil. Porém, a crise no ensino médico insere-se no quadro mais amplo da crise da saúde, da educação e da universidade, pois conforme assevera Almeida (1999, p.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”. Não se pode perder de vista que a escola médica reflete a crise geral e reproduz, muitas vezes, as deficiências e injustiças do sistema político e econômico. De tal sorte que, em relação ao ensino médico, se pode afirmar que “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, p.111).

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 para o 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 e de trabalho, apresenta-se, também, uma realidade contundente: a precarização, ou seja, a redução dos postos formais de trabalho assalariado, que inviabiliza o acesso à educação e aos direitos sociais, de forma geral. Essa é uma das contradições do modelo neoliberal.

Sobre o papel da universidade, do ensino médico e da saúde, Belaciano (*apud* Almeida, 1999, p.132) assinala que “a sobrevivência da universidade depende de sua reinserção na sociedade, da construção de novas relações e de um novo papel socialmente mais relevante e a mudança da formação do médico tem que se dar ancorada nessas novas necessidades”. O autor pondera, também, que a transformação da universidade não se fará sem a participação de atores externos, assim como a transformação da saúde não ocorrerá sem a efetiva participação da universidade. A universidade é uma instituição social, onde se desenvolve o processo de ensino/aprendizagem e a produção de conhecimento. Deve realizar mais que a capacitação profissional, a formação integral do ser humano, por isso, não deve declinar de sua dimensão ético-política. Deve ter consciência de sua responsabilidade social, uma vez que realiza atividade de interesse público, mesmo quando constituídas sob a forma de instituições privadas. A ela cabe tomar a frente do processo de transformação da sociedade com justiça social.

4. COMUNICAÇÃO E SAÚDE: O RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina, refletindo a preocupação em garantir flexibilidade, diversidade e qualidade da formação, preconizando a articulação entre as diretrizes do SUS⁷ e os princípios consignados na Constituição Federal de 1988, baseados em valores como qualidade, eficiência e resolutividade, pretendem orientar a construção de currículos compatíveis com a nova realidade e abordagens contemporâneas. Estabelecem, dentre as competências gerais a serem desenvolvidas, a comunicação e reforçam que os currículos devem contemplar as ciências humanas e sociais, referindo-se especificamente a conteúdos que envolvam a comunicação¹. Refletem, portanto, a necessidade de conceber currículos capazes 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, p.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.

A interação entre comunicação e saúde não é tema novo, mas passou a exigir nova abordagem a partir da década de 80, diante do cenário econômico, social e político em que viviam países como o Brasil, com um histórico de condições desiguais de acesso à saúde. Tanto que Epstein (s.d., p.01) pondera que essa aproximação constitui-se numa mudança paradigmática no campo de saúde. É justamente nessa perspectiva que vislumbramos a inserção da disciplina de comunicação no currículo de medicina, como mais uma possibilidade de interação entre ambas.

Nos anos 90, avançou-se significativamente na reflexão sobre essa interface, que repercutiu em vários aspectos e enfoques, com o esforço em se criar uma base de sustentação teórica entre ambas, conforme assinala Natanshon (2004, p.48): “tal aproximação é observada em instituições acadêmicas que nos últimos anos têm realizado um esforço no sentido de construir elos teórico-metodológicos. Instituições de ambos os campos têm criado núcleos de referência, assessorias e grupos de trabalho que vêm promovendo o debate na temática em diferentes fóruns,

realizando pesquisas, editando publicações, capacitando profissionais da saúde e da comunicação”. Contudo, a inserção de disciplinas da área de comunicação não ocorre sem conflitos ou resistências, como também reconhece Natanshon (id., *ibid.*). Alguns cursos destinados à área de saúde pública, principalmente, já contemplam a comunicação, especialmente em nível de pós-graduação. De qualquer forma, a resistência precisa ser superada em nome da formação integral e humanizada do médico. Epstein (s.d., p.1) afirma que “no caso dos paradigmas dos sistemas de saúde, a comunicação, um ator que sempre existiu, mas raramente foi reconhecido como protagonista principal, tinha sua ação circunscrita a de um simples coadjuvante na dramaticidade do ato médico”. Ao saírem dos bancos escolares e atuar profissionalmente, os médicos têm a base de suas atividades permeadas pelos relacionamentos, sem que tenham tido nenhum preparo acadêmico nesse sentido, quando a comunicação pode oferecer amplas possibilidades de melhora do relacionamento interpessoal, segundo Epstein (s.d., p.1), que assinala que: “a boa comunicação pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde. Ao nível da comunicação interpessoal isso começa a ser reconhecido oficialmente.”

Oliveira (2002, p.64) argumenta, com propriedade, 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 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 entre duas visões de mundo diferentes (...)”. Nesse momento, o paciente “lança mão de uma série de mecanismos e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que o forcem ao encontro, qual o linguajar a ser utilizado para descrever ao médico o que sente, que roupa vestir na consulta, e assim por diante. Em última análise, como o indivíduo se prepara para esse momento, como se comporta nele e qual a ‘bagagem’ que carrega consigo. Portanto, quando mencionamos ‘comunicação’, também queremos dizer que há produção de significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente presente” (OLIVEIRA, 2002, p.65). Desse modo, a consulta assume papel fundamental para o estabelecimento das bases do relacionamento. De acordo com Ferreira, Ribeiro & Freitas (2002, p.77), trata-se do 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”), pois a maior quantidade de consultas significa mais dinheiro. A desvalorização da consulta, a limitação do tempo de escuta e atenção ao paciente faz com que “a relação interpessoal seja insatisfatória,

perdendo-se a oportunidade terapêutica que ela encerra. Aspectos vitais, como a confiança, a aderência ao tratamento, a formação de vínculo que possibilite a continuidade, a negociação e participação nas tomadas de decisão são prejudicadas” (FERREIRA, RIBEIRO & LEAL, 2002, p.74-75). É preciso recuperar o valor (não monetário) da consulta, mas também é necessário preparar o médico para escutar e comunicar-se eficientemente com o paciente, conseguindo maiores informações sobre o seu estado de saúde, estimulando sua autonomia e participação no tratamento. Isso implica romper com a forma usual de comunicação, na qual se evidencia o poder exercido pelo médico e com a imagem desse poder idealizada pelo médico, paciente e sociedade.

A palavra comunicação comporta dois sentidos em sua origem etimológica: o de partilhar algo e dar conhecimento, informar. No sentido de informar, a relação entre os sujeitos (emissor/receptor) é hierarquizada e menos sujeita à mudança (geralmente caracteriza sistemas autoritários). No sentido de partilhar algo, é entendida como um processo horizontal, caracterizado pelo diálogo (estabelece um processo dinâmico de emissão/recepção – recepção/emissão), construindo e (re) construindo significados. É nesse sentido que entendemos a interação entre comunicação e saúde, especificamente no relacionamento médico – paciente. A comunicação entre médico e paciente tem-se caracterizado pela comunicação verticalizada (formas de interdição das falas, silêncios, passividade) visto que está impregnada do poder do médico (detentor do saber técnico), que inibe a manifestação do paciente. Com efeito, nestes novos tempos, uma das reclamações mais comuns dos pacientes diz respeito à falta de atenção do médico. As consultas são rápidas: os médicos não escutam seus pacientes. Em outras palavras: a falta de comunicação é uma das principais queixas. Reclamam, ainda, da medicalização, ou seja, do tratamento, durante o qual a alta tecnologia substitui o contato direto, mais próximo e atencioso realizado pelo médico preparado³.

O relacionamento constitui a base da atividade médica e fundamental no tratamento, quando o médico representa para o paciente vulnerável a possibilidade de cura. Nesse contexto, adquire força o movimento pela reaproximação da medicina de sua origem humanista, na administração de hospitais, de outros serviços de saúde (públicos e privados) e nas práticas médicas, entre os pacientes e os agentes da cura.²

A comunicação envolve todos os sentidos e ações das pessoas e atua como facilitador ou como entrave à integração com o interlocutor. Na forma de comunicação horizontal, o ato de falar, intervir, participar são ações que se esperam

do paciente, possibilitando essa integração. A mediação do relacionamento por essa forma pressupõe a capacitação para expressão do médico. Mediação porque compreendemos a consulta como uma etapa do relacionamento, envolvida num contexto cultural, histórico e social, onde, conforme declaram Ferreira, Ribeiro & Leal (2002, p.54-55), “as qualidades pessoais do médico, sua cultura técnica e humanística e especialmente suas atitudes, são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e comunicação”.

Oliveira (2002, p.67-68) pondera, resumindo contribuições das análises feitas por Calnan, Foucault, Boltanski e Bodstein, que “em cada cultura, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados mediante esse sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos. Os pacientes e os agentes de cura são componentes básicos do sistema, estando imersos num contexto de significados culturais e de relações, não podendo ser entendidos fora dele”. Desse modo, o ensino da relação entre médico e paciente se constitui num grande desafio para as escolas de medicina e seus 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 e eficaz.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da medicina é um processo complexo que envolve aspectos culturais, sociais, econômicos e sujeitos (médicos, pacientes e seus familiares) que devem assumir seus papéis, exercendo a capacidade de mobilização dos direitos sociais consignados nos textos legais e tornando a cidadania efetiva. Envolve, ainda, a escola médica (administração, professores e alunos) e a articulação de todos esses agentes com a ação do Estado. Nesse cenário, o papel da universidade ganha destaque como instituição social que exerce função de interesse público. A construção de sua relevância social, porém, não se faz de modo isolado. É preciso que se abra à participação da sociedade. A universidade tem o compromisso de formar profissionais tecnicamente habilitados, mas também sensíveis às questões da pessoa humana e pode realizá-lo por meio de currículos que contemplam a formação integral, da construção de um modelo pedagógico que viabilize esse objetivo. E nesse sentido é fundamental que considere a contribuição que as ciências

humanas e sociais podem oferecer. A interação de outras áreas do conhecimento no campo da saúde tem sido bastante discutida nos últimos anos. As ciências sociais e humanas têm participado efetivamente dessa reflexão como um novo enfoque para a compreensão do processo saúde/doença, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, envolvendo a revisão na formação dos profissionais que atuam na área com a inserção da disciplina de comunicação no currículo. A aproximação entre as áreas de comunicação e saúde representa contribuição concreta na realização dos valores fundamentais consignados nos documentos legais. Essa interação tem amplo espectro, várias possibilidades e diversos enfoques.

O relacionamento entre médico e paciente é um dos desafios a ser enfrentado pela escola, pois não se pode confiar que o tempo e a prática cuidem de ensinar, nem tampouco pretender que seja uma característica inata do profissional. A base do relacionamento entre médico e paciente é a comunicação e a competência e habilidade para se comunicar pode ser construída. A comunicação se constitui numa área de conhecimento com sólido referencial teórico para desenvolver capacidades nesse sentido e pode contribuir para a prática profissional eficiente e humanizada. Desse modo, a introdução da disciplina de comunicação no currículo de medicina permitirá a modificação da idéia de comunicação usualmente mantida entre médico e paciente, dominada pela imagem de poder idealizada desde os tempos da escola. Permitirá compreender que a comunicação vai além das palavras, a explorar as possibilidades da comunicação não-verbal (mensagens desprovidas de palavras), que faz parte de nosso dia-a-dia, mas exige sensibilidade e atenção para converter-se num meio de comunicação eficiente; que escutar o paciente implica estar atento às variações da fala, à entonação, às pausas, à capacidade/habilidade para exercer e combinar essas informações; que interpretá-las com o auxílio da linguagem verbal agrega valor inestimável ao desempenho profissional. Ouvir o paciente exige valorização, disponibilidade e competência. E isso a comunicação como conhecimento organizado, sistematizado pode oferecer.

NOTAS

⁽¹⁾ 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).

⁽²⁾ Sobre a possibilidade de ensinar/aprender a respeito do 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 isso, 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”.

³ Natanshon (2004, p.43) afirma a esse respeito da medicalização que: “A partir dos 70, uma concepção tecnocrática do saber médico, baseado num saber técnico superior e, portanto, autoritário em relação a quem não sabe; um enfoque cientificista, que nega outro saber que não seja o científico e se mostra como saber politicamente neutro, uma tendência medicalizante. Cada vez mais áreas da vida caem sob o controle da medicina, com a conseqüente reprodução ampliada das relações de poder que ela veicula. Além disso, consolida-se um enfoque mercantilista, pois a saúde passa a ser uma atividade lucrativa, uma mercadoria estabelecendo-se uma relação de mercado entre o médico e o doente.”

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. 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.

BUENO, W. da C. In: LOPES, B. e NASCIMENTO, J. (orgs.) *Saúde e Imprensa – o público que se dane!* Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

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

FERREIRA, E. C., RIBEIRO M. M. F. & LEAL, S. S. *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, J. *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.

MARTINS, P.H. *Contra a Desumanização da Medicina*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NASSAR, M. R. F. *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 Tecnologias de la Información y Comunicación. www.eptic.com.br. Vol. VI, nº 2, mayo – ago, 2004. 26/10/2004

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

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

SÉVE, L. *Para uma Crítica da Razão Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

SANTOS, B. de S. *Um Discurso sobre as Ciências*. 7ª. Ed. Portugal: Edições Afrontamento, 1995.