

A ARTE E A TÉCNICA DA COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Berenice Carpigiani

Texto escrito a partir da tese de doutorado defendida na linha de pesquisa Comunicação e Saúde no Programa de pós graduação Stricto Sensu Universidade Metodista- S.P. (UMESP).



A busca da qualidade de vida na atualidade é uma necessidade real que vem sendo estudada na área da saúde e em diferentes campos de conhecimento e vem conquistando expressão na rica intersecção da interdisciplinaridade.

As pesquisas em Comunicação social têm participado com vigor desta preocupação científica, o que se verifica através do desenvolvimento de diferentes estudos como, por exemplo, os que envolvem a relação saúde-mídia, saúde nos processos de comunicação intra e inter grupos, saúde e comunicação no contexto do trabalho, saúde e comunicação institucional e comunitária, entre outros, o que tem justificado a linha de pesquisa comunicação e saúde na qual esta pesquisa se insere.

Dentro desta linha, o processo comunicacional que se estabelece entre o médico e seu paciente, também é um foco de interesse de estudos que vem vagarosamente se delineando.

A comunicação médico - paciente é de interesse científico por envolver uma dinâmica de relações comunicacionais interpessoais muito particulares, dentro de um contexto também bastante particularizado, que é o contexto da consulta, especificamente aquela realizada em consultório. Esta modalidade de comunicação ganha vitalidade própria, pois dela participam conhecimento técnico e tecnológico, postura ética, flexibilidade de intercâmbio entre diferentes repertórios e regras que instituem o atendimento médico dentro dos sistemas de saúde privados.

Médico e paciente partilham conhecimento, dúvidas, encontro com a cura e com a dor, com as angústias próprias dos momentos de decisão, com a impotência diante da finitude da vida. São informações nem sempre do domínio da inteligência e do conhecimento, mas que participam das vicissitudes da comunicação e emolduram a relação.

O problema central da pesquisa foi a investigação das características da comunicação que se estabelece entre o médico e seu paciente, características que se constroem a partir das capacidades de cada um destes dois pólos emissores e receptores assim como da qualidade do trânsito comunicacional.

Há muito o médico já não está imbuído, concretamente, do papel de sacerdote ou de xamã. A tecnologia, o aumento populacional, as diferentes formas de administração político-institucional da doença, da profissão do médico e do doente impuseram a este profissional a necessidade de novas alternativas de escuta, de se fazer entender, de responder à rapidez das descobertas tecnológicas e da demanda, inclusive de caráter social.

A comunicação entre ele e seu paciente vem sendo revista ao longo dos séculos e tem ganhado nova configuração nos dias atuais necessitando, por isso também, de atualização de sua compreensão e de novas reflexões.

O paciente também mudou. Há muito ele vem se colocando de forma mais ativa, em função da possibilidade de acesso às informações a respeito de pesquisas sobre seus sintomas, procedimentos de tratamento e novos medicamentos. A divulgação destas informações e a acessibilidade a elas são fortalecidos pelas diferentes formas de mídias disponíveis na atualidade.

Estas novas modalidades de triangulações relacionais e comunicacionais tiraram o médico de seu papel linear e de uma relação biunívoca com seu paciente forçando a criação de novas formas de comunicação e relação assim como novas alternativas para o estabelecimento dos vínculos e alianças terapêuticas necessárias para um bom atendimento médico.

O objetivo geral da pesquisa foi levantar, observar e descrever informações sobre a comunicação médico-paciente que ocorre dentro do contexto urbano envolvendo profissionais que possuam experiência no atendimento através dos sistemas de saúde privados visando verificar e interpretar adequações e possíveis inadequações desta comunicação. Objetivou também: Verificar quais técnicas e procedimentos de comunicação o médico desenvolve nas situações de consulta, comunicação de diagnóstico e planejamento de tratamento e como as percebe; verificar como tem percebido seu paciente no trânsito comunicacional da consulta; verificar se a Internet como meio comunicação atual, tem influenciado a forma de comunicação e relação entre o médico e seu paciente e verificar se o médico estudou técnicas e procedimentos de comunicação médico-paciente durante sua formação.

A pesquisa justificou-se por indubitavelmente, colaborar com o estudo dos processos comunicacionais em áreas da saúde, especialmente os que ocorrem na situação da consulta realizada em consultório médico. A partir do levanta-

mento das características desta relação comunicacional nos dias atuais, torna-se possível conhecer as características da comunicação médico-paciente e fornecer subsídios para a discussão da qualidade desta relação em diferentes áreas da ciência que estejam voltadas para a prevenção e qualidade de vida. A importância do estudo estende-se também para a sociedade de maneira mais ampla, pois, uma vez de acesso público, estes resultados poderão colaborar para a conscientização e para a reflexão sobre esta comunicação e relação tão vivas no cotidiano da população em geral e da comunidade científica em particular.

O referencial teórico utilizado partiu do esboço histórico da evolução do papel do médico ao longo dos séculos e nas diferentes civilizações, destacando as características deste desenvolvimento no Brasil. Discutiu o desenvolvimento do termo saúde tecendo a reconstrução histórica deste conceito e apontando sua vinculação aos sistemas econômicos e políticos que o sustentam.

A Psicologia forneceu a compreensão dos aspectos racionais e inconscientes que nutrem a relação médico-paciente, na situação de consulta, especialmente nos procedimentos de levantamento de sintomatologia, comunicação de diagnóstico, orientação para tratamento e situações nas quais se torna necessário comunicar diagnósticos com maus prognósticos, pois, todas estas experiências comunicacionais envolvem, para além das palavras e dos gestos, os sentimentos vividos pelo paciente e pelo médico, vivências estas que imprimem, muitas vezes sutilmente, as características da comunicação que se estabelece entre ambos. Neste sentido a teoria psicanalítica foi importante referencial.

Dos teóricos da comunicação foram resgatados conceitos sobre as vicissitudes e as patologias da comunicação, sobretudo dentro da interface comunicação e saúde, subsidiando a compreensão da

relação comunicacional que ocorre entre o médico e seu paciente assim como o papel da Internet na atualidade desta comunicação e o ensino da comunicação na graduação em medicina.

A pesquisa, definida como exploratória levantou informações e abriu espaço para que discussões germinem, neste universo ainda pouco observado pela ciência. Esclareceu sobre as principais representações que o médico faz em relação a si mesmo como parte do processo comunicacional que se desenrola em seu cotidiano, sobre o papel de seu paciente neste trânsito e, por fim sobre a dinâmica de comunicação que se estabelece neste campo de vínculos.

Na área de intersecção das expectativas de médicos e pacientes, a consulta em medicina possui a especificidade de equilibrar diferentes pontos de tensão que envolvem certeza técnica, desejo pela cura, graus de aproximação afetivo-vincular, troca de informações e influência do imaginário de ambos. Este movimento de equilíbrio entre tantos e tão delicados pontos e que irá nutrir a organização do processo de comunicação racional que acontece entre ambos.

A primeira verificação realizada foi a de que os médicos constatarem a necessidade de um tempo ótimo, dentro do qual, ele possa desenvolver as etapas da consulta, de forma objetiva e consiga desenvolver um trajeto comunicacional que permita que o paciente compreenda as informações que ele considera necessárias para o bom andamento de seu trabalho.

A preocupação com a compreensão do paciente toma grande parte do pensamento do médico, especialmente porque ele demonstrou confiar pouco nos recursos de entendimento de seu paciente. Seja em função de deficiências de base educacional, como resultado de seu nível sócio-econômico e cultural, seja

em função de suas condições psíquicas ou pela fragilidade física (situacional ou não), o médico tende a colocar em dúvida a capacidade do paciente para compreender com clareza ou agilidade as informações por ele transmitidas.

A partir destas duas percepções iniciais: esforço para que o paciente compreenda e pouca confiança nos seus recursos de entendimento, os médicos distribuem o tempo da consulta, com variação entre quinze minutos e uma hora, em primeiro lugar para conhecer tecnicamente o paciente e, em segundo lugar para estabelecimento de vínculo, o que faz com que o tempo seja distribuído de maneira fixa, com ênfase na compreensão da queixa, cumprindo prioritariamente uma ordenação técnica que envolve aplicação do roteiro de anamnese geral e da especialidade, exame físico, pedido ou análise de exames laboratoriais e explicação de procedimentos e definição de condutas. A ordem destes elementos pode ser alterada dependendo do médico, caso ou especialidade.

O estabelecimento do vínculo, como segunda prioridade do médico, está alicerçado na responsabilidade do médico, no que diz respeito ao esclarecimento sobre a doença e procedimentos, fatores considerados determinantes pra fazer brotar a confiança do paciente, e proporcionar a formação de uma aliança consciente e saudável entre ambos, portanto, a construção do vínculo associada ao fator tempo é descrita, especialmente, como um processo construído a partir das falas do médico, o quê se verifica na própria descrição da organização do tempo previsto para a consulta no qual o médico mostra ter clareza dos espaços para inserção de suas intervenções e tende a não prever, com a mesma clareza, um tempo planejado para a fala do paciente, o quê o coloca num papel quase exclusivamente de receptor, dentro do trânsito de comunicação.

O médico insere-se como responsável

pela organização do conteúdo das informações e pelo controle do ritmo e do fluxo dos eventos comunicacionais que constroem o andamento das trocas de mensagens ao longo da consulta.

Esta percepção de seu papel e do papel de seu paciente faz com que ele desenvolva uma dinâmica ágil e própria de comunicação. Na tentativa de dinamizar adequadamente a distância entre eles, utiliza, como principal ponto de apoio para o estabelecimento da comunicação e da relação, os termos técnicos definidos e bem estruturados que compõem o seu campo de saber. A ciência atual oferece ao médico absoluta segurança quanto aos procedimentos técnicos e estes passam a ser o principal escudo e referencial de conteúdo informativo a ser transmitido ao paciente.

Ao conferir à informação técnica o papel de principal núcleo da comunicação, o médico procura garantir a segurança do sucesso do processo comunicacional e imprimir um bom coeficiente de segurança na recepção da informação com objetivo de gerar o mínimo desequilíbrio cognitivo, afetivo, comportamental ou relacional no paciente.

Neste sentido observa-se que acontece um movimento de complementaridade comunicacional, pois em um pólo o médico impõe, ainda que inconscientemente, o estilo de relação apoiado em seu papel de responsável pela comunicação e, no outro pólo o paciente partilha, também ainda que inconscientemente, deste diálogo apoiado nas diferenças entre eles alimentando a relação com características complementares.

Nos exemplos retirados das entrevistas realizadas com pacientes constatou-se, em certa medida, o reforço desta condição de desequilíbrio, por exemplo quando estes se descrevem envergonhados, constrangidos, com medo de atrapalhar o fluxo de raciocínio de seu médico e, com isso sentem-se desconfortáveis

para elaborar perguntas ou explicitar dúvidas.

O histórico da figura do médico que perpassa as culturas e os séculos parece permanecer no imaginário dos pacientes da sociedade atual, de tal maneira presentes eu seu inconsciente que, mesmo com a facilidade de acesso às informações sobre saúde, transmitidas atualmente pela mídia, ele se coloca submisso ao ritmo comunicacional e afetivo implícito na estrutura da consulta proposta por seu médico.

Considerando a situação de atendimento através de convênio, na qual o tempo foi considerado insuficiente, tanto médico quanto paciente tendem a ficar mais fixados nestas posições complementares que marcam o médico principalmente como transmissor e fonte de informações e o paciente como um receptor, que reage através de comportamentos verbais, corporais e gestuais à comunicação do médico.

A base desta forma de diálogo, sustentada na fala do médico e apoiada pelo paciente, ocasiona um tipo de relação médico-paciente com características mistas de paternalismo e de autoritarismo pois, ao paciente cabe uma posição submissa justificada, em parte pela sua própria falta de espontaneidade e, em parte porque o médico deposita em si a responsabilidade da liderança do processo comunicacional.

A estrutura de organização do tempo da consulta assim definida liga-se à confirmação de que a forma de comunicar interfere no vínculo e na relação.

Outro esforço e dificuldade percebidos foi o de adequar a terminologia médica para as diferentes demandas dos diferentes pacientes. O médico demonstra exercitar uma refinada observação das respostas (gestuais e não verbais) que entende provocar em seus pacientes, desenvolve um conjunto de argumentos

no caso do paciente se negar ou rejeitar algum dado da informação transmitida e utiliza eventos metacomunicacionais criativos para facilitar a sua compreensão.

Dentre as estratégias que desenvolve o médico observa, pergunta, repete, faz analogias, desenha, cria ou utiliza histórias, elabora glossário ao final do recitatório.

No entanto, muitas vezes este esforço pode representar um movimento de antecipação ao paciente, ou seja no tempo disponível para a consulta e para o contato com o paciente, o médico imagina sua dúvida, intui sua capacidade de linguagem e limite de compreensão, organiza a informação com dados disponíveis em seu repertório e completa o fluxo comunicacional, o que sugere que o repertório do médico se impõe ao repertório do paciente, o que pode vir a gerar pouca flexibilidade na comunicação pois, na realidade nem o médico teve o tempo suficiente para se inserir no repertório do paciente e nem este para se adaptar ao do médico.

Esta possibilidade de rigidez em seus próprios repertórios pode desenvolver resistências para o médico adicionar, ao seu cotidiano, elementos comunicacionais atuais como simultâneos ao seu trabalho, como por exemplo as informações transmitidas pelos sites de saúde veiculados pela Internet, que foi interpretada como uma ponta de triangulação competitiva com seu paciente. Há uma clara tendência do médico em perceber as informações transmitidas por este veículo ao seu paciente como negativas, no sentido de provocar nele dúvidas e desconfianças, justificando de maneira intelectual que há uma preocupação com a fidedignidade e veracidade dos conteúdos ali disponíveis e, principalmente que estas informações, trazidas pelo paciente desprovido de conhecimento sobre o assunto e envolvido pela vivência de seus sintomas, provocam

dúvidas e desconfianças nele podendo vir a desestabilizar a estrutura comunicacional organizada previamente pelo médico. Além disso o médico preocupa-se com a possibilidade do paciente tentar inverter a posição médico-paciente no que diz respeito ao conhecimento sobre seus sintomas e diagnóstico.

O que se observa é que os médicos, no que se refere a receber informações que seus pacientes retiram dos sites de saúde atribuem às informações aí contidas um papel desequilibrador, que pode ser responsável por uma alta taxa de ruído, gerador de distúrbio, portanto é considerada uma fonte de informações dissonantes e desequilibradoras do sistema de comunicação proposto na consulta.

Os exemplos retirados das entrevistas com os pacientes mostram que estes possuem as mesmas preocupações que seus médicos, tanto que, reforçando o sentido de complementaridade comunicacional, estes pacientes relatam preferir se reportar a seus médicos diretamente, por confiar neles, a fazer buscas em sites de saúde, demonstrando os mesmos cuidados em relação à veracidade e fidedignidade da informação veiculada, da mesma forma que seus médicos pontuam.

Na situação de atendimento através de convênios médicos, a comunicação e a própria relação ficam mediadas pelas regras institucionais. O tempo, considerado precioso fator dentro do qual a comunicação se estabelece, está sujeito aos critérios das instituições que se impõe burocraticamente entre ele e seu paciente. O tempo da consulta é então, repartido no atendimento a muitos pacientes por dia de trabalho, o que exige do médico agilidade e objetividade nos contatos interpessoais que ali acontecem. O tempo destinado ao atendimento a cada paciente parece ser insuficiente, as burocracias administrativas dos convênios e a remuneração foram consideradas fatores de interferência na

qualidade da comunicação. No entanto os sujeitos demonstram submeterem-se às regras das instituições ressaltando que a qualidade técnica e ética estão preservadas.

Mesmo não confiando na capacidade de compreensão do paciente, os médicos mostram-se a favor de que eles tenham acesso às informações sobre seu quadro clínico e sobre os seus desdobramentos. Os tipos de informações mais contundentes são aquelas que envolvem a comunicação de um diagnóstico com prognóstico ruim e as que buscam facilitar ao paciente sua adesão ao tratamento. Os conteúdos informativos, nestas duas situações estão apoiados nas informações de caráter objetivo e utilizam referencial sobre suas técnicas.

Os médicos entendem que, no desenvolvimento de sua relação e comunicação os pacientes devam tomar parte do processo de decisão sobre seu tratamento, se estiverem em condições para isso, e desde que queiram, juntamente com a família, estas informações.

Ética, Direito e vicissitudes culturais foram contempladas na discussão sobre este tema. Os médicos mostraram-se também a favor de discutir com seu paciente a proposição do tratamento. O sentido de discutir atribuído pelos médicos pareceu tender à apresentação de possibilidades mais do que da inserção do paciente na discussão do processo. Os médicos levam em consideração fatores sociais, psicológicos, físicos e financeiros no processo que denominam como discussão.

Do ponto de vista dos pacientes, o médico não discute o tratamento mas sim apresenta as possibilidades e o paciente decide se irá ou não submeter-se ao procedimento determinado.

A técnica abriu espaço para que aspectos afetivos, também presentes no processo comunicacional, se expressassem

especialmente nestes dois momentos: no da informação que convencerá o paciente a aderir ao tratamento e no de comunicar um diagnóstico com prognóstico ruim.

Nestas duas situações o médico demonstra uma abertura de articulação entre sua experiência pessoal de vida e a situação que está vivendo junto com o paciente cumprindo os requisitos que envolvem, particularmente, as aptidões de respeito pela pessoa humana, afetos e experiências, aptidões necessárias para desenvolver sua comunicação. Ao mesmo tempo mostra capacidade intuitiva e empática e, mesmo tendo demonstrando pouca confiança na capacidade de compreensão por parte do paciente, o médico afirmou que busca discutir com ele os procedimentos de tratamento, uma tentativa claramente apoiada em aspectos empáticos porém mostrando falhas do ponto de vista de estratégia da comunicação, como por exemplo na fixação de seu discurso na didática informativa sem traduzir, para si mesmo, as reais dúvidas possíveis de seus pacientes.

A pesquisa apontou dois pólos: o dos desejos e o das dificuldades.

No seu desejo pela cura, o médico esforça-se para aproximar-se de seu paciente, demonstrando tentativas de minimizar as dificuldades que percebe, acreditando discutir as alternativas de tratamento e abrindo possibilidades afetivas vinculares com ele, criando uma poética de comunicação muito particular. Seu desejo de encontrar o ponto ótimo que equilibre o conhecimento das teorias e das técnicas que embasam sua prática, com a escuta da expressão dos sintomas, dúvidas e conhecimentos prévios sobre sua doença, trazidos para a consulta por seu paciente a fim de curá-lo de sua enfermidade, o movimenta a exercitar um discurso elaborado, criativo e rápido, numa posição duplamente delicada, pois, se de um lado ele precisa

mostrar segurança e tranqüilidade que sustentarão a confiança, o estabelecimento e a manutenção do vínculo, de outro lado precisa impor o distanciamento correto para a saudável expressão da afetividade entre ambos.

No outro pólo encontram-se as dificuldades no campo da comunicação.

A primeira está na tradução da terminologia e linguagem médicas para o repertório do paciente. A comunicação assume características dúbias quando acontece a articulação entre o manancial de recursos e conhecimentos técnicos disponíveis em seu repertório e as maneiras de conversar e dialogar com o paciente. Embora a grande maioria dos médicos busque adequar a terminologia médica ao repertório do paciente, a adequação é feita com muita dificuldade pelos sujeitos.

Esta fragilidade da comunicação pode ser compreendida como resultado de suas possibilidades pessoais pois, ao cuidar da pessoa doente, numa proximidade inquietante, o médico tem assumido muitos papéis. Ele é palco de expectativas, desejos e projeções que penetram nele das mais variadas e desconhecidas formas. A ressonância interna, deste conjunto de expectativas poderá ser fator facilitador ou impeditivo do potencial de comunicação e certamente imprime estilos à sua comunicação, o quê nem sempre é consciente para o médico.

Porém, uma parte dos sujeitos, de forma objetiva resalta falhas na formação. A transformação da profissão do médico através dos séculos possui algumas características que se mantêm inalteradas tais como a responsabilidade do cuidar, o exercício investigativo, a preocupação em observar e o desejo de curar. No entanto, embora estas características permaneçam preservadas na atualidade, esta profissão tem sofrido transformações visíveis. As revoluções tecnológicas e as novas éticas no campo da saúde,

que delas derivam, a apropriação institucional da prática médica e da própria doença, têm imposto ao médico um exercício de constantes revisões sobre seu fazer e sobre sua maneira de se comunicar com seu paciente e por isso é imperativa a revisão do ensino da comunicação aplicada à relação médico-paciente.

Historicamente, o ensino da comunicação entre pessoas teve sua origem no período pré-socrático. Naquele momento, quando os filósofos sofistas ensinavam a arte de comunicar através do treino da retórica e do exercício da articulação do pensamento lógico com a fala organizada, os seus alunos eram principalmente, os políticos e os comerciantes. Os médicos não participaram deste processo, pois estavam mergulhados nas experiências e descobertas empíricas que levavam ao conhecimento das estruturas do corpo humano, de modo que, da mesma forma como, empiricamente o corpo humano foi sendo conhecido, também empiricamente este profissional vem exercitando, a cada tempo, formas próprias e personalizadas de se comunicar com seu paciente. Estas tentativas se mostraram absolutamente atuais nos resultados desta pesquisa.

Ainda hoje, no ensino da medicina a comunicação médico-paciente não chega a ser exatamente parte do currículo. Na verdade, ainda há uma carência no ensino da comunicação aplicada à medicina dentro dos cursos de formação, lacuna que poderia ser suprida com conteúdos em diferentes momentos do curso.

Muito embora os médicos tenham respondido que estudaram sistemas de comunicação médico-paciente durante a formação, a maioria deles remete-se à disciplina Psicologia médica, matéria que integra a grade curricular de escolas de medicina e que é ministrada na primeira metade da formação. Esta disciplina enfatiza, em seu conteúdo, os as-

pectos do desenvolvimento psicossocial do ser humano, técnicas de entrevistas e o estudo da relação dos médicos em equipes multiprofissionais, importantes conteúdos sobre relação alicerçados pelas pesquisas em Psicologia.

Ao mesmo tempo, muitos dos sujeitos relataram que seu aprendizado vem da prática, do contato com a doença e com o paciente e no processo de observar colegas e professores trabalhando e atendendo pessoas. Este caráter empírico de aprendizado da comunicação parece estar na base do conjunto de estratégias apontadas anteriormente e que são utilizadas pelo sujeito na tentativa de efetuar uma comunicação eficaz dentro da relação com seu paciente.

Neste instante, até por esta pesquisa inserir-se na linha de pesquisa comunicação e saúde, abrem-se então duas possibilidades de sugestões para futuras discussões interdisciplinares, ambas no campo da formação em medicina e visando a qualidade de vida pessoal e profissional do médico.

A primeira, no campo dos desejos e que engloba a comunicação como elemento da relação médico-paciente.

O relacionamento humano supõe a intersecção de representações plásticas que combinam entre si por um lado a compreensão racional do mundo que circunda externamente a pessoa e no qual ela está inserida e absorvendo valores culturais e, por outro lado as vivências guardadas em mundo interno dentro do qual também está mergulhada e que contém, a construção de sua história e de sua personalidade: Suas conquistas, seus medos e seus desejos mais profundos.

Este emaranhado de percepções vindas tanto do mundo externo quanto do interno, se movimentam de infinitas formas e adquirem infinitos matizes quando um ser humano se encontra com outro, em

qualquer situação relacional possível entre humanos.

Se um destes pólos está fixado no mundo exterior, delinea-se uma forma de relação, se está fixado no mundo interior, outra forma se delinea e na relação médico-paciente a compreensão destes diferentes tipos de fixação torna-se imperiosa.

No processo de cura, quando o médico é chamado a exercer sua profissão, as forças psíquicas do paciente também estão envolvidas, pois este paciente possui dentro de si um fator inconsciente que o impulsionará mais para a vida ou mais para a morte. Por isso, cada paciente reage de formas mais ou menos próprias aos tratamentos propostos. Se este "médico interior" estiver bem posicionado o paciente tenderá a colaborar com o tratamento, caso contrário ele tenderá a depositar no médico de fora dele toda a força e o poder por sua cura, desenvolvendo mecanismos particulares de dependência, de atribuição de poder ou de rejeição que influenciará sobremaneira a qualidade da adesão ao tratamento, da relação de participação de decisões e de conversar sem medos com seu médico e que o ajudará a enxergar seu médico dentro de medidas de realidade que envolvem respeito e afeto.

Assim também o médico possui dentro dele um paciente que se constitui de seus medos, de suas fantasias sobre a significação da doença, da dor e da indiscutível realidade da morte. Se o médico fica distante de seu ponto interno ele poderá tender a transformar seu paciente no objeto depositário destas vivências ameaçadoras, projetando-as continuamente em seus pacientes e alocando-as defensivamente fora dele.

O processo de aprendizagem necessário para que o estudante de medicina se desenvolva, abarca técnica, terminologia e conhecimento sobre políticas institucionais, envolve também um conhe-

cimento sobre sua ferida experimentada, que pode ser longo e talvez árduo. Esta experiência de conhecimento de si mesmo poderá leva-lo a minimizar papéis complementares, a não se identificar com um ou outro paciente, a dar uma dimensão pessoal a esta ferida, permitindo que fique menos ansioso, mais esperançoso, com maior possibilidade de exercitar o equilíbrio entre a técnica e a compreensão mais clara dos potenciais dos recursos de seus pacientes.

Poderá leva-lo a perceber com maior liberdade e segurança que ele está sujeito às mesmas leis que regem o mundo mental de seus pacientes, que os elementos culturais que o envolvem são os mesmos de seus pacientes, apenas apropriados e valorados em proporções particulares. Sugere-se então que, as escolas de medicina devam reforçar o atendimento ao aluno, que proporcione a apropriação de suas reais habilidades, da sua capacidade afetiva, de suas defesas e de seus reais desejos e motivos ao desempenhar esta profissão. Neste campo a psicologia clínica pode oferecer suporte confiável.

A segunda sugestão, derivada da pesquisa, é o aprofundamento de uma discussão, já timidamente iniciada, sobre a inserção na matriz curricular do curso de medicina matéria que traga, no bojo de sua ementa, o ensino de técnicas básicas de comunicação aplicada à medicina, ministradas por um profissional especializado nesta área, e que seja aprofundada na medida em que o aluno vá amadurecendo e intensificando seu contato com pacientes em diferentes momentos de sua formação, pois fica evidente o esforço do médico em desenvolver esta habilidade por si próprio.

Esta discussão, de caráter interdisciplinar poderia envolver médicos em conjunto com pedagogos, comunicadores e psicólogos.

O estudo da comunicação médico-

paciente é um campo de estudo dentre muitos outros campos de estudo em comunicação, pois o médico, enquanto profissão e representação social, não está isolado da mídia, nem da informática ou da tecnologia. A sua imagem é reconstruída por ela, os tratamentos, propagandas sobre remédios, informações semanais sobre as descobertas científicas no campo da saúde, especulações sobre a manutenção da vida, discussões sobre qualidade de vida, são todos temas em estudo e que inundam a vida cotidiana contemporânea à qual o médico pertence, está envolvido, recebe influências e tem que administrar com rapidez, sem que ocorra amalgamento ou rejeição.

Desta maneira, a pesquisa, enquanto um campo de estudo dentro da comunicação e medicina enfoca as vicissitudes deste universo cotidiano de uma sala de consulta, na qual transborda uma riqueza de informações ainda a serem desenvolvidas e aprofundadas.

O título da pesquisa retorna no seu final: Se por um lado fica a condição de desenvolvimento de uma relação empática, arte possível de ser desenvolvida em função de aptidões e de características pessoais do sujeito que abraça para si a profissão de médico, por outro lado há o árduo e permanente trabalho de assimilar técnicas próprias de sua especialidade associadas às técnicas próprias de comunicação que facilitem o estabelecimento e a consolidação do vínculo de confiança que liga médico-paciente-família- procedimentos.

Torna-se necessário apontar que foram encontradas especialmente duas dificuldades no desenrolar da pesquisa: a referência bibliográfica específica e a própria marcação e desenvolvimento das entrevistas com este profissional., o que mostra a necessidade de complementar esta exploração levantando dados mais aprofundados sobre o ponto de vista dos pacientes, sobre a comunicação

com seus médicos e também dos demais profissionais que circundam o cotidiano médico, tais como secretárias, enfermeiras e auxiliares técnicos que repartem com ele o dia a dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO. Carmita Helena Najjar. Arma-dilhas da comunicação: o médico, o paciente e o diálogo. São Paulo. Lemos Editorial.1996.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Para uma teoria geral da saúde → In Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 17. no.4. →2001

AZEVEDO,Carmen.Lucia.M; CAMARGO S,Marcia.;SACCHETA,Vladimir. Monteiro Lobato → furacão na Botocúndia.2ª edição. São Paulo, Senac. 2000.

AZEVEDO, V.de. História. s.d. Ediouro.

BALLINT, M. The doctor, his patient and the illness. London. Pitman Medical Publishing Co. 1957

BARRACCO, Helda.B: HELOANI, José. Roberto; A imagem intencional do discurso adequado. São Paulo. Pannarts.1991

BENOIT,P. Psicanálise e medicina: Teoria e casos clínicos. Rio de Janeiro. Zahar.1989

BERTOLLI FILHO,Cláudio. História da saúde pública no Brasil.5ª edição. São Paulo.Editora Ática. 2003.

BIRD, B. Conversando. São Paulo. Grune & Stratlon Ltda. 1978.

BION, M. Experiências com grupos.2ª edição. Rio de Janeiro. Imago. 1975

BLEGER, José. Temas de psicologia → entrevistas e grupo. São Paulo. Martins Fontes. 1980.

BOTEGSA,N . J. & DALGALARRONDO,P

Saúde mental do Hospital Geral. São Paulo. Hucites, 1997.

CARPIGIANI,Berenice. Psicologia, das raízes aos movimentos contemporâneos. 2ªedição.São Paulo, Pioneira -Thomson. 2002.

CARPIGIANI, Berenice. O sucateamento da informação: análise e interpretação de uma experiência de comunicação em sala de aula. 1995. 87f. Dissertação (mestrado em Comunicação Social)- Faculdade de Comunicação Social Cásper Libero, São Paulo. mestrado.

CERVO,A . L; BERVIAN,Pa. Metodologia científica. São Paulo. Makrow Books.1996.

COSTA,Luis.César.Amad; MELLO,Leonel. Itaussu. História do Brasil. São Paulo, Scipione, 2000.

COELHO NETTO, José Teixeira. Introdução á teoria da informação estética. Rio de

Janeiro. Editora. Vozes. 1973

COLEMAM, James.C. A psicologia do anormal e a vida cotidiana. São Paulo. Editora Pioneira.. 1964.

DENZIN,N; LINCOLN,Y. Introduction: Entering the field of qualitative research. In: Handbook of qualitative research. .Londres. Sage publication.1994

DE MARCO,Orlando Lucio Neves. A face humana da medicina → do modelo bio-médico ao modelo biopsicossocial. São Paulo. Casa do Psicólogo.1999

D´OLIVEIRA, Maria Martha Hübner. Ciência e pesquisa em Psicologia. São Paulo. EPU.1984.

ECO, Umberto. Obra aberta. São Paulo. Edit. Perspectiva. 1986.

ECO, Umberto. A estrutura ausente. São

Paulo. Cia das Letras. 1971

ECO, Umberto. Como se faz uma tese. 3ª edição. São Paulo. Editora. Perspectiva. 1986

EPSTEIN, Isaac. Revoluções científicas. São Paulo. Editora. Ática. 1988

EPSTEIN, Isaac. Teoria da informação. 2ª edição. São Paulo. Editora. Ática. 2003

EPSTEIN, Isaac. 93 verbetes. São Paulo. Pontes Editora. 2003

ERIKSON, Erik. Homburguer. Infância e sociedade. Rio de Janeiro. Zahar editores. 1976.

FÉDIDA, Pierre. Clínica psicanalítica → estudos. São Paulo. Escuta. 1988.

FLEXNER, A. Universities: american, english, german. New York. Oxford University Press. 1930.

FREGE, Gottfried. Lógica e filosofia da linguagem. São Paulo. Cultrix. 1978.

FREUD, Sigmund. Fragmentos de análise de um caso de histeria (1905) v.VII.

Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. . Rio de Janeiro. Imago. 1969.

FREUD, Sigmund. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. (1910) v.XI Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. . Rio de Janeiro. Imago. 1969.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial (1915). V. XII. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. . Rio de Janeiro. Imago. 1969

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª. edição. São Paulo. Editora Atlas. 1991.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas em pesquisa social. São Paulo. Atlas. 1995.

GIÓIA-MARTINS. Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em Hospital público. Tese (Doutorado em psicologia clínica) Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

GROEBECK, C. J. A imagem arquetípica do médico ferido. In Junguiana: in; Gentil, M.L.F. (editora). Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia analítica. pp72-96. Petrópolis. Vozes. 1983.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo. Editora Perspectiva. 1961.

GÓIS, Soraya Lódola de Moraes. A comunicação científica da febre amarela no fim do século XIX e início dos séculos XX e XXI. Dissertação (Mestrado em comunicação social) Universidade Metodista de São Paulo. 2005

GONÇALVES, Ernesto Lima. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo. Edusp. 2002.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O abuso do poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério. Edições Achiamé Ltda. 1978.

HANSEN, João. Henrique. Como entender a saúde na comunicação. São Paulo. Paulus. 2004.

HEIMAN, Paula. On counter-transference. Londres. International Journal of psychoanalysis. 1950.

HERÓDOTO. História. São Paulo. Ediouro. s/d.

HESÍODO. Teogonia → a origem dos deuses. 3ª edição. São Paulo. Editora. Iluminarias. 1995

HESÍODO. Os trabalhos e os dias. São

Paulo. Editora Iluminarias. 1991

HIPÓCRATES – NOMEDOLIVRO Tradução: E. Littré. J.B. Bailliére. Londres. 1840

HOLANDA, Sérgio Buarque. Raízes do Brasil. 18ª edição. Rio de Janeiro. José Olympio. 1986.

ILARI, R; GERALDI, J.W. Semântica. São Paulo. Editora. Ática. 1985.

ISMAEL, J.C. O médico e o paciente → breve história de uma relação delicada. T.A. Queiroz – 2002.

JONES, J. A. ; KREPS, G; PHILLIPS, G.M. Communicating with your doctor. Hampton Press. Inc. 1995.

KOCHE, J.C. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa. Petrópolis. Vozes. 1997

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. 8ª edição. São Paulo. Martins Fontes. 2000

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos e relatórios, publicações e trabalhos científicos. 5ª. Edição. São Paulo. Atals. 2001.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Médicos e ensino da medicina no Brasil. Edusp. 2000.

LUCIEN-MUELLER, Fernand. História da psicologia. São Paulo. Edusp. 1978

MANNONI, Maud. A primeira entrevista em psicanálise. 3ª edição. Rio de Janeiro. Editora Campus Ltda. 1983.

MARGOTTA, Roberto. História ilustrada da medicina. São Paulo. Editora. Manole. 1998.

MELO, José Marques de. Comunicação social – Teoria e pesquisa. 5ª edição. Pe-

trópolis. Vozes. 1971.

MELO, José Marques de. (org.). Pesquisa em comunicação no Brasil – Tendências e Perspectivas. São Paulo. Cortez. 1983.

MELLO FILHO, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre. Artes médicas. 1998

MELLO, Leonel Haussi, COSTA, Luiz César Amaral, História moderna e contemporânea. São Paulo. Scipione.

MELEIRO, A. A. O médico enquanto paciente. 2001.290 p. Tese. (Doutorado em medicina) Faculdade de Medicina da Universidade de ao Paulo. São Paulo.

MILLAN, Luiz Roberto et all.. O universo psicológico do futuro médico; vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo. Casa do psicólogo.1999.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. São Paulo. Hucitec. 1993.

MOLES, A. Teoria da informação e percepção estética. Rio de Janeiro. Editora Tempo brasileiro. 1962.

MOURA, Maria Lucia Seidl, FERREIRA, Maria Cristina, PAINÉ, Patrícia Ann. Manual de elaboração de projetos de pesquisa. Rio de Janeiro. Editora. UERJ. 1998.

MUELLER. F. História da Psicologia. 2ª edição. São Paulo, Cia. Editora Nacional. 1978

NEMIAH, J.C. Fundamentos da psicopatologia. Rio de janeiro. ZaharEditores. 1976

NOGUEIRA, Oracy. Pesquisa social. Introdução ás suas técnicas. São Paulo. Cia. Editora. Nacional. s/d.

OLIVEIRA, Tereza Marques. O psicanalista diante da morte. São Paulo. Editora. Mackenzie.2001.

PESSANHA, José Américo Motta. Sócrates Vida e obra. São Paulo. Abril. Coleção Os pensadores.

PIGNATARI, Décio. Informação, linguagem, comunicação. 2ª edição. São Paulo. Ateliê Editorial.2003

PÖRN, I. Health and adaptedness. Theoretical Medicine, 14:295 – 303. [Medline]. 1993

RAPPAPORT, Clara R; FIORI, Wagner daR; DAVIS, Claudia. Teorias do desenvolvimento. v 1. São Paulo. E.P.U. 1981.

REALE, Giovanni. História da filosofia antiga. Vol.I. 9ª edição. São Paulo. Loyola. 1992.

REY, Fernando Luiz Gonzáles. Investigación cualitativa en Psicología: Rumbros e desafios. México. Thomson Learning Edit. 2000.

SANDLER, Joseph.; DARE, Christopher.; HOLDER, Alex. . O paciente e o analista → fundamentos do processo psicanalítico. Rio de Janeiro. Imago.1977.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. Medicina no período imperial. In. HOLANDA, s.B (coord) História geral da civilização brasileira. Vol III. São Paulo. Difusão européia do livro. P.467-489. 1967.

SCHWAB, Gustav. As mais belas histórias da antigüidade → os mitos da Grécia e de Roma. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra.1995.

SEAGAL, Hanna. A obra de Hanna Seagal. Rio de Janeiro. Imago. 1981.

SEVERINO, Joaquim. Severino. Filosofia. 14ª edição. São Paulo. Cortez. 1992.

SOUZA, José. Cavalcante. Os pré-socráticos: fragmentos, doxografia e comentários. São Paulo. Abril cultural. 1985

STEPHANIDES, Menelao. Ilíada a guerra de Tróia. São Paulo. Odysseus. 2000.

SULLIVAN, Harry Stack. A entrevista psiquiátrica. Rio de Janeiro. Editora Interciência. 1983.

TÄHKÄ, V. Relação médico-paciente. Porto Alegre. Artes médicas. 1989

TRINCA, Walter. A arte interior do analista. São Paulo. EPU. 1988.

WATZLAWICK . Paul; BEAVIN, Janet. Helmick; JACKSON, Don. D. Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo. Cultrix. 1967.

WIENER, Norbert. Cibernética e sociedade → o uso dos humanos. São Paulo,. Cultrix. 1954.

WINNICOTT. Donald. W. Natureza humana. Rio de Janeiro. Imago. 1990 Francisco Alves. 1955.

VEATCH, R.M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep. 1972; 2 (3):5-7

VERDARA, S . C. Projeto e relatório de pesquisa em administração. 3ª edição. São Paulo. Atlas. 2000.

ZAIDHAFT, S. Morte e formação do médico. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1998

ZIMMERMAN, David. E. A formação psicológica do médico. In: J.Mello Filho. Psicossomática hoje. Artes médicas. Porto Alegre. Pp.64-69. 1993

ZIMMERMAN, David. E Fundamentos psicanalíticos ; teoria, técnica e clínica uma abordagem didática. Porto Alegre. Artmed. 1999.