

PEDRO SANTO ROSSI

**O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
uma abordagem**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista
de Medicina, para obtenção do Título
de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alvers Batista

SÃO PAULO

2004

Rossi, Pedro Santo

O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem./
Pedro Santo Rossi .—São Paulo, 2004.
xi, 109f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de
Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde -
CEDESS

Learning communications skills in medical school: a approach

1. Educação Médica, 2. Comunicação, 3. Relações Médico-Paciente, 4.
Aprendizagem, 5. Ensino.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
CEDESS

Diretor do Centro: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Pedro Santo Rossi

**O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
uma abordagem**

Presidente da banca:

Prof. Dr. _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Aprovado em: ___ / ___ / ___

AGRADECIMENTOS

Na verdade eu só tenho que agradecer à minha própria sorte.

A sorte de ter um dia batido às portas do CEDESS, quando ainda restava um pouquinho de vontade para continuar tentando.

A sorte de ter participado daquele curso de especialização, “Ensino Superior em Saúde” que não se parecia em nada com tudo que eu já conhecia de escolas. A sorte de ter conhecido aqueles professores que me fizeram voltar a acreditar nas possibilidades da educação. Tanto que, neste mestrado, fui o primeiro na inscrição para a seleção, na matrícula, na qualificação e na dissertação, só não queria ser o primeiro a ir embora.

Mais sorte ainda com o orientador do projeto e da pesquisa, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, que conseguiu quebrar muitos dos meus preconceitos e acabar com as minhas verdades. Voltei a ser um estudante, agora com “status” de pesquisador.

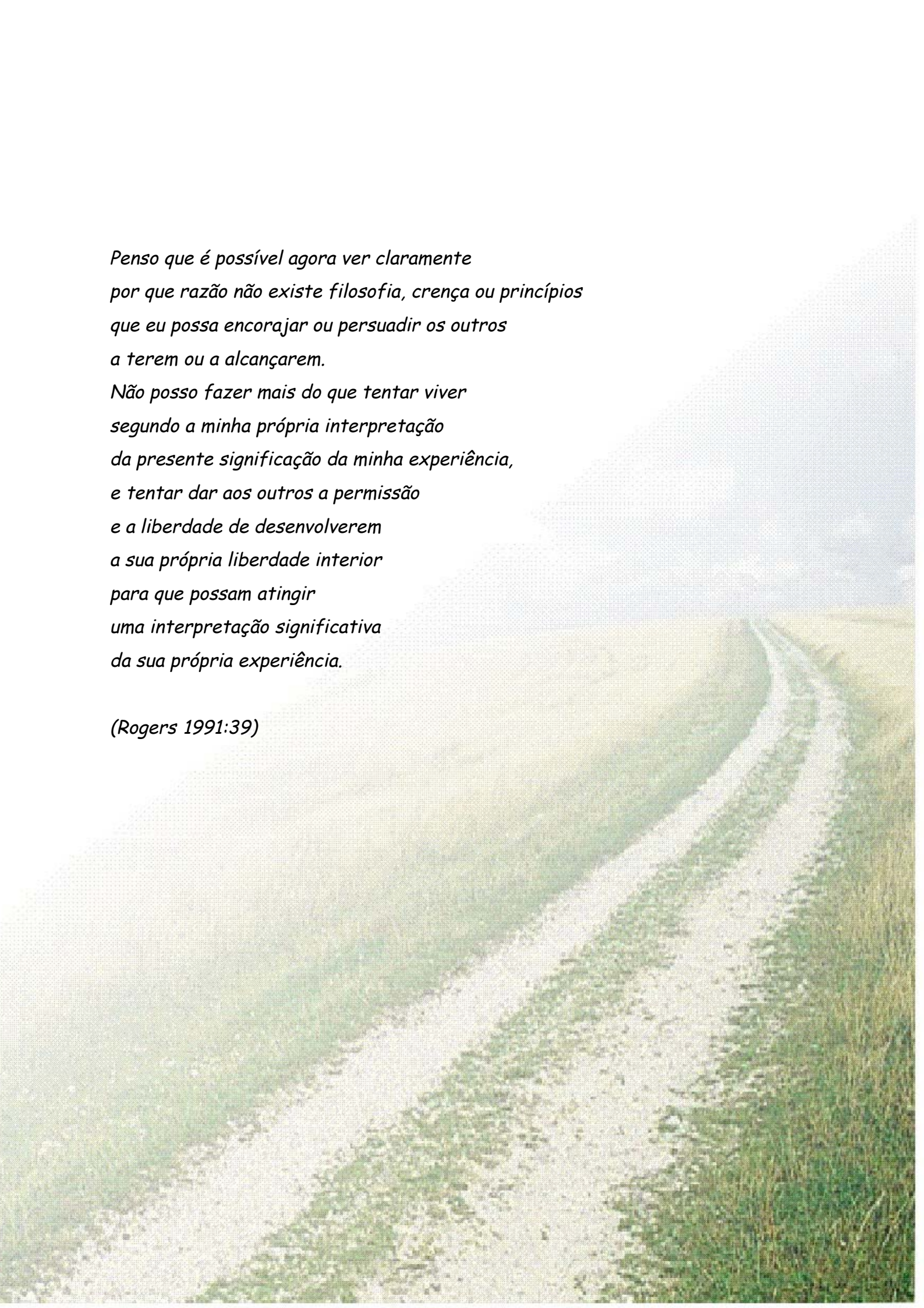
Só não posso dizer que consegui esse título na sorte, porque tudo isso deu um trabalho danado.

Finalmente, agradeço a você que está lendo essas palavras, pois tive a sorte de merecer a sua atenção nessa minha caminhada.

*Penso que é possível agora ver claramente
por que razão não existe filosofia, crença ou princípios
que eu possa encorajar ou persuadir os outros
a terem ou a alcançarem.*

*Não posso fazer mais do que tentar viver
segundo a minha própria interpretação
da presente significação da minha experiência,
e tentar dar aos outros a permissão
e a liberdade de desenvolverem
a sua própria liberdade interior
para que possam atingir
uma interpretação significativa
da sua própria experiência.*

(Rogers 1991:39)



RESUMO

A partir da importância atribuída à comunicação na relação médico-paciente como fator de boa adesão ao tratamento, surgiu o interesse em saber **quando** e **como** se contempla o ensino/aprendizagem de comunicação nos cursos de graduação em medicina. As recomendações sobre o desenvolvimento da competência “comunicação” preconizadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais acrescentam uma justificativa a mais para a pesquisa. Delimitado o campo da pesquisa, revisada a literatura e optado pelo referencial metodológico da pesquisa qualitativa, foram entrevistados doze egressos de cursos de medicina que estavam iniciando residência em Clínica Médica e nove professores, coordenadores de ensino de cursos de graduação em medicina. A análise das entrevistas, feita sob o olhar fenomenológico, privilegia o vivido. Aparece uma grande diversidade de concepções sobre o que seja a comunicação, contudo das falas dos entrevistados emergem categorias de análise que mostram, em essência, uma tendência para considerar a competência comunicação como uma habilidade instrumental para se conseguir tirar informações e se fazer entender no procedimento médico. A temporalidade (o quando) também apresenta uma gama de possibilidades, distribuída entre as matérias iniciais e as atividades finais do curso. A forma (o como) de ensino/aprendizagem se distribui entre disciplinas básicas e atividades práticas. Em essência, o aprendizado se revela como produto da vivência pessoal ao longo do curso e da experiência na prática junto ao paciente.

Palavras chaves: Educação Médica, Comunicação, Relações Médico-Paciente, Aprendizagem, Ensino.

ABSTRACT

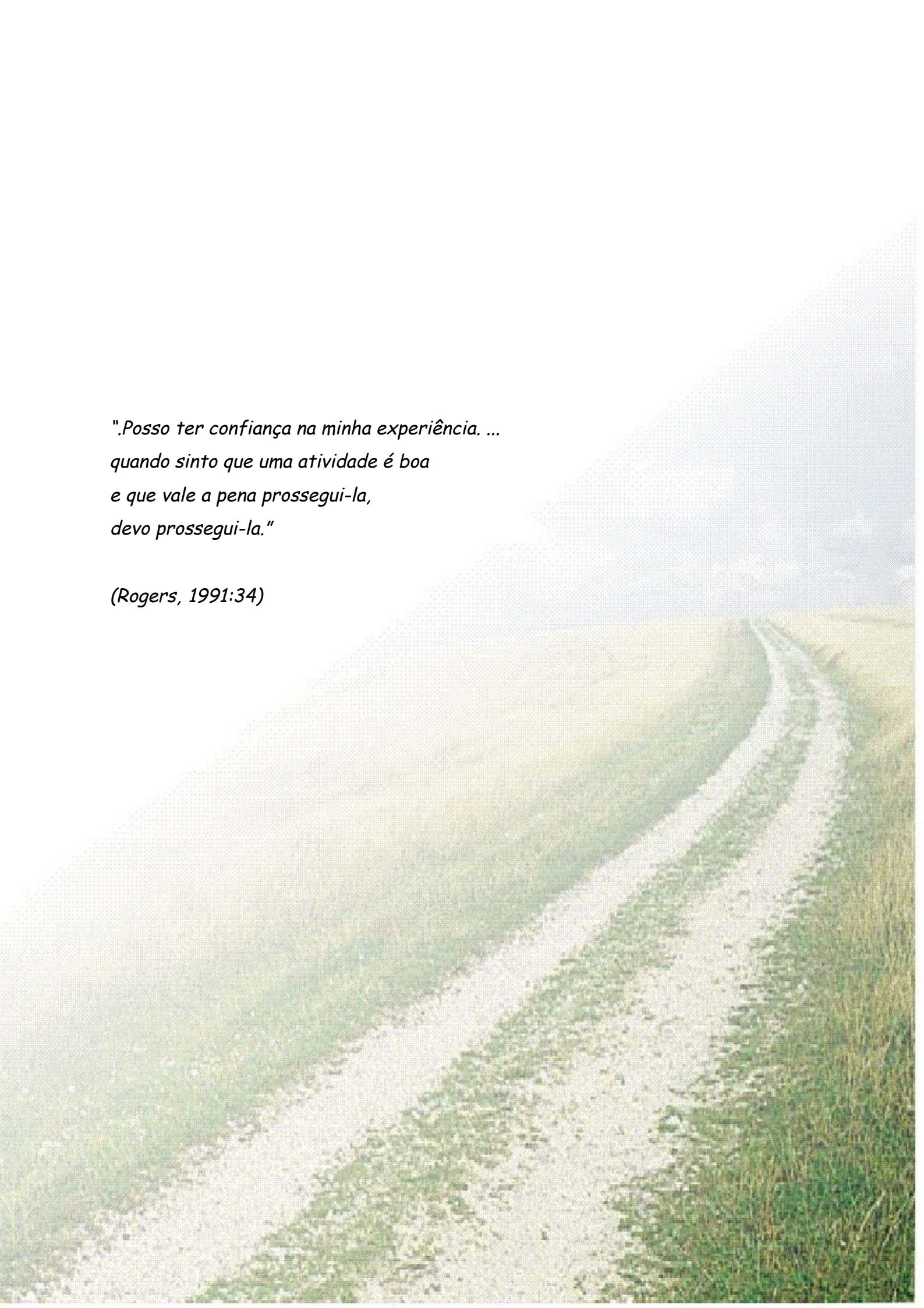
The importance attributed to communication in the physician-patient relations as a factor of satisfactory adherence to treatment has spurred an interest in determining when and how the teaching/learning of communication in undergraduate medical courses should be contemplated. The recommendations on the development of the “communication” competence, advocated in the new National Curricular Guidelines, are one more reason to justify this study. Once the field of investigation was outlined, the literature reviewed and a choice of the qualitative research methodological criterion made, interviews were conducted with twelve graduates from the medical schools who were starting residency in Medical Practice and nine teachers who acted as area coordinators for undergraduate medical programs. The analysis of the interviews, made from a phenomenologic perspective, favors the experience lived. A broad range of concepts came up on what communication is, but, on the other hand, a number of analysis categories arose from the interviewees’ statements which show, in essence, a trend to consider communication competence as an instrumental skill to obtain information and make oneself understood in the medical procedure. Temporality (when) also points to a number of possibilities, spread out between the early disciplines and the final activities of the course. The form (how) of teaching/learning is distributed between basic disciplines and practical activities. Fundamentally, learning comes out as a product of personal experience throughout the course and of the practical experience with the patient.

Keywords: Medical Education, Communication, Physician-Patient Relations, Learning, Teaching.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	vii
SUMÁRIO	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo Geral	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3.REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1. A comunicação	9
3.2. A comunicação na relação médico-paciente	16
3.3. O ensino da comunicação na graduação	22
4.REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.1. A fenomenologia	40
4.2. O campo da pesquisa	44
4.3. O procedimento das entrevistas	45
4.4. A leitura das entrevistas	46

5. A CONCEPÇÃO DE COMUNICAÇÃO	49
6. O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA	60
6.1. Trans e interdisciplinaridade	62
6.2. Intradisciplinaridade	64
6.2.1. Semiologia	64
6.2.2. Psicologia Médica	65
6.3. Treinamento	69
6.4. Currículo oculto	70
6.5. Temporalidade	72
6.6. A articulação teoria e prática	75
6.7. Avaliação	78
6.8. Docência	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
8.1. Bibliografia consultada	100
9. ANEXOS	106
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
9.2. Questões para alunos	107
9.3. Questões para professores	108
9.4. Parecer da Comissão de Ética	109

A photograph of a gravel path leading through a field of tall grass. The path is made of light-colored gravel and is flanked by green grass. The background shows a bright sky and a distant horizon. The image has a halftone or dithered texture.

*"Posso ter confiança na minha experiência. ...
quando sinto que uma atividade é boa
e que vale a pena prosseguir-la,
devo prosseguir-la."*

(Rogers, 1991:34)

1. INTRODUÇÃO

Para se pesquisar um assunto é necessário estar mobilizado pelo tema. Uma questão recorrente em minha vida tem sido a linguagem falada na conversa, na prosa, no fluxo livre da fala corrente - a semiótica da linguagem popular. A gênese disso talvez possa estar no choque cultural quando da convivência simultânea em dois mundos bem diferentes: a escola formal da cultura letrada, de um lado, e a família analfabeta, da cultura oral, de outro lado. Durante muito tempo tive que alternar sintonias para tentar entender as diferentes linguagens. Enquanto na escola estudava português, latim e italiano; em casa e na vizinhança só se falava caipira mesmo. Nos bancos da escola decorava, em latim, “**As Catilinárias**” de Cícero, [*Quo usque tandem abutere, Catilina, patientia nostra ?*]; na porta da venda da esquina, ouvia o Cícero, um cearense, falar das coisas do “Norte” [*oxente minino, visse qui cabra arretado !*].

Na atividade profissional, durante muito tempo (1972-97), como gerente em empresas nacionais e multinacionais, nas áreas de Marketing e de Recursos Humanos, estive envolvido na promoção da fala apropriada, uma busca de eficácia e eficiência nas relações vendedor-cliente. Realizava treinamentos, cursos de formação e desenvolvimento profissional com ênfase na comunicação, primordialmente objetivando o entender e o falar a linguagem do cliente. Assim foram anos de trabalho junto ao homem da cidade e junto ao homem do campo, de Porto Alegre a Belém do Pará, fazendo pontes entre as linguagens. De um lado, a linguagem técnica da engenharia e do marketing da empresa multinacional, com vocabulário americanizado, de outro lado, a fala típica de cada região dos interiores do Brasil de Norte a Sul. Transitava entre as diferentes acepções e a sinfonia dos sotaques, entre estudar “cases” de marketing e “causos” de vendas.

Ao voltar à universidade para formação em psicologia (1989-94), dois novos ramos da comunicação profissional mereceram a minha atenção: na **educação**, a fala na relação professor-aluno e na **saúde**, a fala na relação profissional-paciente.

Aquela concepção profissional da necessidade de “*falar a língua do cliente*” gerava questionamentos sobre a fala acadêmica. Essa fala que se faz esotérica porque reservada ao entendimento de poucos; essa fala que exige o exercício hermenêutico dos iniciados, que não se permite vulgarizar, que não consegue ser simples. Perguntando se não poderia haver uma ponte de comunicação, entre o saber científico e as possibilidades cognitivas do aluno, enveredei pelos caminhos da satisfação do aluno, afinal esse era o consumidor do produto em questão. Desejava que a aula pudesse desenvolver uma fala que “vendessem” tal conhecimento, ou despertasse uma vontade de aprender a matéria,

tal como o vendedor faz para que o cliente queira comprar o produto. O mesmo se deu na área da saúde quando me envolvi na avaliação do serviço médico pela aderência ao tratamento. Sem discutir os procedimentos técnicos nem a qualidade do saber específico, questionava as “instruções para o uso”, para um povo que não está acostumado a ler manual de instrução nem bula de remédio. E quando lê, a grande maioria, não entende.

Esse envolvimento pessoal com a temática da comunicação, especialmente na prosa, na fala, na conversa, neste momento da pesquisa acadêmica, só confirma as afirmações de Ludke e André (1986):

Os fatos, os dados não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador. Nem este os enfrenta desarmando de todos os seus princípios e pressuposições. Ao contrário, é a partir da interrogação que ele faz os dados, baseada em tudo que ele conhece do assunto – portanto, em toda a teoria acumulada a respeito – que se vai construir o conhecimento sobre o fato pesquisado. (p.4)

Essas interrogações geradas ao longo da vida acadêmica e profissional reapareceram no primeiro contato com a pesquisa acadêmica. No curso de especialização em Didática do Ensino Superior (1997-98), na Universidade São Francisco, em Bragança Paulista, foi pesquisada a possibilidade de conseguir um bom índice de satisfação dos alunos mesmo em situações desfavoráveis ao ensino/aprendizagem. Isso motivado pela grande frequência de reclamação dos professores em geral por “falta de condições ideais” para o exercício profissional. Com o título “**Dinâmica de Grupo como instrumento didático**” (Rossi, 1998) foram realizados doze eventos em oito instituições, num total de 421 participantes. Foi uma pesquisa-ação em que se realizava um evento em que eram submetidos 28 itens ao julgamento dos participantes. A “comunicação” do evento se destacou como o pior item na avaliação dos participantes. O item 1 [*“A forma como foi feita a convocação (ou convite) para o evento”*]] recebeu a menor nota entre todos os outros itens em todos os eventos, denunciando a inabilidade da instituição em se comunicar com seu público. Aquilo já instigava um caminho para uma pesquisa como esta.

A segunda experiência de pesquisa aconteceu após o curso de especialização em Educação em Saúde – Docência no Ensino Superior em Saúde (2001), no CEDESS - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, na Universidade Federal de São Paulo. Foram entrevistados 7 residentes em Clínica Médica, num hospital-escola, na primeira semana de aula, com a pergunta: “*Esta é uma pesquisa sobre o aprendizado de comunicação para adequação profissional na relação médico-paciente; como foi a sua experiência pessoal quanto a esse aprendizado durante seu curso de formação em me-*

dicina?”. Foi uma aproximação ao tema desta pesquisa. Os resultados foram apresentados em dois textos: “**A Aprendizagem da comunicação na graduação em medicina – uma aproximação**” no XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, Florianópolis-SC em 2003 (Rossi e Batista, 2003); e, “**A Aprendizagem da comunicação na graduação em medicina – onde e como**” no XII ENDIPE – Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino, em Curitiba-PR em 2004 (Rossi, 2004).

A terceira experiência em pesquisa ocorreu no curso de especialização em Sexualidade Humana – Educação Sexual (2001/02), Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Foi uma pesquisa-ação de educação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Sob o título “**Comunicação em Saúde**” havia um subtítulo que perguntava: “*O que o profissional de saúde fala, o profissional do sexo entende?*” A pesquisa foi realizada em seis meses de trabalho em duas casas de prostituição na periferia da Grande São Paulo. Eram apresentadas as mensagens das campanhas publicitárias do governo e registradas as expressões do entendimento daquele público. As discordâncias começavam já na nomeação do público: enquanto os órgãos do governo tratavam aquelas pessoas como “profissionais do sexo”, elas preferiam a denominação de “garotas de programa”.

Esses dois trajetos acadêmicos recentes - comunicação em saúde na Unifesp e sexualidade na Unicamp - se somavam à realidade vivida no trabalho profissional como psicólogo junto ao COAS - Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico, no Juquery, em Franco da Rocha - SP. O trabalho do COAS tem como objetivo a quebra da cadeia de transmissão epidemiológica das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), mormente a AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). É um empenho na prevenção das doenças via educação em saúde, um processo de ensino que depende em grande escala da fala certa, do tom correto, da conversa apropriada para cada ouvinte.

Na época, o Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Estado de São Paulo (CRT DST/AIDS-SP), em campanha para melhor adesão ao tratamento, promovia uma série de cursos para os técnicos dos serviços, divulgando os resultados das pesquisas sobre aderência ao tratamento dos portadores do vírus HIV, relatados na obra “**Tá difícil de engolir?**” (Teixeira, 2000), uma realização do Núcleo de Estudos e Pesquisa de AIDS do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-IPUSP) e do CRT DST/AIDS-SP.

Aquelas pesquisas mostraram uma aderência média de 52% nos atendimentos pesquisados no Estado de São Paulo. Tais níveis de aderência, segundo os autores, seriam os mesmos encontrados na maioria dos tratamentos de doenças crônicas, não só

no Brasil como em todo o mundo. Isso vale dizer que praticamente a metade dos pacientes não segue as orientações técnicas dos médicos.

Aquele trabalho mostrava que alguns dos fracassos quanto à aderência ao tratamento se deviam ao modo diferente como médicos e pacientes vêem a mesma coisa. Quando se perguntava para médicos e pacientes quais seriam as dificuldades em se tomar os remédios conforme as prescrições, as respostas eram discordantes. Eis o quadro comparativo (Teixeira, 2000:85) das respostas de médicos e de pacientes do serviço:

	Médicos	Pacientes
Doses/pílulas	59%	16%
Efeitos colaterais	28%	13%
Alimentação	5%	22%
Horários complexos	1%	14%
Outros	5%	26%
Outros: questões de privacidade, custo, complexidade do regime, qualidade de vida.		

Não é o caso de se discutir o que é certo ou errado, mas registrar as diferenças de opiniões a partir de olhares diferentes. Tal pesquisa demonstra a falta de empatia na relação médico-paciente, o médico não consegue olhar e ver o problema “como se fosse o paciente”.

Na mesma obra (Teixeira, 2000), em diversos relatos de pesquisas são apontadas algumas indicações de procedimentos bem sucedidos na adesão ao tratamento, tais como:

... se não houver falha na **comunicação** entre os profissionais de saúde e os pacientes, essas diferenças podem ser superadas (...) resultado típico da falha na **comunicação** entre médicos e pacientes, foi apontada por vários autores como obstáculo para o uso adequado da medicação. Por outro lado, uma **comunicação** adequada e um bom relacionamento com os profissionais de saúde podem ter uma influência forte no processo de adesão. (**grifo nosso**) (p.86)

Ampliada a pesquisa na literatura médica em geral (não mais só com os casos de Aids), buscando-se o descritor “adesão ao tratamento” na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), destacava-se a frequência dos termos “comunicação”, “relação médico-paciente” e “empatia”, presentes em praticamente todos os relatos de boa adesão. Ou seja, confor-

me aqueles estudos, o fator primordial do sucesso na adesão ao tratamento estaria atrelado à comunicação e à qualidade da relação médico-paciente, confirmando os estudos do NEPAIDS e do CRT.

Pari passu ocorria um movimento organizado com a participação do Ministério da Educação e representantes das escolas de medicina discutindo uma revisão na educação médica no Brasil. Tais entendimentos culminaram com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (Brasil, 2001). Destacando, entre outras competências a serem desenvolvidas na formação profissional, a habilidade de comunicação do médico com seu paciente, com os familiares dos pacientes e com a equipe de trabalho.

Em suma, a partir da história pessoal de vida e da experiência profissional, os questionamentos sobre as possibilidades de comunicação entre mundos culturalmente diferentes confluíram para esta atividade acadêmica. Agora, na construção de uma nova história, na elaboração de novos conhecimentos, nesta área do “**Ensino em Ciências da Saúde**”, parto em busca de informações na literatura médica e educacional e de entendimentos numa pesquisa de campo. Para sistematização dos dados pesquisados se propôs pontuar a questão em três aspectos básicos: o quê, o como e o quando.

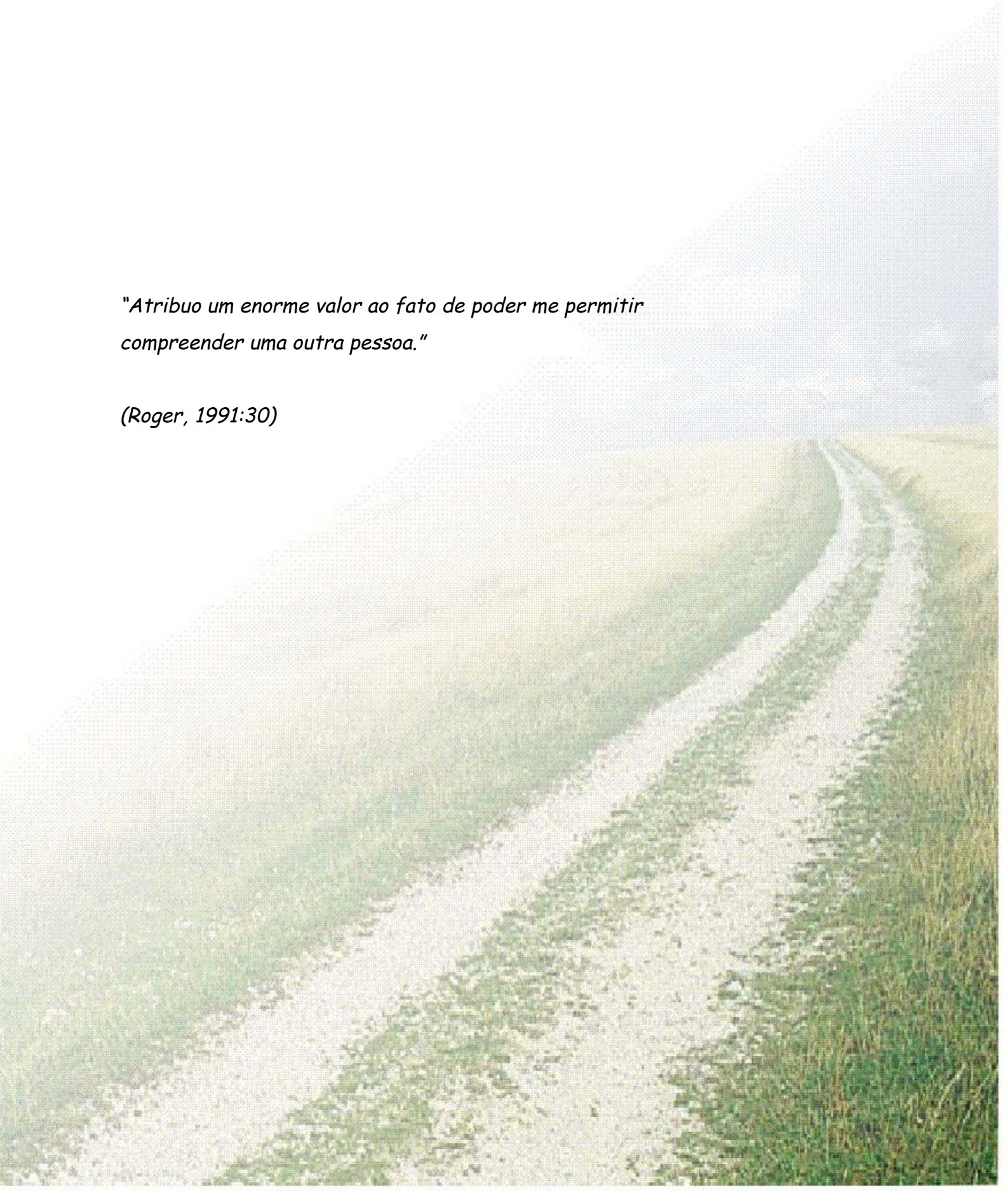
O quê? – O que é comunicação para o médico?

Como? - Como se ensina/aprende comunicação nos cursos de graduação em medicina?

Quando? – Em que momento do curso o aluno de medicina aprende a se comunicar com o paciente?

*"Atribuo um enorme valor ao fato de poder me permitir
compreender uma outra pessoa."*

(Roger, 1991:30)



2. OBJETIVOS

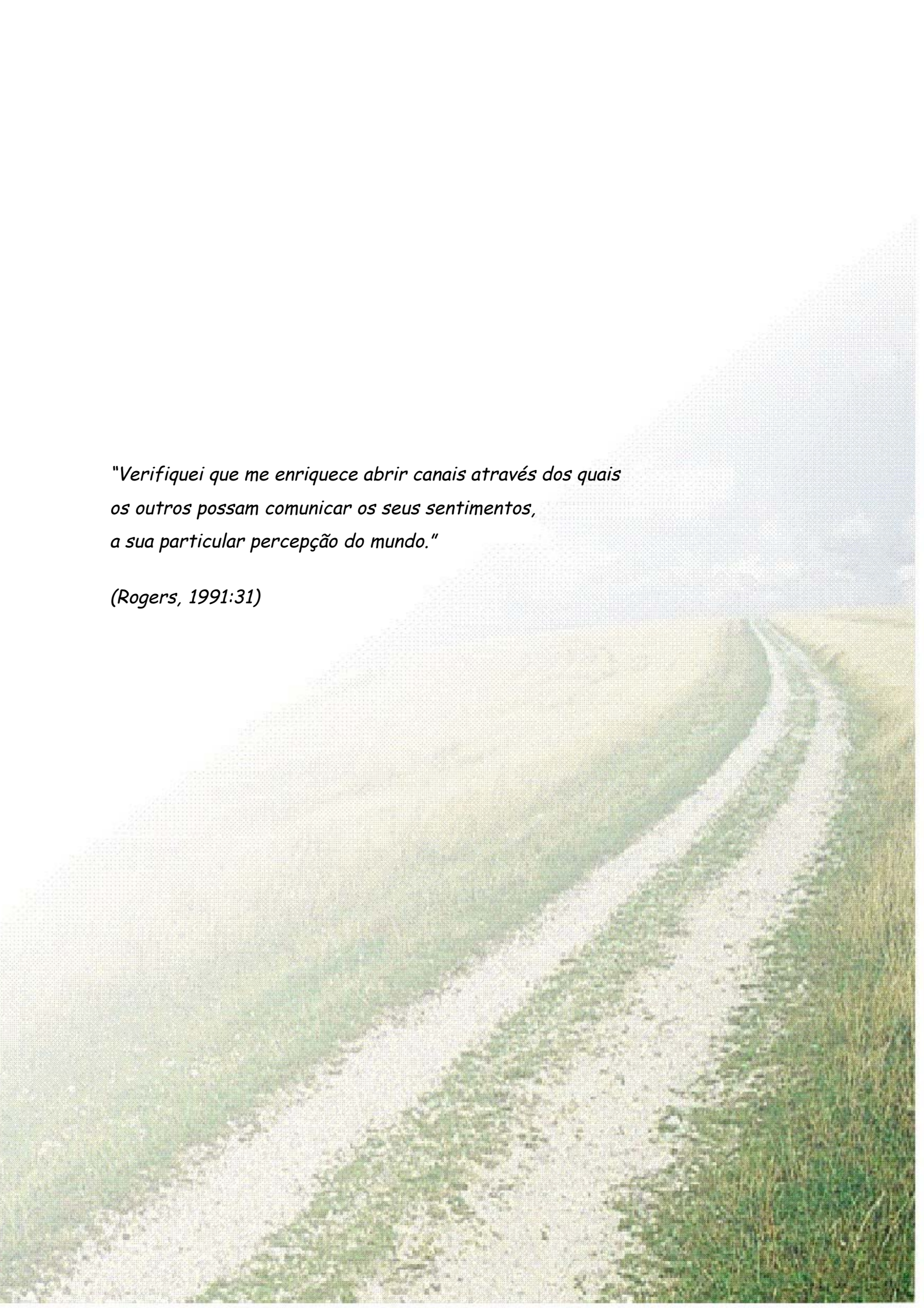
2.1. Objetivo Geral

Analisar o processo ensino/aprendizagem sobre a comunicação na relação médico-paciente durante o curso de graduação em medicina, a partir das concepções de alunos e de professores.

2.2. Objetivos Específicos

a) Levantar a concepção de alunos e de professores de cursos de graduação em medicina sobre o processo de comunicação; e

b) Identificar como e quando o currículo de formação contempla o ensino de comunicação na relação com o paciente.

A photograph of a dirt road winding through a field of tall grass under a bright sky. The road is the central focus, leading the eye from the bottom center towards the upper right. The grass is a mix of green and yellow, suggesting a late summer or autumn setting. The sky is very bright, almost white, with some faint clouds visible in the distance. The overall mood is peaceful and open.

"Verifiquei que me enriquece abrir canais através dos quais os outros possam comunicar os seus sentimentos, a sua particular percepção do mundo."

(Rogers, 1991:31)

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasamento teórico desta pesquisa, procurei encontrar na literatura nacional e internacional as referências:

1) à comunicação;

2) à comunicação na acepção desta pesquisa em particular que é a fala na interação pessoal, a comunicação nas relações entre o médico e o seu paciente; e,

3) sobre o ensino/aprendizagem da comunicação nos cursos de graduação em medicina.

3.1. A comunicação

Santaella (2001) diz que a literatura específica em comunicação é tão repleta da diversidade de conceitos quanto é amplo o termo comunicação. Comunicação humana enquanto conceito, uma definição do que seja exatamente, sofre da multiplicidade de olhares até dos estudiosos mais destacados. Não cabe neste trabalho específico a discussão dos conceitos, o comparativo entre as definições dos estudiosos, que na realidade não são definitivas. Servem sim de exemplos, por mais estranhos que possam parecer à primeira vista, pois que acabarão por coincidir com algumas das falas dos nossos pesquisados. Nos seus estudos, Santaella (2001) destaca a polissemia do termo comunicação relacionando recortes de diversos autores que concebem a comunicação como sendo:

“A interação social através da mensagem” (Fiske, 1990:1);

“A relação dos espíritos humanos, ou melhor, dos cérebros humanos” (Baylon e Mignot, 1999:9-10);

“Uma transição gradual que vai dos modos de interação proto-comunicacional mais rudimentares até os mais complexos” (Nöth, 1990:169-170), e esse autor diz ainda das possibilidades de comunicação desde a mais simples das interações rudimentares até a metacomunicação;

“Recepção e o processamento de sinais detectáveis física, química e biologicamente por um ser vivente” (Mayer-Eppler, 1959:1), e neste aspecto, da comunicação como leitura e interpretação de sinais, com muito

pouco de ação intencional da fonte, a comunicação vai ser dita unilateral, caracterizando a observação e o diagnóstico;

“A troca de informação entre sistemas dinâmicos capazes de receber, estocar ou transformar informação” (Klaus, 1969);

Rosnay (1975:135) fala da célula como “indivíduos comunicacionais” com memória e capacidade de reconhecimento, tendo como base o código genético (fala-se “código” quando demanda uma intenção comunicacional).

“Todos os procedimentos pelos quais uma mente pode afetar outra.” Shannon & Weaver (1949:3) inclui aí as artes plásticas, música, dança, teatro, como processo comunicacional e não apenas o discurso oral ou escrito.

Destarte, no contexto nacional da literatura sobre comunicação, Braga e Calazans (2001) dizem que comunicação é conatural ao ser humano e que não há comunidade, não há sociedade, sem comunicação entre os homens, vale dizer que seres humanos interagem, convivem, agem em comum, vivem em comum, se comunicam sempre. Esses autores traçam uma linha pela história resgatando os usos e costumes de interação entre os homens, ou seja, as mudanças nos modos de comunicação social. Assim a comunicação entre os gregos, a peripatética e a retórica, logicamente são muito diferentes dos embates e encontros humanos da época atual, com o advento do computador e das redes internacionais de transmissão de dados.

Hohlfeldt (2001) vai dizer que os primeiros estudos sobre a comunicação, na história do ocidente, se devem ao movimento sofista na Grécia no século V a.C. Os sofistas utilizavam a fala com maestria tanto para ludibriar pelas palavras, conquistar e submeter os homens, quanto para a educação e o desenvolvimento, tal como o processo da *“maiêutica”* em Sócrates. Pelo processo de perguntas, entendia Sócrates, o homem é levado a consultar o saber que está dentro de si, um contato com a própria verdade. Os diálogos daquela época ainda persistem como objetos de estudos.

O aprendizado da comunicação, ou a possibilidade ou não do ensino da comunicação, já era discutido naquela época. Sócrates e Platão pendiam para a impossibilidade do ensino, pois a verdade, ou a sabedoria, seriam inatas, daí a *“maiêutica”* como processo de descoberta, de desvelo, não de ensino. Aristóteles, discípulo de Platão, já trazia o conceito de imitação, de aprendizagem por imitação e vai desenvolver na Retórica as questões do discurso e da oratória. Aristóteles já organizava o discurso de uma das formas como se estuda ainda hoje: “a pessoa que fala” à “aquilo do que se fala” à “pessoa a quem se fala” (Hohlfeldt, 2001)

Até então se refere à comunicação com a necessária presença física de duas ou mais pessoas. É a partir da organização do Império Romano que a comunicação começa a sofrer interferências das mediações: os relatos passam a ser sistematicamente registrados de forma escrita. O acesso à informação, um processo comunicativo, já não exige mais a presença física de duas pessoas; num momento é a pessoa que escreve o texto, noutra é a pessoa que lê o texto. Caio Julio César, século I a.C. implanta o registro das sessões do senado, as “*acta diurna*” (Hohlfeldt, 2001) por consequência surgem os relatos escritos de todas as atividades, inclusive na medicina. Galeno, médico na Roma do século II d.C., vai registrar por escrito tudo que se sabia de medicina da época. (De Marco, 2003)

A partir dos tipos móveis de Gutenberg, no século XV, a comunicação vai ser mediada pela letra impressa; a tipografia vai permitir a vulgarização da escrita. Nos séculos XVII e XVIII o mundo se moderniza, mas é somente em meados do século XX que a comunicação se estende por muitas mediações, o jornal, o rádio, o cinema, a televisão, o telefone, a Internet. O domínio dos meios de comunicação de massa se estabelece como fonte e controle de poder. A sociedade passa a ser mediatizada, o fluxo de informação e as relações sociais não são mais restritos aos encontros pessoais, surge o poder do meio da mensagem, a mídia. Hoje não se pode falar de comunicação sem considerar todos os meios possíveis e imagináveis de divulgação e alcance. Os meios continuam em constantes mudanças e aprimoramentos. Obras como *Ilíada* e *Odisséia*, originalmente transmitidas verbalmente em audiências limitadas ao alcance da voz do orador, agora são digitalizadas com imagens e sons, sendo transmitidas por satélites para o mundo todo; os meios mudaram, alguns textos continuam os mesmos.

Falar de passado em meios de comunicação é falar de pouco mais do que ontem. A cada década se dobram as possibilidades e os meios. Nos últimos cinquenta anos, partimos da caneta de pena e do telégrafo para o computador de bolso e a Internet. Com a multiplicação dos meios de comunicação e com o vertiginoso desenvolvimento dos equipamentos, as possibilidades de alcance imediato, e praticamente ilimitado, despertaram interesses políticos e econômicos de maior grandeza.

Falando de comunicação na educação, Braga e Calazans (2001) vão cunhar o termo “sociedade mediatizada” para se falar dos processos de comunicação social no contexto educacional em que as relações não são mais construídas no contato pessoal e direto ou frente a frente, e:

Ao se dotar de mediações tecnológicas para desenvolver as interações sociais, a sociedade não apenas acrescenta instrumentos que aceleram

e diversificam sua comunicação, mas acaba por modificar seus próprios processos. (p.30)

Pesquisar comunicação, a partir desse contexto, envolve um trabalho especial em separar o termo enquanto interação pessoal e enquanto meio e processo da mídia. Tudo é chamado de comunicação, até o termo é comum demais. Conforme Santaella (2001):

Há hoje um consenso quase incontestável sobre o caráter híbrido da comunicação, de um lado, enquanto fenômeno comunicacional em si, que se faz presente e interfere em vários setores da vida privada e social e em várias áreas do conhecimento; de outro lado, enquanto área de conhecimento ela mesma que, cada vez mais, parece situar-se na encruzilhada de várias disciplinas e ciências já consensuais ou emergentes. (p.75)

Hoje o termo comunicação é muito amplo, desde um simples olhar até a atividade global da mídia. Pode-se ver no dicionário Houaiss (2001), que a comunicação pode ser: o ato ou efeito de comunicar(-se); a ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta; o processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão, etc.) ou de aparelhos e dispositivos técnicos, são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais, etc.; a informação transmitida; seu conteúdo; a atividade profissional relacionada ao estudo ou à aplicação desses conhecimentos, técnicas e procedimentos; o conjunto de conhecimentos, técnicas e procedimentos relativos ao processo da comunicação e ministrado como disciplina em faculdades, cursos etc.; o comunicado esclarecedor; o esclarecimento; a exposição; o ato de conversar; conversação, colóquio; a carta, nota ou qualquer outra informação transmitida por escrito; o comunicado; a exposição, oral ou escrita, sobre determinado tema de teor científico, administrativo, político, jornalístico, religioso etc.; a participação oral ou escrita; o aviso; a habilidade de dialogar e se fazer entender; a comunicabilidade; a proximidade, relação mais estreita; contato, trato, convívio; o acesso entre duas ou mais coisas distanciadas no espaço; a junção, união, cruzamento entre duas ou mais coisas; a prestação de serviços recíprocos; a transmissão de vícios, males ou doenças; contágio; e muito mais. Como se vê no dicionário do Houaiss a comunicação (o termo) pode assumir diversas representações conforme o contexto e dizer de coisas bem diferentes.

Santaella (2001) afirma que na longa história da cultura humana, a preocupação com os fenômenos da comunicação é uma atividade nova. Diz que inicia nos meados do século XX, coincidindo com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa e a

conseqüente emergência da cultura de massas. Sugere que a ausência de maiores preocupações com o estudo da comunicação, no passado, se deva muito provavelmente porque a linguagem verbal, oral ou escrita, fosse sentida como algo tão natural quanto era natural a comunicação que ela permitia. Esse senso de naturalidade não propiciava que questionamentos e problemas fossem levantados.

Para os estudos deste trabalho de pesquisa, foi necessário limitar o olhar a poucas das possibilidades do verbete do Houaiss. Não que as outras não sejam importantes, mas pela necessária delimitação técnica para viabilização do texto. Para tanto servem a comunicação como sendo:

- A ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta;
- processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão etc.) são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, gestuais, etc.;
- O ato de conversar; conversação, colóquio; e
- A habilidade de dialogar e se fazer entender.

São dois recortes do “processo de transmissão de mensagem” e dois recortes do “processo de interação pessoal”. Se formos estudar as implicações externas em cada um desses processos, pode haver implicações intervenientes em ambos. Na questão da transmissão de mensagens os autores destacam fatores tais como os ruídos que podem interferir no processo; na interação pessoal aparece a questão de significância existente em ambos participantes do processo. Tais recortes não diferem das afirmações de Fiske, apontados por Santaella (2001) quando, finalizando seus comentários sobre o panorama histórico das teorias da comunicação (numa revisão da literatura que preparou para subsidiar trabalhos de pós-graduação, mestrado e doutorado, em comunicação) diz valer a pena mencionar o livro de Fiske (1990) da seguinte forma:

Realizando uma síntese radical, esse autor estruturou o seu livro tomando como base a redução de todas as teorias da comunicação a apenas duas escolas fundamentais: preocupada com o modo como emissores e receptores codificam e decodificam, como transmissores usam canais e meios de comunicação, a primeira escola vê a comunicação como transmissão de mensagens. Daí se preocupar com assuntos como eficiência

e exatidão, pois a comunicação é vista como um processo que afeta o comportamento ou estado de espírito dos receptores. Fiske chama essa escola de processual. Sua tendência é basear-se nas ciências sociais e psicologia, dirigindo-se para atos de comunicação. Nessa escola, a interação social é vista como um processo através do qual pessoas se relacionam umas com as outras ou afetam o comportamento e resposta emocional das outras. Por acreditar na intenção do emissor como fator crucial, a mensagem, por sua vez, é vista como aquilo que é transmitido no processo comunicacional. A intenção do emissor pode ser explícita ou implícita, consciente ou inconsciente, mas deve ser recuperável através da análise.

Para a segunda escola, a comunicação é produção e troca de significados. Por isso, preocupa-se com o modo como as mensagens ou textos interagem com as pessoas a fim de produzir significados, preocupa-se, portanto, com o papel que os textos desempenham em uma cultura. Por isso mesmo, a eficiência comunicativa não é um problema para essa escola. Mal entendidos são evidências de diferenças culturais. O principal método dessa escola encontra-se na semiótica, a ciência dos signos e significados. Para ela, estudar comunicação é estudar textos e cultura. Nesse contexto, a interação social é concebida como aquilo que constitui o indivíduo como membro de uma determinada cultura ou sociedade. A mensagem, por sua vez, é a construção de signos que, na interação com os receptores, produzem significados. Toda ênfase aqui recai sobre o texto e o modo como é lido, sobre o processo de descoberta de significados que ocorre quando o receptor interage e negocia com o texto. Essa negociação implica a experiência cultural baseada em códigos e signos compartilhados em maior ou menor medida. Assim sendo, a mensagem não é algo enviado de A para B, mas um elemento de uma relação estruturada que inclui o emissor/receptor e a realidade externa. (p.30)

Depois de feitas essas abordagens históricas e conceituais de comunicação, assim tão amplas no tempo e no conceito, queremos afunilar nossos propósitos específicos, para esta pesquisa, na idéia de mensagem no processo comunicacional. O conteúdo intencional, dirigido de um para outro, a mensagem em si. Nesta pesquisa, especificamente, o que interessa é a mensagem não mediatizada, a conversa, o diálogo entre o médico e o seu paciente como procedimento suficiente e necessário para um bom resultado na relação terapêutica. É uma comunicação direta e sem mediações tecnológicas. Braga e Calazans (2001) vão dizer que:

O termo “conversa” tem a vantagem de não se confundir com qualquer outro tipo de interação social. A expressão “conversar” chama a atenção imediatamente para o aspecto de troca comunicacional, ainda que os objetivos de uma “conversa” possa ser de diversas naturezas - econômica, política, militar, científica ou casual. (p.16)

Houaiss (2001) diz que conversar é trocar palavras ou idéias com alguém. Ora, a troca supõe a valoração dos elementos em troca, supõe considerar o valor, portanto o significado, da fala do outro. Conversar então é ver o verso, ver o outro lado da questão. Martino (2001:14) ao final de longo discurso sobre as possibilidades do que seja a comunicação acaba por exprimir uma frase essencial: “... *um tipo de relação intencional exercida sobre outrem*”. Isto pode até não ser a melhor definição etimológica ou funcional de comunicação, mas presta muito bem ao olhar desta pesquisa em particular, a relação intencional exercida pelo médico sobre o seu paciente e pelo paciente sobre o médico.

3.2. A comunicação na relação médico-paciente

A referência explícita sobre a comunicação na relação médico-paciente é muito pouco encontrada na literatura médica brasileira, mas também na literatura internacional o termo “*communication skill*” não trata só de “habilidades de comunicação” e engloba a relação médico-paciente como um todo. Para efeito desta pesquisa tomam-se então as referências à relação médico-paciente como continente da idéia de comunicação. Na literatura médica, quando aparece a questão da comunicação na relação médico-paciente, há uma tendência de descrição de procedimentos técnicos, assim como se descrevem muitos outros procedimentos como os cuidados necessários e suficientes para uma eficiente realização da tarefa. O foco de nosso interesse, nesta pesquisa, é o ensino/aprendizagem da habilidade no desempenho de atitudes que propiciem o resultado efetivo na comunicação.

Nas pesquisas levadas a efeito na literatura médica sobre adesão ao tratamento, três termos chamam atenção pela forma indiscriminada como são utilizados: comunicação médico-paciente, relação médico-paciente e empatia; não há rigor conceitual na sua utilização. No entanto, tal estranheza cessa quando da explicação etimológica do termo comunicação [pôr em comum, dividir, partilhar, ter relações com] (Houaiss, 2001). Ou seja, comunicação e relação são termos que podem representar a mesma coisa e a empatia é a atitude que viabiliza a comunicação.

Martino (2001:15), fazendo uma análise etimológica do termo, considerando os diversos conceitos e empregos do termo comunicação, aproxima muito “comunicar” com “relacionar”. “Assim, *compartilhar, transmitir, anunciar, trocar, reunir, ligar (pôr em contato), são expressões, variantes ou usos figurados de um sentido primordial e mais geral que exprime “relação”*”). Talvez isso possa explicar a forma indistinta como aparecem, na literatura médica, as expressões “**comunicação médico-paciente**”, “**relação médico-paciente**” ou “**comunicação na relação médico-paciente**”.

Na continuidade de sua exposição, colocando a necessidade de relação na comunicação, Martino diz que um livro na estante é uma comunicação em potencial, mas não está comunicando; assim, para que haja a comunicação, é necessária a participação do leitor do livro, a relação do leitor com as idéias do livro. Da mesma forma, depreendemos que, na relação médico-paciente, é necessário que haja a participação do paciente na relação ou a fala do médico vai se reduzir a um dado apenas, sem nem mesmo chegar a ser uma informação.

Debalde o desenvolvimento técnico da medicina, há necessidade de se estudar como desenvolver melhor a comunicação na relação pessoal do médico com seu paciente. Conforme Tolentino (2003):

A tecnologia tem facilitado os procedimentos médicos. O homem está se tornando transparente, podendo ser visto por dentro e por fora, em detalhes. Há, entretanto, alguma coisa que a máquina não detecta e que só a relação humana entre o médico e o paciente pode mostrar. Não há tomografia ou ressonância magnética que registre os aspectos socioculturais do paciente, seus valores e seus sentimentos. E a saúde ou a doença estão intrinsecamente ligadas aos fatores emocionais e aos valores fundamentais da vida humana. (p.165)

São encontradas poucas referências ao termo comunicação no sentido de fala e de conversa, entre o médico e o seu paciente, por isso temos que utilizar as referências mais amplas da comunicação enquanto relação. Em Souza (2003) aparece uma referência explícita sobre a importância da palavra, além de atitudes e sentimentos, na relação médico-paciente:

Um elemento fundamental nesse momento é a palavra. Palavras “erradas” engendram o medo, exacerbam a angústia, dissipam a esperança. Os médicos sabem, pela sua experiência clínica, que palavras, atitudes ou sentimentos “negativos” pioram os sintomas, perturbam uma evolução clínica favorável e aumentam o sofrimento do doente. (p.38)

Larossa (2000:46) num artigo sobre o poder da palavra, referenciando a fala do poder do juiz e do médico, suscita afirmar: “*O poder técnico faz calar através de uma linguagem que intimida, apequena; o efeito terrível da mudez, da confusão, da incapacidade para a palavra*”. É a linguagem técnica específica que transmite uma imagem de poder a partir do domínio do conhecimento restrito a especialistas.

Luz (2001) expõe as possíveis diferenças nos resultados da comunicação médico-paciente, diz da diferença que faz a confiança explicitada na fala do médico quando da negociação com o paciente para uma intervenção tal como cirurgia ou cateterismo. Denuncia que o procedimento técnico é o mesmo, mas que há grande diferença entre os resultados conseguidos em função da confiança que o médico consegue explicitar na sua fala. E diz mais:

A relação médico-paciente é extremamente complexa, porque depende de muitas variáveis. Mas duas são fundamentais: compreensão e confiança. Depois existem outras como comunicação, disponibilidade, tolerância, compaixão e honestidade. (p.3)

Remen (1993), com a autoridade de médica atuante na Oncologia americana por quase de 40 anos, já colocava, no final do século passado, o descompasso existente na medicina entre o desenvolvimento tecnológico da ciência e a satisfação de necessidades intangíveis:

O reconhecimento da existência de necessidades intangíveis não satisfeitas é quase universal e representa uma preocupação geral em nossa sociedade. As pessoas começam a perceber que determinadas qualidades vitais estão ausentes de sua vida, seu trabalho e relacionamentos. Sofremos com a ausência de calor, entusiasmo, compreensão, humor, esperança, aspiração. Pouco a pouco, percebemos que objetivo, direção e significado, longe de serem questões filosóficas, de algum modo estranhas à nossa vida, são fundamentais para o nosso bem-estar e saúde. É interessante considerar essa crescente percepção como primeiro passo em direção a uma atitude terapêutica; e que a nossa atual insatisfação, a despeito da realização material, pode ser considerada um benefício direto da revolução científica e, de certa maneira, seu resultado mais importante. (p.15)

Soar Filho (1998) chega a utilizar o termo “*interação médico-paciente*”, para aquilo que é específico entre o médico e o paciente, pois que a expressão “relação médico-paciente” nem sempre tem um significado suficientemente claro e pode ser generalizado para “relação profissional de saúde-cliente”.

Carl Rogers (1991:43), psicólogo humanista, já dizia em 1961, quando escreveu “**Tornar-se pessoa**”, que a “relação terapêutica é apenas uma forma de relação interpessoal em geral, e que as mesmas leis regem todas as relações deste tipo.” Tendo pesquisado uma série de trabalhos sobre relações médico-paciente nas terapias concluiu dizendo:

Sem pretender integrar completamente as descobertas destes diversos estudos, pelo menos é possível reter alguns pontos como definitivos. Um deles é o fato de que as atitudes e os sentimentos do terapeuta são mais

importantes que a sua orientação teórica. Os seus processos e as suas técnicas são menos importantes do que as suas atitudes. (p. 48)

Outros autores, de certa forma, dizem as mesmas coisas, tal como Souza (2003):

A atitude do médico na relação médico-paciente tem um sentido psicoterápico, independentemente de ser essa a intenção do médico. Todos os médicos sabem – ou deveriam saber – sobre a importância que assumem as atitudes, os gestos e as palavras pronunciadas pelo médico e dirigidas ao paciente ou aos familiares nas inúmeras e diferentes situações clínicas. As palavras, como instrumento de trabalho, podem fazer tanto mal como bem. (p.35)

Vamos encontrar ainda em Remen (1993) a sugestão para a busca do entendimento do sentido da linguagem comum, a comunicação significativa para o entendimento do profissional com seu paciente:

O estudo da psicologia sugere formas para se romper as barreiras da comunicação entre o profissional e o paciente, para encontrar uma linguagem comum, significativa para os dois. (...) A familiaridade com opções mais amplas de relacionamento, acrescida ao conhecimento de diferentes tipos de interação referentes aos problemas de saúde – do papel autoritário em situações de emergência ao papel colaborador na prevenção – tem um valor inestimável para qualquer praticante. (p.17)

A relação médico-paciente, seja nas denúncias diárias encontradas na mídia, seja na fala dos saudosistas de plantão, não consiste mais do diálogo natural daquele antigo médico de família. A atividade médica passou para o campo da produtividade empresarial e da impessoalidade, mudou para uma fala tecnicista, impessoal e unidirecional.

Conforme Oliveira (2003:175), a medicina, no último meio século, mudou mais que nos 50 séculos precedentes. “Passamos de uma Medicina menos científica e mais humana para uma Medicina mais científica e menos humana. A relação vem desagregando-se, propiciada pela adoração da técnica e pela escatologia científica.”

Remen (1993) recomenda que o médico desenvolva a capacidade de transformar, em solução, os aspectos subjetivos do paciente (crenças e fantasias), desse lado humano do paciente, os preconceitos, a forma particular como cada um percebe a doença. Aspectos que antes só eram vistos como problemas.

Soar Filho (1998:35) vai falar da necessidade do desenvolvimento dessa capacidade de comunicação como estabelecimento de uma comunicação eficiente dentro de um ambiente de respeito que cerca as diferenças culturais nessa relação e acrescenta: *“Ela deve incluir não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele”*.

Na prática, conforme Tolentino (2003) ouvir e falar são dois movimentos do mesmo processo comunicativo, pois:

O profissional que não consegue ouvir o seu paciente não conseguirá também falar com ele, prestando-se as informações necessárias sobre sua doença, sobre os fatores de risco que interferem no seu desenvolvimento e sobre as medidas terapêuticas propostas. (p.166)

Para Pfuetzenreiter (2001) há o problema dos diferentes pontos de vista sobre a doença, pois mesmo entre médicos e pacientes do mesmo nível cultural os problemas são vistos de formas diferentes. E isso provoca um nível de dificuldade no estabelecimento de uma comunicação eficiente, mormente em grupos com modos de vida e visões de mundo tão diferentes:

O uso de termos médicos, utilizados quando da interação médico–paciente, pode provocar sérios problemas de interpretação e de comunicação. Para que haja aperfeiçoamento desta interação, é necessário que o profissional tenha perfeita compreensão da interpretação do fenômeno pelo doente e por seus familiares, levando em consideração as características culturais e sociais. É importante a familiarização do profissional com a linguagem do paciente e a interpretação de termos utilizados por este. (...) O profissional deve desenvolver a capacidade de “traduzir” os termos científicos para a linguagem popular, sempre procurando confirmar se houve acertada compreensão das expressões utilizadas. (p.1)

Pinto (2003) chama a atenção para os enfoques diferentes que a relação assume a partir de olhares distintos:

A relação entre a equipe médica, o paciente e os familiares, envolve interações peculiares entre pessoas em posições diferentes. Os conceitos relativos ao adoecer são diferentes entre o médico e o paciente. Se para o médico a doença é uma situação de normalidade, provida de con-

ceitos técnicos e que representam socialmente sua atuação profissional, para o paciente é uma situação excepcional, sem qualquer motivação profissional ou social e ainda fonte de sofrimento e significados simbólicos, morais, e que ficam fora de uma compreensão científica da doença. (p.169)

Daí alguns autores recomendarem o aprofundamento, dentro da formação médica, de conhecimentos a respeito do comportamento do indivíduo, além dos conhecimentos da fisiologia, para que possa melhor se comunicar com os pacientes. Segundo Caprara (2004):

Observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Em face dessa questão, o primeiro ponto a ser apresentado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico. Este deve incorporar aos seus cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença, que possivelmente diverge do modelo clínico, visto que são valores e compreensões próprias daquele caso. Isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. (p.1)

Luz (2001) associa a dificuldade de comunicação a atitudes de arrogância do médico diante a diferença de conhecimento científico específico:

A postura imprópria dos médicos tem muitas nuances, mas uma das mais nefastas é a arrogância que o profissional trata o paciente; o qual obviamente desconhece aspectos técnicos da medicina, a falta de humanidade do médico cria uma distância muito grande entre ele e o paciente, impede a comunicação e deixa o enfermo numa situação de inferioridade que simplesmente agrava sua posição já desvantajosa causada pela própria doença. (p.131)

3.3. O ensino da comunicação na graduação

Existe ainda uma carência de literatura específica sobre ensino/aprendizagem de “comunicação” nos cursos de graduação em medicina. A busca de referências para essa competência deve se contentar com a inserção ou disseminação do assunto sob outras denominações, acoplado em outras matérias. No entanto, qualquer publicação, quando faz referência à relação médico-paciente, sempre diz da sua importância como objeto de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Conforme Zacariotti (2003):

Constata-se, desde a Antigüidade, uma adequada relação médico-paciente como fator de grande influência na recuperação de doentes. Observa-se, freqüentemente, que, quando essa relação é positiva, basta a presença do médico para que o enfermo se sinta melhor. Até um simples telefonema é suficiente para diminuir os sintomas e a ansiedade que os acompanham. Portanto, a preocupação em desenvolver habilidades para estabelecer uma boa relação médico-paciente deve começar na formação acadêmica do médico. O curso de medicina, entretanto, sistematicamente, tem descuidado da formação nesse aspecto. Os estudantes passam muito tempo aprendendo a dissecar, a auscultar, a percutir. (...) Em contrapartida, pouco ou nada recebem de orientação acerca de como relacionar-se com o paciente. A aquisição das habilidades para conduzir a relação médico-paciente é relegada à aprendizagem intuitiva, quase sempre através da experiência. O desinteresse atribuído ao estudo dessa relação na educação médica deve-se, em parte, ao fato de que, enquanto os conhecimentos médicos biológicos ganharam conotação científica, a relação médico-paciente continuou sendo considerada como componente da “arte da medicina”. (p.187/188)

No editorial do Boletim ABEM, referente ao XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Florianópolis-SC, em novembro de 2003, o professor Carlos Alberto Justo e Silva, Presidente do Congresso, convidava os participantes a uma reflexão sobre “Formação Médica e a Responsabilidade Social”, destacando (Silva, 2003):

A organização social contemporânea e as novas modalidades de prestação de serviços de saúde introduzem mudanças profundas no exercício da medicina e criam novas condições, como a ruptura da relação médico-paciente, o surgimento do paciente como cliente e consumidor e as complexas implicações de um novo contrato social. (p.2)

E continua mais adiante:

O médico deve ter habilidades em comunicação social, deve manter um ambiente de intercâmbio com seus pacientes e familiares, com seus colegas e os outros membros da equipe de saúde e com o público por meio de uma comunicação ampla e eficaz. (p.3)

Estas recomendações, referentes à adequação do processo comunicacional, poderiam ser pertinente a uma série de outros profissionais que tivessem relacionamento com algum público específico e seu contexto. No campo estrito da formação médica, por mais matérias, disciplinas, programas e sejam lá quais forem as obrigações impostas aos alunos de medicina, não se pode deixar de lado a preocupação com a parte humana desta função, visto ser mais social do que técnica.

Atualmente temos a implantação em andamento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), movimento que ocupou toda cúpula da universidade brasileira, em negociação com representantes de classes e órgãos administrativos do governo. Conforme o parecer nº. 1.133 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, de 7/8/2001:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001), entre outras recomendações, apontam para a necessidade de formação de um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Objetivam capacitar o aluno para atuar no exercício profissional, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Entre outras competências requeridas para a formação do médico, destacam a comunicação, recomendando acessibilidade e confiabilidade. Colocando que a comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura. Recomendam o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e da informática.

Em conhecimentos, competências e habilidades específicas destaca a recomendação de se aprender a comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; além de informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação.

Em conteúdos curriculares, sugerem que se desenvolva o profissional com capacidade de compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente.

Além dessas recomendações das DCNs, o estudo de matérias que se aproximem da classificação de humanidades é apontado como necessário para o melhor desenvolvimento pessoal do médico, conforme os recortes de diversos autores:

Quando me refiro ao estudo de humanidades quero dizer cultura geral, incluindo conhecimentos de história universal, arte, música, literatura e comunicação, cuja finalidade, capacitar o médico a se relacionar mais facilmente com pessoas de diferentes formações culturais. (Luz, 2001:111)

O corpo de conhecimento da medicina é enorme e crescente. Hoje, não pode ser adquirido por uma pessoa em sua totalidade, como foi no começo do século XX, quando a medicina era um mero ofício. Por conseguinte, as escolas médicas devem conceber planos de estudo flexíveis e versáteis que tornem possível a emergência de um produto diversificado, diferente e adicional ao produto uniforme que atualmente se denomina médico geral. (Silva, 2003:3)

A importância do aspecto humano no relacionamento médico-paciente é inquestionável, mas frequentemente descuidada. (Luz, 2001:130)

A medicina é uma profissão exercida individualmente; pacientes são vistos e tratados de um por um. Portanto, não se pode desprezar o impacto

da atitude pessoal do médico no trato com os enfermos, independentemente das técnicas que empregue. (Luz, 2001:158)

A Disciplina de Psicologia Médica discute o ser humano tanto do ponto de vista do médico e do paciente. Ela busca o relacionamento humano entre médico e paciente e modo melhor de perceber aquele que sofre, aquele que está necessitado de atenção, de apoio, de cuidados não só médicos, mas de cuidados também afetivos.(ementa da UNB)

O aperfeiçoamento da relação profissional de saúde e o paciente deve estar centrado principalmente sobre a educação desses profissionais. É durante o período de formação que eles aprendem a se tornar mediadores entre o conhecimento científico e o senso comum, para promover a saúde da população. (Pfuetzenreiter, 2001:1)

Edmund Chada Baracat, pró-reitor de graduação da Unifesp, numa entrevista à revista Saúde Paulista (nº.12) declara:

Para que o atendimento seja mais solidário com o paciente, a relação médico-paciente precisa ser trabalhada em sala de aula. O aluno tem que compreender desde cedo que o paciente não é um número, é uma pessoa como ele. Para isso, um aspecto importante é colocar no currículo temas não apenas da área médica, mas da bioética, da filosofia, da história da medicina. Esse, alias, é um exemplo que pretendemos fazer. Hoje, a história da medicina é uma disciplina eletiva, mas nós estamos tentando incluí-la na grade curricular como parte do curso. Artes, fotografia, cinema, música, há uma série de disciplinas que podemos oferecer para dar outra dimensão à formação de nossos alunos. (p.8)

Dos textos de semiologia e propedêutica pudemos retirar alguns apontamentos de destaque:

Faça perguntas gerais primeiro, para conhecer melhor o paciente, ganhar a confiança. Entenda quem é a pessoa com quem você está lidando, de onde vem, o que faz, onde mora; se tem amizades comuns, pessoas conhecidas. Estimule-o a falar de si mesmo, antes de falar da doença dele. Esta é a maneira de se conhecer a pessoa. (Luz,2001:10)

Conforme Peixoto Filho (2000:1) anamnese, exame físico, representações clássicas da interação médico-paciente, são não somente estandartes, mas verdadeiras armas no diagnóstico e, apesar do menor reconhecimento, também na terapêutica. O

uso do simples conversar, ao lado do exame somatoscópico, é fundamental na relação médico-paciente. A anamnese abre os braços do médico aos problemas do doente, e o exame físico confirma o interesse do médico em solucioná-los, em firmar o diagnóstico mais preciso, e a partir daí criar um plano terapêutico. É indiscutível o papel da anamnese nesta relação, mas não devemos subestimar a importância do exame físico: não só os pacientes esperam ser examinados, mas também os médicos consideram importante o legado do ensino do exame físico durante o curso de medicina. Assim sendo, parece claro que o ensino da semiologia deveria continuar gozando de seu prestígio de outrora, de material “sacrossanto” na prática médica. Da mesma forma, clínicos deveriam utilizar seus conhecimentos de história e exame físico aos limites máximos de sua habilidade.

Dos livros-texto de semiologia destacamos o prefácio da primeira edição de Ramos Jr (1986:sn):

A relação médico-paciente, ou seja, as ligações psicológicas conscientes e inconscientes dos dois participantes da observação clínica, cada vez se torna mais inexequível, já porque os pacientes não são considerados como possuidores de uma alma, de reações psíquicas inseparadas e inseparáveis das manifestações orgânicas, e já porque o próprio médico não se apercebe que inconscientemente ele projeta, nesse trato bivalente, toda a sua agressividade maior ou menor, todo o seu sentimento de inferioridade, ou até os desvios de conduta, quando é uma personalidade psicopática.

As manifestações do profissional, mais defeituosas e reprováveis, infelizmente tão comuns, no curso da observação clínica e no prosseguimento do trato com os pacientes, são: a ostentação na postura, no convencimento, nos trejeitos de superioridade, tanto maiores e freqüentes quanto maior também seja o seu inconsciente sentimento de inferioridade intelectual concebido e reconhecido na infância; o desprezo, tratando os pacientes como se fossem uma “coisa”, uma matéria sem alma, sem afetividade, enfim, a falta completa do amor na sua tríplice composição da consideração, do respeito e do carinho, a um ponto tal que as observações clínicas se denominam em certos serviços pela palavra fria, sem alma, desprezível, semelhante a outros amontoados de papéis informativos das repartições públicas, dos departamentos policiais e presidiários, de “prontuários”; a falta de caridade, em sua expressão filosófica, ou seja, a crueldade dos prognósticos infaustos ditos face a face aos pacientes, como se com isto melhorasse algo na sua condição

patológica e psicológica do paciente, e que, na realidade, ou identifica a ostentação inconsciente de uma alma que quer demonstrar a sua “sabedoria” porque está inculcada por profunda inferioridade, ou porque é realmente perverso ou sem qualquer manifestação de amor, caráter constitucional de certas personalidades que não deveriam exercer a profissão médica.

A massificação da assistência médica pela socialização, pela progressiva dificuldade e a não compensação econômica dos profissionais, estão tornando as observações clínicas como “prontuários”, frios, inexpressivos, sem seqüência inteligente dos seus acontecimentos, dos seus sintomas, do reconhecimento da personalidade dos pacientes, e o médico, sem sobriedade, sem altruísmo, agressivo em palavras e idéias perante o seu paciente, enfim realizando tudo às avessas de como deveria ser e como o Médico e a Medicina foram concebidos.

Transcrevi propositalmente o texto na íntegra (de um livro de 868 páginas) para que se observe o fato de não aparecer em momento algum referência explícita à comunicação, entre o médico e o paciente, como uma interação pessoal, um diálogo, uma conversa, uma fala.

De outro livro-texto “Clínica Médica – propedêutica e fisiopatologia” (Marcondes, 1976), o mais próximo do tema que podemos encontrar, é:

Em todas as situações, o médico deve ter calma, paciência e persistência para, a cada momento, saber intervir com a naturalidade de uma simples conversa, não intimidando o paciente; pelo contrário, encorajando-o com suas perguntas e demonstrando interesse. Agindo desse modo, torna-se mais fácil a obtenção de informações de caráter íntimo, tais como impotência, frigidez, alcoolismo e uso de drogas.(p. 4)

No Dicionário Médico Blakiston (Osol, 1982), com 1162 páginas, comunicar é:

1. Ligar ou formar uma passagem continua entre um local e outro; anastomosar.
2. Transmitir ou conferir informação ou conhecimento.
3. Manifestar simpatia e compreensão.

Neste estudo, o enfoque da comunicação está no aspecto da relação de entendimento entre duas pessoas (em particular, o médico e o paciente), nos atos e efeitos da relação do médico com seu paciente. No mesmo dicionário (Osol, 1982), relação é:

Ligação satisfatória, harmoniosa, confiante e mutuamente responsiva entre duas ou mais pessoas, da qual elas têm consciência e que em situações especiais como entre paciente e médico ou psicoterapeuta, ou entre examinado e examinador, contribui para o consentimento do paciente ou indivíduo para ser ajudado. 2. Interdependência; influencia ou conexão mútuas entre órgãos ou partes. 3. Conexão por consangüinidade; parentesco.

Dos autores que se dedicam ao tema, médicos de diversas especialidades técnicas, acabam por aproximar da psicologia, seja pela linguagem da psicanálise, pelos procedimentos do behaviorismo, ou por enfoques humanistas. Assim como Zacariotti, (2003):

É fundamental motivar o futuro médico para desenvolver habilidades de comunicação com o paciente. As diferenças de classe determinam manifestações culturais e visões de mundo também diferentes. Na sua prática, ao tentar comunicar-se com seu paciente, o acadêmico deve ter sempre presente essa dicotomia. Precisa ser um observador sensível e, como já comentado, entre os fatores subjetivos da relação médico-paciente positiva está o escutar com empatia, atento ao conteúdo latente expresso na linguagem verbal e não verbal da consulta, usando uma linguagem simples, acessível ao nível de entendimento do paciente e de sua família. (p.188)

Destaca-se a disciplina denominada Psicologia Médica. No texto das ementas das universidades consultadas aparecem muitas diferenças de enfoques, e acreditamos que, na prática, esses enfoques sejam mais diferenciados ainda conforme forem os professores a frente da disciplina.

Kaufman (2003) diz que o ensino da relação médico-paciente é o tema-chave não apenas da disciplina de Psicologia Médica, mas de toda a medicina, se partirmos da idéia do homem como um todo biopsicossocial; e que o encontro de formas adequadas de comunicação entre médico e paciente deve constituir-se em preocupação do médico e, também, da faculdade que se responsabiliza pela sua formação. Relata ainda a experiência do uso de filmes do tipo Patch Adams e Golpe do Destino, entre outros, na disciplina de Psicologia Médica, no curso de graduação em medicina da Universidade de São Paulo. Diz que há uma tendência inicial por parte dos alunos de desvalorização e banalização dessas questões, mas que isso vai mudando à medida que eles percebem uma melhora na possibilidade de aprendizado para o relacionamento médico-paciente. Diz que isso representa um aprendizado útil para o aluno que poderá dialogar com seu paciente de maneira mais abrangente.

Amaral (2003), relatando o ensino da disciplina de Psicologia Médica, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, ressalta o treinamento com “*role-playing moreniano*” a partir da prática individual no contato com os pacientes acamados. Na análise das avaliações dos alunos, destaca a importância da relação médico-paciente, onde todos os grupos consideraram que desenvolver a capacidade de se relacionar bem com seu paciente é o primeiro e mais importante passo do tratamento.

Encontramos em Tolentino (2003):

Ouvir o paciente, conhecê-lo segundo a sua interpretação da vida, aceitá-lo da forma em que se apresenta, são condições para o estabelecimento de uma relação humana, vínculo indispensável nas abordagens diagnósticas e terapêuticas. A evolução da Medicina se faz com a técnica, mas também com a as visitas às enfermarias, com as conversas ao pé do leito, a partir de um toque ou de uma palavra que estabeleça a comunicação. (p.165)

Oliveira (2001) relata o experimento de educação médica desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com a utilização de atores, alunos do Departamento de Artes Dramáticas da universidade, como clientes dos serviços médicos. Tal procedimento pretende: (a) aprimorar as habilidades de comunicação; (b) aprender a trabalhar com os diferentes significados e representações das doenças para os pacientes; (c) manejar situações de sofrimento inerente à condição das doenças; e (d) reconhecer as principais linguagens presentes na relação médico-paciente. O autor conclui o trabalho dizendo:

Os resultados obtidos até o momento permitem concluir que habilidades de comunicação entre médico e paciente podem ser melhoradas com treinamento específico, desde que o centro da prática de saúde seja, de fato, o paciente. Reconstruir os elos entre a ciência que fundamenta a medicina e a arte de curar, como dimensões complementares, são o pano de fundo desta experiência e tem-se mostrado um desafio permanente. (p.66)

Esse trabalho com atores também acontece em Marília, conforme relatado por Moraes (2004):

O trabalho inicial com pacientes simulados na Famema foi com atores amadores da cidade de Marília e atualmente conta com auxiliares de enfermagem do Hospital de Clínicas I e II e do Hemocentro. Vinte e cinco

auxiliares cadastrados já participaram da avaliação formativa e somativa nos cursos de medicina, enfermagem e especialização da saúde da família. Neste momento dez pacientes simulados estão sendo treinados para participarem semanalmente no ensino de habilidades profissionais do curso médico e de participarem semanalmente no ensino de habilidades profissionais do curso médico e de enfermagem. (p.68)

Apenas para efeito informativo rápido, registramos a coleta de algumas ementas. A da Psicologia Médica da Universidade de Brasília apresenta diversos enfoques cognitivos sobre relação médico-paciente, até lembra de um olhar afetivo, mas só enfatiza algo próximo da comunicação quando lembra da necessidade de “dar uma notícia ruim”. A ementa do curso de Psicologia Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, programa treinamento em procedimentos, não faz referência alguma à comunicação. O curso de graduação em medicina da Universidade Estadual de Campinas apresenta três ementas de programas: “Relação Médica”, “Psicologia Médica I e II”, mas em nenhum texto aparece qualquer referência à comunicação.

A literatura nacional, também acompanha de maneira geral, essa ausência explícita do termo “comunicação” embora os enunciados possam induzir o pensamento dessa preocupação didática. Na literatura internacional sobre o aprendizado de comunicação nos cursos de graduação em medicina também se configura a mesma situação.

Embora a revisão da literatura pudesse iniciar na Antiguidade Grega, ainda com os ensinamentos Hipocráticos que já falavam de comunicação do médico com o paciente, demos um salto histórico para buscar somente as discussões mais recentes, ou da “era digital”, nesse boom de informação pelas redes internacionais. Recolhemos recortes sobre comunicação a partir da primeira edição do “*Tomorrow’s Doctor – Recommendations on undergraduate medical education*” em 1993, pela “*General Medical Council – UK*”. Eis o que temos sobre “*communication skills*”:

20 - O médico deve estar habilitado a se comunicar de forma clara, sensível e eficiente com os pacientes e seus acompanhantes, com colegas médicos e outros profissionais da saúde e da área social. Comunicar claramente poderá ajudá-lo a desempenhar eficientemente seus diversos papéis sociais: médico clínico, membro de uma equipe, chefe da equipe e professor.

21 - O médico deve saber que alguns indivíduos usam diferentes métodos de comunicação, tal como linguagem de surdos ou método Braille.

22 - O médico dever ter habilidade no seguinte: (a) Comunicar eficientemente com todos pacientes apesar das diferenças de nível social, cultural, ético e suas deficiências; (b) Comunicar com quem não fala a sua língua, incluindo a utilização de interprete.

23 – O estudante deve ter a oportunidade de praticar comunicação em diferentes momentos e formas, tais como falando, escrevendo e por meios eletrônicos. Devem ser preparados para competências em situações adversas, tais como: (a) Dar notícias ruins; (b) Tratar com clientes violentos e difíceis; (c) Comunicar com pessoas com deficiência mental, incluindo casos onde o paciente tem dificuldades em adequar seus sentimentos e pensamentos com o médico; (d) Comunicar e tratar pacientes com severas deficiências psíquicas e mentais; e, (e) Ajudar pacientes vulneráveis. (p.7 e 8)

Hulsman (1999), numa revisão de literatura sobre a comunicação na relação médico-paciente, na Holanda, diz que alguns autores chegam até a considerar como a mais importante das atividades do profissional, mas as escolas não chegam a ocupar mais que 5% do seu tempo no currículo de ensino no desenvolvimento dessa habilidade, focalizando na maior parte do tempo, quando não na totalidade, nos aspectos tecnológicos e biomédicos.

No Canadá, em 1992, foi promovido “*Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools*” (CMAJ, 1992:1149) Quatro anos depois foi feita uma pesquisa quanto aos resultados do evento na transformação do ensino de comunicação nas 15 das 16 escolas participantes. Todas reportaram grandes mudanças no ensino de comunicação na relação médico-paciente nos últimos quatro anos e apresentavam projetos de mais mudanças para os anos futuros. No entanto demonstravam que existiam barreiras para implantação de mudanças curriculares. A barreira mais freqüentemente apresentada é a falta de professores devidamente habilitados para ensinar comunicação, seguida da falta de coordenação para conseguir o tempo disponível na agenda da administração para discussão do assunto. Paralelamente a isso o processo de credenciamento para as escolas médicas agora exige o ensino e a avaliação de comunicação.

Uma incidência de trabalhos sobre ensino de comunicação em medicina se concentra na área da oncologia (Baile, 1997), notadamente quanto à necessidade de dar notícia ruim. Não como desenvolvimento de competência de conversar, de entender e interagir com o paciente, mas como um meio de conseguir proceder eficientemente na informação da notícia ruim. No entanto, a comunicação não é uma função unicamente ferramental

como parte de competências para o desenvolvimento profissional na relação médico-paciente, mas também no contexto da relação entre todos os atores da formação do futuro profissional, a escola como um todo, envolvendo professores, alunos e funcionários de todas as áreas. É a comunicação no nível institucional. Assim na *University of Illinois, Chicago College of Medicine*, foi estabelecido um programa de comunicação total. Esses esforços para promover uma boa comunicação entre professores, estudantes e administradores encorajaram outras reformas curriculares no estabelecimento. (Lemon, 1995)

Um dos problemas no ensino e na avaliação da comunicação na relação médico-paciente é a diferença de valores existentes nas concepções de professores médicos e de pacientes. Na Universidade de Sydney, Austrália, uma pesquisa lança um sério problema para o ensino da comunicação na formação médica, a avaliação. Uma pesquisa (Cooper, 1998) mostrou que na avaliação das competências de comunicação dos alunos, de dez itens avaliados por professores da academia e por pacientes, apenas dois apresentam concordância quanto aos valores atribuídos.

Em Israel, um crescente número de escolas médicas tem introduzido o estudo de ciências sociais no curso de formação em medicina, com intuito de promover a habilidade em seus graduandos para comunicar com seus pacientes e entenderem suas necessidades. No entanto, isso tem encontrado resistência dos estudantes, possivelmente por considerarem irrelevantes para a prática clínica, incongruente com o modelo biomédico, além das atitudes dos professores e da fraca definição dos objetivos educacionais. (Benbassat, 1996)

O reconhecimento da competência clínica do médico depende amplamente dos programas de formação, certificação e licença, oferecidos por várias organizações médicas do Canadá. A comunicação médico-paciente é um item requerido para avaliação. Os programas educacionais em todos os níveis estão sujeitos à avaliação por diferentes organizações incluindo o programa de graduação (*Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools*), treinamento em residência (*College of Family Physicians of Canada and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*) e educação médica continuada (*CFPC and RCPSC*). A comunicação médico-paciente é o elemento chave no ensino em todos os níveis. Também é enfatizada a comunicação no processo de certificação. Na autorização das províncias (regiões administrativas) para o exercício da profissão é enfatizada a importância da efetiva comunicação entre o médico e o paciente. Diversas províncias têm programas de reavaliação do médico e recentemente iniciaram uma avaliação de performance. Diversos programas de revalidação propõem a avaliação da relação médico-paciente. Há uma forte pressão por parte dos órgãos dos consumidores para que diversos níveis de competências em comunicação sejam impostos no exame de

licenciamento. Muitas abordagens visam o desenvolvimento do médico no foco da comunicação pela premiação, mais que coerção, e muitos esquemas podem ser considerados promotores da melhoria da comunicação. (Handfield, 1999)

A Conferência Internacional de Ensino de Comunicação em Medicina realizada em Oxford, 1996, elaborou um consenso pela recomendação de oito itens básicos como necessários para a formação (graduação) e o desenvolvimento (educação continuada) do profissional médico: (1) ensino e avaliação deverão se basear numa visão ampla de medicina; (2) o ensino de comunicação e de clínica deverão ser consistentes e complementares; (3) o ensino deverá orientar e ajudar o estudante, no esforço da comunicação centrada no paciente; (4) o ensino e a avaliação da comunicação deverão proporcionar o desenvolvimento pessoal e profissional; (5) deve apresentar uma estrutura planejada e coerente para o ensino de habilidades em comunicação; (6) as habilidades estudadas pelos estudantes devem ser avaliadas diretamente na prática; (7) os programas de ensino e avaliação de comunicação devem ser reavaliados constantemente; e (8) o desenvolvimento da matéria deverá ser sustentado em pesquisas adequadas. (Makoul, 1999)

Kurtz (1999) relata que os estudos de educação médica, nos níveis de formação, pós-graduação e educação continuada consideram a comunicação como uma competência fundamental para o médico, nos Estados Unidos. Para responder ao paciente, a advogados e representantes do governo, assim como para avançar em pesquisa de comunicação médico-paciente e no ensino, alguns educadores da área médica estão no processo de desenvolvimento de um novo currículo, enquanto outros já trabalham na expansão, integração e futuros desenvolvimentos de programas já estabelecidos. A questão, para a maioria das pessoas que trabalham com isso, não é mais de como implantar o ensino e desenvolvimento da comunicação na formação do médico, mas como fazer isso mais eficiente e efetivo.

O desenvolvimento das habilidades e atitudes do estudante de medicina nas práticas de comunicação com o paciente pode ser melhorado com a participação de pacientes reais nos cursos de treinamento das habilidades de comunicação. Klein (2000) relata um estudo realizado no Centro de Pesquisa do Trauma (no *Royal Cornhill Hospital, Aberdeen, U.K.*), que avalia a diferença de atitudes e habilidades com 233 estudantes, dos quais 54 haviam participado do treinamento com doentes reais. Estudantes que participaram do experimento são mais propensos a considerar a importância de ouvir como característica extremamente importante do médico e para considerar mais forte e verdadeira a relação médico-paciente. Dois anos depois do curso, a habilidade dos médicos com os pacientes e a necessidade das decisões clínicas levarem em conta a vontade do paciente, foram considerados de muita importância pelos alunos que participaram do

Hippocrate et la Médecine

