



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO: FISIOTERAPIA

AYRTON VILLENEUVE OLIVEIRA TAVARES

**A COMUNICAÇÃO VERBAL E PACIENTES *EXPERTS*: INFLUÊNCIAS NA
RELAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTA E PACIENTE**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

AYRTON VILLENEUVE OLIVEIRA TAVARES

**A COMUNICAÇÃO VERBAL E PACIENTES *EXPERTS*: INFLUÊNCIAS NA
RELAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTA E PACIENTE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vitória Regina Quirino de Araújo

CAMPINA GRANDE – PB

2011

T231c Tavares, Ayrton Villeneuve Oliveira.

A comunicação verbal e pacientes experts [manuscrito]: influencia na relação entre fisioterapeuta e paciente / Ayrton Villeneuve Oliveira Tavares.– 2011.

30 f.

Digitado.

**Trabalho de Conclusão de Curso
(Graduação em Fisioterapia) -
Universidade Estadual da Paraíba,
Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde, 2011.**

“Orientação: Profª. Dra. Vitoria Regina Quirino de Araujo, Departamento de Fisioterapia”.

1. Comunicação verbal. 2. Paciente expert. I.
Título.

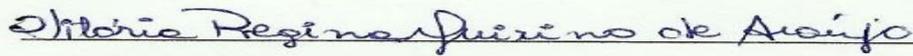
21. ed. CDD 302.224

AYRTON VILLENEUVE OLIVEIRA TAVARES

**A COMUNICAÇÃO VERBAL E PACIENTES *EXPERTS*: INFLUÊNCIAS NA
RELAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTA E PACIENTE.**

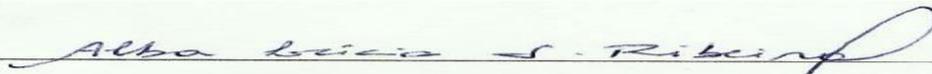
Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel/Licenciado em Fisioterapia.

Aprovado em 24/11/2011.



Profª Drª Vitória Regina Quirino de Araújo/ UEPB

Orientadora



Profª Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro / UEPB

Examinadora



Profª MS. Eliane Nóbrega de Vasconcelos / UEPB

Examinadora

A COMUNICAÇÃO VERBAL E PACIENTES *EXPERTS*: INFLUÊNCIAS NA RELAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTA E PACIENTE

Tavares, Ayrton Villeneuve Oliveira.

RESUMO

O presente estudo surgiu de questionamentos sobre a relevância da comunicação verbal nas relações fisioterapeuta-paciente como instrumento para humanizar o cuidado ao paciente, bem como a partir das repercussões que o paciente expert, um novo consumidor dos serviços de saúde, podem gerar na terapêutica. Assim, o objetivo foi conhecer como alguns aspectos interferem no processo de comunicação verbal adotado pelos estagiários-fisioterapeutas durante os tratamentos. Para tanto, foi realizado um estudo analítico e descritivo em uma abordagem quali-quantitativa, por meio de entrevista semi-estruturada gravada por meio digital e de um instrumento de análise adaptado do roteiro de observação de Groll; Lawrence (1995) com 30 alunos concluintes do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior. Com os vinte e quatro estagiários do gênero feminino e seis do gênero masculino, foram abordados aspectos referentes às formas de comunicação verbal adotadas diante do adoecimento, idade, gênero, localização social, nível de escolaridade e aparência física, também foi levado em conta a reação frente a experiências com pacientes com um maior nível de informações, além da observação das formas de comunicação verbal durante os atendimentos. Os resultados permitem concluir que a comunicação verbal sofre influência destes aspectos citados, mesmo que por vezes seja adotado um discurso politicamente correto tentando transparecer uma imagem de humanização do atendimento. A temática é de grande relevância já que a comunicação tem o poder de transformar as práticas de saúde, precisando ser trabalhada e aprofundada, na formação acadêmica.

Palavras-chave: Comunicação verbal. Paciente expert. Humanização

1.INTRODUÇÃO

A relação entre o profissional de saúde e o paciente, tão importante no contexto clínico, consiste na relação terapêutica baseada na confiança, honestidade, respeito e desejo mútuo que visam a melhorar os ganhos em saúde.

Atualmente, o paciente é cada vez mais crítico em relação à qualidade da interação estabelecida com o terapeuta. O papel do paciente nos cuidados que lhe são prestados têm-se modificado. Ao longo tempo este passou de mero espectador, agente passivo para participante ativo, cuja opinião deve ser valorizada. Se no passado a qualidade dos profissionais de saúde era apenas medida pelo sucesso terapêutico e técnico, hoje é dada cada vez mais importância aos aspectos da comunicação existente na relação terapeuta-paciente.

Estas percepções podem ter implicações clínicas uma vez que os pacientes estão mais dispostos a seguir o aconselhamento, quando detectam por parte dos terapeutas uma atitude calorosa, amistosa e preocupada com o seu bem-estar, o que é fundamental nas relações de cuidado presentes no papel da fisioterapia, pois o mesmo tem a função de transmitir e ensinar, numa constante interação com o paciente tornando-se um instrumento de comunicação verbal como também da não verbal

Além de se preocupar com a adesão do paciente ao tratamento, o profissional de saúde ainda precisa interagir com diferentes tipos de pacientes os quais vêm se modificando, principalmente pelo advento do capitalismo e do crescimento econômico mundial em que os meios de comunicação vêm ganhando um papel significativo na sociedade, tornando-se cada vez mais um mecanismo de disseminação de diversas informações, fazendo com que o paciente possa conhecer e formar um senso crítico acerca das afecções que acometem o seu corpo, e não apenas fiquem restritos as culturas e credos populares.

Através do advento da internet temos presenciado a formação de um novo consumidor dos serviços de saúde, o paciente “expert”, que é um paciente que busca informações sobre diagnósticos, doenças, sintomas, medicamentos e custos de internação e formas de tratamento, incluindo o fisioterapêutico. O fato de ter acesso à quantidade de informações disponíveis na internet e outras fontes, independente de sua veracidade, pode fazer com que este paciente esteja potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações do profissional de saúde.

Assim, destaca-se o importante papel que o fisioterapeuta possui nas relações de comunicação destacando a comunicação verbal e os aspectos referentes à mesma no contato direto com o paciente. De tal forma, este estudo teve como objetivos investigar e analisar os diferentes aspectos da comunicação verbal dos estagiários-fisioterapeutas para com os pacientes em seu campo de atuação na clínica escola de fisioterapia e em ambientes de prática de estágio hospitalar, e observar como essas formas de comunicação influenciam a relação de cuidado do paciente. Além de conhecer como ocorre a interação dos estagiários-fisioterapeutas com os pacientes “expert” Com tais objetivos pretende-se despertar entre os fisioterapeutas, o interesse acerca dos aspectos que influenciam a comunicação verbal para com o paciente, além do conhecimento de um novo tipo de consumidor dos seus serviços.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Jakobson (2001) o processo de comunicação consiste em formas verbais e não-verbais que um remetente usa para compartilhar informações. A comunicação verbal refere-se à comunicação falada e escrita. Sons e as palavras são usados para se comunicar, e quando as palavras são usadas, a comunicação depende de uma linguagem comum.

A comunicação verbal restringe-se a seis fundamentais elementos essenciais para que ocorra o ato da comunicação, que são: remetente, destinatário, mensagem, contexto, contato e código. O remetente envia uma mensagem ao destinatário. O destinatário recebe a mensagem. Para ser eficaz, a mensagem requer um contexto de referência, ela precisa ser compreensível para o destinatário, e verbal ou suscetível a verbalização; apresentar um código total ou parcialmente realizado em comum por remetente e destinatário (o codificador e o decodificador da mensagem); e, finalmente, um contato, isto é, um canal físico e uma conexão psicológica entre o remetente e o destinatário, que lhes permitam iniciar e continuar se comunicando (JAKOBSON, 2001).

Jakobson (2001) relata que outras funções devem ser observadas no processo de comunicação, destacando as funções referenciais, emotiva e conativa. A função referencial está relacionada a alguém ou a algo que está sendo falado. Ela pode ser chamada como o contexto da mensagem, sendo responsável pela troca de informações.

A emotiva ou função expressiva, centrada no remetente, visa a uma expressão direta da atitude do falante em relação ao assunto falado. Ela tende a despertar a impressão de uma emoção verdadeira ou simulada. As guias de função conativa do destinatário, que tem objetivo de convencer o receptor de alguma coisa por meio de ordem ou sugestão, são onde se encontram as mais puras expressões gramaticais no imperativo e vocativo.

É a partir da comunicação, que inclui além da linguagem as demais formas de expressão, estabelecidas, que idéias, sentimentos, valores, crenças e gostos dos interlocutores são compartilhados. Entre os diversos fatores presentes nos comportamentos dos profissionais que podem interferir na interação com o paciente, a linguagem se configura como um dos fatores mais relevantes, daí a comunicação nas práticas de saúde se constituir em uma das temáticas que mais tem suscitado interesse de pesquisa. Os vários aspectos referentes à comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes vêm despertando interesse da comunidade acadêmica.

Um estudo sobre a ‘comunicação médico-paciente’ mostra que cerca de 1.000 publicações científicas em inglês e francês por ano são referentes ao tema (TAGLIAVINI; SALTINI, 2000 apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004) Grande parte desta produção apresenta resultados de pesquisas empíricas, algumas pesquisas referem-se à aplicação de técnicas comunicacionais como atributo de melhoria na relação e à aplicação de instrumentos de observação e avaliação da comunicação entre médico e paciente. Outras publicações propõem a necessidade de formular programas de formação e manuais práticos de referência abordando as questões relacionadas à relação profissional de saúde e paciente.

Para Boltanski (2004), entre os pacientes das classes populares, uma das características de distanciamento entre o médico e o paciente é a linguagem médica. O vocabulário especializado se configura como uma barreira lingüística devido às diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas das populares.

No tocante aos padrões de comunicação verbal e não-verbal, Caprara; Franco (1999) ressaltaram que entre os problemas que surgem na relação médico-paciente destacam-se a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e o sofrimento; a falta ou a dificuldade por parte do médico em transmitir informações adequadas ao paciente e a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento, que em grande parte é devido as questões precedentes.

Segundo Taylor (1986) comumente, os profissionais usam uma linguagem técnica em função do hábito adquirido em sua formação e treinamento. O vocabulário complexo é necessário para a compreensão das doenças, procedimentos e terapêutica, bem como para a comunicação com os outros profissionais. Tendo em vista a naturalização da linguagem técnica o profissional pode não perceber que o paciente não está captando as informações dadas. Caso identifique a incapacidade do paciente em compreender os aspectos de sua doença e do tratamento, o profissional pode ir ao extremo oposto, e utilizar uma linguagem infantilizada, com explicações simplistas, que não esclarecem ao paciente sobre sua situação e procedimentos terapêuticos. Informações simplificadas, adicionadas a falas infantilizadas, podem fazer com que o paciente se sinta como uma criança desamparada, bem como pode impedir que o mesmo lhe faça perguntas relevantes e significativas, não exercendo do direito da informação.

O debate sobre aspectos relativos à saúde e à doença seja entre profissionais do campo da saúde ou como questões do cotidiano dos indivíduos estão frequentemente em pauta nos diversos espaços sociais. As pessoas, por diferentes razões, passaram a se interessar mais e a procurar informações acerca dos variados aspectos relativos à saúde, incluindo o direito ao acesso digno a serviços de qualidade nessa área. Essas posturas são legítimas, uma vez que se convive com um sistema de saúde público que embora adote formalmente entre os seus princípios aspectos como a integralidade, igualdade na assistência e o direito à informação, ainda enfrenta o fato de que uma significativa camada da população viva à margem da assistência adequada e com o cumprimento dos princípios preconizados.

São muitos os estudos que notificam o crescimento da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, seja através da limitação ou negação do acesso aos serviços de saúde existentes ou pela exclusividade desses aos que podem pagar (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud BARATA, 2008, MARTINS, 2003).

Tendo sido cada vez maior o número de indivíduos que acessam a internet, estudos efetivados, identificam mudanças no comportamento dos pacientes advindas da difusão da informação (GARBIN et. al., 2008). Portanto o potencial de informação através da Internet possibilitou a obtenção de informações para todos que a ela tenham acesso, sobre qualquer tema, a qualquer hora, em qualquer lugar do planeta. As diversas informações sobre saúde, confiáveis e duvidosas, estão sempre disponíveis. Assim sendo, é cada vez maior o número de indivíduos que acessam a internet em busca de

alguma informação em saúde facilmente encontradas em web sites, comunidades virtuais e grupos de apoio. Tal interesse comumente está relacionado a casos vivenciados por eles ou por quem os afetam diretamente, como amigos e familiares. A busca a internet também ocorre após alguma consulta aos profissionais do campo da saúde a fim de entender ou complementar as informações por eles oferecidas.

Segundo Garbin et. al. (2008), pesquisas recentes têm demonstrado que o interesse por informação sobre saúde na internet é mais prevalente entre as mulheres, em busca de prevenir, evitar ou reduzir os custos de tratamento de um dos membros da família, ajudando na gestão do orçamento familiar. Porém o interesse por informação em saúde na rede é muito comum entre os jovens. O acesso facilitado nas escolas, e a garantia do anonimato favorecem a busca de informações sobre saúde a fim de confirmar ou complementar aquelas obtidas nos livros ou na sala de aula. Alguns estudos analisam ainda que a partir das diversas motivações dos indivíduos doentes para a busca de informações na internet, um interessante fenômeno sociológico, tem se configurado, as 'comunidades virtuais', que reúnem doentes portadores de diversas patologias, em especial doenças crônicas, raras ou estigmatizantes (PANDEY, et. al. 2003; SKINNER, et. al. 2003; BERGER, et. al. 2005; ZIEBLAND, 2004 apud GARBIN et.al. 2008).

No entendimento de Garbin et.al. (2008) esse fenômeno do acesso de informação em saúde, possibilitado pela Internet independentemente da posição social ou da qualidade da informação disponível, favoreceu o surgimento de um novo ator na área da saúde: 'o paciente expert'. Para os autores, esse paciente, que busca informações sobre doenças, sintomas, diagnósticos, medicamentos, tratamento, custos de internação; ao ter acesso às informações disponíveis na internet, independente de sua veracidade, pode estar potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações médicas; se distanciando, portanto, dos padrões tradicionais do papel do doente parsoniano.

Portanto, o paciente expert não é apenas um paciente informado, é um consumidor diferenciado dos serviços e produtos de saúde, que detém informações que devem ser consideradas. Sobre esse novo ator em saúde, em linhas gerais, a literatura sobre o assunto considera que ele seja fruto da melhoria do nível educacional das populações, do acesso às informações técnico-científicas e da transformação da saúde em um objeto de consumo. Segundo alguns de seus analistas, o paciente expert tem

condições potenciais de transformar a habitual relação profissional de saúde e paciente baseada tradicionalmente na assimetria, em uma relação dialógica e de troca de informações.

3.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-analítico com uma abordagem quali-quantitativa, construído através do levantamento das impressões dos estagiários de fisioterapia sobre as influências da comunicação verbal durante a conduta terapêutica de pacientes no serviço de uma Clínica Escola de Fisioterapia e dos serviços hospitalares conveniados de uma instituição na cidade de Campina Grande, Paraíba. A amostra foi composta por trinta estagiários de fisioterapia, sendo quinze que atuaram na Clínica Escola de Fisioterapia e quinze nos serviços hospitalares, todos devidamente matriculados no último ano do curso de fisioterapia da Instituição de Ensino Superior.

Foram realizados entrevistas programadas e adotado um roteiro observacional adaptado de Groll; Lawrence (1995) acerca da dinâmica do atendimento ao paciente. Ao fim da coleta, os dados foram reunidos, transcritos e analisados por meio da escuta de todas as gravações e do confronto com o material colhido durante a observação.

As entrevistas abordavam aspectos referentes ao costume do estagiário em informar ao paciente questões sobre o adoecimento, a experiências prévias com pacientes muito informados sobre seu adoecimento, influências na comunicação verbal na relação entre fisioterapeuta e paciente quanto a idade do paciente, o gênero, o nível de escolaridade, a categoria social, o tipo de adoecimento do paciente e a aparência física do paciente (formas de se vestir, higiene),.

Além dos questionamentos, foram realizadas observações durante o tratamento realizado pelo estagiário, seguindo um roteiro observacional que caracterizou as diferentes formas de comunicação verbal adotada pelo estagiário, constando das formas de comunicação verbal adotadas no contato inicial do paciente, a variação dos aspectos da comunicação (língua e tom de voz) durante o tratamento, e formas de comunicação verbal adotadas no encerramento do atendimento

Todas as entrevistas foram transcritas e as transcrições agrupadas por categorias temáticas, onde a análise dessas se deu a partir do método de dedução frequencial ou categorial, sob a perspectiva da Análise do Conteúdo (BARDIN, 1977).

A concordância em participar do estudo foi concedida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que dispõe a Resolução 196/96. CNS/MS concernente a questões éticas envolvendo pesquisas com seres humanos. Foram entrevistados somente os estagiários-fisioterapeutas que concordaram integralmente com a efetivação da pesquisa, com completa liberdade para expressarem suas opiniões e sentimentos, tendo sido garantido o anonimato e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, como também costumes e hábitos particulares a cada pessoa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob o protocolo de número 0665.0.133.000-11

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.

A amostra, composta por 24 mulheres e 06 homens, apresentou-se quase que na sua totalidade por solteiros, variando na faixa etária entre 21 a 34 anos conforme a tabela 1, esse dado corrobora com o perfil dos alunos do curso de Fisioterapia, constantes nos dados do INEP (2006), onde os alunos deste curso são, em sua maioria, do sexo feminino (76,7%), a faixa etária entre os concluintes predominante está entre 21 e 25 anos (77,5%). No que se refere ao estado civil dos acadêmicos do curso de Fisioterapia o percentual foi de 89,3% de solteiros. No tocante a religião, houve o predomínio da religião católica. Quanto à renda familiar, nota-se que 51% dos alunos possuem renda familiar entre três e dez salários mínimos. Tais dados são importantes para a análise em questão, uma vez que aspectos como sexo, idade, religião e categoria social, são aspectos que comumente podem facilitar ou dificultar a comunicação. Porém no contexto da prática terapêutica, tais aspectos não devem ser valorizados, de forma que haja aspectos satisfatórios na comunicação e consequentemente na relação terapeuta e paciente, independentemente das características das pessoas envolvidas nas práticas terapêuticas.

Tabela-1 Dados sociodemográficos dos participantes.

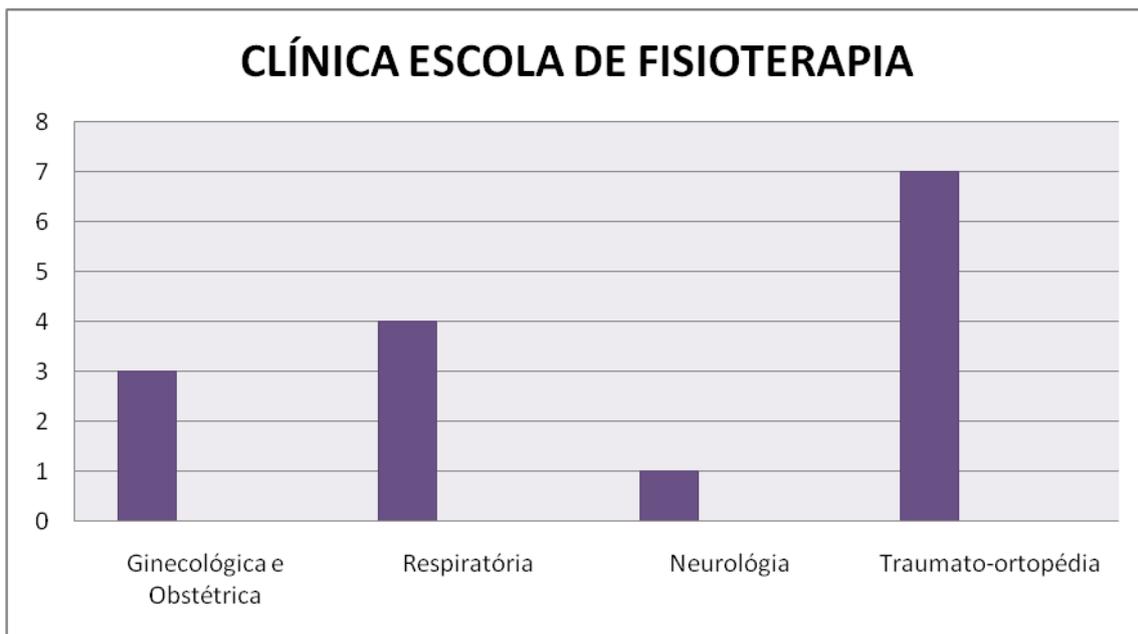
Variáveis	Número	%
Sexo		
Masculino	06	20
Feminino	24	80
Idade		
20-----25	26	86,7
26-----30	03	10
31 ou mais	01	3,3
Estado Civil		
Casado	02	6,7
Solteiro	27	90
Divorciado	01	3,3
Religião		
Católica	22	73,4
Sud (mórmon)	01	3,3
Protestante	01	3,3
Testemunha de Jeová	01	3,3
Adventista do 7º dia	01	3,3
Evangélica	02	6,7
Sem Religião	02	6,7
Renda Familiar Mensal		
Entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00	01	3,3
Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.500,00	01	3,3
Entre R\$ 1.501,00 e R\$ 2.500,00	03	10
Entre R\$ 2.501,00 e R\$ 3.500,00	14	46,7
Acima de R\$ 3.500,00	08	26,7
Outra renda	03	10

Fonte: dados da pesquisa/2011

A Fisioterapia busca formar profissionais da área da Saúde com visão humanística, crítica e reflexiva capazes de compreender o movimento humano e atuar tanto na prevenção como na reabilitação, visando a qualidade de vida dos indivíduos. O que proporciona ao aluno uma visão generalista, capaz de atuar nas mais diversas áreas da saúde, com conhecimentos específicos e experiência prática da atuação em campo tanto nas atividades clínicas quanto no ambiente hospitalar, fato evidenciado na divisão da nossa amostra, uma vez que esta é composta de estagiários atuantes das mais diversificadas áreas como ginecologia e obstetrícia, fisioterapia respiratória, neurológica e traumato-ortopédica, reumatológica e geriátrica. Foi evidenciado, contudo, que na

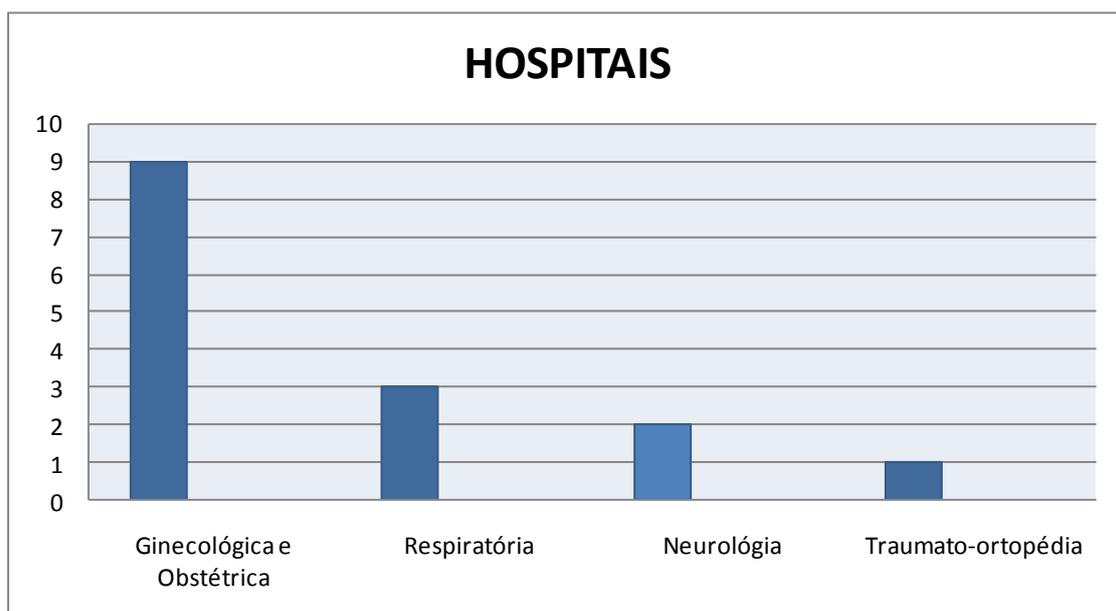
clínica escola houve a amostra para a pesquisa, por acessibilidade foi composta por um maior número de estagiários do setor de fisioterapia traumato-ortopédica (7 estagiários). No ambiente hospitalar houve o predomínio de estagiários do setor de ginecologia e obstétrica (9 estagiários), conforme o gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Distribuição dos 15 estagiários-fisioterapeutas atuantes na Clínica Escola de Fisioterapia:



Fonte: dados da pesquisa/2011

Gráfico 2: Distribuição dos 15 estagiários-fisioterapeutas atuantes nos hospitais:



Fonte: dados da pesquisa/2011

Após caracterização da amostra, foram realizadas entrevistas com os estagiários sobre aspectos da comunicação verbal e informação dos pacientes. Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo sugerida por Bardin (2002) que aponta como pilares a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato com os textos), a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material. Para o tratamento dos dados a técnica da análise temática ou categorial foi utilizada e, de acordo com Bardin (2002), baseia-se em descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

Categoria 1 – Informação fisioterapeuta-paciente:

Ao analisarmos a categoria referente a informação, identificamos que vinte e oito (93,3%) estagiários afirmaram ter o hábito de informar o paciente sobre questões referentes ao adoecimento e ao tratamento proposto. Em tal categoria, o núcleo informação ou derivações aparece nas falas dos entrevistados como observado nos trechos:

“Sim, sempre. Eu acho importantíssimo o paciente estar informado dos eventos que acontecem no seu corpo.” (EF. 09)

“[...] O paciente tem o direito de saber o que ele tem, e não é simplesmente chegar e efetuar práticas e manusear o paciente sem explicar. Eu procuro explicar de maneira geral e que ele possa entender.” (EF. 28)

“[...] A gente nunca deve falar numa linguagem científica, mas sempre falar um pouquinho da doença, como é aquele processo, o processo de cura ou não, é muito importante esclarecer isso ao paciente.” (EF.15)

Dois estagiários (6,7%) responderam que não tem o costume de informar seus pacientes sobre tais aspectos.

“Não, nunca tomei a iniciativa de informar não.” (EF.25)

“Nunca achei importante, para mim o mais importante é que o paciente saia curado.” (EF.27)

A comunicação, definida como transmissão de mensagens entre interlocutores somente existirá de forma eficiente se houver produção, transmissão e decodificação de mensagens, além disso, não existe mensagem sem linguagem (OMENA, 2009). É por meio do emissor (quem transmite a informação) e do receptor (quem a recebe), que ocorre a interação.

Caprara & Franco (1999) citado por Araújo (2009) ressaltaram que no tocante aos padrões de comunicação verbal e não-verbal, os problemas que surgem na relação médico-paciente destacam-se a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e o sofrimento; a falta ou a dificuldade por parte do médico em transmitir informações adequadas ao paciente e a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento, que em grande parte é devido as questões precedentes.

Em pesquisa realizada por Araújo (2009) com fisioterapeutas atuantes nos serviços de fisioterapia públicos e privados na cidade de Campina Grande – PB, foi identificado que para a maior parte dos fisioterapeutas (85%), a informação faz parte das suas condutas terapêuticas. Alguns profissionais afirmaram que o paciente ao ter tais informações, passa a ter mais conhecimento daquilo que está sendo feito pelos diversos profissionais que o acompanham. Outros consideram que o fato dele estar informado favorece a um maior compromisso com a terapêutica, tanto por parte dele, como do profissional que o acompanha, bem como, possibilita ao profissional a oportunidade de atualizar-se.

Categoria 2 – Pacientes Informados.

Tal categoria, ainda tendo como núcleo a informação, considera tal aspecto associado ao paciente, sendo portanto designada como pacientes informados. Dos trinta estagiários entrevistados, vinte nove (26,7%) afirmaram experiência com pacientes muito informados, os chamados pacientes experts.

“Sim. Já tive um paciente que sabia de tudo da patologia, que ele chegou no primeiro dia e me assustou, achei que sabia mais do que eu...” (EF. 15)

“Sim, já sim. Já tive até um paciente que é conhecido como expert. [...]Quando eu conheci ele, ele sabia mais da patologia do que eu, e ele sabia a causa, ele sabia se tinha cura, se não tinha. Ele sabia de como a fisioterapia poderia tratar. [...]comparado a outros pacientes, é algo que, no mínimo, é diferente, né?”(EF. 16)

“Sim. Alguns pacientes que tem um grau de escolaridade maior procuram outras fontes, às vezes eles procuram na internet, ou tem algum amigo que já teve a mesma coisa, ou que viu na TV.” (EF. 13)

Um ponto marcante nessa categoria de análise é como e onde os pacientes conseguem as informações sobre os seus adoecimentos (gráfico 3), diversas fontes foram citadas pelos estagiários como livros, TV, médicos, familiares, vizinhos. Porém todos os estagiários em algum ponto da entrevista citaram a internet como forma de pesquisa dos pacientes, isto confirma a idéia de Blumenthal (2002) e de Fox e Ward (2005) do surgimento de um novo tipo de paciente, o expert, que não é apenas informado, mas ele sente que é um especialista em determinado assunto, tornando-se um consumidor diferenciado dos serviços de saúde.

Também foi relatado que o acesso a rede mundial de comunicação para o conhecimento adquirido, tanto pelos próprios estagiários sobre a vivência de internações, de consultas como de pessoas próximas. Embora nem sempre reconhecida como determinante na relação entre tais atores, todos os estagiários responderam que a comunicação é importante na interação, destacando que necessidade do uso de linguagens acessíveis as diversas faixas etárias e localizações sociais favorecem a terapêutica.

Jakobson (2004) diz que o código “é um sistema de legi-signos, estabelecido por convenções e leis, que torna a comunicação possível , este é utilizado para a construção da mensagem pelo emissor, de modo a ser compreendida pelo receptor. Este, por sua vez, deverá conhecer o código empregado, para então interpretá-lo. Cabe destacar que a ausência de qualquer um dos elementos da comunicação impossibilita o processo comunicativo pleno, provocando um ruído. Conforme Hoff e Gabrielli os ruídos “Podem ser controlados e minimizados, porém não eliminados de uma mensagem. É muito difícil encontrar mensagens sem algum tipo de ruído real ou virtual” (HOFF; GABRIELLI 2004). Alguns exemplos de ruído são: “uma voz excessivamente baixa, uma articulação deficiente, um barulho ambiental.

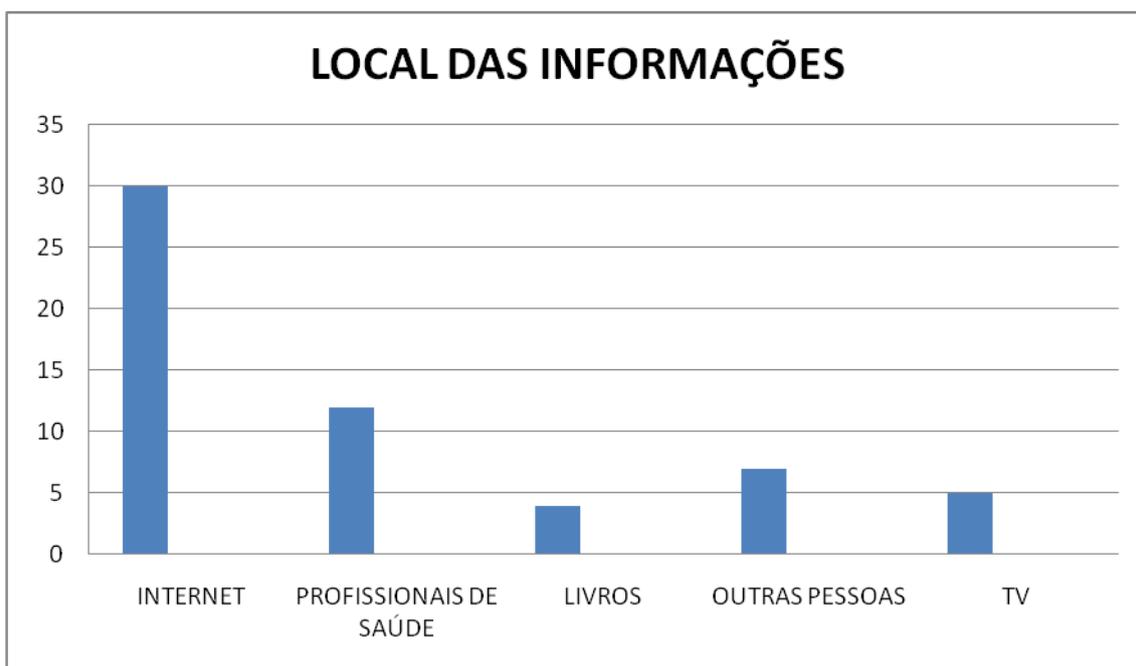
Henwood et al.(2003) afirmam que mesmo que as fontes utilizadas pelos pacientes não lhes ofereçam conteúdos 100% confiáveis, essas informações disponíveis na internet têm potencial para modificar a relação médico-paciente. Ao elevarem o poder decisório do paciente, muitas vezes de forma errada, colocando em questão a formação e autoridade profissional, porém desafiam o profissional a estar constantemente atualizado. Assim, criam a possibilidade de decisões mais compartilhadas. Fato esse que pode ser observado nas seguintes citações:

“[...] Na internet principalmente, eles sempre vem com aqueles negócios que eles vêem lá.”(EF. 18)

“Em livros e na internet. [...]Com a popularização da internet e das redes sociais, qualquer pessoas pode expressar aquilo que acha que sabe, o que muitas vezes não é verdade. [...] o que dificulta não são as informações presentes na internet, mas sim a forma de como elas são pesquisadas, não é toda pessoa que tem a chance de buscar bases científicas.” (EF. 09)

Para Araújo (2009) os fisioterapeutas entrevistados em seu estudo consideraram que a obtenção de informações por parte dos pacientes, embora positiva, precisa ser acompanhada por eles de forma cautelosa, nos sentido de checar as informações por eles obtidas, esclarecendo-as, quando necessário, e informando, independentemente das informações apreendidas.

Gráfico 3: Locais onde os pacientes conseguem informações sobre os seus adoecimentos.



Fonte: dados da pesquisa/2011

Categoria 3 – Comunicação verbal X idade do paciente

A categoria 3 tem como núcleo a comunicação, sendo tal aspecto relacionado com a idade do paciente. A partir dos depoimentos dados, vinte e sete estagiários (90%)

afirmaram que a comunicação verbal sofre influência de acordo com a idade do paciente.

“Recebe, né? Eu atendo paciente desde recém-nascido até os mais idosos, então os recém-nascidos não há uma comunicação verbal, né? Assim, eu falo mas ele responde na forma dele, não verbalmente [...] E geralmente o idoso você conversa mais, porque os idosos gostam de conversar mais, então a comunicação verbal ela é maior, porque eles gostam de conversar muito.” (EF. 03)

“Sim. Porque você acaba adequando o linguajar e a forma com que você se comunica de acordo com a idade. Se é um recém-nascido você procura se comunicar muito mais por gestos, um olhar mais direcionado ao paciente, um idoso você tem que falar mais pausado.” (EF. 02)

“É, sim. Porque, assim, o paciente se ele for uma criança a comunicação tem que ter um jeito de falar, pra criança ir se acostumando com você, porque criança já tem aquele jeito mais, como que eu posso dizer? É diferente de um adulto, que chega e sabe que aquele ali é um fisioterapeuta e que vai cuidar dele. [...]E o idoso você também tem que ter aquele cuidado porque também é mais ou menos como se fosse a criança. [...] devido também a cultura,” (EF 04)

Além de simplesmente afirmar a correlação entre comunicação verbal e idade alguns estagiários fizeram uma analogia ao fato de pacientes idosos possuírem um grau menor de escolaridade, o que os levariam a necessitar de uma linguagem mais coloquial para a compreensão.

“Recebe sim, porque geralmente os pacientes mais idosos apresentam um grau de instrução menor e com isso você tem que adaptar o vocabulário pra fazer com que aquela comunicação seja eficiente” (EF. 08)

Sé (2010) afirma que um dos fatores que dimensionam as formas de comunicação é a idade. Porém, independente da idade, o ser humano é um ser social, por isso a comunicação e o relacionamento são aspectos primordiais na vida das pessoas. A idade é um dos aspectos que mais interferem na maneira como os interlocutores se posicionam porque o comportamento social é regulado por normas, muitas delas atreladas aos diversos papéis sociais desempenhados ao longo da vida, isso interfere nas formas de diálogo com o passar do ano, o surgimento de novas gírias e expressões distanciam pessoas de diferentes gerações, pela dificuldade do uso de um canal de comunicação em comum

Com o processo de envelhecimento ocorrem mudanças significativas que refletem em vantagem e também desvantagem para o indivíduo idoso em relação às solicitações do mundo, o que vale também para as solicitações comunicativas, visto que

o idoso tem a necessidade de verbalizar suas angustias, sofrimentos e experiências vividas.

Categoria 4 – Comunicação verbal X gênero do paciente

Ainda tendo como núcleo a comunicação, foi feita a relação dessa categoria com o gênero. Com a análise dos depoimentos identificamos que houve a presença de diferentes percepções entre os estagiários do gênero masculino e feminino quanto a esta categoria. Estagiários que responderam que o gênero gera influencia na comunicação verbal sempre faziam uma correlação com a dificuldade de lidar com o sexo oposto, corroborando a idéia do senso comum de que homens e mulheres apresentam características conversacionais diferentes, o que acaba por distanciar uma relação homóloga.

Nessa categoria treze estagiários (43,3%) afirmaram que sua comunicação verbal sofre influência do gênero do paciente.

“Sim, para tratar homens você não pode ter uma linguagem muito angelical, muito meiga, tem que ser uma coisa mais rígida, mais direta.” (EF. 13)

“Sim, porque homens e mulheres devem ser tratados diferentes, até porque as patologias em cada um repercutem em problemas diferentes e a questão psicológica de cada um vai abranger coisas diferentes, porque mulher deve ser tratada de um jeito, a gente tem que tratar segundo ela represente e o homem já tem outros pudores, já tem outras formas de a gente ter que se relacionar com eles.” (EF. 24)

“Influencia sim a minha comunicação verbal, é, mulheres, por exemplo, a gente tem que explicar e elas entendem mais rápido, os homens você tem que explicar um pouquinho mais até porque eles não são tão ligados na sua doença.”(EF.14)

Dezessete estagiários (56,7%) afirmam não sofrer influência deste aspecto.

“Não, o gênero não. Igual pra todos” (EF.05)

“Não, não. Há um tratamento mais igualitário.” (EF.08)

Delgado et al (1999 apud Turow et al 2004) afirmam que alguns aspectos da prática de profissionais de saúde pode diferir entre os gêneros masculino e feminino. Este fato ocorre porque o processo de socialização de mulheres e homens condiciona a características diferentes no estilo de comunicação, que se manifesta também na relação profissional paciente, influenciando preferências por determinado gênero ou

estereótipos de profissionais. Levar em consideração estas preferências pode afetar de maneira significativa o conforto e o comportamento do paciente diante do fisioterapeuta, além da sua afinidade para com ele.

Categoria 5 – Comunicação verbal X nível de escolaridade do paciente

Na análise da comunicação, a relação agora considerada é com a escolaridade do paciente. Dos trinta entrevistados, vinte e sete (90%) afirmaram que o nível de escolaridade influencia a comunicação verbal, enquanto apenas três discordam dos demais.

“Muito, eu acho que de todos os níveis, esse é o que mais influencia. [...] Esse é o eixo mais delicado com relação à conversa.” (EF. 09)

“[...] dependendo do nível educacional ele vai ter uma facilidade de entender, de certa forma facilita a comunicação, mas também pode acabar atrapalhando. [...] Eu já peguei do tipo “Há, eu faço enfermagem e você está fazendo errado”. Tipo, acaba atrapalhando a escolaridade dele.” (EF. 12)

“Sim, eu acredito que influencia. Você dialogar com uma pessoa que tem um nível de escolaridade parecido com o seu é mais fácil.” (EF. 27)

“As dúvidas são praticamente as mesmas, mas eu creio que não influencia tanto não.” (EF. 22)

Os dados fazem referencia a perspectiva pragmática do comportamento lingüístico, que segundo Verschueren (2002) as diferenças sociais e culturais, como alfabetização, contribuem na formação de diferentes costumes, entre eles a linguagem utilizada pelos interlocutores, dificultando a interação entre diferentes classes sociais devido a dificuldade de interpretar ou transmitir a mensagem.

Categoria 6 – Comunicação verbal X localização social do paciente

A maioria dos entrevistados nessa categoria (69,7%), fez a analogia referente à quanto pior a localização social menor o nível de escolaridade, o que influenciou as respostas, tornando-as praticamente iguais a do item anterior.

Dez estagiários (33,3%) afirmaram que a comunicação verbal não sofre influência da classe social do paciente.

“Nesse caso eu fiz essa relação entre a escolaridade e a categoria social, não que uma pessoa de uma categoria social mais elevada vai ter um nível de escolaridade mais elevado também.” (EF. 13)

“Também né. Pacientes com categorial social inferior também requer uma linguagem mais acessível” (EF. 23)

“[...] Pela categoria social a gente tira o nível de escolaridade” (EF. 18)

“[...] Eu acredito que quanto menor a classe social mais fácil de se comunicar, porque eles são, não sei se seria a palavra correta, mas eles são mais humildes. [...] Já recebi galinha de presente. Quanto menor o nível social mais a relação é verdadeira.” (EF. 12)

Boltanski (2004) relata que há diferenciação entre o discurso proferido pelo médico, e que esta diversificação se dá, sobretudo, em virtude da classe social do paciente. Ou seja, aos membros das classes superiores serão dadas algumas explicações que inclusive, podem favorecer a manipulação por parte do paciente de certas partes do discurso médico. Boltanski considera ainda, que a frequência e a intensidade das relações que os doentes mantêm com o médico e a qualidade do ‘colóquio singular’ crescem quando se sobe na hierarquia social e diminui com a distância social entre o médico e o doente

Categoria 7 – Comunicação verbal X tipo de adoecimento do paciente

Ainda na análise da comunicação, a consideramos em relação ao tipo de adoecimento do paciente. Nessa relação identificamos que vinte e dois estagiários (73,3%) responderam que a comunicação verbal sofre influência do tipo de adoecimento.

Nota-se nesse ponto, a preocupação dos estagiários em sempre manter o paciente mais confiante possível na sua reabilitação, tomando sempre o maior cuidado para não afetar o lado emocional do paciente.

“Sim, se o paciente tá mais crítico, a comunicação vai ser maior, para dar mais cuidado, mais carinho” (EF. 18)

“Sim. As doenças crônicas que não tem cura, tem que tomar todo cuidado, tem que explicar bem direitinho para eles, para não frustrar os planos deles.” (EF. 10)

“Também influência. [...] Tem paciente que não sabe o que tem, outros sabem mas não querem aceitar, então você tem que andar pisando em ovos para poder se comunicar, para não frustrar o paciente.” (EF. 12)

“Um paciente neurológico infantil, a verbalização vai ser diferente de uma paciente adulto de trauma.” (EF. 27)

Araújo (2009) corrobora com Helman (2003) no entendimento que, mesmo que médicos e pacientes tenham a mesma origem social e cultural, interpretam a relação

saúde-doença de formas diferentes. As suas perspectivas estão baseadas em premissas diferenciadas, os sistemas de avaliação e de comprovação da eficácia dos tratamentos são compreendidos de formas distintas. Cada uma das partes envolvidas na relação tem seus pontos fortes e fracos e um dos principais aspectos a considerar como possível impedimento na compreensão das questões relativas à saúde e doença é a comunicação entre o médico e o paciente durante encontro clínico.

Categoria 8 – Comunicação verbal fisioterapeuta e paciente X aparência física do paciente

Ao analisarmos a comunicação e sua relação com a aparência física do paciente, inferimos que dos trinta entrevistados, para vinte e três entrevistados (76,7%) tais aspectos não influenciam a comunicação verbal, enquanto sete (23,3%) afirmaram que a aparência física do paciente influencia na hora da comunicação verbal. Nessa análise destacamos as duas perspectivas, ou seja, as compreensões dos que consideram a aparência física como fator de influência na comunicação, e daqueles que não reconhecem tal influência, e ainda outro trecho que reconhece tal influência, porém não na comunicação, conforme os trechos das falas a seguir.

“Influencia. Eu acredito que dentro de todos nós ainda tem aquela questão do preconceito” EF. 27

“[...] É obrigação do paciente vir com uma higiene adequada.” EF. 21

“Acho que interfere no sentido porque dá mais uma idéia da condição social.” EF. 23

“Eu acho que não influencia e não deve influenciar, a aparência física é uma coisa muito pessoal.” EF. 09

“Não, na forma como eu falo com eles não. Pode está vestido de qualquer forma a minha forma de conversar vai ser a mesma.” EF. 03

“[...] Quanto aos outros aspectos sim, mas em relação a forma de falar com ele não.” EF. 19

Araújo (2009) em sua pesquisa identificou que de uma maneira geral, a aparência física, formas de vestir e higiene, foram relatadas pelos fisioterapeutas entrevistados como aspectos que influencia negativamente ao estabelecimento da relação fisioterapeuta e paciente. Contudo, a falta desses aspectos, não pode ser considerada como exclusiva das categorias de menor poder aquisitivo sócio-econômico, uma vez que os próprios adoecimentos podem ser considerados fatores limitadores para

a aparência e hábitos de higiene, a exemplo da incontinência urinária. A negligência dos hábitos de higiene ainda pode se dá devido à não observação dos mesmos, por parte do cuidadores.

Roteiro observacional

O Roteiro Observacional foi utilizado para analisar como se comportava o estagiário no tocante a comunicação verbal durante um atendimento, a fim de ratificar as verbalizações colhidas com as questões objetivas e subjetivas. As observações foram feitas tanto na Clínica Escola quanto nos ambientes de estágios hospitalares.

Nas observações feitas na Clínica Escola, quanto à saudação inicial, todos os estagiários utilizaram algum cumprimento para começar a comunicação com o paciente, principalmente o “BOM DIA” ou “BOA TARDE. O tom de voz variou de normal para alto, houve conversas mais duradouras, abordando aspectos da conduta e da intimidade do paciente. Na Clínica Escola as formas de encerramento da conduta terapêutica se deram através de contato físico, com “ATÉ LOGO/ ATÉ PROXIMO DIA” e de forma mais íntima.

Foi evidenciado também que no ambiente da Clínica Escola, que muitas vezes os estagiários passavam a se comunicar com outros estagiários ou com os professores deixando, assim, o paciente acanhado para restabelecer o vínculo da comunicação, o mesmo acontecia com a utilização de aparelhos celulares, tanto pelos estagiários quanto pelos pacientes.

Durante o atendimento hospitalar foram utilizadas poucas ou quase nenhuma palavra, restringindo-se apenas a aspectos da conduta. O tom de voz foi predominantemente baixo com linguagem mais coloquial.

No encerramento o tom de voz baixo foi presente em ambos os ambientes, com algumas exceções. Foi observado uma diferença no ambiente hospitalar, onde os estagiários apenas se despediram com orientações e uma saudação de “BOM DIA”. Durante as observações nos serviços dos hospitais foram evidenciados variações do tom de voz baixo e normal no contato inicial com o paciente, sobressaindo a utilização do tom de voz baixo pelos estagiários, devido a maior proximidade física com o paciente, sendo influenciados também pela descoberta do “novo”, que de certa forma inibia alguns estagiários.

Embora reconhecendo, a brevidade das observações feitas, ao estabelecer uma comparação das entrevistas com tais observações, foi possível comprovar que no ambiente da Clínica Escola, os estagiários corresponderam ao que haviam dito nas entrevistas, com ressalva para o fato de que com os pacientes que não apresentavam

uma aparência física condizente com os padrões aceitos pela sociedade atualmente, consideramos haver uma falta de contato verbal.

Na nossa análise, no ambiente hospitalar ainda considerando o breve contato com a realidade do ambiente, os estagiários não corresponderam ao que haviam dito, visto que os contatos hospitalares em sua maioria foram restritos apenas as práticas fisioterapêuticas, sendo estabelecida pouca comunicação verbal. Até onde nos foi possível perceber, os estagiários não procuravam informar os pacientes sobre suas questões do adoecimento e também preferiam fazer contato com os pacientes que apresentavam algum grau de autonomia e que possuíam uma higiene adequada.

5.CONCLUSÃO.

Entre os diversos fatores presentes nos comportamentos dos profissionais que podem interferir na interação com o paciente, a linguagem se configura como um dos fatores mais relevantes

Embora nem sempre reconhecida como determinante nesse tipo de relação, todos os estagiários afirmaram que a comunicação é importante na interação do tratamento, destacando que faz se necessário o uso de linguagens acessíveis as diversas faixas etárias e localizações sociais favorecendo a terapêutica.

Pudemos ainda identificar nos depoimentos dos estagiários, a presença do paciente expert, que desperta para a adoção de uma postura igualmente diferenciada. Esse consumidor diferenciado das práticas de saúde, por deter conhecimentos ou informações a serem consideradas e se constitui uma ameaça aos portadores do conhecimento científico especializado e dos discursos competentes.

Quando questionados sobre os aspectos que influenciam a relação fisioterapeuta paciente, os estagiários-fisioterapeutas adotam sempre as questões da humanização do atendimento, do caráter ético, do profissionalismo social, mesmo que isso nem sempre se reflita no dia a dia nas práticas adotadas pelos mesmo. Esses aspectos precisam ser trabalhados e aprofundados, na formação acadêmica, principalmente no contato inicial entre aluno e paciente nos estágios curriculares onde ocorre a formação da prática junto com a construção do conhecimento teórico.

ABSTRACT

The present study appears up to the questioning involving the relevance of the verbal communication in physiotherapy-patient relationship, as an instrument to humanize patient care, and the repercussions that the expert patients, a new consumer of health services, can produce in the treatment. The objective is to know how different aspects interfere in the process of verbal communication adopted by the physicaltherapist-trainees during treatments. So that it was done a descriptive and analytical research with a qualitative and quantitative approach through semi-structured interview and an analysis instrument adapted from the observational script of Grawl, and Lawrence (1995) with with 30 students finishing the Physiotherapy course at institution of higher education. Twenty-four trainees were females and six males were interviewed and examined, questioning aspects related to the ways of verbal communication adopted in front of the illness, age, gender, social position, education level and physical appearance, was also taken into account the reaction front of experiences with patients with a higher level of information, and also observing the forms of verbal communication during a service. The present results permitted to conclude that the verbal communication is influenced by these aspects, even though it is sometimes adopted a politically correct discourse trying to show an image of humanization of care. the theme has great importance since communication has the power to transform the practices of health, needed to be worked on in academic education.

Keywords: Verbal communication. Expert patients. Humanization

6.REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, V. R. Q; **O que trazes, de onde vens, o que te dou? Fatores sócio-culturais e sua influência na relação entre fisioterapeutas e pacientes.** Tese de doutorado, dezembro 2009.
2. BARATA, R.B. **Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006**, São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa:Edições 70, 1977.
4. BLUMENTHAL, D. **Doctors in a wired world: can professionalism survive connectivity?** Millbank Q., v.80, n.3, p.525-46, 2002.
5. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
6. CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400015&lng=en&nrm=iso>.
7. CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Sept. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso>.

8. DELGADO, A, MARTINEZ-CAÑAVATE, T, GARVIA, V, FRIAS, J, RUEDA, T, MORATA, J. **referencias y estereótipos de los pacientes sobre el género del médico de familia**. Aten Primaria 1999; 5:268-74.
9. FOX, N.J.; WARD, K.; O'ROURKE, A. **The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet**. Soc. Sci. Med., v.60, n.6, p.1299309, 2005a.
10. GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. **A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 26, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300010&lng=en&nrm=iso>.
11. GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Modelos de Relação Médico-Paciente**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>.
12. HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e doença**. (C. Buchweitz e P. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed 2003 (obra original publicada em 1994).
13. HENWOOD, F. et al. **Ignorance is a bliss sometimes: constraints on the emergence of the "informed patient" in the changing landscape of health information**. Sociol. Health Illn., v.25, n.6, p.589-607, 2003.
14. HOFF, T. GABRIELLI, L. **Redação Publicitária**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

15. INEP/MEC – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas. **A Trajetoria dos Cursos de Graduação na Saúde**. Educacionais Anísio Teixeira, Brasília. Abr. 2006.
16. JAKOBSON, R. **Lingüística e comunicação**. São Paulo: Cultrix; 2001.
17. MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina: Crítica Sociológica das Práticas Médicas Modernas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
18. OMENA, F, B, de. **COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM: ESTUDO DO SISTEMA BRAILLE À LUZ DA SEMIÓTICA**. 2009. Disponível em: <http://intervox.nce.ufrj.br/~brailu/fabricia.pdf>
19. RIBEIRO, A. GUIMARÃES, M, H. **A linguagem verbal e não verbal: influência da corporalidade no processo de comunicação organizacional**. 2009. Disponível em: http://www.abrapcorp.org.br/anais2009/pdf/GT4_Ribeiro_Guimaraes.pdf
20. SÉ, E, V, G. **Boa comunicação é essencial para o bem-estar do idoso**. 2010. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/mentenaterceiridade_idoso.htm
21. TRAVASSOS, C; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad Saude Publica 20 (Suppl. 2), 2004.
22. TAGLIAVINI, G; SALTINI, A. **La letteratura sulla Comunicazione Medico-Paziente. Un Archivio Informatizzato**. MEDIC, 2000.

23. TAYLOR, S.E. **Interação profissional de saúde – paciente. .Health Psychology.** New York: Random House. 1986 Disponível em:
<<http://www.unb.br/ip/labsaude/textos>.
24. TUROW, J,A, STERLING, R,C. **The role and impact of gender and age on children´s preferences for pediatricians.** Amb Ped. 2004.
25. VERSCHUEREN, J. **Para entender la pragmática.** Madrid: Gredos, 2002.