



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:  
IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Clarissa Vaz Dias

Brasília, dezembro de 2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 995722.

D541p Dias, Clarissa Vaz.  
Percepções de estudantes sobre comunicação em saúde : implicações para a atuação profissional / Clarissa Vaz Dias. -- 2011.  
xiii, 132 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2011.  
Inclui bibliografia.  
Orientação: Elizabeth Queiroz.

1. Promoção da saúde. 2. Formação profissional. 3. Comunicação na saúde pública. I. Queiroz, Elizabeth. II. Título.

CDU 614



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:  
IMPLICAÇÕES PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Clarissa Vaz Dias

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz

Brasília, dezembro de 2011



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

BANCA EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz – Presidente  
Universidade de Brasília – UnB

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Júlia Paes da Silva – Membro  
Universidade de São Paulo – USP

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Membro  
Universidade de Brasília – UnB

Prof.<sup>a</sup> Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira – Suplente  
Faculdade UnB Ceilândia – FCE

Brasília, dezembro de 2011

*Ao Nilo, sensível e doce fonte de minha vida.*

*À Paloma, grande guerreira.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por absolutamente tudo.

À Professora Beth, minha orientadora, com muita emoção, primeiramente pelo estabelecimento de uma relação de respeito, base para o que construímos juntas. Ademais, por sua afetividade e paciência, nos ensinamentos pessoais e acadêmicos; pela disponibilidade ímpar; pela dedicação exemplar. E, para sempre, pelo voto de confiança.

Aos membros da banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Júlia Paes da Silva, Prof.<sup>a</sup> Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo e Prof.<sup>a</sup> Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, por aceitarem participar deste estudo, doando seu tempo precioso para o aperfeiçoamento e conclusão do mesmo.

À equipe da Faculdade UnB Ceilândia, particularmente à Prof.<sup>a</sup> Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, por acreditar no projeto e propiciar as condições necessárias à sua execução. À Prof.<sup>a</sup> Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, pela acolhida e participação ativa. Aos Professores Carla Pintas, Claire Nain Gomes, Emília Vitória da Silva, Katia Menezes, Marilac Meireles, Patrícia Escalda, Ruth Menezes e Sérgio Ricardo Schierholt, pela colaboração. A Flávia, Zilma (Secretaria), Gislene (SAA) e Joana (SOU), pela solicitude.

À Prof.<sup>a</sup> Tereza Cristina, por me acompanhar, junto à Beth, nesta trajetória.

Ao Prof. Áderson, por valorizar meu interesse em realizar este mestrado. À Prof.<sup>a</sup> Regina, por me aceitar como aluna especial. À Prof.<sup>a</sup> Denise, pela prestimosa cooperação. À Prof.<sup>a</sup> Silviane, pela explícita compreensão. Às Professoras Maria Cláudia e Juliana Caixeta, pelas contribuições, à época da Jornada Acadêmica. À Prof.<sup>a</sup> Larissa, pelos diálogos. À Prof.<sup>a</sup> Eliane, por compartilhar vivências.

Aos futuros profissionais de saúde, estudantes da Faculdade UnB Ceilândia que participaram deste estudo, minha mais profunda gratidão.

Aos auxiliares de pesquisa: Juliana, Junior e Luciana, pela louvável responsabilidade. A Felipe Valentini, pelo auxílio estatístico.

Aos alunos da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde (1º/2011), pelo interesse com que me envolveram e marcaram a minha primeira experiência docente.

À Capes, pelo apoio financeiro concedido a este mestrado, um recurso fundamental à formação acadêmica.

Ao Rodrigo, com todo meu amor, pela cumplicidade que estrutura nossa parceria de vida, razão de meu otimismo. E por jamais medir esforços, para que a realização do mestrado fosse a mais prazerosa possível.

Aos meus amados filhos, Nilo e Paloma que, mesmo sendo tão pequenos, acolhem minhas necessidades pessoais de mudanças em nossas rotinas com tamanha compreensão. Não há palavras capazes de comunicar-lhes minha admiração.

Ao Joe, meu pai, modelo de *scholar*. À minha mãe, Zezé, por todas as oportunidades culturais que me possibilitaram ir ao encontro das pessoas e do mundo. À Titia Lúcia, presença constante, pela leitura amorosa deste texto. Ao meu *darling little big brother*, Ed, pela paz que me equilibra. À Pri, por me abrigar com ternura em momentos tensos. À minha querida Vovó Martha, pelo exemplo de força. Ao meu pai, Magela, por sê-lo.

À Dany, Denise e Mucio, imprescindíveis à minha alegria e produtividade.

À Prof.<sup>a</sup> Íris, por me inspirar, desde a graduação. À Virgínia, *TXAI* nesta etapa da vida. À Fernanda Doca, pelas trocas e sonhos que compartilhamos. À Lilian e à Caroline, pelas manifestações de companheirismo.

Às *hermanas*: Andreia, Fernanda, Graciana e Nadielle, pela bela convivência.

À Franciele, pelo carinho expresso no preparo de incontáveis cafés.

À Chris e ao Marcelo, por se fazerem presentes, investindo neste projeto. À Fabíola, pelos cuidados com a minha saúde. À Tia Martha, pela confecção de elementos que simbolizam meu aprendizado. Ao Paulo Víctor, pelo apoio logístico.

A todos os meus familiares, afillhados e amigos, pelas palavras que me transmitem diante de cada desafio; por me encherem de orgulho, com sua torcida e apoio; e por interagirem com a felicidade que esta experiência me proporciona.

*“Em qualquer tipo de pesquisa, temos que  
estar ingênuos, para poder nos surpreender”*

Vera Lúcia Decnop Coelho

## RESUMO

A comunicação em saúde constitui o alicerce da relação profissional de saúde-paciente, sendo um fator de influência tanto na promoção quanto na assistência à saúde, com implicações diretas para a adesão aos tratamentos. Assim, é de fundamental importância estudar o conceito, para garantir abordagem adequada das reais necessidades em saúde e direcionar políticas públicas, programas de formação e treinamento em saúde, bem como avaliar sua efetividade na prestação de serviços. A prática humanizada, sustentada pelo Sistema Único de Saúde, passa pela consideração das variáveis psicossociais envolvidas no processo saúde-doença, pelo reconhecimento das desigualdades/disparidades existentes na relação profissional de saúde-paciente e pela ciência de que tal condição pode gerar iniquidades. A competência cultural tem sido apontada como um recurso estratégico para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais essenciais no cuidado terapêutico. Nesse sentido, a presente pesquisa teve por objetivo geral caracterizar a percepção do que seja comunicação em saúde para estudantes do Campus da Universidade de Brasília (UnB), situado em Ceilândia (FCE), Distrito Federal. Foi realizado um levantamento descritivo-exploratório, de caráter quantiquantitativo, com 139 estudantes dos diferentes cursos da área de saúde da referida unidade: enfermagem, farmácia, fisioterapia, saúde coletiva e terapia ocupacional. Os participantes da amostra responderam a quatro instrumentos elaborados para esta pesquisa. A análise dos resultados permite afirmar que a comunicação em saúde para estudantes da FCE é percebida como a transmissão de informações relacionadas à saúde, incluindo meios de comunicação para alcançar aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, a partir da interação entre profissional de saúde, paciente e equipe, em busca de compreender as necessidades, principalmente dos pacientes, que devem ser ouvidos e respeitados na tomada de decisão sobre o tratamento. O estudo revela a importância da linguagem não verbal como parte substancial no processo comunicativo, razão pela qual se deve estar mais atento a esse aspecto durante a formação dos profissionais. Saúde foi definida como um estado de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Nas definições de desigualdade/disparidade foi reconhecida a relação assimétrica que existe entre o profissional de saúde e seu paciente. Entre variáveis psicossociais amplamente apontadas pela literatura, os alunos indicaram linguagem, nível educacional e idade como as mais importantes, situando participação em atividades comunitárias e raça como as menos relevantes, o que evidencia a necessidade de que essas últimas sejam mais abordadas nos cursos. Foram identificados indicadores de competência cultural para a realidade brasileira, mais especificamente: respeitar, ouvir, conhecer, interagir e prestar atenção. Esses indicadores também foram citados como atributos essenciais a um profissional de saúde, ainda que em diferentes graus de prioridade e frequência, e poderão compor elementos para um programa de treinamento em competência cultural. Os dados sugerem que, do ponto de vista conceitual, os estudantes têm informações relevantes para uma efetiva comunicação em saúde. Contudo, se considerarmos que diferentes estudos apontam que essa é uma grande dificuldade no cotidiano profissional, torna-se imprescindível a atenção dos docentes no sentido de garantir a incorporação desses conceitos numa prática voltada para a assistência integral, incluindo aspectos relacionais e não apenas técnicos.

Palavras-chave: comunicação em saúde; formação profissional; atuação profissional; competência cultural.

## ABSTRACT

Health communication is the basis for the health professional-patient relationship, being an influencing factor in promotion and in health care, with direct implications for treatment adherence. Thus, it is of fundamental importance to study the concept, to ensure proper approach of the real health needs and to direct public policies, training programs, and assess its effectiveness in providing services. Humanized care, sustained by the Unified Health System (SUS) permeates the consideration of psychosocial variables involved in the health and illness process, the recognition of disparities/inequalities in the health professional-patient relationship and the awareness that such condition can generate inequities. Cultural competence has been identified as a strategic resource for the development of communication skills that are essential to therapeutic care. In this sense, this study aimed to characterize how students of the Ceilândia Campus of the University of Brasilia (FCE/UnB) perceive health communication. A qualitative and quantitative, descriptive exploratory study was carried out with 139 students of the different health area fields offered by the referred campus: nursing, pharmacy, physiotherapy, collective health and occupational therapy. Participants responded to four instruments designed for this purpose. Analysis of results suggests that health communication for students at FCE is perceived as the transmission of health-related information, including the media and means to achieve aspects of health promotion and disease prevention from the interaction between health professional, patient and staff, seeking to understand the needs, especially of patients, who should be heard and respected in decision making regarding treatment. The study shows the importance of non-verbal language as a substantial part in the communicative process, which is why we must be more attentive to this aspect during the training of professionals. All members of the sample developed a concept of health. Health was defined as a state of physical, psychological, social and spiritual well-being. Within definitions of inequality/disparity the asymmetrical relationship between the health professional and his patient was recognized. Among psychosocial variables widely described in literature, students indicated language, educational level and age as the most important, situating participation in community activities and race as less relevant, which highlights the need for the latter to be more addressed in all courses. Cultural competence indicators were identified for use in Brazil, more specifically: to respect, listen, learn, interact and pay attention. These indicators were also cited as essential attributes of a health professional, though in different degrees of priority and frequency, and may select elements to a program of training in cultural competence. Data suggests that from a conceptual point of view, students have relevant information for effective health communication. However, given that various studies indicate that this is a great difficulty in daily work, it is essential to the attention of teachers to ensure the incorporation of these concepts in a practice focused on comprehensive care, including relational and not just technical aspects of humanized healthcare.

Key words: Health communication, professional education, professional practice, cultural competence.

## SUMÁRIO

|  |             |
|--|-------------|
| <b>AGRADECIMENTOS</b> .....  | <b>VI</b>   |
| <b>RESUMO</b> .....  | <b>IX</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>X</b>    |
| <b>SUMÁRIO</b> .....   | <b>XI</b>   |
| <b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS</b> .....  | <b>XIII</b> |
| <b>LISTA DE SIGLAS</b> .....   | <b>XIV</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>1</b>    |
| <b>CAPÍTULO 1 – PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: RECONHECENDO DETERMINANTES QUE INFLUENCIAM A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE</b> .....                                       | <b>6</b>    |
| 1.1 – Historicidade e amplitude do conceito de saúde .....   | 6           |
| 1.2 – Sistema Único de Saúde - SUS .....   | 9           |
| 1.3 – Atenção à saúde: Promoção e prevenção .....  | 11          |
| 1.4 – Implicações das variáveis psicossociais para a comunicação em saúde .....  | 14          |
| 1.4.1 – Envolvimento em atividades comunitárias .....  | 16          |
| 1.4.2 – Gênero .....   | 17          |
| 1.4.3 – Hábitos alimentares .....  | 19          |
| 1.4.4 – Idade .....  | 19          |
| 1.4.5 – Linguagem .....  | 20          |
| 1.4.6 – Moradia .....  | 21          |
| 1.4.7 – Nível educacional .....  | 21          |
| 1.4.8 – Raça .....   | 22          |
| 1.4.9 – Religião .....   | 23          |
| 1.4.10 – Status socioeconômico .....   | 24          |
| <b>CAPÍTULO 2 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE</b> .....   | <b>25</b>   |
| 2.1 – Comunicação: Delimitação teórico-conceitual de aspectos essenciais para a relação profissional de saúde-paciente e para o trabalho em equipe ..... | 25          |
| 2.2 – Humanização e comunicação: Componentes de uma assistência qualificada .....  | 30          |
| 2.3 – Desigualdades sociais e disparidades em assistência à saúde .....  | 31          |
| 2.4 – Comunicação em saúde .....   | 34          |
| 2.5 – Comunicação em saúde na formação profissional .....  | 36          |
| 2.6 – Competência cultural em saúde: Definições de uma estratégia em comunicação em saúde .....  | 39          |
| 2.6.1 – Contextualizando indicadores abordados pela competência cultural .....   | 41          |
| 2.6.2 – Educação, treinamento e avaliação em competência cultural .....  | 45          |
| <b>CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS</b> .....  | <b>47</b>   |
| 3.1 – Objetivo Geral .....   | 47          |
| 3.2 – Objetivos específicos .....  | 47          |
| <b>CAPÍTULO 4 – MÉTODO</b> .....   | <b>48</b>   |
| 4.1 – Pesquisa exploratória e descritiva .....   | 48          |
| 4.2 – Indicação de métodos mistos .....  | 48          |
| 4.3 – Universo da amostra: FCE .....   | 49          |
| 4.4 – Seleção da amostra .....   | 50          |
| 4.5 – Instrumentos .....   | 51          |
| 4.6 – Procedimentos .....  | 53          |

|   |            |
|---|------------|
| 4.6.1 – Coleta de dados .....   | 53         |
| 4.6.2 – Análise de dados .....  | 55         |
| <b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>56</b>  |
| 5.1 – Caracterização da amostra .....   | 56         |
| 5.2 – Instrumento I .....   | 59         |
| 5.2.1 – Definição de comunicação .....  | 60         |
| 5.2.2 – Recordação/evocação do conceito de comunicação .....  | 62         |
| 5.2.3 – A importância da comunicação nas rotinas diárias .....  | 64         |
| 5.2.4 – Definição de comunicação em saúde .....   | 66         |
| 5.2.5 – Diferenciando comunicação e comunicação em saúde .....  | 71         |
| 5.2.6 – Conceito de saúde .....   | 72         |
| 5.2.7 – Desigualdade e disparidade em assistência à saúde .....   | 75         |
| 5.2.8 – Acesso à temática comunicação em saúde por período de ingresso na FCE .....   | 77         |
| 5.2.9 – Relação entre comunicação em saúde e formas de atuação profissional .....   | 78         |
| 5.2.10 – Características essenciais a um profissional de saúde .....  | 81         |
| 5.2.11 – Outras informações .....   | 83         |
| 5.3 – Instrumento II .....  | 85         |
| 5.3.1 – Influência e alcance da comunicação em saúde .....  | 86         |
| 5.3.2 – Posicionamentos dos estudantes sobre aspectos da comunicação em saúde .....   | 87         |
| 5.3.3 – A importância atribuída a variáveis psicossociais .....   | 90         |
| 5.4 – Instrumento III .....   | 92         |
| 5.4.1 – Respeitar .....   | 93         |
| 5.4.2 – Ouvir .....   | 94         |
| 5.4.3 – Conhecer .....  | 95         |
| 5.4.4 – Interagir .....   | 96         |
| 5.4.5 – Prestar atenção .....   | 97         |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>103</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>112</b> |
| <b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>   | <b>113</b> |
| <b>ANEXO B – Instrumentos definitivos .....</b>   | <b>114</b> |
| <b>ANEXO C – Autorização da instituição .....</b>   | <b>119</b> |
| <b>ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>   | <b>120</b> |
| <b>ANEXO E – Estudo Piloto .....</b>  | <b>121</b> |
| <b>ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente à aplicação junto a estudantes da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde .....</b> | <b>126</b> |
| <b>ANEXO G – Mensagem de correio eletrônico padrão de contato com os professores da FCE .....</b>   | <b>127</b> |
| <b>ANEXO H – Instrumentos do Estudo Piloto .....</b>  | <b>128</b> |
| <b>ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo Piloto .....</b>  | <b>132</b> |

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1.  | Modelos de Competência Cultural.....  | 42 |
| Figura 2.  | Distribuição dos estudantes por período de ingresso na FCE.....                           | 57 |
| Figura 3.  | Dificuldade em diferenciar comunicação e comunicação em saúde.....                        | 71 |
| Figura 4.  | Características apontadas como essenciais a um profissional de saúde.....                 | 82 |
| Figura 5.  | Porcentagem de participantes que quiseram incluir informações adicionais.....             | 84 |
| Figura 6.  | Poder de influência da comunicação em saúde.....  | 86 |
| Figura 7.  | Alcance da comunicação em saúde.....  | 87 |
| Figura 8.  | Atributos de respeitar.....   | 94 |
| Figura 9.  | Atributos de ouvir.....   | 95 |
| Figura 10. | Atributos de conhecer.....  | 96 |
| Figura 11. | Atributos de interagir.....   | 97 |
| Figura 12. | Atributos de prestar atenção.....   | 98 |
|            |   |    |
| Tabela 1.  | Distribuição da amostra por curso.....  | 57 |
| Tabela 2.  | Renda Familiar.....   | 58 |
| Tabela 3.  | Cidade e tipo de escola na qual concluiu o ensino médio.....                              | 59 |
| Tabela 4.  | Categorização de palavras associadas à definição de comunicação.....                      | 60 |
| Tabela 5.  | Categorização de evocações/recordações associadas à definição de comunicação.....         | 63 |
| Tabela 6.  | Categorização de aspectos associados à importância da comunicação em rotinas diárias..... | 65 |
| Tabela 7.  | Categorização de palavras associadas à definição de comunicação em saúde..                | 67 |
| Tabela 8.  | Atributos associados ao conceito de saúde.....  | 72 |
| Tabela 9.  | Atributos relacionados ao conceito de desigualdade/disparidade.....                       | 75 |
| Tabela 10. | Acesso à temática comunicação em saúde por período de ingresso.....                       | 78 |
| Tabela 11. | Relação entre comunicação em saúde e atuação profissional.....                            | 79 |
| Tabela 12. | Posicionamentos sobre comunicação em saúde.....   | 88 |
| Tabela 13. | Ordem de importância de variáveis psicossociais.....                                      | 90 |
| Tabela 14. | Indicadores de competência cultural.....  | 93 |

**LISTA DE SIGLAS**

|        |   |
|--------|---|
| Capes  | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior                           |
| CEP/FS | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB |
| FCE    | Faculdade UnB Ceilândia   |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                       |
| SAA    | Secretaria de Administração Acadêmica   |
| SOU    | Serviço de Orientação ao Universitário  |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde  |
| OPAS   | Organização Pan-Americana da Saúde  |
| SUS    | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  |
| UnB    | Universidade de Brasília  |
| Unicef | Fundo das Nações Unidas para a Infância   |

## INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde é uma ferramenta primordial para a relação entre profissional de saúde e paciente. Conquanto se estude a questão há muitos anos, são poucos os avanços significativos a respeito do reconhecimento do impacto da comunicação sobre esse tipo de relação, da mesma forma que a respeito do que sejam elementos efetivos para uma boa comunicação (Caprara, 2004; Jones & Watson, 2009; Kripalani, Bussey-Jones, Katz, & Genao, 2006; Martins & Araujo, 2008; Melo, 1983; Street Jr. & Epstein, 2008). Os estudos sobre o tema têm privilegiado a relação médico-paciente e, em menor proporção, as percepções e o papel do paciente<sup>1</sup> e das demais categorias profissionais da área da saúde.

A exposição pessoal e profissional da autora a contextos culturais diversos e às disparidades existentes, principalmente nos níveis de desenvolvimento humano e econômico, assim como a multiplicidade e amplitude da prestação dos serviços de saúde às populações, resultaram em constantes reflexões a respeito das condições de saúde de cada pessoa e dos fatores que influenciam o seu comportamento relacionado à saúde. Esses questionamentos indicam que, independentemente de qual seja o contexto sociocultural, na relação profissional de saúde-paciente, a comunicação em saúde é determinante na procura e no envolvimento do paciente com o profissional que lhe atende e com o serviço no qual está inserido.

Na graduação em Psicologia, o primeiro estágio em uma instituição de saúde pública trouxe uma série de reflexões, entre elas a de que é necessário estudar e aprofundar a compreensão do processo saúde-doença para melhor avaliar a relação entre a proposta de ensino e as atividades de extensão e prática que participam os profissionais de saúde em processo de formação. Cursar uma especialização em psicologia da saúde e hospitalar despertou o interesse pela pesquisa, possibilitando desenvolver um projeto de atendimento interdisciplinar, em sala de espera, para pacientes com asma infantil no Hospital Universitário de Brasília. A execução desse projeto permitiu conhecer e trabalhar com uma equipe multiprofissional, de modo a analisar a necessidade de adequar conhecimentos teóricos às variáveis psicossociais da realidade de uma população atendida.

---

<sup>1</sup> Por questão de conveniência, este trabalho usará o vocábulo paciente no entendimento deste como um sujeito ativo e capaz de envolver-se nas ações relacionadas à sua saúde, e por ser um termo de longa prevalência e familiaridade na área de saúde.

Por sua vez, a atuação na prática clínica, direcionada quase que exclusivamente para demandas associadas ao processo saúde-doença, em especial cuidados paliativos, doenças crônicas e perdas, assim como as repercussões emocionais de pessoas diante de uma experiência de abuso sexual, tem suscitado constantes reflexões acerca da indissociável necessidade de se trabalhar aspectos de comunicação e humanização. Há, pois, intenso interesse pela Psicologia da Saúde, como agente de promoção de saúde e prevenção de doenças, e a convicção de que a pesquisa acadêmica é uma importante aliada para o cotidiano de trabalho.

A valoração dada à comunicação em saúde relaciona-se à possibilidade de promover mudanças comportamentais e melhoras na prestação de serviços, assim como de viabilizar oportunidades para enfrentar os desafios das agendas e das diretrizes de serviços de saúde mundo afora, face à necessidade de garantir cuidados primários de saúde a todos.

O interesse pelas temáticas da comunicação em saúde (especificamente sua relevância no processo de formação profissional) e da competência cultural surgiu a partir da compreensão de que tais fenômenos são atuais e influenciados pelas novas demandas trazidas aos atendimentos realizados entre profissionais de saúde e seu paciente. A comunicação estabelecida será efetiva apenas quando variáveis psicossociais como cultura, envolvimento em atividades comunitárias, gênero, hábitos alimentares, idade, linguagem, moradia, nível educacional, raça, religião, status socioeconômico e saúde em si forem contempladas no processo de comunicação. A literatura tem enfatizado o papel que cada uma dessas variáveis desempenha e a importância de que futuros profissionais conheçam a sua repercussão no processo saúde-doença. Em relação a esse tema, alguns aspectos merecem destaque:

- estudos diversos abordam a comunicação em saúde; no entanto, considerando-se as bases de dados disponíveis no Sistema de Periódicos Capes, é limitado o número de trabalhos que levantam a percepção dos profissionais de saúde em processo de formação;

- relação profissional de saúde-paciente é condição para atendimento; contudo, sua validade e viabilidade não são necessariamente qualificadas pelos profissionais de saúde no exercício profissional;

- dificuldades na comunicação profissional de saúde-paciente são, em muitos contextos, atribuídas aos pacientes; no entanto, essas podem também refletir inadequação da comunicação do profissional de saúde;

- profissionais de saúde muitas vezes não investem na comunicação e, por essa razão, não percebem a diferença que o uso desse recurso pode trazer para a relação com o

paciente; por exemplo, repercussões quanto à adesão a tratamento e eficiência do cuidado oferecido.

A necessidade de acessar e repassar apropriadamente as informações relevantes e confiáveis aos usuários dos serviços de saúde é a consistência da comunicação em saúde. Essa percepção é a garantia para o engajamento na execução de uma efetiva comunicação em saúde. Muitas vezes, os profissionais são formados em uma realidade de serviço que destoa das reais condições de vida da população a que um dia prestarão atendimento.

Programas de treinamento em comunicação em saúde como recurso integrado ao processo de formação nos cursos relacionados a cuidados em saúde já são uma realidade em muitos países. Como a comunicação em saúde é influenciada por fatores que vão além dos aspectos diretamente relacionados à doença, é de fundamental importância clarear a percepção do conceito, levantar o que está sendo assimilado a esse respeito para, a partir daí, abordar de forma adequada as reais necessidades de formação do profissional de saúde.

Uma das ferramentas mais atuais da comunicação em saúde é a competência cultural, que pode auxiliar na abordagem dos conceitos que fundamentam a compreensão do processo saúde-doença e na redução das disparidades em saúde. Entende-se por competência cultural um conjunto de indicadores para o processo da comunicação profissional de saúde-paciente que possibilita a intervenção de quem trabalha em saúde, exercitando o conhecimento e buscando o diálogo interdisciplinar, para melhorar a qualidade da atenção integral à saúde.

Considerando os aspectos apresentados, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de caracterizar a percepção do que seja comunicação em saúde para estudantes da Faculdade UnB Ceilândia (FCE), da Universidade de Brasília (UnB), situada em Ceilândia, Distrito Federal. O campus foi escolhido por incluir diferentes cursos da área de saúde, com uma proposta de formação integrada nos primeiros dois anos de graduação, fator que foi considerado importante, dentro de uma perspectiva de trabalho em equipe que caracterize o modelo biopsicossocial.

Mais especificamente, buscou-se mapear se o tema comunicação em saúde está sendo abordado pela FCE, bem como ampliar a compreensão da temática, identificando e caracterizando seu conceito, na percepção dos estudantes. Foram analisadas as variáveis psicossociais que os alunos indicaram como mais importantes para a compreensão do processo de comunicação com os pacientes, dentre as que mais se relacionam à temática da comunicação em saúde. Por fim, compreendendo a competência cultural como uma

estratégia para a comunicação em saúde, foram explorados os indicadores de competência cultural derivados dos modelos de atuação existentes, identificados pelos estudantes da FCE.

Para a consecução desses objetivos, optou-se por uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter quantiquantitativo, tendo-se usado como instrumentos de coleta de dados dois questionários e um *survey*, além de questionário para caracterização dos participantes.

A escolha da amostra baseou-se no mapeamento institucional, onde, após análise do projeto político-pedagógico da unidade, distribuição de disciplinas e comunicações pessoais com membros do corpo docente da FCE, identificou-se que estudantes com ingresso no primeiro e segundo período de 2009 e primeiro período de 2010 seriam os mais indicados para uma amostragem por critério (*purposeful sampling*).

Do ponto de vista pessoal, a pesquisa representou a possibilidade de compartilhar as reflexões estabelecidas em uma revisão teórica para, a partir dos resultados deste estudo, ampliar a compreensão do fenômeno da comunicação em saúde e contribuir com a qualidade da inserção dessa temática nas propostas curriculares e programas de intervenção destinados à formação de profissionais de saúde, com o escopo de melhorar as relações profissional de saúde-paciente.

Do ponto de vista acadêmico, espera-se que os resultados deste trabalho impliquem uma contribuição científica que, além de avançar no conhecimento do tema, sugira formas mais eficientes para o treinamento em comunicação em saúde, visando à relação profissional de saúde-paciente; e, em dimensão mais ampla, traga uma contribuição social, visto que os alunos pesquisados serão futuramente os profissionais de saúde que poderão efetivamente comunicar-se com seus pacientes, colaborando para o fortalecimento da implementação do modelo biopsicossocial, de forma a agilizar a finalização da transição em curso há mais de 30 anos.

Frente ao exposto, esta dissertação está organizada em cinco capítulos. Os primeiros dois capítulos trazem a revisão da literatura. No Capítulo 1, apresentam-se elementos que fazem parte do processo saúde-doença, bem como aspectos que influenciam a comunicação em saúde e seus desdobramentos; elabora-se a evolução do conceito de saúde; apresentam-se as bases do Sistema Único de Saúde (SUS); reflete-se a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças; e destaca-se o papel das variáveis psicossociais na relação profissional de saúde-paciente.

O Capítulo 2 destaca a relevância científica e social da comunicação em saúde no processo de saúde-doença e contém: uma delimitação teórico-conceitual da comunicação, refletindo sobre seus efeitos no contexto de uma prática assistencial humanizada; um paralelo entre os conceitos de desigualdades sociais e disparidades em assistência à saúde; uma análise das implicações da relação profissional de saúde-paciente sobre as disparidades em assistência à saúde; uma abordagem dos aspectos específicos da comunicação em saúde. Finalizando o capítulo, competência cultural é apresentada como recurso estratégico para a comunicação em saúde.

Os três capítulos seguintes contemplam a execução do estudo. No Capítulo 3, encontram-se os objetivos geral e específicos do trabalho. O Capítulo 4 engloba a escolha metodológica; a descrição do universo da amostra, assim como sua composição; e a apresentação dos instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados da investigação. No Capítulo 5, procede-se à explicitação dos resultados e à discussão dos mesmos.

Na sequência, são feitas as considerações finais acerca do estudo, ressaltando as limitações e contribuições da pesquisa, bem como sugestões para sua continuidade. Seguem-se as referências, apresentadas de acordo com as normas da 6ª edição do Manual de Publicação da APA – *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2010).

Por último, nos anexos, disponibilizam-se os seguintes componentes desta pesquisa: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da coleta definitiva; instrumentos; carta de autorização da FCE, para a realização deste estudo; carta de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB; resultados e discussão do Estudo Piloto; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente à aplicação junto a estudantes da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde; mensagem de correio eletrônico padrão de contato com os professores da FCE; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo Piloto; e instrumentos do Estudo Piloto.

## **CAPÍTULO 1 – PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: RECONHECENDO DETERMINANTES QUE INFLUENCIAM A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

Neste capítulo, são apresentados elementos que fazem parte do processo de saúde-doença, bem como aspectos que influenciam a comunicação em saúde e seus desdobramentos, especificamente para este trabalho. Nessa perspectiva, busca-se: elaborar a evolução do conceito de saúde, destacando os marcos históricos que moldaram a concepção do que atualmente se entende por saúde; apresentar as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda em busca de consolidação, mas referência da atenção planejada; e refletir a respeito da promoção da saúde e prevenção de doenças. Por fim, destacam-se: o papel das variáveis psicossociais na relação profissional de saúde-paciente; a influência que essas exercem sobre a efetividade; e a qualidade dos serviços de saúde, assim como suas implicações na comunicação em saúde.

### **1.1 – Historicidade e amplitude do conceito de saúde**

Para Carvalho e Ceccim (2009), contemplar a integralidade da atenção, o trabalho em equipe e a apropriação do SUS significa rever o conceito de saúde. Parreira (2003) alerta que saúde é um conceito para o qual convergem diferentes disciplinas mas que, mesmo tendo havido avanços em sua compreensão e abordagem, ainda carece de uma percepção transdisciplinar. A saúde humana não é um mero equilíbrio biológico, mas resultado de uma forma especificamente humana de ser (Nogueira, 1998). Portanto, ela pode ser vista como uma qualidade inata do homem e, ainda, segundo a tradição aristotélica, como um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo maior da vida (Akerman, Righi, Pasche, & Lopes, 2009).

No Brasil, por muitos séculos, a atenção à saúde de âmbito público foi relegada a Santas Casas ou a serviços voluntários de várias naturezas (Spink & Matta, 2010). Nas primeiras décadas republicanas, a saúde teve na cooperação internacional, sobretudo na assistência técnica e financeira e nos recursos humanos das Fundações Ford e Rockefeller, um componente importante para a definição de propostas e de políticas de ação, marcadas pela constituição de um corpo de ideias de profissionalismo, inserindo em nossa nação a formação das profissões do cuidar (L. A. C. Santos & Faria, 2010).

Até o início do século XX, o Estado identificava a “ignorância e a falta de informação da população como causa para a maioria das doenças, de tal modo que a população era vista como a única causadora dos males de saúde que assolavam as grandes

idades” (C. M. C. Silva, Meneghim, Pereira, & Mialhe, 2010). Após a década de 1930, o fortalecimento econômico dos cafeicultores e o processo de industrialização fizeram surgir uma nova concepção de serviços de saúde: a saúde pública (C. M. C. Silva, *et al.*, 2010). As críticas dirigidas às campanhas sanitaristas e as resistências da população às intervenções autoritárias possibilitaram o aparecimento de propostas de educação sanitária e a criação de centros de saúde, que contribuíram para uma mudança de ênfase: da coerção para a persuasão (Paim, 2009). Imprescindível ressaltar que as questões nacionais da área eram diretamente influenciadas por diretrizes e modelos internacionais.

O Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada entre os dias 19 de junho a 22 de julho de 1946, na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, definiu a saúde como um estado de completo desenvolvimento e bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doenças, afirmando ainda que o gozo de melhor estado de saúde constitui um direito fundamental de todos os seres humanos, sejam quais forem suas raças, religiões, opiniões políticas, condições econômicas e sociais (World Health Organization, 2011).

Em 1974, Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, apresentou o que ficaria conhecido como “Relatório Lalonde”. Esse documento foi o marco teórico no âmbito da saúde pública, ao propor estratégias de promoção da saúde, regulamentação, investigação, cuidado eficiente, e ao estabelecer metas a serem efetivamente cumpridas (Lalonde, 1974). Como apontado no documento, o governo canadense foi pioneiro em assumir o compromisso de “dar às questões ligadas à biologia humana (que incluiria todos os aspectos físicos e mentais), ambiente e estilo de vida, tanta atenção quanto a que fora dispensada ao financiamento e organização de cuidados com a saúde” (p. 6), de tal modo que nesse comprometimento definia-se o conceito de “área de saúde” e se evidenciava o início da percepção e transição de uma atuação meramente biomédica, para o que atualmente se concebe como o modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

A abrangência do documento abordava paralelos que incluíram ciência e promoção da saúde, cuidados e cura. O relatório validou a influência dos estilos de vida sobre os processos de saúde-doença; discutir a promoção da saúde; debater os cuidados de saúde necessários para grupos minoritários; e, em síntese às 74 propostas que foram apresentadas, desenvolver políticas públicas de saúde.

A saúde foi reconhecida como um direito, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978, em

Kazak, antiga União Soviética, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Alma-Ata, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (Organização Mundial de Saúde, 1978).

Uma vez que se estabeleceu a saúde como um direito fundamental, essa conferência definiu o que seriam os cuidados primários em saúde, como “a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver” (p. 28). Alma-Ata criou diretrizes ainda atuais, ao ressaltar que os serviços de saúde deveriam levar em conta as características geográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas específicas de cada país, enfatizando a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade. Na época, a ameaça de estabilidade social forçou o Estado brasileiro a preocupar-se mais com os problemas de saúde, educação, moradia e saneamento da população (C. M. C. Silva, *et al.*, 2010).

Entre 17 e 21 de março de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como resultado de um longo processo de preparação e discussão sobre a questão de saúde. O evento contou com a participação de quase todas as instituições que atuavam no setor de saúde, intelectuais, representantes da sociedade civil, centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos, para explicitar a exigência da reformulação e ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (Brasil, 1986). Por conseguinte, o conceito de saúde passou a ser entendido como o estado “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (p. 4). Além de redefinir o conceito de saúde, o encontro ficou marcado por dar nome ao que posteriormente seria constitucionalmente reconhecido como o SUS.

O relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (Spink & Matta, 2010) e inscrever na Constituição de 1988, a saúde como um direito de todos e um dever do estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2008). Do ponto de vista legal, o Brasil é um país que efetivamente garante o direito à saúde e considera a participação social na elaboração de suas políticas de saúde pública.

Embora desde meados da década de 1940, a OMS já declarasse a saúde como um completo desenvolvimento e bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de

doenças, conceber a saúde como um estado de ausência de doença ainda é uma perspectiva dominante, que distingue o modelo biomédico de atuação profissional. Esse modelo se caracteriza por atribuir o adoecimento a uma causa estritamente biológica (Straub, 2007). Em contraste com essa perspectiva, o campo da saúde vem evoluindo para perceber e abordar a saúde a partir de uma concepção que engloba aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais que, de maneira interligada, influenciam a saúde (Gurung, 2010). Portanto, a perspectiva biopsicossocial reconhece que saúde é mais que a ausência de doença, considerando variáveis psicossociais que amplamente a influenciam e determinam (Suls & Rothman, 2004).

O reconhecimento dos primeiros dois aspectos que interligam a perspectiva biopsicossocial – mente e corpo – representa a equação de um debate antigo que remete aos primórdios da humanidade (Gurung, 2010). Preenche-se, assim, uma incompletude em busca de compreender o processo de saúde-doença e acresce-se uma perspectiva social para determinar a saúde e a vulnerabilidade de cada indivíduo ao adoecimento (Straub, 2007). Dessa forma, a inter-relação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais possibilita uma visão holística, de tal modo que o paciente seja percebido levando-se em conta o contexto social que influencia seu estado de saúde (Lyons & Chamberlain, 2008). A saúde passa a ser compreendida a partir de múltiplos contextos.

## **1.2 – Sistema Único de Saúde - SUS**

Em 1891 foi promulgada no Brasil a primeira lei sobre saúde pública, a qual organizava a atividade sanitária do Estado, que se consolidou em 1892, com a criação de distritos sanitários e um conselho de saúde (García, 1989). As políticas públicas compõem a maior categoria de indicadores de saúde (Faruque, 1982). Entretanto, foi apenas na Constituição de 1988, no artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde de nosso país foram delimitadas numa política e diretriz de saúde pública a ser implementada por intermédio de uma rede regionalizada e hierarquizada que constituiria um sistema único, descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 2008).

O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde em nosso país, traduzindo em ação os princípios e diretrizes dessa política, com a responsabilidade de articular ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (C. M. Vasconcelos & Pasche, 2009), de modo que todas as pessoas tenham direito a saúde e cidadania (Paim, 2009). O Art. 4º da Lei nº 8.080/1990 instituiu o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições

públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

Dentre seus princípios, o SUS propõe a descentralização, com uma direção única em cada esfera de governo, para prestar atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Nessa acepção, para Spink e Matta (2010), a integralidade torna-se uma ética, enquanto valor que pretende construir as políticas, os processos de trabalho e as ações propriamente ditas, a partir da centralidade do usuário e daqueles envolvidos na prestação do serviço.

A participação da comunidade expressa uma orientação de Alma-Ata para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde (Organização Mundial de Saúde, 1978). No SUS, a participação da comunidade, enquanto diretriz, busca assegurar o controle social sobre o sistema de saúde, permitindo que seus membros participem na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como na fiscalização e avaliação das ações e dos serviços públicos prestados à população (Paim, 2009).

O SUS propõe a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a igualdade dessa assistência e a equidade na distribuição de seus recursos. A universalidade significa a possibilidade de todas as pessoas poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade; e a igualdade, o acesso a esses serviços e cuidados, sem qualquer discriminação ou preconceito (Paim, 2009).

Ao se lidar com questões relativas à saúde, como é o foco da comunicação em saúde, faz-se fundamental estabelecer, compreender e diferenciar os sistemas de saúde como não sendo os únicos fatores que determinam a saúde, ou seja, o sistema de saúde é uma concepção mais ampla do que os serviços de saúde, ou ainda, da prestação de serviços de saúde (Faruque, 1982).

A atenção à saúde no SUS é baseada na noção de equidade, que garante a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam dos serviços de saúde, para poder alcançar a igualdade (Paim, 2009). Da mesma forma, o desafio que se coloca aos profissionais e gestores do sistema de saúde é o de repensar suas práticas e a organização dos serviços, de modo a serem coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, entendendo o processo saúde-doença numa dimensão histórico-social (C. R. Costa, 2010).

C.M. Vasconcelos e Pasche (2009), com relação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, salientam que “ela inclui os condicionantes

econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual” (p. 532). Ou seja, os autores estabelecem uma correlação do conceito de saúde com a importância de se entender as variáveis psicossociais que influenciam os processos de saúde, assim como a necessidade de profissionais de saúde refletirem sobre os alcances das esferas que lidam com o processo de saúde-doença. Temos, portanto, um compromisso como profissionais de saúde e como cidadãos, que é contribuir para a ainda necessária consolidação de nosso sistema de saúde.

Para o SUS, a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, popularmente conhecida como HumanizaSUS, é norteada pela valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, assim como pelo estabelecimento de vínculos solidários e pela participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2004). Em sua operacionalização, para o âmbito da comunicação em saúde, destacam-se o propósito de troca e construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e a identificação das necessidades, desejos e interesses das diferentes pessoas do campo de saúde.

Dentre os objetivos do sistema, há de se ressaltar o propósito de prestar um atendimento acolhedor e resolutivo; garantir informações gerais sobre sua saúde aos usuários do SUS e a quem está encarregado de cuidar dela; e fornecer educação permanente aos trabalhadores, com uma gestão participativa, que inclui os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde (Brasil, 2004).

### **1.3 – Atenção à saúde: Promoção e prevenção**

A atenção à saúde constitui um dos maiores objetivos da psicologia e sua definição inclui a participação na promoção da saúde e prevenção de doenças (Carvalho & Ceccim, 2009) e, segundo Gurung (2010) e Thomas (2010), a comunicação em saúde pode contribuir em todos os aspectos da prevenção de doenças e promoção da saúde.

As expressões promoção da saúde e prevenção de doenças foram cunhadas no início do século XX, pelo historiador médico Henry Sigerist (Ferraz, 1999; Westphal, 2009). Apesar do tempo decorrido, Staliano e Araujo (2011) destacam que a delimitação entre promoção da saúde e prevenção de doenças não é ainda suficientemente clara.

Do ponto de vista operacional, é bastante difícil separar promoção da saúde de prevenção de doenças (Ferraz, 1999). Não obstante, ambas são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, e ambas contribuem para melhorar a qualidade de vida e para a paz mundial (Organização Mundial de Saúde, 1978); portanto, são fundamentais para o desenvolvimento humano.

Toda a promoção da saúde ocorre no âmbito da comunicação (S. Corcoran, 2010). A promoção da saúde foi elaborada, por um lado, com ações de educação em saúde e, por outro, com ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida das pessoas (Mantovani, 2010; Westphal, 2009). O fundamento da promoção da saúde deve ser a compreensão de como e por que as pessoas mudam seus comportamentos, e a reflexão dos profissionais de saúde deve estar voltada a compreender em que ponto da intervenção é melhor direcionar suas mensagens (N. Corcoran, 2010). Rudolf Virchow, tido como precursor da promoção da saúde, foi um dos primeiros sanitaristas políticos a incluir análises dos contextos social e cultural em estudos epidemiológicos e a considerar a saúde em seu contexto amplo, ao concluir que as causas de epidemias eram mais sociais do que propriamente físicas (Ferraz, 1999; Westphal, 2009).

A promoção da saúde no Brasil é, até a atualidade, marcada e influenciada a partir de dois eventos que iniciaram a construção de sua história: a Carta de Ottawa e a Declaração de Santafé de Bogotá. A Carta de Ottawa (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde), realizada em Ottawa, no Canadá, e apresentada no dia 21 de novembro de 1986, foi precursora em definir os elementos constitutivos da promoção da saúde e os mecanismos para colocá-la em prática (Organização Pan-americana da Saúde, 1986). Esses elementos enfatizaram que a saúde é influenciada pelos contextos de vida diária das pessoas, tais como os locais onde elas estudam, trabalham, brincam e amam.

Nessa Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a questão foi apresentada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo a elaboração e implementação de políticas públicas específicas, maior participação no controle do processo, no qual para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Esses parâmetros estabeleceram que a responsabilidade pela saúde é de todos: comunidade, indivíduos, profissionais de saúde, Estado e seus serviços de saúde.

Seguindo as diretrizes apresentadas pela Carta de Ottawa, a Declaração de Santafé de Bogotá, fruto da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na capital

colombiana (chamada de Santafé de Bogotá até o ano 2000), entre os dias 9 e 12 de novembro de 1992, pelo Ministério da Saúde da Colômbia e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), definiu a promoção da saúde na América Latina. A conferência contou com a participação de, além das autoridades do setor de saúde do país anfitrião e da OPAS, representantes do Brasil, pessoas vinculadas a processos de promoção social, representantes de serviços de saúde e saneamento ambiental, organizações não governamentais e associações comunitárias, docentes, estudantes e profissionais da comunicação social (Organização Pan-americana da Saúde, 1992).

No encontro foram discutidos problemas específicos dos países latinoamericanos como as desigualdades econômicas, ambientais, sociais, políticas e culturais, assim como as disparidades relativas à cobertura, acesso e qualidade nos serviços de saúde. Estabeleceu-se como meta para atingir a equidade a eliminação de diferenças que restringissem as oportunidades, de modo que todos pudessem alcançar o direito ao bem-estar e como forma de impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitissem chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis.

De especial importância para a comunicação em saúde é a responsabilidade que a Declaração de Santafé de Bogotá delegou ao Brasil, que se comprometeu a: impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; realizar a promoção da saúde como estratégia para modificar esses fatores condicionantes; e estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região (Organização Pan-americana da Saúde, 1992).

A noção de promoção da saúde preocupa-se mais frequentemente com os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida, e os programas são baseados na educação que visa a mudança de hábitos (Ferraz, 1999). É uma ação de prevenção primária, correspondendo a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (Westphal, 2009).

O papel que corresponde à promoção da saúde para alcançar o propósito de bem-estar consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes (Organização Pan-americana da Saúde, 1992). A promoção da saúde tem o poder de colocar a saúde na agenda pública, reforçar as mensagens de saúde, estimular as pessoas a

buscar mais informações e até mesmo acarretar estilos de vida saudáveis e sustentáveis (Sousa, 2001). Suas principais características incluem a ênfase na integralidade do cuidado e prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e com a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e avaliação de serviços de saúde (Chiesa, Fracoli, & Nogueira, 2010). A comunicação em saúde é um dos meios de transmissão de todas essas facetas.

Segundo Hansen (2004), para que um cidadão possa viver com todas as suas necessidades satisfeitas, é preciso alertá-lo, ensiná-lo e, principalmente, possibilitar o acesso aos conceitos básicos de prevenção, lembrando que essa baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou probabilidade de uma pessoa tornar-se doente (Ferraz, 1999).

A prevenção secundária parte da adoção e mudança de comportamentos com pessoas doentes (Westphal, 2009), a partir da detecção, diagnóstico e tratamento (Lyons & Chamberlain, 2008). De acordo com Westphal (2009) as prevenções secundária e terciária objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente, propondo medidas educativas e de fiscalização, para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença. Na prevenção terciária, focalizam-se pessoas que têm sequelas de doenças ou acidentes, objetivando a sua recuperação ou a sua manutenção em equilíbrio funcional.

#### **1.4 – Implicações das variáveis psicossociais para a comunicação em saúde**

*“A natureza dos homens é a mesma, são os seus hábitos que os mantêm separados”  
Confúcio*

A comunicação em saúde é direcionada ao aprimoramento do status de saúde de indivíduos e populações (Sousa, 2001). Os conceitos de saúde, doença e promoção da saúde refletem valores, crenças, conhecimentos, além das práticas aceitas pelo conjunto de cada sociedade (García, 1989), e estes podem ser apontados por diversas variáveis psicossociais.

Variáveis podem ser compreendidas como formas operacionais de construtos, ou seja, especificações daquilo que será medido em determinada situação, devendo ser pareadas aos construtos, na identificação daquilo que deve ser investigado na avaliação e orientação de programas (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Segundo Cerqueira-Silva, Dessen e Costa Junior (2011), a busca por variáveis psicológicas que pudessem explicar, ainda que parcialmente, a vulnerabilidade individual a determinadas doenças remete à Grécia Clássica. As variáveis psicossociais abarcam indicadores de saúde confiáveis, que

retratam o impacto dos serviços de saúde (Faruqee, 1982). Elas influenciam tanto comportamentos de saúde adversos quanto os relacionamentos interpessoais e a condição do paciente se cuidar (A. L. M. Silva & Machado, 2008).

A Carta de Ottawa estabeleceu que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são pré-requisitos para a saúde (Organização Pan-americana da Saúde, 1986). Segundo Wilkinson (1996) a saúde é fortemente afetada pela posição social das pessoas. Os motivos que levam a pessoa a tratar outra de modo diferenciado são múltiplos (Narayan & Petesch, 2002). Embora estudos nas áreas sociais contemplem essa transição, para Kickbush (2003), até o momento, os avanços nas ciências biológicas não deram e não estão dando conta dos efeitos das mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas enfrentadas desde o último século.

Para efetivamente transmitir informações sobre saúde, profissionais de saúde devem entender o sistema de saúde no qual estão inseridos, e o sistema de saúde de qualquer sociedade só pode ser compreendido a partir do contexto sociocultural de cada sociedade (Thomas, 2010). Segundo Ribeiro (1972), os brasileiros compõem *Povos-Novos*, originados da “conjunção de matrizes étnicas muito mais diferenciadas, impostas por empreendimentos coloniais-escravistas, seguida da desculturação destas matrizes, do caldeamento racial de seus contingentes e de sua aculturação no corpo de novas etnias” (p. 31), o que configura uma realidade psicossocial característica.

Existe atualmente, em todo o mundo, uma pressão sobre o sistema de saúde, motivada pelo aumento da demanda dos serviços, principalmente em função das mudanças demográficas, do surgimento de novas doenças, da disponibilidade de novos tratamentos e das expectativas dos pacientes (E. M. Costa & Carbone, 2004). Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, que se relacionam aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e aos estilos de vida de cada pessoa (Seidl & Zannon, 2004). As mudanças nos serviços de saúde e a reorientação das práticas dos profissionais de saúde devem contemplar a mudança das pessoas, que inclui seus valores, cultura e ideologia (C. R. Costa, 2010).

A cultura exerce papel crucial na contextualização de variáveis psicossociais. Nesse contexto, ela pode ser compreendida como um padrão de comportamento humano integrado, que inclui pensamentos, estilos de comunicação, ações, costumes, crenças, valores e determinantes de raça, etnia, religião ou grupo social (T. Cross, Barzon, Dennis, & Isaacs, 1989). Segundo Minayo (2009), a cultura possui uma objetividade que tem a

espessura da vida, com influência de fatores econômicos, políticos, religiosos, simbólicos e imaginários. É notório que as diferenças de variáveis psicossociais entre pacientes e profissionais de saúde influenciam, ainda que inconscientemente, as atitudes, percepções e principalmente a comunicação do profissional de saúde com o seu paciente (Burgess, Van Ryn, Crowley-Matoka, & Malat, 2006).

Para Ribeiro (1972), a cultura é uma ordem particular de fenômenos que se configura como uma réplica conceitual da realidade, tal como é percebida e transmitida simbolicamente, mediante a qual os homens se humanizam, pela análise das manifestações de valores, crenças e explicações veiculadas através de sistemas simbólicos de comunicação. O reconhecimento das diferenças culturais implica o conceito de diversidade cultural, definida por Orlandi (1992) como as diferenças em raça, etnia, linguagem, nacionalidade ou religião entre vários grupos que interagem dentro de uma comunidade, organização ou nação. Assim, a comunicação deve levar em consideração a diversidade de públicos a serem atingidos (Ferreira & Saraiva, 2008), além das particularidades relacionadas com diagnósticos e propostas terapêuticas compatíveis com cada etapa de desenvolvimento.

No campo específico da saúde, envolvimento em atividades comunitárias, gênero, hábitos alimentares, idade, linguagem, moradia, nível educacional, raça, religião e status socioeconômico têm sido as principais variáveis abordadas, sendo que o impacto de cada uma delas no processo de comunicação é apresentado a seguir. Face à dificuldade de discriminar o real efeito de cada uma dessas variáveis no processo comunicacional e à possibilidade de que a ordem de apresentação pudesse denotar uma valorização indevida, optou-se pela descrição em ordem alfabética.

#### **1.4.1 – Envolvimento em atividades comunitárias**

Comunidades representam a esfera sociocultural, formada por pessoas que convivem dentro de uma forma de organização e coesão social, delimitada essencialmente por contiguidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum das mesmas características políticas, culturais, sociais, governamentais e, inclusive, as referentes à saúde (Andrade, Barreto, & Bezerra, 2009).

As práticas de saúde podem ser desenvolvidas sobre pessoas e comunidades ou junto a pessoas e comunidades (G. W. S. Campos, 1994). O apoio social advindo do envolvimento em atividades comunitárias tem o poder de resolver problemas comunitários

que indiretamente fortalecem a percepção de recebimento de apoio social pessoal (Heaney & Israel, 2008).

A conferência de Alma-Ata destacou a importância da participação comunitária integral e organizada, reforçando seu poder de elevar a autoconfiança dos indivíduos, famílias e comunidades, quando assumem maior grau de responsabilidade por sua própria saúde (Organização Mundial de Saúde, 1978). A organização comunitária reforça princípios da relevância em participar, de começar por onde as pessoas se encontram e de se criar espaços e momentos nos quais pessoas e comunidades se sintam empoderadas à medida que, pelo apoio recebido, aumentam a competência comunitária e sua habilidade de solucionar problemas (Minkler, Wallerstein, & Wilson, 2008; Narayan & Petesch, 2002).

As intervenções comunitárias incluem eventos e encontros em igrejas, clubes, centros de recreação e centros comunitários, sendo capazes de influenciar e motivar hábitos alimentares saudáveis, reduzir o risco de doenças cardiovasculares e promover a detecção precoce de câncer de mama em mulheres de grupos minoritários (Glanz, *et al.*, 2008). O desenvolvimento comunitário surgiu após a Segunda Guerra Mundial, usado como forma de intervenção social, informando e planejando formas de modificar comportamentos e gerar mudanças culturais (C. M. C. Silva, *et al.*, 2010). No Brasil, as discussões sobre o conceito de comunicação comunitária ou participatória encontram ponto de partida nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica (Berbary, 1983).

#### **1.4.2 – Gênero**

Segundo Lyons e Chamberlain (2008), as diferenças fisiológicas entre os sexos acarretam mudanças nos padrões de saúde de homens e mulheres. No entanto, está cada vez mais claro que essas diferenças biológicas se estendem para além dos órgãos reprodutivos e hormonais, fazendo com que diferenças biológicas representem apenas uma parcela nas diferenças de estado de saúde de homens e mulheres, quando um profissional de saúde refere-se a um gênero, busca-se identificar se uma pessoa é homem ou mulher e verificar quais os papéis sociais construídos.

Questões de gênero abarcam com maior amplitude as barreiras que se apresentam à identificação psicossocial e emocional de cada pessoa, verdadeira identificação do sujeito, portanto variável essencial à comunicação em saúde. Na área de saúde, o conceito de gênero é utilizado para marcar características próprias dos comportamentos de sujeitos sociais e, principalmente, para enfocar as relações que se estabelecem entre masculino e

feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso à utilização dos serviços de saúde (Barata, 2009a).

Antigamente, indivíduos que nasciam com genitália ambígua ou expressassem condições físicas similares eram denominadas de hermafroditas, terminologia atualmente substituída pela expressão intersexualidade, por incluir as dimensões psicossociais do quadro clínico que se caracteriza por uma incompatibilidade entre os fatores genéticos, a estrutura anatômica, o comportamento social e o sexo designado ao nascimento (M. M. R. Santos & Araujo, 2008). Nessa ótica, M.M.R. Santos e Araujo (2008) insistem que a compreensão de fenômenos complexos, como o desenvolvimento de identidade de gênero e sexual exige uma visão pluralista, do ponto de vista teórico e metodológico, que leve em conta o ciclo de vida, em particular os momentos de transição de cada pessoa.

A forma como cada povo lida com as diferenças de gênero amplia ou restringe as possibilidades de saúde das pessoas (R. O. Campos & Campos, 2009; Glanz, *et al.*, 2008). A partir da década de 1980, evidenciou-se que as diferenças de gênero passaram a reclamar maior presença e efetividade das políticas de saúde que, por sua vez, se tornaram relevantes eixos das preocupações de pesquisa e das intervenções em saúde (Canesqui, 2007).

O gênero pode ser determinante para o meio, e a mensagem apropriada para a comunicação em saúde (S. Corcoran & Corcoran, 2010). Além da consideração dessa variável em relação ao paciente, o gênero do profissional de saúde influencia a comunicação deste com o seu paciente e, principalmente, a comunicação do paciente com o profissional de saúde (Haskard *et al.*, 2008).

Embora as mulheres vivam mais do que os homens e existam extensos estudos e explicações para suas diferenças de morbidade e mortalidade, perpassando por análises biológicas, sociais e culturais, chega-se a poucas respostas que impliquem avanços e melhoras nessa correlação (Lyons & Chamberlain, 2008). Para as mulheres, as condições muitas vezes nocivas no trabalho remunerado acrescem-se às demandas do trabalho doméstico não pago (Barata, 2009a). Especificamente em saúde, a participação de mulheres no mercado de trabalho é majoritária e há décadas em constante crescimento (Organização Pan-americana da Saúde, 2011).

Mundo afora, as mulheres são sub-representadas em todas as categorias de estudos sobre saúde (Straub, 2007). No Brasil, as relações de gênero representam uma das maiores desigualdades, inclusive na busca e acesso a direitos básicos, que incluem a saúde (Narayan & Petesch, 2002). Portanto, apesar dos avanços sociais, questões de gênero

permanecem como um tema tabu, inclusive nos sistemas de saúde, entre profissionais de saúde e na sociedade como um todo.

### **1.4.3 – Hábitos alimentares**

A dieta de cada pessoa é uma tarefa que, embora pessoal, é em grande parte resultante do autocontrole, da autodisciplina e dos recursos interiores de cada um, moldados pela cultura e influenciados pelas relações sociais (Nogueira, 1998). Obesidade, desnutrição, problemas coronários e cáries são exemplos comuns de processos resultantes de maus hábitos alimentares, amplamente influenciados por questões socioeconômicas e culturais (Lalonde, 1974). Entretanto, diversos fatores influenciam os hábitos alimentares, tais como os valores socioculturais referentes à alimentação, os tabus alimentares, os hábitos da comunidade e da família, os rituais em torno do alimento, a disponibilidade de alimentos e, sobretudo, o poder de compra de uma família (Sucupira, 2007a). Cabe esclarecer que nem sempre a crença alimentar é compatível com o conhecimento advindo da ciência da nutrição. Pessoas de nível socioeconômico elevado podem ter dúvidas sobre como deve ser a alimentação adequada e, em populações de baixa renda, em especial, muitas vezes as crenças alimentares se sobrepõem ao conhecimento científico.

Acrescem-se às influências dos hábitos alimentares tanto situações concretas como modelos construídos a partir de concepções estéticas correspondentes a determinados períodos da História. Por exemplo, em regiões onde há escassez de alimentos, uma pessoa acima do peso pode ser percebida como dona de um atributo de saúde, de prosperidade. Em ambientes mais abastados, isso varia, de acordo com as concepções vigentes. Na Renascença, por exemplo, robustez era sinônimo de saúde e beleza. Hoje, em culturas ocidentais ou contextos socioculturais abonados, um corpo esguio é tido como reflexo de bem-estar (Straub, 2007). No que tange aos hábitos de alimentação, a busca por uma imagem corporal ideal resultou em transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia nervosa (Gurung, 2010; Lyons & Chamberlain, 2008; Straub, 2007).

### **1.4.4 – Idade**

As pessoas estão vivendo mais e, em igual proporção, convivendo cada dia mais com profissionais de saúde (Jones & Watson, 2009). Os efeitos decorrentes da trajetória de vida de cada indivíduo referem-se a como o estado de saúde em qualquer instante da vida reflete também todas as demais etapas de desenvolvimento (Barata, 2009b; Street Jr. &

Epstein, 2008), que precisam ser compreendidas em um contexto social (Lyons & Chamberlain, 2008).

Crianças conseguem perceber seu estado de saúde assim como relatá-lo a um profissional de saúde. No entanto, elas não costumam ser ouvidas, durante o atendimento, pois geralmente o profissional se dirige ao cuidador (Pinto, 2010). Nessa perspectiva, Kohlsdorf e Seidl (2011) destacam a necessidade de modificar as práticas comunicativas em atendimento pediátrico, de tal modo que a criança possa ter participação efetiva nas informações ao profissional de saúde e nas decisões sobre seu tratamento.

Assim, a idade representa uma variável psicossocial de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias de atuação dentro da comunicação em saúde. Ela ajuda a nortear perspectivas de desenvolvimento, assim como a escolha de tipos de intervenção e métodos de pesquisa, visto que diferentes grupos de idade procuram informações de saúde em fontes igualmente diferenciadas (S. Corcoran & Corcoran, 2010; Glanz, *et al.*, 2008; Leite, Sá, & Bessa, 2007).

Outro aspecto da idade que influencia no processo comunicativo é a suposição que o paciente tem de qual seja a idade do profissional de saúde que lhe atende, junto com as associações que o paciente atribui a determinada faixa etária, associando a idade com a possibilidade ou impossibilidade de que o profissional possua determinados tipos de competências (Haskard, *et al.*, 2008).

#### **1.4.5 – Linguagem**

A linguagem é qualquer sistema de signos que serve como meio de comunicação e que se configura, por exemplo, em função da cultura, faixa etária, nível social e espaço geográfico (Borrelli & Zocante, 2010). Segundo Laraia (2009), a comunicação é um processo cultural e, mais explicitamente, é um produto da cultura, e não existiria cultura se o homem não tivesse a possibilidade de desenvolver um sistema articulado de comunicação oral. Todos os grupos humanos fazem uso da linguagem, seja ela verbal ou não verbal, e com ela criam e contam histórias. O propósito das narrativas é estruturar as experiências pessoais e dar sentido a eventos complexos e imprevisíveis (Pennebaker, 2003), sendo, pois, a fala elemento imprescindível para a efetividade do ambiente de cuidados necessários à saúde.

A linguagem é importante fator na congruência de negociações entre profissionais de saúde e pacientes, cuja comunicação é obstruída quando estes se valem de terminologias distintas para expressar questões comuns à relação (Perloff, Bonder, Ray, & Ray, 2006).

Uma das maiores dificuldades no processo de comunicação é a não compreensão dos profissionais de saúde da verbalização do paciente, quando este usa palavras que o profissional de saúde não conhece; outra dificuldade se configura quando o profissional de saúde usa uma linguagem inacessível ao paciente (Borrelli & Zocante, 2010; E. M. Costa & Carbone, 2004; Martins & Araujo, 2008).

Segundo Rozemberg (2009), para alguns autores, a linguagem diferencia o homem de todas as outras criaturas com as quais partilha este planeta, tendo propiciado a cultura, a transmissão de conhecimentos, o desenvolvimento da arte e das ciências, a formação de gerações que superavam – e superam – continuamente as anteriores em feitos e realizações. Ela é, portanto, o nosso maior e mais seguro meio de comunicação. Entretanto, ainda assim, o uso da linguagem cria o risco de incompreensão e vieses na relação profissional de saúde-paciente (Street Jr. & Epstein, 2008).

Classes sociais diferentes usam a linguagem de diferentes maneiras, e a compreensão das barreiras linguísticas é de particular importância para a promoção da saúde (S. Corcoran & Corcoran, 2010). Para Borrelli e Zocante (2010), o desenvolvimento da linguagem ocorre de forma satisfatória quando há compreensão e busca por elementos que fortalecerão o contato do paciente com as equipes envolvidas no tratamento.

#### **1.4.6 – Moradia**

Barata (2009b) esclarece que cada bairro ou distrito de uma cidade podem ser tomados como representantes de condições particulares de vida dos grupos populacionais que neles residem, sendo vantajoso utilizar espaços geográficos socialmente construídos como indicadores de condições de vida que afetam a saúde de seus moradores.

A acessibilidade física a um serviço de saúde pode ser definida como a distância ou o tempo que se requer para o traslado até o serviço de saúde (Faruqee, 1982), daí a importância de se compreender que, independente dos meios de transporte, o local de moradia influirá no efetivo acesso aos serviços de saúde.

A vantagem em utilizar espaços geográficos como indicadores de condições de vida e de saúde reside na possibilidade de tomar a complexidade da organização social em seu todo (Barata, 2009a; Narayan & Petesch, 2002; Street Jr. & Epstein, 2008).

#### **1.4.7 – Nível educacional**

O comportamento das pessoas depende de um aprendizado, de um processo de socialização que Laraia (2009) compara com o modo como um menino e uma menina

agem diferentemente diante de contextos de vida, não em função de seus hormônios (sexo), mas em decorrência de uma educação diferenciada.

Alguns autores indicam que o nível educacional influencia as relações pessoais, não especificando que esta influência se dê precisamente nas relações profissional de saúde-paciente (Green *et al.*, 2007; Street Jr. & Epstein, 2008). No entanto, o nível educacional influencia na forma como as pessoas reagem às comunicações da saúde.

Paasche-Orlow e Wolf (2010) contextualizam a atual diminuição de destaque ao nível educacional como mediador de saúde: “durante décadas, estudos repetidamente destacaram a forte relação entre baixo nível de escolaridade e saúde, inclusive com taxas de mortalidade. Essas relações permanecem significativas, mas passam a ser ajustadas e representadas pelos relevantes indicadores socioeconômicos” (p. 38). Criam-se barreiras desnecessárias e complexas de acesso aos serviços de saúde que exacerbam o impacto das disparidades educacionais subjacentes ao sistema de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2010).

#### **1.4.8 – Raça**

Raça e etnia são variáveis psicossociais que ora são tratadas como sinônimas, ora como conceitos interligados (Gurung, 2010). Neste estudo inclui-se a variável raça por compreendê-la como um descritor mais específico do que compõe um grupo étnico (Gurung, 2010; Ribeiro, 1995). Com o mesmo raciocínio, em contextos onde tanto raça quanto etnia servem de variáveis para análises estatísticas, especificamente em estudos do processo saúde-doença, raça têm sido a variável mais utilizada (Green, *et al.*, 2007; Narayan & Petesch, 2002; Paez, Allen, Beach, Carson, & Cooper, 2009). E, no Brasil, raça é o indicador social pelo qual cada pessoa se caracteriza e se declara em pesquisas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Nas ciências biológicas, a raça é sinônimo de uma divisão dentro de uma mesma espécie, cuja noção aparece como uma construção ideológica relacionada com a crença dominante da inferioridade inata de certos grupos (Barata, 2009a). A característica distintiva do povo brasileiro é a de *espécie-novae* no plano étnico, já não indígena, nem africana, nem europeia, mas inteiramente distinta de todas elas (Ribeiro, 1972). Ainda assim, a discriminação que pesa sobre os negros, mulatos e índios está entre as mais espantosas (Ribeiro, 1995).

No Brasil, o preconceito racial se deve a uma questão de fenótipo (características observáveis, visíveis), e não de genótipo (informações efetivamente hereditárias), ou etnia. Com o mesmo raciocínio, segundo Laraia (2009), os antropólogos estão totalmente

convencidos de que as diferenças genéticas não são determinantes das diferenças culturais. Acrescendo a essa ideia, Barata (2009a) coloca que não é possível afirmar, sem levar em conta o contexto, que determinados grupos étnicos inexoravelmente apresentarão determinados problemas de saúde.

#### **1.4.9 – Religião**

Embora a associação entre espiritualidade e saúde esteja documentada em inúmeras pesquisas e seja compreendida como um conjunto de crenças que trazem vitalidade e significado aos eventos da vida, sabe-se que a espiritualidade pode ser forte em pessoas de diferentes religiões, como pode também ocorrer o oposto, uma pessoa de religiosidade forte pode ter uma espiritualidade pouco desenvolvida (Saad & Nasri, 2008). Entende-se que a espiritualidade seja uma concepção ampla e mais subjetiva, não impondo ações em prol da saúde com determinantes preestabelecidos, que motivem ou inibam, por exemplo, a adesão a tratamentos. Assim, a visão de cada religião tem muitos pontos em comum e peculiaridades que devem ser conhecidas e respeitadas pelos profissionais de saúde (Souza, Blank, Saleh, Schlesinger, & Magalhães Jr., 2008).

Pargament (1997) destaca que religião é, antes de tudo, um conceito que suscita diferentes significados e contextos para todas as pessoas. Para o autor, ela é um processo e uma busca por significância daquilo que se refere ao que é sagrado, sendo extraordinária por abordar questões como morte, sofrimento, tragédias, bem e mal, dor e injustiça. Religião e cuidados com a saúde são processos interligados na construção da história da humanidade desde a Antiguidade (Straub, 2007). Seja qual for, a religião oferece uma estrutura, preceitos e fundamentos que possibilitam ao ser humano justificar posicionamentos e decisões, que incluem aquelas pertinentes a seu estado de saúde.

Segundo Minayo (2009), é incontestável o fato de que a vivência tanto da saúde como da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário, daí a importância de se levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas na prevenção, promoção e planejamento das intervenções. Gobatto e Araujo (2010) sinalizam como fundamental que se considere os diversos benefícios proporcionados pela utilização de estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual, tais como maior adesão ao tratamento, facilitação do acesso a redes de suporte e integração social, produção de sentido/propósito da vida, esperança e redução de sintomas depressivos. As mesmas autoras acrescentam a necessidade de os profissionais de saúde se familiarizarem com o domínio do religioso e/ou espiritual. Assim,

a postura religiosa poderá contribuir na condução ética de uma cultura e moral de uma sociedade (Souza, *et al.*, 2008).

As organizações religiosas e os grupos de credo são capazes de interligar diversos contextos importantes à saúde (N. Corcoran & Bone, 2010). Segundo Vyas e Caligiuri (2010), a religião influencia hábitos alimentares, uso de medicamentos, aceite de transfusões de sangue e transplante de órgãos, controle de natalidade e aborto. Nessa perspectiva, entende-se que a religião é uma das variáveis que mais determinam a intencionalidade, ou não, de pacientes aderirem a tratamentos. Daí a suma importância de o profissional de saúde deter conhecimentos pelo menos mínimos a respeito das diversas correntes religiosas de seus pacientes.

#### **1.4.10 – Status socioeconômico**

Ao estabelecer a saúde como um direito fundamental, a declaração de Alma-Ata também salientou que o mais alto nível de saúde requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Organização Mundial de Saúde, 1978). Portanto, ainda que não somente delas, a saúde e a doença dependem de condições socioeconômicas (Barata, 2009b; R. O. Campos & Campos, 2009; Kickbush, 2003; Minayo, 2009; Narayan & Petesch, 2002). Quando Ribeiro (1995) salienta que em nosso país as classes ricas e as pobres se separam umas das outras por distâncias sociais e culturais quase tão grandes quanto as que separam povos distintos, evidencia-se a importância do status socioeconômico sobre a saúde.

Atribui-se ao status socioeconômico o poder de influenciar o status e o comportamento de saúde das pessoas, principalmente dentre as que são menos afluentes e que vivenciam maiores índices de morbidade e mortalidade (Glanz, *et al.*, 2008). A relação direta e imediata entre privação de necessidades básicas e saúde está suficientemente assimilada (Narayan & Petesch, 2002; Wilkinson, 1996). Um dos maiores exemplos dessa disparidade é o difícil acesso, ou mesmo a impossibilidade de obter medicamentos, em função do custo, variável plenamente associada ao poder de aquisição, qualificado pelo nível socioeconômico de cada pessoa.

Queiroz (2003) observa que o cotidiano do trabalho em equipe exige a adequação de um conhecimento teórico do profissional a uma condição física e à realidade socioeconômica do paciente.

## CAPÍTULO 2 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Para investigar o que seja atualmente percebido como comunicação em saúde – foco deste estudo – este capítulo se inicia com uma delimitação teórico-conceitual da comunicação. Na sequência, reflete-se sobre os efeitos da comunicação no trabalho em equipe; tecem-se considerações acerca da comunicação no contexto de uma prática assistencial humanizada; traça-se um paralelo entre os conceitos de desigualdades sociais e disparidades em assistência à saúde; e analisam-se as implicações da relação profissional de saúde-paciente sobre as disparidades em assistência à saúde. Aborda-se, depois, aspectos específicos da comunicação em saúde, destacando-se sua relevância científica e social no processo de saúde-doença, como chave para a melhora da qualidade dos serviços de saúde e como parte elementar nos processos de formação profissional. O conceito de competência cultural é apresentado como recurso estratégico para a comunicação em saúde, compilando-se os indicadores mais utilizados pelos modelos de atuação existentes, apontados com maior frequência em pesquisas, e destacando-se aspectos da educação, treinamento e avaliação em competência cultural.

### **2.1 – Comunicação: Delimitação teórico-conceitual de aspectos essenciais para a relação profissional de saúde-paciente e para o trabalho em equipe**

*“A comunicação é inevitável porque, mesmo quando não queremos, estamos o tempo todo emitindo mensagens para o outro. Ela é irreversível porque não podemos voltar atrás naquilo que já foi comunicado. Por fim, a comunicação é irrepitível porque todos e tudo estão continuamente mudando”*

*Lucia Santaella*

Conceitos são elementos primários para qualquer construção, variando na amplitude de sua extensão e de sua capacidade de serem compreendidos fora do contexto de uma teoria específica (Glanz, *et al.*, 2008). Portanto, faz-se necessário definir a comunicação para contextualizar a compreensão daquilo que engloba a comunicação em saúde.

A comunicação é o que torna possível o meio pelo qual pensamentos, sentimentos e ideias são transmitidos, sendo um ato de tornar algo comum a muitos (Girardi Jr., 2007; Mumby, 2010). A transmissão se dá por meio de signos, que são estímulos que fazem referência a outra coisa ou ideia; de símbolos, que possuem uma única codificação; ou de sinais, passíveis de mais de um significado (M. J. P. Silva, 2010). A linguagem é qualquer sistema de signos que serve como meio de comunicação (Borrelli & Zocante, 2010).

Inseparável da linguagem (Rozemberg, 2009), a comunicação refere-se à transmissão e troca de informações e implica o compartilhamento de significado entre aqueles que se comunicam (Thomas, 2010). Essa troca de informações pode ser manifestada em qualquer forma de comportamento, inclusive não verbal (Santaella, 2001). Entretanto, Queiroz (2003) aponta que este tipo de definição não reproduz a complexidade do processo de comunicação, considerando-se a existência de vários tipos de participantes, de trocas, de informações e diferentes objetivos de intervenção. Em consonância, Ferreira e Saraiva (2008) salientam que a comunicação não deve ser utilizada apenas para a transmissão de informações de um polo a outro, pois, pela experiência acumulada, a informação por si só não bastaria para operar mudanças comportamentais efetivas e duradouras. Ainda segundo estes mesmos autores, é necessário fazer com que a população passe a pensar sobre sua saúde e passe a melhor discutir o assunto, de forma crítica e consciente. Assim, é importante considerar não só o conteúdo da informação, mas, acima de tudo, a forma como ela é transmitida e a vivência da realidade (Kitajima & Cosmo, 2008; Pessoni, 2009; Wolton, 2004).

Dentre as diversas manifestações da comunicação, uma distinção e, acima de tudo, percepção, é de especial importância para a relação profissional de saúde-paciente: comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita (Kitajima & Cosmo, 2008; M. J. P. Silva, 2010), enquanto a comunicação não verbal inclui os gestos, o silêncio, as expressões faciais, contato visual e a postura corporal (Kitajima & Cosmo, 2008; Molen & Lang, 2007). Borelli e Zocante (2010) sintetizam a distinção entre os dois tipos de comunicação. Para esses autores, a comunicação não verbal refere-se ao tipo de comunicação em que, sem a palavra, consegue-se transmitir uma mensagem.

A comunicação é essencialmente verbal, não considerando os aspectos de relação (Hansen, 2004). Por assim ser, a comunicação verbal é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre nas relações humanas, especialmente em contextos de sofrimento físico e psicológico inerentes ao processo de adoecimento (M. M. T. Araújo, 2011). M. J. P. Silva (2010) alerta que, devido à falta de envolvimento recíproco, temos passado a utilizar exageradamente a comunicação verbal, chegando a excluir da nossa experiência o universo da comunicação não verbal, empobrecendo a comunicação, que poderia ser resgatada se o profissional de saúde percebesse com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.

O fato é que é impossível não haver comunicação, de tal modo que tudo possui um valor que influencia os outros e esse, por sua vez, não podem não responder a uma comunicação, intencional, ou não (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2004). Portanto, além da fala e da escrita, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente, ou não (M. J. P. Silva, 2010). Perceber essas duas categorias de comunicação é fundamental para que os profissionais de saúde reconheçam tudo aquilo que compõe o ato comunicativo e se responsabilizem pelo que comunicam, ou não, em sua plenitude. Ruiz-Moral (2007) destaca que profissionais de saúde devem se conscientizar acerca de quais sejam seus melhores recursos para diagnósticos e tratamentos terapêuticos, salientando também que a comunicação e o entendimento do que engloba o conceito constituem uma oportunidade para melhorar a atuação profissional.

Os meios de comunicação são os veículos que utilizamos para transmitir informações. Estes podem ser verbais e não verbais: gestos, palavras, expressões faciais, objetos e adornos, entre outros (M. J. P. Silva, 2010). Também aí se incluem internet, jornais, revistas, telefone, emissoras de rádio e televisão (A. P. F. L. Barros, 2008; Ferreira & Saraiva, 2008; Hansen, 2004; W. M. Vasconcelos, 2008).

Segundo Santaella (2001), na longa história da cultura humana, a preocupação com os fenômenos da comunicação é recente, datando tão somente a partir do século XX. No Brasil, existem atividades universitárias no campo da comunicação social desde o final da década de 1940; entretanto, a década de 1980, caracterizada pelas pesquisas funcionalistas sobre aspectos de produção e circulação da comunicação, é que significa o momento de sua legitimação acadêmica (Melo, 1983). Para a pesquisa acadêmica, a comunicação é um campo de estudos que oferece uma série de problemas, fruto de seu próprio desenvolvimento, sendo esta utilizada pelos seres humanos para interagir com seus semelhantes, constituindo o conhecimento, que leva à sociabilidade (L. Miranda, 2005).

A comunicação tem um papel essencial em qualquer ação que objetive melhorar a saúde (N. Corcoran, 2010). Entretanto, a atividade laboral dos profissionais de saúde implica um trabalho comunicativo difícil (Borrelli & Zocante, 2010; Bragard, Etienne, Merckaert, Libert, & Razavi, 2010; Rozemberg, 2009). Alguns autores consideram que ela pode potencialmente levar a resultados positivos com os cuidados em saúde, assim como melhorar a qualidade de vida, ou pode criar grandes problemas tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde, a depender de como se dá a interação (Capuano, Nakamura, Soneghet, & Monreal, 2008; Wright, Sparks, & O'Hair, 2008).

A comunicação é peça chave para a influência social, processo crítico para mudanças em comportamentos de saúde (Street Jr. & Epstein, 2008), e está presente em todas as relações profissional de saúde-paciente. Ela é a base para as relações humanas (M. T. Araújo, 2011). Contudo, Wolton (2004) destaca que “não há comunicação sem mal-entendidos, sem ambiguidades, sem traduções e adaptações, sem perda de sentidos e surgimento de significados inesperados, enfim, sem fracasso da comunicação e sem regras a satisfazer” (p.37). Ainda assim, ela constitui um dos aspectos mais importantes na qualidade e eficácia do contato de profissionais de saúde com seus pacientes e familiares, visto que o grau de informação que estes recebem acerca de seu diagnóstico e tratamento interfere sobremaneira nas atitudes e condutas que apresentam diante da doença e do processo terapêutico (Bascañán R., 2005; Borrelli & Zocante, 2010; Franks *et al.*, 2006; Martins & Araujo, 2008; Rodrigues, Troijo, & Tavano, 2003), ou seja, na adesão ao tratamento. Esta, por sua vez, é altamente influenciada pela relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente (Macedo, Nogueira-Martins, & Nogueira-Martins, 2008).

A falta de adesão aos tratamentos é uma queixa generalizada de todas as categorias de profissionais de saúde. Entretanto, o abandono ou a não adesão a tratamentos vão sempre para a conta do paciente: ele que não aderiu, ele que desistiu (F. C. B. Campos & Guarido, 2010). Em consonância, Parrot (2009) sinaliza que as identidades que se formam ao longo da vida, construídas por associações que fazemos a respeito de profissionais de saúde, determinam como e se conversamos com eles, sobre o nosso estado de saúde. Segundo Pré (2010), a comunicação é o melhor veículo para o processo de adesão, e nela profissionais de saúde e pacientes apreendem juntos sobre saúde e chegam a consensos com relação à tomada de decisões terapêuticas. Buchanan (2006) acredita que os profissionais de saúde não contextualizam o fato de que repassar e informar as pessoas como devem pensar e viver, em prol de sua saúde, é um processo moral e político, que transcende a cientificidade. Há de se assumir coletivamente uma responsabilidade pelo dever não ou mal cumprido.

Grande parte da chamada crise no setor de saúde nasce de limitações dos profissionais de saúde quanto a habilidades de comunicação com seus pacientes, que deveriam ser o alvo primordial de suas ações (Leite, Caprara, & Coelho Filho, 2007). Preocupado com a implicação da comunicação para o cuidado em saúde, o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) estabelece que o processo de comunicação deva ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades,

respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis. Percebe-se uma valorização e necessidade de compreender o processo de comunicação, assim como os aspectos que vão além de habilidades técnicas, em geral alvo da formação em saúde (Carvalho & Ceccim, 2009; Martins & Araujo, 2008).

O rápido desenvolvimento tecnológico tem multiplicado o número de profissionais que oferecem cuidados a cada paciente e, em muitos casos, esses profissionais interagem com os pacientes mais do que o médico, criando um contexto no qual a comunicação e a coordenação dentro das equipes de saúde têm sido um desafio iniludível aos serviços de saúde (Bascuñán R., 2005). As equipes compõem uma classe social responsável por integrar a prestação de serviços e a promoção da saúde. Cabe à equipe conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os membros que a compõem (M. J. P. Silva, 2010). Assim, o trabalho em equipe é reconhecido como um fator importante na qualidade dos serviços prestados por distintas categorias profissionais e diferentes tipos de instituição (Queiroz, 2003).

A comunicação entre os membros que compõem a instituição, ou seja, o trabalho em parceria, promove excelência no atendimento, o que permite que tanto os profissionais quanto os pacientes acreditem na forma de promover a saúde (Borrelli & Zocante, 2010). No entanto, onde o trabalho em equipe está presente ou se faz necessário, conflitos interpessoais e má comunicação também impedem a prestação de cuidados com qualidade, em seu extremo, influenciando inclusive a capacidade de membros de uma equipe trabalhar efetivamente em momentos em que conseguem salvar ou perder vidas (Sears, 2010).

Dentre as fontes de satisfação no trabalho de profissionais de saúde inclui-se a comunicação entre a equipe de trabalho (Ramirez, Graham, Richards, Gregory, & Cull, 1996). Daí a importância de se trabalhar com os públicos internos das instituições – portanto, as equipes – que compõem o sistema, para melhor atendimento à população (Ferreira & Saraiva, 2008). O paciente, alvo de todo o processo de humanização e comunicação, beneficia-se mais quando a equipe entende seu papel, as habilidades e o conhecimento compartilhado de cada profissional a ela pertencente (Yarkony, 1994).

## 2.2 – Humanização e comunicação: Componentes de uma assistência qualificada

Em dezembro de 1972, a cidade de São Francisco, nos Estados Unidos da América, sediou um simpósio intitulado *Humanizing Health Care*, com o patrocínio do *National Center for Health Services Research*, da Universidade da Califórnia. O evento objetivou discutir a problemática em torno do conceito de humanização em saúde, partindo de reflexões e trabalhos de décadas anteriores, em que já se constatavam pontos estratégicos para a (des)humanização dos cuidados em saúde, relacionados primordialmente à relação médico-paciente, à formação profissional e à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico (Howard & Strauss, 1975).

Segundo Howard e Strauss (1975), durante o encontro, o médico H. J. Geiger colocou como eixo da (des)humanização o paradoxo segundo o qual a premissa básica da medicina é intrinsecamente humana e crescentemente desumana. Geiger então postulou que para obter a humanização seria necessário desmistificar os papéis dos profissionais de saúde, assim como suas habilidades, gerando novos papéis e estabelecendo alianças entre profissionais de saúde e grupos comunitários para, a partir da definição de saúde como um direito de todos, delinear, regular e gerir os sistemas de saúde.

A mensagem central do *Humanizing Health Care* é de que inexistia uma relação entre as estruturas dos sistemas de saúde e o reconhecimento do que sejam as necessidades das populações atendidas por esses serviços. Exemplificando, Howard e Strauss (1975), com base nos trabalhos apresentados no simpósio, colocaram que, até mesmo em pesquisas, a maioria dos autores focava problemas e necessidades dos serviços de saúde, sem a devida consideração das diversidades existentes em cada população. Essa contextualização ainda é pertinente e atual.

Assim, entende-se que humanização e comunicação são indissociáveis (Kitajima & Cosmo, 2008). Segundo Oliveira e Macedo (2008), falar em humanização do cuidado com a saúde é falar de comunicação, do encontro de seres humanos, em todas as suas facetas. Barros e Cypriano (2008) definem a humanização como o resgate do respeito à vida humana, abrangendo-se as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todos os relacionamentos. A ela inclui-se a contextualização e o respeito aos aspectos culturais do paciente (Guastelli, Silva, & Knobel, 2008).

A humanização incorpora aspectos que englobam o ambiente físico, o cuidado prestado aos pacientes e seus familiares e as relações entre os membros da equipe de saúde (Kitajima & Cosmo, 2008). Humanizar a saúde é cuidar do paciente como um todo, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e preocupações

(Oliveira & Macedo, 2008). Humanização requer relacionamento e interação entre os que desempenham as rotinas institucionais (Borrelli & Zocante, 2010).

Segundo Mumby (2010), a exploração da relação entre comunicação e humanização exige considerar o outro como aquela pessoa que apresenta um horizonte de possibilidades diferente do nosso e que representa risco para nós, porque engajar-se ao seu horizonte abre a possibilidade de mudança e transformação. Para Spink e Matta (2010), toda política e ação em saúde devem ter como eixo a humanização. Esse pensamento é corroborado por Barros e Cypriano (2008), quando enfatizam que a humanização objetiva resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e da instituição com os profissionais e a comunidade. Soares e Camargo Jr. (2007) indicam que esse resgate deve privilegiar sentimentos e valores do paciente, de seus familiares e dos profissionais de saúde, todos envolvidos no processo saúde-doença.

### **2.3 – Desigualdades sociais e disparidades em assistência à saúde**

*“Poucos países juntaram, como o Brasil, tijolos e cimentos tão díspares em seu processo de constituição”*  
Darcy Ribeiro

As diferenças em saúde são estudadas desde o século XIX (Narayan & Petesch, 2002). No entanto, o parâmetro da justiça social, a desigualdade sendo o seu inverso, definido por cada sociedade, está em constante processo de redefinição (Cohn, 2009). Profissionais de saúde e pacientes não se colocam no mesmo plano, tratando-se de uma relação assimétrica (Caprara, 2004).

Embora a literatura venha se valendo tanto do vocábulo “disparidades” quanto da palavra “desigualdades” para referir-se às assimetrias que acontecem no âmbito da saúde, opta-se aqui pelo uso da palavra “disparidades”, por se compreender que o termo melhor define a relação de assimetria que se quer mostrar. Essa opção apoia-se, *a priori*, na etimologia.

Em sua composição, a palavra desigualdade é um substantivo que inclui o prefixo latino des- <de+ex. Valor semântico de separação, afastamento, ação contrária, intensidade, negação (Coutinho, 1976), acrescido ao substantivo igualdade, derivado do adjetivo igual, do latim *aequallis*, que remete a idêntico, que tem as mesmas características, uniforme, inalterável (Cunha, 2010). A esses dois elementos, soma-se o sufixo latino -dade <-late, -tude, -dão <-tudine (Coutinho, 1976), empregado na formação de substantivos, exprimindo qualidade ou estado. O vocábulo é de uso amplo sendo opção adequada para assinalar qualquer tipo de diferença existente entre dois ou mais elementos

sob comparação. No âmbito da saúde, a palavra designa aquilo que não é igual, que não é uniforme, que tem características distintas.

Disparidade também é uma palavra de origem latina, que inclui na sua formação três elementos. O prefixo *dis-*, *di-* < *dis-* que significa dualidade, divisão em duas partes, separação, movimento em vários sentidos, cessação, negação, falta, intensidade (Coutinho, 1976). Antepõe-se ao adjetivo *par*, do latim *pār*, *pāris*, que significa igual, semelhante (Cunha, 2010). O terceiro elemento é o mesmo constante da palavra desigualdades: o sufixo latino *-dade* < *-late*, *-tude*, *-dão* < *-ludine* (Coutinho, 1976; Cunha, 2010). Há, do ponto de vista etimológico, sinonímia perfeita quanto aos dois últimos elementos dos vocábulos em análise e, a princípio, pode-se dizer que ambos podem ser usados indistintamente em um sem-número de construções linguísticas. Entretanto, com um olhar mais acurado, observa-se que o prefixo *-dis* traz consigo uma nuance semântica que acrescenta ao vocábulo composto uma conotação que acentua a dualidade, a assimetria.

No âmbito deste texto, quer-se mostrar que, além de desiguais, as relações profissionais de saúde-paciente possuem assimetrias, que constituem dessemelhanças específicas, como se fossem desníveis. As relações profissionais de saúde-paciente podem ser desiguais, mas há de se considerar que essa desigualdade ocorre sempre sob forma de assimetria, apresentando desníveis, razão por que se opta aqui por dizer que podem ocorrer disparidades nessas relações. Para Whitehead (1992), as iniquidades em saúde são diferenças que são não somente desnecessárias e evitáveis, assim como injustas.

As desigualdades sociais permanecem como um dos mais importantes desafios para o desenvolvimento do Brasil (Narayan & Petesch, 2002), sendo que as desigualdades sociais em saúde podem ser enfocadas em dois grandes grupos, diferenciados por Barata (2009a) como as desigualdades que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população, fortemente influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, podendo ser compensadas apenas em parte pelas políticas públicas; e as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde, mais influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização dos serviços.

Tal diferenciação demonstra a amplitude de significados e atribuições às reflexões que se propõem a trabalhar com desigualdades sociais e em saúde. A comunicação em saúde contribui primordialmente e especificamente com o segundo grupo, também entendido por diversos autores (Carter-Pokras & Banquet, 2002; Paasche-Orlow & Wolf, 2010; Schiavo, 2007) como aquilo a que se referem como disparidades em assistência à saúde.

Assim, entende-se que se pode elaborar melhor o conceito, ao se falar em disparidade em assistência à saúde, porque, embora usada de forma sinônima, a palavra alcança melhor a noção de diferenciação que se quer destacar, reconhecendo uma relação hierárquica ainda presente nos contextos de prestação de serviços em saúde. De outro lado, face ao uso abundante que hoje se faz da palavra desigualdade, a escolha citada permite alcançar especificidade de um dentre os tantos tipos, manifestações e percepção das desigualdades.

Segundo Barata (2009b), o conceito de desigualdade incorpora, para a maioria dos autores, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social. Para esse autor, as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos, podendo ser abordada com base na verificação de mais de uma classe de diferenças (absolutas e relativas) relacionadas com a repartição do poder e da propriedade.

Corroborando o exposto, especificamente em saúde pública e no contexto das ciências sociais, disparidades em saúde são definidas como uma cadeia de eventos significados pelas diferenças quanto a meio, acesso, utilização e qualidade do serviço (Carter-Pokras & Banquet, 2002). Schiavo (2007) define disparidades em saúde como as diferenças na qualidade dos cuidados em saúde recebidos assim como o sucesso geral na disponibilidade de acesso a serviços de saúde entre diferentes populações ou subgrupos de uma mesma população. Opta-se, pois, pelo uso do termo disparidade, por entender e concordar que o termo escolhido é uma das acepções de desigualdade, que concretamente se refere ao reconhecimento de que há diferenças em saúde, e que o termo disparidade suficientemente e melhor define a relação que se pretende apontar, junto ao papel da comunicação em saúde, como um importante componente do sistema de saúde.

Freimuth e Quinn (2004) constatam que, não obstante as realizações e avanços, profissionais de saúde pública demonstram entendimento limitado do que a comunicação em saúde tem a oferecer, principalmente no que se refere à eliminação das disparidades em saúde. Essa realidade também é observada entre os profissionais de saúde em formação. Não negar ou minimizar as diferenças e contradições é um primeiro passo para transformar a realidade (Rozemberg, 2009).

Há inúmeras disparidades em saúde e, embora as razões específicas para cada uma sejam inexistentes ou pouco compreendidas, há consenso de que a grande maioria se deve a inter-relações complicadas entre status socioeconômico, raça, etnia e cultura (Kotkin-

Jaszi, 2008). Esses fatores se referem a condicionantes de desigualdades sociais que implicam algum grau de injustiça, porque são características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser ou manter-se sadio (Barata, 2009a).

Conquanto grupos minoritários consigam ter acesso aos serviços de saúde, a comunicação do profissional de saúde com seu paciente, com pouco engajamento, tem sido apontada como um fator que contribui para a continuidade das disparidades em saúde (Cooper, Beach, Johnson, & Inui, 2006; Johnson, Saha, Arbelaez, Beach, & Cooper, 2004).

Esforços para se compreender melhor as causas subjacentes das disparidades raciais na prestação de cuidados de saúde têm-se movido para além de estudar as fontes mais óbvias de desigualdades, tais como acesso parco aos serviços de saúde, para se examinar as disparidades que emanam na relação profissional de saúde-paciente (Johnson, *et al.*, 2004). Portanto, compreender as disparidades dos serviços de saúde entre diferentes nações é uma competência apontada como essencial para os treinamentos de programas educacionais em cursos de graduação da área de saúde (Battat *et al.*, 2010).

#### **2.4 – Comunicação em saúde**

A comunicação em saúde diferencia-se da comunicação em geral pelo foco que é específico para as informações de saúde (N. Corcoran, 2010). Como área de estudo, surgiu no final dos anos 1960, mais notavelmente entre pesquisadores da sociologia, psicologia e medicina (Pré, 2010). É uma disciplina, área de interesse e campo de atuação multidisciplinar (Ratzan, 2011). Para alguns autores, comunicação em saúde é uma estratégia-chave para informar o público e os próprios profissionais de saúde acerca de responsabilidades e preocupações em saúde e para manter importantes questões de saúde nas agendas públicas (Jones & Watson, 2009; Sousa, 2001).

Segundo Schiavo (2007), a comunicação em saúde é uma poderosa ferramenta que pode ajudar a melhorar prognósticos em saúde, contribuir com a tentativa de eliminar as disparidades em saúde e promover mudanças comportamentais e sociais. Ela desenvolveu uma definição baseada na prática, segundo a qual a comunicação em saúde é:

Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes audiências que compartilham informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, formadores de políticas públicas e o público, para instigar, introduzir, adotar, ou sustentar um comportamento, prática, ou política que finalmente melhore os resultados em saúde (p. 7).

Entende-se que a comunicação em saúde se dá em muitos níveis: individual, grupal, organizacional, comunitário ou, ainda, com mídia de massas (N. Corcoran, 2010). Destaca-se o poder da comunicação em saúde a partir de definições como o estudo e uso de estratégias e métodos em comunicação para informar e influenciar decisões individuais e comunitárias de modo a realçar a saúde (Center for Disease Control and Prevention, 2010; Freimuth & Quinn, 2004). Pérez e Luquis (2008) acrescem à comunicação em saúde a provisão da responsabilidade de transmitir informações que aumentem o conhecimento do estado de saúde, para cada indivíduo, consequentemente capacitando-o a entender medidas preventivas, de proteção e promoção da saúde individual e coletiva.

A comunicação em saúde surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida. Reconhece-se que a informação de qualidade, disseminada no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde (Brasil, 2003).

Schiavo (2007) esclarece que a comunicação interpessoal é uma importante área da comunicação em saúde, aquela que almeja a mudança comportamental e social, na qual está inserida a relação profissional de saúde paciente. A comunicação interpessoal é aquela que ocorre no contexto face a face (M. J. P. Silva, 2010), tipo de interação presente na maioria dos encontros entre o profissional de saúde e paciente. Santos (2001) define a comunicação profissional de saúde-paciente como a identificação, descrição e análise de fatores envolvidos na transmissão e compreensão de informação do profissional para o paciente e vice-versa. Uma relação profissional de saúde-paciente mais estreita e preocupada com os aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais do adoecer, possibilitando a escuta e a compreensão das reações emocionais é uma característica chave do processo de humanização (Gonçalves, 1999).

Um dos aspectos mais interessantes e menos compreendidos com relação a cuidados em saúde é o modo como os profissionais de saúde e pacientes se comunicam (Street Jr. & Epstein, 2008), uma vez que, mesmo que o profissional não esteja intencionalmente se propondo a comunicar algo, sua presença e suas práticas na sociedade estão de qualquer forma transmitindo mensagens interpessoais (Rozemberg, 2009) influenciadas por características sociais e culturais do profissional de saúde e do paciente

(Bastos & Franco, 2007). A compreensão dessas relações nos leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo (Braga & Silva, 2007).

## **2.5 – Comunicação em saúde na formação profissional**

Compreende-se a formação profissional como parte do campo das práticas discursivas e sociais, sendo estas, portanto, produtos e produtoras de cultura (Bernardes, 2010). Segundo Guimarães e Silva (2010), no Brasil, os modelos de formação e atuação profissional que norteiam as atuais concepções de formação universitária encontram sérias limitações. Em relação aos problemas existentes nos contextos da saúde, da comunicação em saúde e da formação profissional, quando esta privilegia conteúdo, em detrimento de concepções de ensino mais abrangentes.

A busca e a reflexão acerca de quais sejam as melhores maneiras de se ensinar habilidades comunicativas a profissionais de saúde em formação, com vistas a melhorar o processo e qualidade de vida de pacientes, é construto recente (Canesqui, 2007; Haskard, *et al.*, 2008). Nessa perspectiva, é importante ressaltar o posicionamento de Spink e Matta (2010) de que o desafio de formar profissionais mais alinhados com os ideais e demandas do SUS não é exclusividade da psicologia, constituindo-se como preocupação para a maioria das profissões do campo de saúde.

Segundo Burke (2003) o termo informação refere-se ao que é relativamente “cru” (*raw*), específico e prático, e conhecimento refere-se ao que foi “cozido” (*baked*), processado ou sistematizado pelo pensamento, e inclui a necessidade de o profissional de saúde perceber-se detentor de um pensamento sistematizado, assim como reconhecer as condições de recebimento das informações por ele transmitidas a seus pacientes.

Embora a relação profissional de saúde-paciente ganhe cada vez mais espaço na literatura nacional e internacional (G. W. S. Campos, Minayo, Akerman, Júnior, & Carvalho, 2009; Ferraz, 1999; Kickbush, 2003; Schiavo, 2007; Wright, *et al.*, 2008), este avanço não é refletido no que se refere à inserção do tema na fase de formação profissional no Brasil (Caprara, 2004; Sucupira, 2007a, 2007b).

No campo acadêmico, há diversos estudos que abordam a temática da comunicação em saúde e da relação profissional de saúde-paciente (Borrelli & Zocante, 2010; Isaacs & Benjamin, 1991; Martins & Araujo, 2008; Pinto, 2010; A. C. A. Santos, 2001; Zolnierik & DiMatteo, 2009). Entretanto, ainda que os estudos atuais abordem diversas perspectivas que incluem a temática da comunicação em saúde, há uma inexistência de livros didáticos

dirigidos especificamente aos estudantes (Green, *et al.*, 2007; Gurung & Prieto, 2009; Sucupira, 2007b).

Atualmente, profissionais de saúde contribuem para dificultar o sistema de saúde, com comunicação e dedicação limitada a aspectos de educação em saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2010). A formação do profissional de saúde ainda se dá numa perspectiva biomédica, pautada predominantemente pela exploração de sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos à saúde, gerando um profissional graduado com um conjunto de frustrações e expectativas que acabam levando a uma conformidade quanto à possibilidade e necessidade de uma prática profissional humanizada (Coelho Filho, 2007).

Spink e Matta (2010) ressaltam a necessidade de se substituir esse enfoque para que se reescrevam teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada para a integralidade, pensando numa possibilidade de formação e atuação profissional, a partir do SUS, reafirmando seus princípios de universalidade do direito à saúde, redução das desigualdades do sistema de saúde e organização das demandas específicas de cada população.

Carvalho e Ceccim (2009) salientam como importante aspecto da formação em saúde o fato de que “parece estar ausente do ensino o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social do profissional” (p. 137). Braga e Silva (2007) acrescem que ao educador, como formador do processo educativo, cabe despertar interesse dos alunos e considerar os aspectos psicológicos de aprendizagem.

Nas últimas décadas, grande investimento tem sido feito em tecnologia como recurso para a atuação em saúde. No entanto, um profissional de saúde não pode ter em vista sua projeção técnica ou científica, senão na relação de assistir o outro em suas necessidades e numa relação ética com a vida (Carvalho & Ceccim, 2009). Uma questão fundamental e difícil de ser atingida, entre o tecnologicamente possível e o socialmente inaceitável para a atuação profissional, é a necessidade de ajudar estudantes e residentes a desenvolver um senso para entender o quanto problemas de saúde podem afetar a vida dos pacientes (Queiroz, 2003).

Pérez e Luquis (2008) descrevem a dimensão do que deve atualmente preocupar aqueles que prestam cuidados, produtos ou educação, no processo de comunicação: “conversar, comportar-se e inclusive assemelhar-se e apresentar-se física e esteticamente à realidade daqueles que recebem o cuidado, produto ou ato educativo” (p. 45). Em outras palavras, a vestimenta, a postura, a abordagem, o ambiente, os contatos locais e as

atividades anteriores dos profissionais de saúde trazem inúmeras outras informações que podem interferir naquilo que eles intencionalmente pretendem comunicar (Rozenberg, 2009).

Profissionais de saúde passam por mudanças de reconhecimento profissional, perpassando por uma atuação diversificada, seja ela entre instituições ou o público atendido. Com o mesmo raciocínio, Borrelli e Zocante (2010) apontam uma grande variação quanto ao posicionamento de seu público, salientando que a atual padronização da linguagem, por exemplo, dificulta a relação profissional de saúde-paciente.

Nessa perspectiva, Carvalho e Ceccim (2009) contextualizam que os profissionais de saúde devem ter o intuito de ampliar sua capacidade de percepção e intervenção sobre a saúde, conhecendo a realidade local com a qual irão interagir e inventar a aproximação. Portanto, para comunicar-se efetivamente é necessário conhecer e apoderar-se do estilo de comunicação da realidade da população atendida, buscar semelhanças e interesses comuns, fazer disso mecanismos de empatia para, assim, transmitir essa dimensão para aqueles que estão em processo de formação. Isso não significa, entretanto, a perda de identidade do profissional de saúde.

A graduação na área de saúde tem desconsiderado a integração entre ensino e trabalho, a formação teórico-conceitual e metodológica que potencializa competências, na qual se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (Carvalho & Ceccim, 2009). Especificamente em saúde, esse desenvolvimento implica o progressivo melhoramento das condições e da qualidade da vida desfrutada pela sociedade e compartilhada por seus membros (Organização Mundial de Saúde, 1978).

A maioria dos profissionais de saúde sente que não recebeu treinamento em habilidades de comunicação adequadas em seu processo de formação (Ramirez, *et al.*, 1996). No exercício laboral, esses profissionais não se sentem preparados para comunicar-se apropriadamente com outras pessoas, o que gera sentimentos de incapacidade de efetivamente repassar informações que precisam ser assimiladas por pacientes e colegas de trabalho (Sears, 2010).

Schiavo (2007) verificou que, quando é dada à maioria dos profissionais de saúde a oportunidade de frequentar uma sessão de treinamento em comunicação, a reação mais comum é surpresa diante de habilidades, métodos e fatos que percebem como úteis para paradoxalmente economizar tempo, melhorar a satisfação do paciente e evitar conflitos em situações estressantes na relação profissional de saúde-paciente. Consonante com esses

dados, Coelho Filho (2007) afirma que “muitos médicos dariam o melhor de si na consulta se tivessem sido efetivamente treinados quanto a aspectos da relação médico-paciente” (p.632), exemplificando uma realidade que também se aplica às demais categorias de profissionais de saúde.

No âmbito da pesquisa em comunicação em saúde, Schiavo (2007) destaca que, após um pouco de relutância ou ceticismo inicial, a maioria dos profissionais de saúde aprecia testar seus conhecimentos sobre metodologias de comunicação em saúde, assim como suas habilidades efetivas como comunicadores.

Tais constatações comprovam a importância e a necessidade de aprofundamento da percepção do que engloba a comunicação em saúde, para efetivamente direcionar o processo de ensino, treinamento, reciclagem e aprimoramento da atuação profissional. O treinamento para procedimentos deve necessariamente ser acompanhado do treinamento de habilidades de comunicação. Isso vale para todas as categorias profissionais e não somente para a relação terapêutica médico-paciente (Araujo, 2009).

## **2.6 – Competência cultural em saúde: Definições de uma estratégia em comunicação em saúde**

*“Chacun appelle barbarie ce qui n’est pas de son usage - Cada um chama de barbárie aquilo que é estranho ao seu costume”  
Michel de Montaigne*

O repertório comportamental de adoecimento, englobando o modo como o paciente pensa, reage e lida com o sofrimento de uma doença, bem como os comportamentos indicadores de saúde, abrangendo o que fazem as pessoas para manterem a saúde (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Tseng & Streltzer, 2008), constituem elementos importantes à comunicação em saúde. A mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial exige uma transformação no papel e nas posturas dos profissionais de saúde, para efetivarem uma assistência integral à saúde (Queiroz & Araujo, 2009). Para tanto, faz-se necessária uma busca por referenciais de competência como sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, aos que se somem referenciais de comunicação (Braga & Silva, 2007).

Por ser uma fonte de apoio, a competência cultural promove condições funcionais para uma comunicação mais adequada que caracterize a qualidade do tratamento recebido por pacientes, constituindo-se em uma das estratégias mais atuais para a abordagem dos conceitos que permeiam a relação profissional de saúde-paciente, o processo saúde-doença

e a redução das disparidades em assistência à saúde. Assim, caracteriza-se como uma estratégia para o processo comunicacional profissional de saúde-paciente que possibilita a intervenção do profissional de saúde, ao tempo em que favorece o exercício do conhecimento e a busca do diálogo interdisciplinar, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado oferecido.

Levantamento realizado por Saha, Beach e Cooper (2008) indicou que, até maio de 2007, mais de mil artigos mencionavam o termo competência cultural em seu título ou resumo, sendo que três quartos desse total, a partir do ano 2000. Entretanto, apesar dos benefícios potenciais em se associar esse construto à comunicação em saúde, no Brasil, o número de estudos sobre o tema e suas implicações para a área de saúde ainda é escasso. De fevereiro de 2010 até o momento de conclusão deste trabalho, não se identificaram na literatura brasileira estudos específicos sobre competência cultural.

A acessibilidade cultural em saúde implica que a utilização de serviços de saúde disponíveis é afetada por determinantes culturais (Faruquee, 1982). Questões sociais e culturais estão exigindo do profissional de saúde habilidades como a escuta e a comunicação, destoando do modelo biomédico, onde o profissional de saúde faz uso de diversos jargões médicos que limitam a conversação com o paciente, delimitando-a a questões unilaterais fechadas (Roter & Hall, 2006). Esse modelo mostra-se insuficiente, o que justifica acrescer à formação dos profissionais de saúde outros atributos que ampliem a sua atuação (Green, *et al.*, 2007; Sucupira, 2007b).

A atuação profissional com competência cultural prioriza um esforço em busca de um entendimento e posicionamento onde nenhuma visão universal seja normativa (Hanson & Lynch, 1998). Schiavo (2007) ressalta que, em comunicação em saúde, e mais especificamente em saúde pública, a importância da competência cultural tem sido crescentemente reconhecida como uma estratégia para a comunicação em saúde.

Braga e Silva (2007) apresentam ao meio acadêmico a junção da competência ao processo comunicacional. Elas definiram a comunicação competente como “um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores; pressupõe que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação; consciência do verbal e do não verbal nas interações; clareza e objetividade; promove, também o autoconhecimento, além de possibilitar uma vida autêntica” (p. 413).

Uma concepção versátil do que seja e engloba competência cultural é pré-requisito, se o que se pretende é usar a competência cultural como meio para melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde, favorecer o acesso a todos e eliminar as disparidades em

saúde de modo generalizado, como estratégia para educar os futuros profissionais de saúde (Seeleman, Suurmond, & Stronks, 2009). No âmbito da saúde, o termo competência cultural surgiu em 1989, definida como um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que se unem em um sistema, agência, ou entre profissionais, de uma forma que permitem trabalhar juntos com efetividade em contextos multiculturais (T. Cross, *et al.*, 1989). O conceito de competência cultural tem evoluído de uma consciência cultural, uma sensibilidade cultural, à atual concepção mais abrangente (Kodjo, 2009).

Carvalho e Ceccim (2009) afirmam que para ser um profissional de saúde há necessidade de conhecer a natureza humanística e social relativa ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. Em busca desse conhecimento da natureza humanística, o profissional há de valer-se da competência cultural, usualmente definida como a busca contínua da habilidade de entender, avaliar e construtivamente relacionar a singularidade e individualidade de cada pessoa, diante das diversas culturas que exercem influência sobre o curso de vida de cada indivíduo, incluindo a habilidade de reconhecer diferentes contextos socioculturais (Campinha-Bacote, 2007; Reich & Reich, 2006). É o reconhecimento e a incorporação da importância da cultura, a avaliação das relações, a constante vigilância às dinâmicas resultantes de diferenças culturais, a expansão do conhecimento cultural e a adaptação de serviços que contemplem as necessidades únicas dos profissionais de saúde que atuam nos sistemas de saúde (Kodjo, 2009).

Competência cultural pode ser avaliada por intermédio de vários métodos, dentre eles avaliações de satisfação e *surveys*, respondidos por familiares, pacientes, profissionais (Kodjo, 2009).

### **2.6.1 – Contextualizando indicadores abordados pela competência cultural**

A comunicação em saúde é sempre uma prática social e, como tal, traz subjacente um modelo (I. S. Araújo, 2002). Um modelo é uma tentativa de explicar organizadamente algo, para sugerir relações e ajudar a formular teorias (Rozemberg, 2009; Santaella, 2001). Modelos de comunicação profissional de saúde-paciente precisam ser simples o suficiente para serem compreensíveis e paralelamente guiar pesquisas empíricas; devem, no entanto, ser complexos o suficiente para atingirem a realidade clínica (Street Jr. & Epstein, 2008).

Segundo Rios (2011), o modelo deve ser construído na ação dos indivíduos, levando-se em conta as necessidades concretas, de caráter histórico, desses indivíduos e dos grupos que constituem na sociedade. Por esse motivo, a competência cultural é

usualmente apresentada por meio de modelos de atuação, formados por indicadores apontados pela literatura (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Campinha-Bacote, 2007; D. Cross, Brennan, Cotter, & Watts, 2008; T. Cross, *et al.*, 1989; Green, *et al.*, 2007; Kripalani, *et al.*, 2006; Mendenhall, 2006; Paez, *et al.*, 2009; Pecukonis, Doyle, & Bliss, 2008; Reich & Reich, 2006; Rust *et al.*, 2006; Sears, 2010; Seeleman, *et al.*, 2009; Tseng & Streltzer, 2008).

Os primeiros modelos de competência cultural centravam-se no modo de atuação de profissionais de saúde junto a pacientes, evoluindo para incluir e considerar como os pacientes devem ser abordados pelos sistemas de saúde (Saha, *et al.*, 2008). Os três modelos mais citados pela literatura (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Campinha-Bacote, 2007; Rust, *et al.*, 2006), utilizam palavras acrônimas, como recurso didático, conforme Figura 1.

| <b>ASKED</b><br>Campinha-Bacote, 2007   | <b>CRASH</b><br>Rust, <i>et al.</i> , 2006  | <b>LEARN</b><br>Berlin e Fowkes Jr., 1983  |
|---|---|--|
| <b>A</b> wareness<br><b>S</b> kill<br><b>K</b> nowledge<br><b>E</b> ncounters<br><b>D</b> esire | <b>C</b> ulture<br><b>R</b> espect<br>Assess / <b>A</b> ffirm differences<br>show <b>S</b> ensitivity<br><b>H</b> umility | <b>L</b> isten<br><b>E</b> xplain<br><b>A</b> cknowledge<br><b>R</b> ecommend<br><b>N</b> egotiate |

Figura 1. Modelos de Competência Cultural.

Uma análise desses modelos permite afirmar que nenhum deles explicitamente aborda os mesmos indicadores para o processo comunicacional. No entanto, ao definirem os indicadores adotados, as abordagens se correlacionam. Não há consenso sobre quais sejam os melhores, mais relevantes e adequados indicadores de competência cultural (Battat, *et al.*, 2010; Hudelson, Junod Perron, & Perneger, 2011; Isaacs & Benjamin, 1991; Rios, 2011; Tseng & Streltzer, 2008; Yali & Revenson, 2004). Nenhuma definição operacional é capaz de capturar o significado completo de um construto teórico (Santaella, 2001).

Os princípios da competência cultural incluem empatia, curiosidade e respeito, características adquiridas a partir da apreciação do contexto social do paciente (Joeques, Noble, Kubacki, Potts, & Lloyd, 2011; Kodjo, 2009). A percepção e a consciência cultural são indicadas pelos autores dos três modelos e incluem indicadores como conhecimento, atenção e sensibilidade. Conhecer o paciente e sua doença, o sistema de saúde e a dinâmica de trabalho de uma equipe influencia todas as relações. Nesse contexto, conhecer é um dos indicadores mais presentes em diversos modelos e abordagens de atuação com

competência cultural (Campinha-Bacote, 2007; Kripalani, *et al.*, 2006; Rust, *et al.*, 2006; Seeleman, *et al.*, 2009).

Perceber e dominar as necessidades de cada uma dessas figuras resulta na capacidade de focalizar e adequar a transmissão de informações (Kripalani, *et al.*, 2006). Miranda (1996) ressalta que a sensibilidade presente em profissionais de saúde, durante a formação, é um bem precioso que deve ser preservado e desenvolvido pelo resto da vida.

O reconhecimento da importância do papel do profissional de saúde em recomendar ações em prol da saúde, assim como prestar esclarecimento, ou seja, explicar ao paciente o que for necessário para que compreenda seu estado de saúde, é mais abordado por Berlin e Fowkes Jr. (1983). Consciência é o indicador de competência cultural que melhor exemplifica uma atuação profissional norteada pelo modelo biopsicossocial. A consciência inclui a reflexão inserida e a percepção dos vieses que um profissional traz consigo para cada atendimento a um usuário de um sistema de saúde (Seeleman, *et al.*, 2009). Ela cria e propicia um contexto no qual profissional de saúde, equipe de trabalho e paciente recebem responsabilidade por seus atos (Sears, 2010).

Empoderar as pessoas promove mudanças sociais em âmbito pessoal e comunitário (Lyons & Chamberlain, 2008; Minkler, *et al.*, 2008). O objetivo deste indicador é a valorização dos pontos fortes e das potencialidades do paciente, através do diálogo, de forma a diluir fronteiras de papéis entre o profissional de saúde como um professor e o paciente como um aluno (Marks *et al.*, 2005). Assim, o empoderamento aumenta a autonomia do paciente.

Habilidade é o indicador de competência cultural mais utilizado para se relatar sua viabilidade e, por sua especificidade, para escutar e atingir o paciente. Ela é definida como a condição de transferir informação de tal modo que o paciente possa entender o que o profissional de saúde pretende transmitir, assim como de conduzir e adaptar situações que requeiram flexibilidade e criatividade (Seeleman, *et al.*, 2009). Ser criativo ou ter criatividade não é tarefa fácil (Borrelli & Zocante, 2010).

Campinha-Bacote (2007), junto com Berlin e Fowkes Jr (1983), entendem que habilidade é a capacidade de desempenhar os demais indicadores de seus modelos. Para Campinha-Bacote, a habilidade é específica, quando direcionada a analisar instrumentos de avaliação. Reich e Reich (2006) definem o conhecimento de quem atua com competência cultural como a habilidade e necessidade constante de obter e passar informações, sempre buscando entender as experiências e padrões de outra cultura, diferentemente da sua.

Braga e Silva (2007) identificam a necessidade da aquisição de conhecimentos, corroborando o posicionamento de Perrenoud (1999, 2000) de que a competência, sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, se apoie em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Ainda segundo Perrenoud (1999), o conhecimento seria a representação da realidade, que construímos e armazenamos ao sabor de nossa experiência e de nossa formação. A essa habilidade (Mendenhall, 2006) acrescenta a colaboração com humildade em se associar o conhecimento à sabedoria local, da pessoa ou grupo diretamente atendido.

Considera-se que saber e conseguir negociar e aconselhar, diante de uma interação profissional de saúde-paciente, sejam habilidades avançadas de comunicação (Green, *et al.*, 2007). Braga e Silva (2007) sintetizam a competência em comunicação interpessoal – presente em toda relação profissional de saúde-paciente – como uma habilidade fundamental a ser adquirida, por docentes ou atuantes em outra atividade da prática do cuidar, que permite ao profissional de saúde prestar um cuidado consciente, verdadeiro.

Conhecimento é um dos indicadores mais presentes em diversos modelos de atuação com competência cultural (Campinha-Bacote, 2007; Kripalani, *et al.*, 2006; Seeleman, *et al.*, 2009). No campo do conhecimento profissional, devem-se abranger as especificidades epidemiológicas e os efeitos diferenciados de tratamentos, direcionando-os, diferentemente, a grupos étnicos diversificados. Inclui uma percepção que focaliza a adequação na transmissão de informações, o domínio de determinantes sociais de saúde (Kripalani, *et al.*, 2006).

Rios (2011) sintetiza diversas dimensões de competências que devem estar presentes nas atitudes de todas as categorias profissionais e que são abordadas pela competência cultural, entre elas: domínios dos saberes específicos a cada campo; respeito à sensibilidade dos indivíduos; solidariedade; e justiça e objetivos em prol de um bem coletivo. O autor ressalta que não se trata de inúmeras competências, mas sim de uma atuação na qual se articulam aquelas que a constituem e a identificam.

A empatia pode ser compreendida como a capacidade de tentarmos perceber e experimentar o mundo e as coisas da mesma forma que o outro, aceitando o outro incondicionalmente, sem perdermos a própria identidade (Molen & Lang, 2007; M. J. P. Silva, 2010). Pacientes apreciam profissionais de saúde que compreendem e apresentam empatia com suas circunstâncias de vida (Street Jr. & Epstein, 2008).

Para Braga e Silva (2007), respeitar o próximo é uma das prerrogativas para a competência, posicionamento consonante com modelos de atuação existentes (Berlin &

Fowkes Jr., 1983; Rust, *et al.*, 2006). A condição de respeitar o paciente se faz presente em relatos de satisfação de paciente em suas relações com profissionais de saúde e está associada à confiança (Paez, *et al.*, 2009). Queiroz (2003) ressalta que o respeito pela preferência do paciente é importante do ponto de vista ético, legal e psicológico.

Por fim, ouvir o paciente é saber escutá-lo. Segundo Miranda (1996), escutar é muito, às vezes é tudo, razão por que muitos pacientes relatam melhoras quando os profissionais de saúde “apenas” os escutam. É a capacidade de manter o diálogo (Sucupira, 2007a). Assim, ouvir o paciente, transmitir a ele um gesto de escuta, pode garantir-lhe, também, o sentimento de respeito, aceitação, empatia e compreensão.

### **2.6.2 – Educação, treinamento e avaliação em competência cultural**

Schiavo (2007) coloca como premissa fundamental para a efetividade da comunicação abordagens de atuação baseadas em pesquisa e prática, para o desenvolvimento de teorias, modelos e métodos que norteiem seu planejamento e execução. Um dos primeiros desafios em busca de atingir a competência cultural no cotidiano do trabalho é o reconhecimento de que cada área de formação tem uma cultura própria, frequentemente destoante da orientação cultural dos usuários dos sistemas de saúde (Kodjo, 2009). Não há consenso sobre o melhor modo de se ensinar e treinar competência cultural, em função da variabilidade e extensão das possibilidades de implementação em educação para a saúde (Kripalani, *et al.*, 2006).

Competência implica a capacidade de funcionar de determinado modo, ter habilidades e domínios de certos contextos (T. Cross, *et al.*, 1989). Para Rios (2011), ou seja, ser competente é saber fazer bem o dever, articulando-se a responsabilidade de querer e poder, que determina a intencionalidade de um gesto educativo.

O diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação ou competência necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional (Carvalho & Ceccim, 2009). Lucas, Michaloupoulou, Falzarano, Menon e Cunningham (2008) registram que algumas teorias enfatizam propostas pelas quais provedores de saúde podem vir a alcançar competência cultural completa, porém efêmera, com o devido treinamento e experiência. Entretanto, reconhece-se que a competência cultural plena é inatingível, por ser um processo que não estagna (Reich & Reich, 2006). Perrenoud (1999) salienta que se chega a um momento em que os conhecimentos acumulados não são mais suficientes, em que não se pode dominar uma situação nova graças a simples conhecimentos aplicados. Estar sempre em busca de

“tornar-se” culturalmente competente, sem a pretensão de “ser” culturalmente competente, esta é a chave do conceito.

Há um ímpeto à teoria e pesquisa em competência cultural, incluindo a crescente consciência do entendimento do papel da competência cultural na atuação de profissionais de saúde (Lucas, *et al.*, 2008). Faz-se importante discutir e apresentar a competência cultural durante todo o processo e período de formação profissional, com o cuidado de não direcionar o treinamento a eventos isolados (Kripalani, *et al.*, 2006).

Os objetivos de treinamentos em competência cultural propõem: aumentar a conscientização de profissionais de saúde com relação às suas atitudes frente aos cuidados que prestam, assim como acentuar o poder que suas ações têm sobre a continuidade das disparidades em assistência à saúde; aumentar o conhecimento de questões pertinentes aos serviços de saúde que sejam únicas a populações de grupos minoritários; e fortalecer comportamentos que enalteçam a habilidade de profissionais de saúde para se comunicarem eficientemente com pacientes que culturalmente diferem entre si e do próprio profissional, com vistas a desenvolver um plano de cuidados que seja aceitável aos pacientes (Pecukonis, *et al.*, 2008; Smedley, Stith, & Nelson, 2002).

Portanto, embora presente na atuação e em disciplinas ligadas à saúde há mais de vinte anos, o conceito de competência cultural ainda está em fase de elaboração, acredita-se que seja possível e viável o treinamento em competência cultural. Na realidade do SUS, para que a comunicação em saúde efetivamente cumpra seu papel de promover a saúde, pode-se treinar o profissional, alcançando uma relação profissional norteada pelo modelo biopsicossocial e formar equipes responsáveis pela sustentação dos princípios da comunicação em saúde. Alguns autores são mais enfáticos e argumentam que a incorporação da competência cultural em pesquisa, prática, educação e políticas públicas far-se-á necessária para que a psicologia da saúde permaneça relevante e viável no futuro (Yali & Revenson, 2004).

## **CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS**

Considerando o exposto sobre a temática da comunicação em saúde, realizou-se esta pesquisa, a qual foi norteadada pelos objetivos apresentados a seguir.

### **3.1 – Objetivo Geral**

Caracterizar a percepção do que seja comunicação em saúde para estudantes da Faculdade UnB Ceilândia.

### **3.2 – Objetivos específicos**

- Mapear como o tema da comunicação em saúde está sendo abordado nos cursos do Campus de Ceilândia e identificar critérios para composição da amostra;
- Identificar e caracterizar, na percepção dos estudantes, a comunicação em saúde, no que se refere a conceito, abordagens e formas de atuação;
- Identificar os conceitos de saúde e desigualdade/disparidade em assistência à saúde apresentados pelos participantes;
- Verificar como os alunos identificam a influência de variáveis psicossociais no processo de comunicação com os pacientes;
- Analisar se os alunos identificam e definem indicadores de competência cultural, dentre os mais apontados pelos modelos de atuação existentes.

## CAPÍTULO 4 – MÉTODO

O presente capítulo traz uma sucinta discussão metodológica a respeito da escolha por realizar um estudo exploratório e descritivo, empregando técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e análise de dados, no intuito de contextualizar a escolha por métodos de pesquisa mistos. Mais adiante, descreve-se o universo do estudo, assim como a composição da amostra, apresenta-se a descrição da elaboração dos instrumentos e detalham-se os procedimentos de coleta e análise dos dados da investigação desenvolvida na FCE, entre janeiro e junho de 2011 e complementada em outubro de 2011.

### 4.1 – Pesquisa exploratória e descritiva

A pesquisa exploratória é uma espécie de prévia da pesquisa, que tem por finalidade ampliar as informações do pesquisador sobre o assunto de sua pesquisa, tendo em vista seu aprimoramento (Santaella, 2001). A pesquisa descritiva descreve, analisa e classifica fatos sem que o pesquisador neles interfira, com o propósito de descrever comportamentos, valores, atitudes, crenças etc., construindo panoramas sobre determinado assunto (Santaella, 2001).

### 4.2 – Indicação de métodos mistos

A pesquisa em comunicação pode ser feita por diferentes métodos (Rozemberg, 2009). A integração de abordagens metodológicas que combinam ou associam os métodos qualitativos e quantitativos recebe o nome de métodos mistos (Creswell, 2009). Toda vez que se pretende codificar é preciso ater-se a aspectos quantitativos e qualitativos (Quesada, 1983). Para Frankel (2001), a combinação de metodologia qualitativa e quantitativa tem melhor força preditiva do que cada uma delas sozinha.

Vale reconhecer a importância de fatores sociais, políticos e econômicos sobre as condições de saúde e doença, o que tem apontado para a necessidade de se compreender, mais precisamente, o papel das variáveis biopsicossociais, levando a ciência de desenvolvimento a sugerir que a psicologia da saúde faça um uso combinado de métodos quantitativos e qualitativos em seus estudos que abordam correlações com o processo saúde-doença (Cerqueira-Silva, *et al.*, 2011).

Creswell (2009) define a pesquisa qualitativa como o meio de explorar e compreender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a questões humanas ou sociais. Segundo Rozemberg (2009), ela é indicada para estudos de comunicação, pela

possibilidade de aprofundar o entendimento das motivações, interesses, pressões materiais e emocionais, valores, saberes e crenças subjacentes a determinados comportamentos e práticas relacionadas com a saúde. Esses aspectos são fundamentais para a pesquisa em comunicação em saúde.

Bardin (2010) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Seu ponto de partida é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada (Franco, 2003).

Levantamentos quantitativos ajudam a entender o contexto dos resultados. A pesquisa quantitativa é um meio de testar teorias, pela análise da relação entre variáveis, para entender o contexto dos resultados (Creswell, 2009; Rozemberg, 2009). Os primeiros estudos em ciências sociais, e especificamente em saúde, deram-se na forma de *surveys* em estudos de saúde pública a partir da década de 1940 (Canesqui, 2007).

#### **4.3 – Universo da amostra: FCE**

O universo da amostra é definido como um conjunto de unidades (pessoas ou não) tornadas fontes de informação da pesquisa (Lopes, 2010). O presente estudo foi realizado em Ceilândia, uma das 30 regiões administrativas do Distrito Federal (DF). No DF há uma organização em termos de regiões administrativas como forma de prover recursos à população. A cidade de Ceilândia, localizada a aproximadamente 30 km do Plano Piloto, foi fundada em 1971, para erradicar as "invasões" existentes na área urbana de Brasília, e a denominação origina-se da sigla CEI – Campanha de Erradicação das Invasões (Brasil, 2010). É a região administrativa mais populosa do Distrito Federal (Faculdade UnB Ceilândia, 2010), com as consequentes dificuldades decorrentes desse fato, exemplificadas nos serviços e no acesso a transportes, educação e principalmente saúde, em comparação com as demais cidades do Distrito Federal. De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2010), a cidade dispõe de um hospital e doze centros de saúde.

Em 2008, foi fundado o campus da UnB em Ceilândia – FCE, com o objetivo de atender moradores de seis regiões administrativas do DF e oito municípios goianos, com oferta de cursos voltados para a área de saúde. O campus oferece os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde coletiva. Segundo Wright *et al.* (2008), ocupações que incluem as oferecidas pelo campus variam em termos de

educação, treinamento, status e em termos de comunicação, e estes provedores frequentemente interagem com pacientes tanto quanto ou mais que os médicos, sendo assim importantes contribuidores para o sucesso do estado de saúde de um paciente.

Com o objetivo de inserção, os estudantes classificados no processo seletivo que cursaram pelo menos dois anos do ensino médio em escolas de Ceilândia, Taguatinga, Gama, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, Recanto das Emas, Samambaia, Brazlândia e SCIA (Estrutural), e dos municípios de Padre Bernardo/GO e Águas Lindas de Goiás/GO têm o resultado de cada prova objetiva do vestibular multiplicado por 1,2 (Universidade de Brasília, 2008). Considerando-se as necessidades econômicas e políticas da região administrativa de Ceilândia, a especificidade do campus e o compromisso institucional com a formação dos estudantes, de forma a privilegiar o modelo de atenção integral à saúde, torna-se premente a realização de estudos que analisem o processo em curso.

Desde sua inauguração, o campus funciona no Centro de Ensino Médio nº 4, situado na QNN 14, Área Especial, Guariroba, Ceilândia Sul – DF. O campus definitivo encontra-se em construção.

#### **4.4 – Seleção da amostra**

Uma amostragem por critério (*purposeful sampling*) é a mais indicada quando o pesquisador deve selecionar os participantes e universo da amostra, tendo em vista a possibilidade de estes informarem e contribuírem para a compreensão da questão central de pesquisa (Creswell, 2007, 2009). Dados obtidos no mapeamento institucional, realizado previamente ao Estudo Piloto, indicaram que estudantes com ingresso no primeiro e segundo períodos de 2009 e primeiro período de 2010 seriam os mais indicados para uma amostragem por critério para a coleta definitiva de dados uma vez que ainda não teriam sido expostos formalmente a disciplinas que envolvessem o conteúdo sobre comunicação.

A possibilidade de acesso a percepções dos futuros profissionais de saúde sem o refinamento mediado pelas disciplinas representa uma tentativa de obtenção de dados que realmente possam direcionar ações a partir do que for definido como relevante por esses, seja em relação a esclarecimentos seja através de estratégias de operacionalização para aplicação dos conceitos.

Foram excluídos os estudantes com ingresso anterior ao primeiro período de 2009 e posterior ao primeiro período de 2010. Como o Estudo Piloto foi realizado no 2º/2010, o calendário acadêmico estava em ajuste após o período da greve dos professores realizada entre 9 de março e 10 de maio de 2010 (Universidade de Brasília, 2011). Quando a coleta

definitiva foi fixada para o 1º/2011, os estudantes com ingresso posterior ao primeiro período de 2010 foram excluídos, por compreender-se que estavam em início de curso. Indivíduos com ingresso no segundo período de 2008 foram excluídos pelo fato de o mapeamento institucional ter indicado que os estudantes do curso de saúde coletiva teriam oferta da disciplina Informação, Educação e Comunicação em Saúde, que especificamente aborda a temática da comunicação em saúde, o que poderia enviesar as respostas sobre as percepções dos estudantes deste curso.

Assim, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudantes com ingresso no primeiro e segundo períodos de 2009 e primeiro período de 2010 que concordassem em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A).

#### **4.5 – Instrumentos**

Para efetuar a coleta de dados desta pesquisa, foram desenvolvidos quatro instrumentos (Anexo B), diferenciados por sua forma de apresentação e especificidades temáticas da comunicação em saúde, divididos nas seguintes seções:

- Instrumento I – questionário composto por 11 perguntas, sendo 10 abertas, para identificar e caracterizar a comunicação em saúde e interfaces conceituais, na percepção dos participantes;
- Instrumento II – questionário com questões objetivas, propiciando três configurações de marcação (marcar X, assinalar V ou F, e enumerar de 1 a 9), com vistas a identificar como os estudantes da FCE percebem abrangência, abordagens e formas de atuação da comunicação em saúde, além de verificar o grau de importância que atribuem à influência de variáveis psicossociais, apontadas pela literatura, no processo de comunicação em saúde;
- Instrumento III – *survey* para analisar se os alunos identificam e definem indicadores de competência cultural, dentre os mais apontados pelos modelos de atuação existentes;
- Instrumento IV – levantamento de dados sociodemográficos, de forma a caracterizar a amostra.

Duas questões do Instrumento I tinham função definida. A segunda questão foi elaborada com o intuito de avaliar na mensagem o componente *compreensão-recordação*,

que qualifica a primeira associação de determinado conceito a um processo de aprendizagem (Rozemberg, 2009). A questão 11 objetivava garantir um espaço para livre expressão do participante, através de convite a acrescentar alguma informação.

A fim de facilitar e motivar a continuidade e evolução das respostas com relação à comunicação em saúde, o segundo instrumento foi propositadamente planejado com questões objetivas, já que o instrumento seguinte demandaria a escrita de indicadores de competência cultural.

Assim, o Instrumento II foi apresentado em três partes, cada uma iniciada por uma instrução em negrito, destacando o comando para o respectivo bloco. A primeira consistia em duas perguntas que permitiam a marcação de todas as alternativas disponibilizadas. Em seguida, apresentava-se um bloco onde o participante deveria assinalar “V” ou “F”, para os 10 itens sequenciais. Por fim, solicitava-se a numeração, de “1” a “10”, por ordem de importância, de 10 variáveis psicossociais amplamente apontadas pela literatura (Barata, 2009b; Borrelli & Zocante, 2010; S. Corcoran & Corcoran, 2010; Glanz, *et al.*, 2008; Haskard, *et al.*, 2008; Heaney & Israel, 2008; Nogueira, 1998; Perloff, *et al.*, 2006; Street Jr. & Epstein, 2008; Vyas & Caligiuri, 2010) por seu poder de influenciar a relação profissional de saúde-paciente, listadas em ordem alfabética.

Em formato de *survey*, o terceiro instrumento era iniciado com a conceituação geral de competência cultural, adotada pela revisão bibliográfica. Após a apresentação do conceito, o comando solicitava que os estudantes escolhessem cinco, dentre os 16 indicadores apresentados, em ordem alfabética e dentro de um quadro. Em sequência, solicitava-se que enumerassem os indicadores escolhidos em ordem de importância e que os definissem. Por fim, uma questão aberta convidava os participantes a acrescentarem, sugerir ou definir algum outro indicador.

Os indicadores foram escolhidos por três critérios: 1) serem descritos nos três modelos mais citados pela literatura (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Campinha-Bacote, 2007; Rust, *et al.*, 2006); 2) complementarem outros modelos, treinamentos e/ou estudos de competência cultural (Green, *et al.*, 2007; Paez, *et al.*, 2009; Saha, *et al.*, 2008; Seeleman, *et al.*, 2009); e, 3) serem apontados como influentes no processo de comunicação em saúde (Braga & Silva, 2007; Martins & Araujo, 2008; Sears, 2010; Street Jr. & Epstein, 2008).

Ao término dos três instrumentos, que incluíam as questões focadas nos objetivos do estudo, os participantes tinham acesso a perguntas sobre dados sociodemográficos, onde se lia “identificação” e, logo abaixo, havia solicitação de informações, de acordo com o que a literatura tem apontado como importante para caracterizar as audiências envolvidas

em intervenções de educação em saúde, tal como a comunicação em saúde (Glanz, *et al.*, 2008) e agrupamentos populacionais (R. O. Campos & Campos, 2009). Além disso, foram incluídas informações direcionadas sobre o acesso à FCE. Dessa forma, a caracterização fazia referência a idade; sexo; naturalidade; estado civil; composição da família nuclear; cidade na qual concluiu o ensino médio; ano e período de ingresso na UnB; curso de graduação em andamento; e semestre. Ao final, lia-se “agradecemos a sua valiosa contribuição” em negrito e em forma de destaque.

#### **4.6 – Procedimentos**

Os primeiros passos da realização deste trabalho incluíram o cumprimento das normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996), portanto: a) após autorização para a realização da pesquisa, mediante termo de ciência da instituição, assinado pela Professora Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, Diretora da FCE (Anexo C); b) o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da UnB, que emitiu parecer favorável à sua execução (Anexo D); e c) foi realizado Estudo Piloto.

##### **4.6.1 – Coleta de dados**

Em setembro de 2010, a Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz contatou a Prof.<sup>a</sup> Dra. Diana Moura Lucia Pinho, diretora da FCE, apresentando a proposta e a intenção de realização deste estudo na FCE. Em visita à FCE, no I Seminário de Ciências Sociais e Saúde da FCE, realizado no dia 2 de dezembro de 2010, a pesquisadora obteve a autorização definitiva para a realização do estudo. Antes do início da coleta de dados, realizaram-se seis visitas à FCE com o intuito de observar a estruturação e funcionamento do campus e de efetuar o mapeamento institucional. Em um encontro com a Prof.<sup>a</sup> Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, coordenadora do curso de Saúde Coletiva, o estudo foi apresentado e informações sobre os cursos foram repassadas pela professora. Levantamento de dados relativos ao projeto político pedagógico, ementas e registro de ingresso de alunos na FCE foram realizados junto ao Serviço de Orientação ao Universitário (SOU), Secretaria de Administração Acadêmica (SAA) e secretaria geral, no mês de dezembro de 2010.

Após essas visitas, realizou-se, no mês de janeiro de 2011, Estudo Piloto com 20 estudantes (Anexo E), com o objetivo de verificar a adequação dos instrumentos, elaborados para o estudo. Nenhuma mudança de conteúdo se fez necessária ao TCLE ou

aos instrumentos. Foi realizada apenas uma reorganização do números de colunas no *survey* de competência cultural e padronizou-se o número de linhas disponíveis para cada resposta, nos três instrumentos, de modo a garantir que todas as perguntas tivessem o mesmo grau de importância.

O fato de o campus da FCE situar-se em espaço físico provisório implicou adaptação do roteiro de entrevista para questionário. Após análise desses dados e fatos e discussão com a direção da FCE, definiu-se o formato de aplicação coletiva.

Dos 17 indicadores de competência cultural apresentados aos participantes, 14 foram identificados como importantes à boa comunicação. Considerando que pouco destaque tem sido dado na literatura nacional ao tema competência cultural, o fato de 16 dos 20 participantes terem definido os indicadores aponta que eles são de alguma forma repassados aos estudantes da área de saúde. Portanto, o *survey* na forma de *check-list* mostrou-se adequado e pertinente aos objetivos do estudo.

Tendo sido a aplicação coletiva o formato definido para a coleta de dados, foi testada essa abordagem junto a estudantes da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde do campus Darcy Ribeiro da UnB, em abril de 2011. Termo de consentimento específico foi elaborado para essa verificação (Anexo F). Os dados não foram analisados porque o objetivo da aplicação era apenas identificar se haveria necessidade de alguma adaptação para a coleta final.

Uma mensagem de correio eletrônico (Anexo G), de formato padrão e personalizada foi enviada no 1º/2011 aos professores de todos os cursos oferecidos pela FCE para estudantes com ingresso no primeiro e segundo período de 2009 e primeiro período de 2010. Os endereços eletrônicos foram obtidos junto à secretaria da FCE. Doze professores responderam à mensagem, disponibilizando início ou final de horário de aula e oito turmas desses professores cumpriram os critérios de inclusão para a amostra do estudo. Na troca virtual subsequente ao primeiro contato, solicitava-se aos professores, também, cerca de 10 minutos, antes da aplicação coletiva, com vistas a poder apresentá-los os questionários que seriam entregues aos estudantes. As datas para a coleta foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos professores. A coleta definitiva de dados foi realizada entre os dias 16 de maio e 23 de junho, e no dia 13 de outubro de 2011, totalizando oito momentos de coleta de dados.

Em dia estipulado para aplicação coletiva, a pesquisadora chegava à FCE no mínimo 30 minutos antes do horário marcado com o/a professor/a, para encontro na sala de reuniões dos professores. Após a apresentação dos instrumentos, pesquisadora e

professor/a dirigiam-se à sala de aula. Chegando à sala de aula, independente dos instrumentos serem aplicados em início ou final da aula, a pesquisadora era apresentada. No momento destinado para a coleta, a pesquisadora lia o TCLE junto com os estudantes, reforçava a disponibilidade de esclarecer qualquer dúvida durante a participação e reiterava a voluntariedade e sigilo do ato e dos dados, assim como a possibilidade de retirar/encerrar a participação a qualquer momento. A pesquisadora permaneceu nas salas de aula do início ao fim da coleta de dados.

Os instrumentos eram entregues grampeados. As duas cópias do TCLE eram repassadas aos estudantes junto com os instrumentos. No momento de devolução à pesquisadora os instrumentos eram colocados em um envelope específico, uma cópia do TCLE era repassada ao estudante e a outra era colocada em outro envelope, de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Foram estabelecidos dois critérios de devolução dos instrumentos à pesquisadora: 1) coleta no início de aula – cada participante levantava a mão, a pesquisadora se dirigia a seu assento para receber os instrumentos, e o estudante continuava sentado, esperando os demais colegas concluírem a participação; e 2) coleta em horário marcado para segundo momento da aula – os estudantes se dirigiam à pesquisadora na medida em que concluíam sua participação e se retiravam da sala de aula.

#### **4.6.2 – Análise de dados**

Os dados coletados foram analisados de uma forma integrada, privilegiando aspectos de métodos mistos apontados pela literatura (Bardin, 2010; Creswell, 2007, 2009; Franco, 2003; Rozemberg, 2009).

As questões 1-4, 6 e 9-10, do Instrumento I, e as definições de indicadores de competência cultural do Instrumento III foram repassadas para o programa Word, com a ajuda de dois auxiliares de pesquisa, para que fosse realizada posteriormente a categorização de conteúdo temático, conforme Bardin (2010). A categorização não definida *a priori*, emergindo do conteúdo das respostas e implicando a volta à análise da revisão da literatura (Franco, 2003), foi feita pela pesquisadora e uma terceira auxiliar de pesquisa.

Neste trabalho utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 15.0, para o cálculo de estatísticas descritivas, tais como média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa.

## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados em quatro tópicos, juntamente com a discussão e reflexões fundamentadas na literatura específica, apresentada nos primeiros capítulos do trabalho. A parte inicial refere-se aos dados sociodemográficos, com vistas a caracterizar a amostra. Prossegue-se à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, na seguinte ordem: as primeiras 11 questões dos instrumentos; o questionário de comunicação em saúde e de variáveis psicossociais salientadas na revisão da literatura e o *survey* de competência cultural preenchido pelos estudantes da FCE (discussão dos cinco indicadores mais apontados como relevantes à competência cultural como estratégia para a comunicação em saúde). Exemplos citados pelos estudantes foram inseridos no texto, independente dos cursos, de forma a melhor caracterizar o conteúdo abordado. O curso de origem e a idade de cada participante são apresentados para contextualização das respostas.

### 5.1 – Caracterização da amostra

Este estudo contou com a participação de 139 estudantes da FCE, definidos após mapeamento institucional, que apontou que estudantes com ingresso no primeiro e segundo períodos de 2009 e primeiro período de 2010 seriam os mais indicados para uma amostragem por critério para a coleta definitiva de dados.

De acordo com dados da instituição, são os seguintes os números referentes ao ingresso dos estudantes: 1º/2009 – 209; 2º/2009 – 195; e 1º/2010 – 185. Os participantes corresponderam aos seguintes percentuais com relação ao ingresso no período respectivo: 1º/2009 – 30%; 2º/2009 – 22%; e 1º/2010 – 18%. Assim, considerando-se os três períodos de ingresso e a soma de 589 alunos matriculados nos períodos selecionados, a amostra de 139 estudantes correspondeu a 24% do total. A Figura 2 apresenta a distribuição dos alunos por período de ingresso.

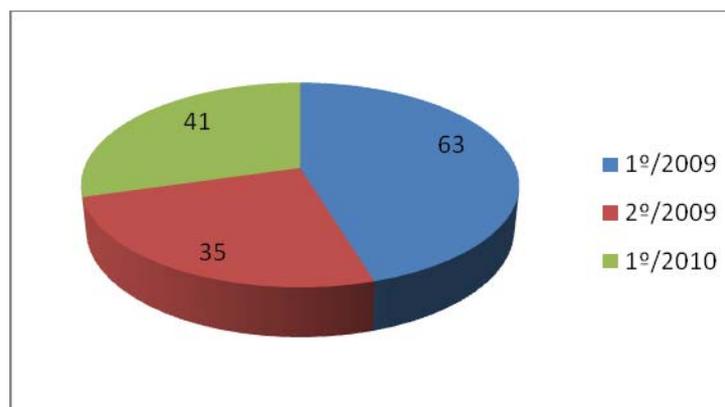


Figura 2. Distribuição dos estudantes por período de ingresso na FCE.

A FCE oferece diferentes cursos da área de saúde e a amostra incluiu estudantes de todos os cursos (Tabela 1). Três estudantes responderam aos instrumentos, mas não indicaram seus cursos. Optou-se por mantê-los na amostra visto que não houve uma análise por curso.

Tabela 1. *Distribuição da amostra por curso*

| Curso               | n   | %     | % dos casos válidos |
|---------------------|-----|-------|---------------------|
| Enfermagem          | 17  | 12,2  | 12,5                |
| Farmácia            | 8   | 5,8   | 5,9                 |
| Fisioterapia        | 27  | 19,4  | 19,9                |
| Saúde coletiva      | 50  | 36,0  | 36,8                |
| Terapia ocupacional | 34  | 24,5  | 25,0                |
| Sem especificação   | 3   | 2,2   |                     |
| Total               | 139 | 100,0 |                     |

Dos 130 estudantes que informaram sua religião, 77 são católicos (59,2% da amostra), 39 são evangélicos (29,9% da amostra), três são de religião espírita, e os outros 11 indicaram diferentes crenças.

A maior parte dos estudantes é solteira (n=127; 91,4%) e não tem filhos (n=131; 94,2%), sendo 114 (82%) do sexo feminino com idade entre 17 e 34 anos (Média=20,14 anos; Desvio-padrão=2,39). Esses dados são compatíveis com as taxas de comportamento e índices nacionais apontados pelo último censo demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), evidenciando que essa amostra acompanha importantes índices de desenvolvimento humano.

O fato de a amostra ser formada basicamente por mulheres corrobora fato ainda marcante e crescente nas profissões da área de saúde, em especial com longa tradição de predominância feminina nas profissões de enfermagem e farmácia (Organização Pan-americana da Saúde, 2011).

A maioria dos participantes (51,1%) afirmou que em sua casa vivem quatro ou mais pessoas. A distância social pode ser uma percepção assim como um indicador objetivo de características demográficas. No tocante à renda familiar, quase 20% não informaram o dado. Observa-se na Tabela 2 que 43 (30,9%) estudantes possuem renda familiar de até R\$ 4 mil e existe heterogeneidade quanto ao status socioeconômico, havendo grande distância entre o nível de renda mais alto e o mais baixo, situação que confirma a subsistente desigualdade econômica brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Tabela 2. *Renda Familiar*

| Renda                       | n   | %    | % Válida | % Acumulada |
|-----------------------------|-----|------|----------|-------------|
| Até 1000 reais              | 11  | 7,9  | 9,8      | 9,8         |
| Entre 1000 e 2000 reais     | 26  | 18,7 | 23,2     | 33,0        |
| Entre 2000 e 3000 mil reais | 20  | 14,4 | 17,9     | 50,9        |
| Entre 3000 e 4000 mil reais | 43  | 30,9 | 38,4     | 89,3        |
| Mais de 4000 mil reais      | 12  | 8,6  | 10,7     | 100,0       |
| Omissos                     | 27  | 19,4 |          |             |
| Total                       | 139 | 100  |          |             |

No que se refere ao paralelo entre cidade e tipo de escola na qual o participante concluiu o ensino médio, observa-se na Tabela 3 que 34 estudantes são provenientes de escolas públicas de Ceilândia e cidades contempladas pela política de inserção da FCE, ao passo que 43 participantes são provenientes de escolas particulares, contemplados pela mesma política.

Tabela 3. *Cidade e tipo de escola na qual concluiu o ensino médio*

| Escola     | Cidade                      | n  | %     | % dos casos válidos |
|------------|-----------------------------|----|-------|---------------------|
| Pública    | Brasília                    | 11 | 23,4  | 23,4                |
|            | Ceilândia                   | 10 | 21,3  | 21,3                |
|            | Cidade contemplada inserção | 24 | 51,1  | 51,1                |
|            | Fora do DF                  | 2  | 4,3   | 4,3                 |
|            | Total                       | 47 | 100,0 | 100,0               |
| Particular | Brasília                    | 36 | 42,4  | 42,4                |
|            | Ceilândia                   | 2  | 2,4   | 2,4                 |
|            | Cidade contemplada inserção | 41 | 48,2  | 48,2                |
|            | Fora do DF                  | 6  | 7,1   | 7,1                 |
|            | Total                       | 85 | 100,0 | 100,0               |
|            | Omissos                     | 7  |       |                     |

A maioria dos participantes nasceu em Brasília (n=71; 51,1%). Chama atenção o fato de 49 participantes (35,3%) não informarem sua naturalidade, uma vez que no Estudo Piloto todos os 20 participantes responderam à questão. Somente um respondente informou ter nascido em Ceilândia. Tal dado parece estar associado a uma tentativa de não identificação em função da política de acesso à FCE. Independente disso, a FCE consegue cumprir o objetivo de sua política de inserção, para o ingresso na UnB, tanto em relação aos alunos provenientes das escolas públicas, quanto aos das particulares, visto que 58,3% (n=77) dos respondentes válidos ingressaram na FCE por meio da política de ingresso adotada pela instituição, com vistas à inclusão de estudantes.

O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) ressalta que tratar de temas sociais no Brasil ainda significa observar a questão das desigualdades espaciais, de renda e de oportunidades, características da sociedade brasileira. Essa ressalva justifica a inclusão de caracterização de amostras de pesquisas, em todas as áreas de estudo, e neste trabalho, em específico, considerando a particularidade da proposta de inclusão social da FCE.

## 5.2 – Instrumento I

Nesta seção, serão apresentadas e discutidas as respostas às primeiras 11 questões dos instrumentos acerca da temática comunicação em saúde.

### 5.2.1 – Definição de comunicação

Para os estudantes, comunicação inclui a transmissão-recepção de informações, sentimentos e ideias, sendo caracterizada por trocas, interação e compreensão entre o emissor e receptor através de diversos meios, englobando aspectos verbais e não verbais. A Tabela 4 apresenta a categorização das respostas.

Tabela 4. *Categorização de palavras associadas à definição de comunicação*

| <b>Transmissão de informação (56)</b> | <b>Não verbal (41)</b> | <b>Interação (39)</b>         | <b>Verbal (33)</b>   |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Relatar sentimentos (12)              | Gesto (15)             | Entre pessoas/indivíduos (12) | Fala/r (11)          |
| Mensagem (10)                         | Ato (7)*               | Emissor-receptor (10)         | Ato (7)*             |
| Emissor-receptor (5)                  | Escrita (7)*           | Se relacionar (7)             | Oral (4)             |
| Ideias (5)                            | Corporal (3)           | Manter contato (3)            | Son/s - Sonoro/a (4) |
| Intencionalidades                     | Olhar (2)              | Estabelecer contato (2)       | Escrita (2)*         |
| - ideológicas (1)                     | Ações (1)              | Com animais (1)               | Articulação (1)      |
| - políticas (1)                       | Articulação (1)        | Com os outros (1)             | Expressão (1)        |
| - sociais (2)                         | Atitudes (1)           | Criar laços (1)               | Palavras (2)         |
| Meio (4)                              | Expressão (1)          | Diálogo (1)                   | Vínculo (1)*         |
| Pensamentos (3)                       | Leitura (1)            | Escuta (1)                    |                      |
| Ato (2)*                              | Toque (1)              |                               |                      |
| Conhecimento (1)                      | Vínculo (1)*           |                               |                      |
| Dados (1)                             |                        |                               |                      |
| Emoções (1)                           |                        |                               |                      |
| Esclarecimentos (1)                   |                        |                               |                      |
| Informações circulam (1)              |                        |                               |                      |
| Para:                                 |                        |                               |                      |
| - pessoas (4)                         |                        |                               |                      |
| - grupos (1)                          |                        |                               |                      |
| - público específico (1)              |                        |                               |                      |
| <b>Troca/s (26)</b>                   | <b>Meios (26)</b>      | <b>Compreensão (25)</b>       |                      |
| Informações (10)                      | Visual (6)             | Emissor-receptor (11)         |                      |
| Emissor-receptor (5)                  | Figuras (5)            | Receptor (4)                  |                      |
| Conhecimentos (4)                     | Sinais (4)             | Mensagem (3)                  |                      |
| Experiências (2)                      | Múltiplos (3)          | Pessoas (3)                   |                      |
| Códigos (1)                           | Audição (1)            | Animais (1)                   |                      |
| Conceitos (2)                         | Imagens (1)            | Assimilação (1)               |                      |
| Ideias (1)*                           | Internet (1)           | Ideia (1)*                    |                      |
| Pensamentos (1)                       | Leitura (1)            | Interpessoal (1)              |                      |
|                                       | Linguagem (1)          |                               |                      |
|                                       | Resolver problemas (1) |                               |                      |
|                                       | Símbolos (1)           |                               |                      |
|                                       | Televisão (1)          |                               |                      |

\*Algumas vezes a mesma palavra aparece em categorias diferentes em função da especificação feita pelos participantes.

A definição de comunicação apresentada pelos participantes é consonante com aquelas apontadas pela literatura (Girardi Jr., 2007; Kitajima & Cosmo, 2008; Mumby, 2010; Rozemberg, 2009; M. J. P. Silva, 2010; Thomas, 2010; Wolton, 2004).

Para Girardi Jr. (2007) e Mumby (2010), a comunicação é o que torna possível transmitir os sentimentos, compartilhar, trocar e tornar um pensamento comum a todos. No tocante aos participantes identificarem os sentimentos como fator a ser transmitido no processo de comunicação, vale lembrar destaque de Sears (2010) ao constatar que, no exercício profissional, os profissionais de saúde não se sentem preparados para comunicar-se apropriadamente com seus pacientes, o que gera sentimentos de incapacidade de efetivamente repassar informações. É possível que os participantes considerem, na transmissão e recepção de informações, sentimentos do emissor e receptor.

A comunicação se dá através de aspectos verbais e não verbais. Neste estudo, a comunicação não verbal aparece como um componente ainda mais valorizado do que a comunicação verbal, o que traz demandas específicas para o treinamento dos futuros profissionais de saúde. Corroborando um chamado de M.J.P. Silva (2010), esse dado sinaliza a necessidade de se resgatar a prática e a percepção da comunicação não verbal. A seguinte colocação de uma participante, referindo-se à importância da comunicação em sua rotina diária exemplifica essas afirmações:

*“Refiro-me não só à comunicação através da fala, linguagem, mas também através do toque, do olhar e expressão facial”.* (Terapia Ocupacional, 19 anos)

Observa-se que a escrita, embora associada à comunicação verbal (Borrelli & Zocante, 2010; Kitajima & Cosmo, 2008; M. J. P. Silva, 2010), é mais apontada pelos participantes como atributo da comunicação não verbal. Essa sinalização sugere que os estudantes entendem a comunicação verbal como aquela que se dá primordialmente pela fala e, paralelamente, consideram que a escrita vincula-se, em maior amplitude, à comunicação não verbal, juntamente com a manifestação gestual.

Os participantes associaram meios de comunicação a veículos utilizados para transmitir informações. Hansen (2004) destaca que a televisão é o grande condutor de informações, dentre os meios de comunicação, para a saúde, no século XXI. Chama atenção que um único estudante identificou a televisão como mídia atuante no processo de comunicação:

*“Tudo que possa servir para passar recado ou conversar seja pela fala, escrita, o rádio e televisão, internet, ou simplesmente uma imagem”.* (Saúde Coletiva, 18 anos)

Similarmente, uma única participante fez menção à internet, meio de comunicação também amplamente apontado pela literatura (A. P. F. L. Barros, 2008; Ferreira & Saraiva, 2008; Hansen, 2004; W. M. Vasconcelos, 2008); ainda assim, relatando como se lembrava de ter aprendido o conceito de comunicação, e não ao defini-lo:

*“Ah, a idade certa eu não me recordo, mas lembro ter sido bem nova, na escolinha ou na catequese, em que se falava da importância dos meios de comunicação a mídia, jornal e internet e a comunicação familiar”.* (Saúde Coletiva, 19 anos)

A mesma participante definiu a comunicação como:

*“Meio com que duas ou mais pessoas compartilham e discutem informações e conhecimento”.*

A dificuldade em definir comunicação foi trazida por dois estudantes ao tentarem transmitir a ideia de que o conceito se autodefiniria:

*“Comunicação é comunicação”.* (Enfermagem, 20 anos)

*“Comunicação é comunicar-se um com o outro”.* (Fisioterapia, 18 anos)

### **5.2.2 – Recordação/evocação do conceito de comunicação**

As lembranças evocadas pelos participantes frente à pergunta: *Com que idade, onde e/ou como você se lembra de ter aprendido o conceito de comunicação?* evidenciaram recordações associadas a fases e ambientes de desenvolvimento (Tabela 5). Sete estudantes responderam *“não me lembro”*. Os outros 132 trouxeram contribuições, com especificação de idade, juntamente com o contexto de assimilação do conceito.

A infância foi verbalizada como momento de aquisição do conceito de comunicação por 51 participantes (42,4%). A adolescência foi marcada por 32 estudantes (23%), sendo 14 e 15 anos as idades de maior recordação para oito estudantes em cada ano. Apenas dois estudantes fizeram referência à idade adulta (19 anos de idade para ambos os registros).

Tabela 5. *Categorização de evocações/recordações associadas à definição de comunicação*

| Fase de desenvolvimento (85)    |                                |                  | Ambientes de desenvolvimento (53) |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| Infância (51)                   | Adolescência (32)              | Idade adulta (2) | Escolar (43)                      |
| Sem especificação de idade (12) | Sem especificação de idade (5) | 19 anos (2)      | - aula de Filosofia (4)           |
| 1 ano (1)                       | 13 anos (5)                    |                  | - aula de Língua portuguesa (13)  |
| 5 anos (1)                      | 14 anos (8)                    |                  | - aula de Literatura (1)          |
| 6 anos (2)                      | 15 anos (8)                    |                  | - aula de Música (1)              |
| 7 anos (9)                      | 16 anos (2)                    |                  | - aula de Redação (4)             |
| 8 anos (7)                      | 17 anos (2)                    |                  | - aula de Religião (2)            |
| 9 anos (1)                      | 18 anos (2)                    |                  | - Faculdade / Universidade (17)   |
| 10 anos (7)                     |                                |                  | - Estudando para concurso (1)     |
| 11 anos (5)                     |                                |                  | Familiar (8)                      |
| 12 anos (6)                     |                                |                  | Social (2)                        |

A ênfase em especificar a idade parece estar associada a lembranças de vivências pessoais em que o conceito de comunicação é explicitamente enfatizado por quem transmite a definição:

*“Aos sete anos em casa com minha mãe enquanto ela ‘ralhava’ comigo perguntando se eu não sabia me comunicar, pegou um dicionário e leu o conceito por repetidas vezes”.* (Farmácia, 21 anos)

De acordo com Belsky (2010) há dois ambientes primordiais para o desenvolvimento humano: lar e escola. As relações sociais e afetivas se formam a partir das vivências nesses dois ambientes, marcando as recordações de todo ser humano, tal como citado por uma respondente:

*“Quando pequena eu via meus pais brigando pela tal falta de comunicação... hehehe... minha mãe me ensinou a palavra e me explicava o porquê da importância e que era isso que a mídia fazia, o que antes era feito pelo telefone, e como os meios tem evoluído”.* (Terapia Ocupacional, 19 anos)

Os estudantes da FCE confirmam esses dados, ao associarem aos ambientes de aprendizado formal (escola/faculdade/universidade) e familiar à aquisição de conhecimento e conceitos, como evidenciam os dados da Tabela 5 e as afirmações a seguir:

*“Não me lembro ao certo com que idade, mas acredito que com um ano, nas*

*primeiras palavras mãe ou pai e trocando o choro por algo pretendido pelo gesto, apontar para um objeto pelo seu simbolismo*". (Saúde Coletiva, 20 anos)

*"Na escola de ensino fundamental, com idade de sete anos, tendo que exercitar a fala em público em apresentações de trabalho*". (Saúde Coletiva, 20 anos)

A disciplina Língua Portuguesa foi apontada pelos participantes nas fases mais importantes de formação, evocada por 13 respondentes com referência ao período escolar e, por quatro estudantes, relativa à faculdade/universidade:

*"Aproximadamente uns 11, 12 anos, na aula de português, lembro que envolve: emissor, receptor, mensagem, basicamente*". (Terapia Ocupacional, 18 anos)

*"No ensino médio nas aulas de português, onde foi dado o conteúdo de figuras de linguagem*". (Saúde Coletiva, 19 anos)

*"Na verdade esse conceito foi uma construção e junção de elementos ao longo do tempo, mas que pôde ser aprimorado na Universidade, nas aulas de língua portuguesa*". (Terapia Ocupacional, 20 anos)

Embora seja alta a associação da interação, troca e transmissão-recepção de informações no processo comunicacional, o aprendizado é remetido a orientações formais. Assim, confirma-se a relevância de focar o ensino da temática da comunicação, desde etapas pré-escolares até a educação superior, e a inserção da comunicação em saúde na formação profissional, considerando seu poder de influência no processo saúde-doença.

### **5.2.3 – A importância da comunicação nas rotinas diárias**

Para os participantes, conforme dados da Tabela 6, a importância da comunicação em suas rotinas diárias relaciona-se à capacidade de possibilitar interações, a transmissão-recepção de informações, relacionamentos, expressões, trocas, compreensão, conversas/diálogos e a própria comunicação verbal e não verbal.

Tabela 6. *Categorização de aspectos associados à importância da comunicação em rotinas diárias*

| <b>Interação (36)</b>   | <b>Transmitir informações (30)</b>   | <b>Relacionar-se (28)</b>   | <b>Expressar (15)</b>  |
|---|--|---|--|
| Pessoas (9)<br>Social (7)<br>Acadêmica (5)<br>Mundo (5)<br>Família (3)<br>Pacientes (2)<br>Eficaz (1)<br>Igreja (1)<br>Informal (1)<br>Profissional (1)<br>Trabalho (1) | Conhecimento (5)<br>Opiniões (5)<br>Sentimentos (5)<br>Ideias (4)<br>Pensamentos (4)<br>Personalidade (3)<br>Decisões (2)<br>Mensagens (2)<br>Necessidades (2)<br>Críticas (1) | Pessoas (15)<br>Socialmente (3)<br>Mundo (2)<br>Família (2)<br>Com flexibilidade (1)<br>Comunidade (1)<br>De forma respeitável (1)<br>Com Deus (1)<br>Harmoniosamente (1)<br>Trabalho (1) | Desejos (3)<br>Sentimentos (3)<br>Conhecimento (2)<br>Ideias (2)<br>Opiniões (2)<br>Acontecimentos (1)<br>Aprendizagem (1)<br>Experiência profissional (1) |
| <b>Trocar (13)</b>  | <b>Compreender (11)</b>  | <b>Receber informações (11)</b>   | <b>Conversar/Dialogar (6)</b>  |
| Conhecimento (8)<br>Experiências (2)<br>Informações (2)<br>Vivências (1)  | Ser compreendido/a (4)<br>Pessoas (3)<br>Adequadamente (1)<br>Necessidades (1)<br>Saúde dos usuários do SUS (1)<br>Perfeitamente (1)   | Notícias (5)<br>Conhecimento (2)<br>Esclarecimentos (2)<br>Instruções (2)   | Com pacientes (3)<br>Com pessoas (2)<br>Na universidade (1)  |
| <b>Verbal (6)</b>   | <b>Conviver (4)</b>  | <b>Não verbal(4)</b>  |  |
| Fala (3)<br>Linguagem (3)   | Faculdade (1)<br>Família (1)<br>Pacientes (1)<br>Pessoas (1)   | Expressão facial (1)<br>Olhar (1)<br>Toque (2)  |  |

Entende-se que os estudantes deste estudo atribuem à importância da comunicação em suas rotinas diárias desdobramentos em suas interações, relacionamentos e meios verbais e não verbais de transmitir e receber informações através de trocas e diálogos. Os aspectos sinalizados como característicos da importância atribuída à comunicação são componentes do conceito de comunicação apresentada por essa amostra, ou seja, eles reiteram a definição. O que difere é a frequência do que é mais salientado, com ênfase nas possibilidades de interação e relacionamentos através da comunicação, tais quais:

*“A comunicação é muito importante para entender as necessidades ou saúde dos usuários do SUS”.* (Terapia Ocupacional, 20 anos)

*“A comunicação abre portas, ultrapassa fronteiras, me integra com o mundo e com as pessoas”.* (Saúde Coletiva, 21 anos)

*“Ela é o fator chave do processo de socialização”.* (Fisioterapia, 20 anos)

Em síntese, pode-se constatar que os respondentes possuem um conceito abrangente de comunicação e atribuem a ela importância significativa no processo saúde-doença, o que corrobora a relevância da comunicação como componente curricular nos cursos de formação na área de saúde.

Não obstante, figurando como exceção, encontra-se concepção em linha oposta à maioria, com entendimento individualista e descontextualizado do modelo biopsicossocial:

*“É de total importância para que eu tenha uma relação social e também consiga impor minhas posições e convicções delimitando o espaço ao meu redor e o acesso de outros indivíduos ao meu convívio”*. (Farmácia, 21 anos)

Esse dado impressiona e faz pensar em formas de promover, nos cursos de graduação, o desenvolvimento do pensamento humanista, de uma concepção mais solidária, a fim de evitar a existência de um profissional de saúde que privilegie a individualidade, em detrimento do bem-estar do outro, como demanda a área.

#### **5.2.4 – Definição de comunicação em saúde**

A comunicação em saúde, foco maior deste estudo, foi categorizada, de acordo com as definições dos participantes como uma ação que inclui transmissão de informações, interação do profissional de saúde-paciente, relação profissional de saúde-paciente, meios de comunicação com foco voltado à saúde, aspectos de compreensão, tomada de decisão, escuta atenta e respeito ao paciente. A Tabela 7 apresenta a categorização das respostas.

Tabela 7. *Categorização de palavras associadas à definição de comunicação em saúde*

| <b>Transmissão de informação (77)</b>      | <b>Interação do profissional de saúde (48)</b> | <b>Relação profissional de saúde-paciente (19)</b> | <b>Meios de comunicação transmitindo saúde (13)</b> |
|--|--|--|---|
| Saúde (15)                                 | Paciente (20)                                  | Relação (11)                                       | Cartazes (4)  |
| Paciente (9)                               | Profissional de saúde (8)                      | Atendimento (2)                                    | Propagandas (2)                                     |
| Promoção (8)                               | Diálogo (6)                                    | Estabelecer vínculo (2)                            | Rádio (2)   |
| Conhecimentos (8)                          | Equipe (4)                                     | Ensinos (1)  | Televisão (2)                                       |
| Prevenção (5)                              | Trabalho (2)                                   | Humanizada (1)                                     | Comerciais (1)                                      |
| Profissional de saúde-paciente (5)         | Centros de saúde (1)                           | Orientações (1)                                    | Interagir (1)                                       |
| Apoio (4)                                  | Comunidade (1)                                 | Trabalho em equipe (1)                             | Campanhas (1)                                       |
| Professor-aluno (4)                        | Clínicas (1)                                   |  |   |
| Tratamento (4)                             | Experiências (1)                               |  |   |
| Família (3)                                | Hospitais (1)                                  |  |   |
| Comunidade (2)                             | Infra-estrutura (1)                            |  |   |
| Equipe (2)                                 | Saúde (1)                                      |  |   |
| Reabilitação (2)                           | Sociedade (1)                                  |  |   |
| Recuperação (2)                            |  |  |   |
| Estudantes (1)                             |  |  |   |
| Ideias (1)                                 |  |  |   |
| Pensamentos (1)                            |  |  |   |
| Proteger (1)                               |  |  |   |
| <b>Compreender (12)</b>                    | <b>Ouvir (4)</b>                               | <b>Tomada de decisão (4)</b>                       | <b>Respeitar (3)</b>                                |
| Necessidades (5)                           | Paciente (3)                                   | Estabelecer terapêutica (1)                        | Paciente (2)  |
| Fala (2)                                   | Pessoas (1)                                    | Tratamento (3)                                     | Sociedade (1)                                       |
| Relação profissional de saúde-paciente (2) |  |  |   |
| Demandas (1)                               |  |  |   |
| Queixas (1)                                |  |  |   |
| Paciente (1)                               |  |  |   |

De acordo com as respostas à pergunta *o que você entende como comunicação em saúde*, comunicação em saúde é a transmissão de informações relacionadas à saúde, incluindo meios de comunicação para alcançar aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, a partir da interação entre profissional de saúde, paciente e equipe, em busca de compreender as necessidades, principalmente dos pacientes, que devem ser ouvidos e respeitados, na tomada de decisão sobre o tratamento.

Observa-se que a mesma distinção de comunicação e comunicação em saúde apontada por (N. Corcoran, 2010), é trazida pelos participantes que diferenciam a comunicação em saúde da comunicação em geral, pelo foco que é mais específico para informações de saúde e para as implicações e associações do conceito com a relação profissional de saúde-paciente, como evidenciado a seguir:

*“Seria exatamente o conceito de comunicação aplicada às ações de saúde, visando à multidisciplinaridade e o melhor atendimento. Um atendimento integrado com todas as áreas de saúde. Não deixando de ignorar que o paciente é, também, o*

*interlocutor... ”. (Fisioterapia, 19 anos)*

*“Interface de informações em saúde”.* (Saúde Coletiva, 19 anos)

De outra parte, duas considerações merecem atenção. Em uma delas, encontra-se uma compreensão fragmentada, que percebe a comunicação em saúde como um processo específico, dissociado do campo amplo em que se situa a comunicação nas relações humanas:

*“A comunicação em saúde é específica da saúde”.* (Saúde Coletiva, 20 anos)

Em outro, a situação é preocupante, pois a compreensão é contrária ao que demanda o processo comunicativo:

*“É uma linguagem mais técnica sobre a saúde, usando termos que torna essa linguagem de uma forma universal(globalizada), evitando o regionalismo de algumas palavras”.* (Fisioterapia, 20 anos)

Em ambos os casos, existe risco de haver prejuízo na comunicação entre o futuro profissional e o paciente.

Segundo Pérez e Luquis (2008) a comunicação em saúde tem a responsabilidade de transmitir informações que aumentem o conhecimento do estado de saúde, para cada indivíduo, conseqüentemente capacitando-o a entender medidas preventivas, de proteção e promoção da saúde individual e coletiva. Esse componente é apontado, também, pelos participantes deste estudo:

*“... a interação e troca de informações entre profissionais de saúde, e profissionais e clientes a fim de proporcionar promoção da saúde e /ou prevenção de doenças”.* (Saúde Coletiva, 21 anos)

*“Através da comunicação, os termos relativos à saúde tais como uma vida saudável, meios de prevenção de tais doenças e tratamento são disseminados por toda população, pois a comunicação está embasada na saúde”.* (Saúde Coletiva, 18 anos)

*“É um conceito que engloba conhecimento e o repasse dele no que diz respeito à proteção da saúde, farmacovigilância, epidemiologia e informações de medicamentos em geral”.* (Farmácia, 20 anos)

A equipe é compreendida como o grupo de profissionais de saúde em interação. No entanto, oito participantes nomearam essa interação como existente entre os profissionais de saúde, ao passo que apenas quatro estudantes compreenderam equipe como grupo de pessoas que trabalha com objetivos comuns, almejando resultados focalizados no paciente:

*“É uma troca de informações entre profissionais de saúde e paciente, entre a própria equipe de trabalhadores”*. (Enfermagem, 19 anos)

*“A capacidade de se relacionar eficientemente para criar um vínculo profissional-paciente, melhorar o trabalho em equipe, infra-estrutura, enfim, o ambiente geral da saúde”*. (Saúde Coletiva, 20 anos)

Santos (2001) define a comunicação profissional de saúde-paciente como a identificação, descrição e análise de fatores envolvidos na transmissão e compreensão de informação do profissional para o paciente e vice-versa. Entretanto, há uma especificação de um tipo de comunicação, fazendo referência àquela que implica a relação profissional de saúde-paciente. Do total de participantes, 11 não estabeleceram diferença entre comunicação em saúde e relação profissional de saúde-paciente, como se comprova nestes casos:

*“O modo como os profissionais e pacientes se relacionam”*. (Fisioterapia, 20 anos)

*“É a comunicação entre profissionais e pacientes”*. (Saúde Coletiva, 20 anos)

*“É a relação entre profissional de saúde e o paciente”*. (Enfermagem, 20 anos)

A amostra deste estudo não contemplou estudantes de medicina. Observa-se que quatro participantes, ao definirem a comunicação em saúde, relacionaram-na específica e nominalmente à categoria médica. Nada se pode afirmar, mas pode-se fazer pelo menos uma conjectura, a de que persiste a concepção defendida pelo modelo biomédico, a partir das seguintes afirmações:

*“Uma troca entre paciente e médico”*. (Fisioterapia, 20 anos)

*“Interação entre médico-usuário da saúde”*. (Saúde Coletiva, 19 anos)

Embora uma relação profissional de saúde-paciente mais estreita e preocupada com os aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais do adoecer seja apontada como uma característica chave do processo de humanização (Gonçalves, 1999), apenas um participante identificou esta acepção:

*“Quando escuto este termo vem logo em minha mente troca de saberes em saúde, atendimento humanizado, diálogo, aprendizado”.* (Terapia Ocupacional, 19 anos)

Depreende-se que a humanização ainda não permeia os pensamentos da maioria dos estudantes que compuseram a amostra. Esse resultado traz implicações diretas para o cotidiano profissional, particularmente quando consideramos os princípios definidos pelo SUS.

O conhecimento não pode ser reduzido apenas ao que circula nos meios formais de divulgação (Spink, Menegon, Gamba, & Lisboa, 2010), incluindo à totalidade do ato comunicativo, toda pessoa e toda intenção de transmissão de informação (Santaella, 2001). As associações dos participantes do que sejam meios de comunicação em saúde são consonantes com aquelas apresentadas pela literatura (A. P. F. L. Barros, 2008; Ferreira & Saraiva, 2008; Hansen, 2004; W. M. Vasconcelos, 2008), como no exemplo:

*“A comunicação em saúde existirá desde o momento da relação terapêutica, atendimento do usuário na própria instituição de saúde por técnicos, profissionais e atendentes até propagandas na TV, rádio e cartazes sobre vacinação e outros, bem como leitura de livros, artigos. E também inclui o conhecimento da população sobre a saúde e a transmissão desta”.* (Fisioterapia, 23 anos)

Um participante atribuiu à comunicação em saúde a função de repassar o conceito de saúde:

*“A comunicação em saúde é uma área que trata de passar a informação acerca dos elementos da saúde e que mostra em si a importância de entender o conceito de sentir-se bem, tanto psicologicamente, mentalmente, fisicamente”.* (Terapia Ocupacional, 20 anos)

Apenas um participante respondeu *“não sei o que é isso”* (Fisioterapia, 18 anos). É possível afirmar que, de modo geral, as percepções dos estudantes sobre o processo de comunicação em saúde remetem a questões relativas à atuação profissional. Em outras palavras, quando definem comunicação em saúde, os estudantes se posicionam como profissionais de saúde.

### 5.2.5 – Diferenciando comunicação e comunicação em saúde

Os participantes foram instados a responder se encontravam alguma dificuldade em diferenciar os conceitos de comunicação e comunicação em saúde. Cento e trinta e cinco responderam à questão. Conforme ilustrado na Figura 3, a maior parte respondeu não (n= 106; 76,25%). Os estudantes que responderam encontrar dificuldade (n=24) ou um pouco de dificuldade (n=5), junto com os quatro indivíduos que deixaram a questão em branco, representaram menos de um quarto da amostra (23,74%).

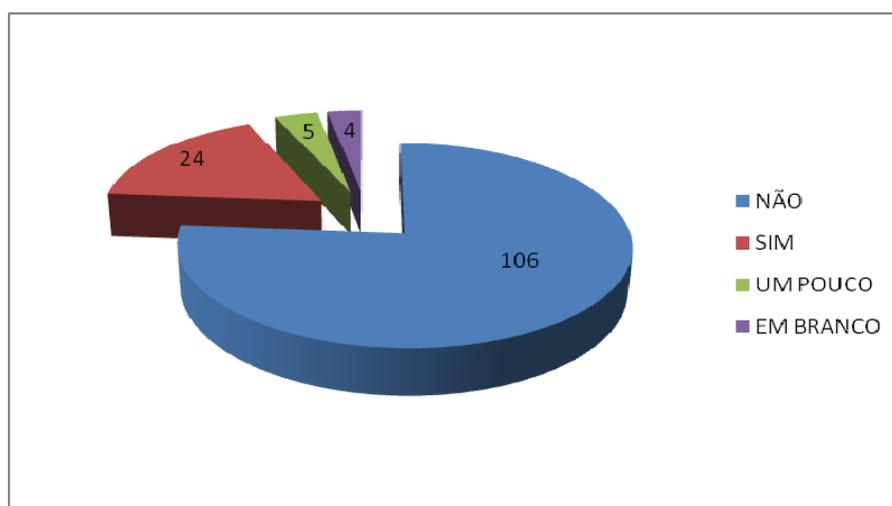


Figura 3. Dificuldade em diferenciar comunicação e comunicação em saúde.

Cabe destacar que dos 106 respondentes que não encontraram dificuldade em diferenciar os dois conceitos, quase metade (n=50; 47,16%) voluntariamente, pois não era solicitado no enunciado da questão, incluiu justificativa para sua resposta, entre as quais:

*“Não, acredito que se complementam”.* (Farmácia, 19 anos)

*“Não sinto dificuldade, até porque as duas definições partem dos mesmos princípios o que as diferenciam é o fato de uma estar mais ligada ao processo saúde-doença”.* (Fisioterapia, 19 anos)

*“A primeira é mais usual, porém a segunda teria que estar embutida 100% na primeira”.* (Fisioterapia, 27 anos)

Embora a dificuldade em diferenciar comunicação e comunicação em saúde tenha sido sinalizada em menor proporção, dos 26 estudantes que apontaram essa dificuldade, mais da metade (n=13; 54%16) também justificou sua resposta, por exemplo:

“*Sim, pois eu não sei o que é comunicação em saúde*”. (Enfermagem, 19 anos)

“*Sim, não consigo distinguir muito bem*”. (Enfermagem, 20 anos)

Em uma das respostas indicando dificuldade com os termos, o participante respondeu:

“*Sim. Pois uma está relacionada com a outra*”. (Fisioterapia, 20 anos)

Se compararmos essa resposta com as negativas de dificuldade para diferenciar os dois conceitos, observa-se que a inter-relação entre os conceitos serve tanto para facilitar a compreensão, como para dificultar sua assimilação. Portanto, as justificativas ampliadas possibilitam supor que os participantes se envolveram com a temática dos instrumentos que lhes foram apresentados, assim como demonstraram uma motivação elevada para comunicar suas percepções.

### 5.2.6 – Conceito de saúde

Todos os 139 participantes que compuseram a amostra deste estudo identificaram um conceito de saúde. Essa foi a única questão que todos os estudantes responderam. A Tabela 8 apresenta a distribuição dos atributos associados à definição de saúde.

Tabela 8. *Atributos associados ao conceito de saúde*

| <b>Bem-estar</b>           | <b>Relação com adoecimento</b> | <b>Completo desenvolvimento</b> | <b>Equilíbrio</b> |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Físico (107)               | Não apenas a ausência          | 28                              | 8                 |
| Mental/Psíquico (103)      | de doenças (47)                |                                 |                   |
| Social (74)                | Ausência de doenças            |                                 |                   |
| Espiritual (27)            | (22)                           |                                 |                   |
| Biopsicossocial (29)       |                                |                                 |                   |
| <b>Direito fundamental</b> | <b>Qualidade de vida</b>       | <b>Estudo</b>                   | <b>Trabalho</b>   |
| 6                          | 4                              | 1                               | 1                 |

A saúde foi definida como um estado de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Vinte e nove estudantes (20,86%) fizeram referência a esse bem-estar como uma condição biopsicossocial. Na percepção de 47 estudantes, a saúde não é apenas a ausência de doenças. Para 22 respondentes ela está associada à ausência de doença. A saúde é apresentada como um estado de completo desenvolvimento por 28 participantes, e é também associada por alguns a um estado de equilíbrio (n=8) e qualidade de vida (n=4).

Seis participantes a identificam como um direito fundamental. Dois estudantes incluíram no conceito o acesso a estudo e boas condições de trabalho.

Esses dados indicam que, em geral, os integrantes da amostra expressam o conceito de saúde em consonância com a definição apontada pela OMS, ou seja, como o completo desenvolvimento e bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doenças, afirmando ainda que o gozo de melhor estado de saúde constitui um direito fundamental de todos os seres humanos, sejam quais forem suas raças, religiões, opiniões políticas, condições econômicas e sociais (World Health Organization, 2011). Nas respostas, isso pode ser observado:

*“Saúde é um estado de bem-estar físico, psicológico, mental e espiritual, a qual depende de uma série de fatores e não necessariamente significa a ausência de doenças”.* (Fisioterapia, 19 anos)

*“Não apenas como ausência de doença, mas o conjunto de bem-estar físico e psicossocial”.* (Farmácia, 19 anos)

*“Saúde é o processo de bem-estar físico, emocional, espiritual... É ter qualidade de vida e um equilíbrio entre as áreas da vida. Saúde não é somente ausência de doença”.* (Saúde Coletiva, 19 anos)

Quando atribuem ao conceito de saúde um estado de bem-estar, os estudantes não necessariamente identificam os componentes listados no conceito da OMS (World Health Organization, 2011), mas todos trouxeram mais de um componente de bem-estar. Esse dado indica a consideração da perspectiva biopsicossocial, compreendendo o processo de saúde-doença e somando uma perspectiva social para determinar a saúde e a vulnerabilidade de cada indivíduo ao adoecimento conforme destacado por Straub (2007).

Alguns participantes associam diretamente a ausência de doença como condição indispensável à saúde, embora associem essa condição a outros componentes:

*“Ausência de doença, ou bem-estar físico, psicológico e social”.* (Saúde Coletiva, 20 anos)

*“Seria dizer ausência de doença e tudo que envolve o bem-estar emocional psicológico e físico do indivíduo. Saúde pra mim é qualidade de vida”.* (Fisioterapia, 19 anos)

*“Bem-estar físico, psicossocial, na ausência de um processo patológico”.* (Terapia Ocupacional, 18 anos)

Assim, depreende-se que uma perspectiva biomédica, caracterizada por atribuir o adoecimento a uma causa primordialmente biológica (Straub, 2007) ainda está presente na concepção de saúde de alguns estudantes desta amostra, confirmando que uma abordagem biopsicossocial não está suficientemente disseminada ou, ainda, que essa perspectiva não adquiriu a magnitude necessária, ao menos nesta etapa da formação profissional, o que certamente se refletirá na atuação dos futuros profissionais de saúde.

Observa-se que, para outros, saúde é uma condição que está sujeita a alterações constantes:

*“Bem-estar físico, emocional e biopsicossocial. Não é ausência de doença e sim, vários determinantes sociais que irão impactar na sua saúde”.* (Enfermagem, 20 anos)

*“É um bem-estar biopsicossocial, mas que não é completo, que a cada instante entra em desequilíbrio e precisa ser consertado”.* (Saúde Coletiva, 20 anos)

Quando 29 participantes afirmam que a saúde implica um bem-estar biopsicossocial, pode-se entender que há uma evolução em relação à distinção feita pelos outros estudantes que citaram variáveis de ordem física, psíquica, social e espiritual, de forma separada. Enquanto a maior parte dos estudantes parece evocar componentes do conceito de saúde que lhes foram repassados, os estudantes que integraram as variáveis sugerem ter um conceito mais elaborado:

*“Condição de bem-estar biopsicossocial”.* (Saúde Coletiva, 20 anos)

*“Qualidade de vida, envolvendo fatores biopsicossociais”.* (Fisioterapia, 20 anos)

Um dos participantes apresentou uma definição consonante com o conceito da OMS (World Health Organization, 2011), mas ressaltou que este é utópico, impossível de ser atingido:

*“É você estar bem consigo mesmo, em seu ambiente físico, social e psicológico. Discordo do conceito da OMS do completo bem-estar físico, psíquico e social, pois, se assim fosse, ninguém teria saúde”.* (Terapia Ocupacional, 20 anos)

A ressalva leva à percepção de que, no que tange à saúde, pode-se ter mais ou menos saúde, mas nunca saúde total. O respondente demonstra conhecimento do conceito em sua totalidade, mas faz questão de ressaltar que a definição coloca a saúde como uma

condição inalcançável, visto que o bem-estar físico, psíquico e social não poderia ter caráter de completude.

De modo bastante abrangente, as definições dos estudantes evidenciam uma concepção ampliada do conceito de saúde, nele incluindo componentes diversos, que se assemelham ou se igualam à definição da OMS (World Health Organization, 2011). Pode-se inferir que as percepções dos respondentes com relação ao conceito de saúde não se limitam à concepção inerente ao modelo biomédico, apesar de este ainda permear algumas falas. Conclui-se que há indicativos de que os futuros profissionais poderão ter uma atuação norteada pelo modelo biopsicossocial.

### 5.2.7 – Desigualdade e disparidade em assistência à saúde

Aos participantes desta amostra foi perguntado: *você sabe o que é uma desigualdade/disparidade em saúde?* Em caso de resposta afirmativa, foi solicitado que definissem o conceito. Quase metade dos estudantes (n=69; 49,64%) respondeu não saber o que é uma desigualdade/disparidade. No entanto, 56 deles (40,28%) afirmou conhecer o conceito e apresentou uma definição. Quatorze respondentes deixaram a questão em branco. As frequências dos atributos que os estudantes relacionaram à definição de desigualdade/disparidade estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9. *Atributos relacionados ao conceito de desigualdade/disparidade*

| Diferenças no acesso aos serviços de saúde | Diferenças na forma de tratamento dos pacientes   | Falta de acesso aos serviços de saúde | Não garantia do direito à saúde |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| 18   | Condição inespecífica (6)<br>Condição social (5)<br>Condição econômica (4)<br>Crença política (1)<br>Raça (1) | 14                                    | 7                               |
| <b>Desníveis</b>                           | <b>Falta de estrutura</b>   | <b>Sistema não funciona</b>           |                                 |
| 5  | 2   | 1                                     |                                 |

Os estudantes que responderam saber o que são desigualdades/disparidades em saúde definiram-nas primordialmente como as diferenças no acesso aos serviços de saúde (32,14% dos que responderam sim à questão):

*“Penso que seja os diferentes tipos de acesso à saúde, ou busca dela, em hospitais, centros de saúde, etc.”.* (Saúde Coletiva, 21 anos)

Além disso, foram feitas referências a tratamentos diferenciados a partir das condições socioeconômicas, por exemplo:

*“Ao meu ver, desigualdade ou disparidade em saúde, significa as diferenças que podemos encontrar nesse contexto e que na maioria das vezes depende de fatores socioeconômicos, grau de escolaridade, dentre outros”.* (Fisioterapia, 19 anos)

Para 25% dos participantes desigualdade/disparidade refere-se à falta de acesso aos serviços de saúde, entre os quais:

*“O não acesso a informações e serviços e equipamentos de saúde, além de condições sociais, econômicas e educacionais das pessoas mais carentes”.* (Fisioterapia, 27 anos)

*“É a falta de acesso aos serviços de saúde de acordo com as diferentes classes sociais”.* (Saúde Coletiva, 19 anos)

As definições de desigualdade/disparidade como o acesso diferenciado e a falta de acesso aos serviços de saúde são consonantes com aquelas definidas pela literatura (Barata, 2009b; Carter-Pokras & Banquet, 2002; Schiavo, 2007), inclusive com relação à identificação da inter-relação entre o status socioeconômico (Kotkin-Jaszi, 2008).

Para sete respondentes essas desigualdades/disparidades significam que o direito à saúde não está sendo garantido, entre estes:

*“Desigualdade é exatamente o que acontece atualmente, nem todos possuem/tem acesso ao mesmo tratamento, apesar disso ser direito de todos”.* (Farmácia, 20 anos)

O fato de as condições socioeconômicas e de o acesso aos serviços de saúde aparecerem de forma destacada parece refletir dados da realidade da saúde pública brasileira. O sistema não consegue atender a todos, ou seja, não atende ao disposto na Constituição Federal, que prevê saúde para a totalidade da população, sem qualquer distinção. Nesse sentido, cabe comentário de que assistência à saúde é hoje um problema universal que vem se configurando como um desafio para diferentes gestões de governo, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

Cinco participantes indicaram que o conceito representa desníveis em saúde, por exemplo:

*“Representa os desníveis da atuação prática da saúde dentro do que é proposto nas leis e nos projetos teóricos”.* (Fisioterapia, 19 anos)

Essa resposta parece traduzir o especificado na Constituição Federal enquanto diretriz que resguarda o direito à saúde para todos sem distinção (Brasil, 2008).

Alguns conceitos apresentados pelos estudantes comprovam o que Barata (2009b) alerta como a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social:

*“Desigualdade em saúde define a situação em que uma pessoa tem desvantagens em relação a outras pessoas no que diz respeito ao acesso às condições favoráveis de saúde”.* (Saúde Coletiva, 20 anos)

Um estudante identificou uma particularidade na relação profissional de saúde-paciente:

*“É uma condição de diferença entre sujeitos, imposta pelos profissionais indevidamente”.* (Farmácia, 20 anos)

Este participante faz uma crítica à hierarquia que se estabelece pela relação de poder que predomina entre os papéis socialmente estabelecidos entre quem busca e quem presta cuidados em saúde (Caprara, 2004).

As definições de desigualdade/disparidade apresentadas pelos estudantes da amostra evidenciam que eles estão cientes das implicações de variáveis psicossociais e sua influência no processo de saúde-doença, identificando componentes de disparidades em assistência à saúde, inclusive a relação assimétrica que existe entre o profissional de saúde e seu paciente. Assim, emerge a necessidade de refletir sobre a correlação entre variáveis psicossociais e desigualdades sociais no âmbito do processo de formação, para que a parcela de futuros profissionais de saúde que ainda não identifica esses importantes componentes para o processo de comunicação em saúde possa adicionar à sua atuação ferramentas que são acessíveis e que podem contribuir para a redução das disparidades existentes nos sistemas de saúde.

#### **5.2.8 – Acesso à temática comunicação em saúde por período de ingresso na FCE**

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que ingressaram no primeiro e segundo períodos de 2009 e primeiro período de 2010, no

que se refere ao estudo da temática comunicação em saúde [ $\chi^2_{(2)}=8,91; p=0,01$ ]. Conforme Tabela 10, a maioria dos alunos do primeiro período de 2010 afirmou não ter estudado a temática da comunicação em saúde, enquanto a maior parte dos alunos do primeiro e segundo períodos de 2009 assegurou ter estudado.

Tabela 10. *Acesso à temática comunicação em saúde por período de ingresso*

| Você já estudou a temática comunicação em saúde em alguma disciplina? |                       | Período |         |         | Total |
|---|-----------------------|---------|---------|---------|-------|
|   |                       | 1º/2009 | 2º/2009 | 1º/2010 |       |
| SIM   | N                     | 37      | 24      | 14      | 75    |
|   | % relativa ao período | 59,7%   | 68,6%   | 35,9%   | 55,1% |
| NÃO   | N                     | 25      | 11      | 25      | 61    |
|   | % relativa ao período | 40,3%   | 31,4%   | 64,1%   | 44,9% |
| Total   |                       | 62      | 35      | 39      | 136   |

Há de se destacar que mais da metade dos respondentes revelou compreender a temática comunicação em saúde como integrante de sua formação profissional, o que evidencia ações dos professores da FCE, independente de um momento estruturado dos currículos. Ainda que de acordo com o mapeamento institucional não houvesse previsão de disciplinas com conteúdo voltado para a comunicação em saúde, as disciplinas Fundamentos da Educação em Saúde e Saúde e Sociedade foram indicadas pelos estudantes (6,5% em cada disciplina) como tendo abordado o assunto.

### **5.2.9 – Relação entre comunicação em saúde e formas de atuação profissional**

Indagados sobre qual é a relação entre comunicação em saúde e as possíveis formas de atuação de um profissional de saúde, 94,24% dos estudantes (n=131) responderam à questão, conforme distribuição de categorias apontadas na Tabela 11.

Tabela 11. *Relação entre comunicação em saúde e atuação profissional*

|   | n  | %     |
|---|----|-------|
| Auxilia na relação profissional de saúde paciente   | 53 | 38,12 |
| Qualifica a comunicação em saúde                    | 39 | 28,05 |
| Melhora a relação profissional de saúde paciente    | 26 | 18,7  |
| Influencia a relação profissional de saúde-paciente | 13 | 9,35  |
| Em branco   | 8  | 5,75  |

Entre os que consideraram que a comunicação em saúde auxilia a atuação profissional (n=53), extraem-se como exemplos:

*“A comunicação em saúde ajudará o profissional de saúde a lidar melhor com as dificuldades encontradas no dia a dia e a melhor forma de lidar com a diversidade de pacientes e problemas”*. (Saúde Coletiva, 21 anos)

*“A comunicação ajuda os profissionais de saúde a entender os pacientes e a conscientizá-los da importância de se tomar certas atitudes saudáveis em sua vida”*. (Terapia Ocupacional, 20 anos)

*“Acredito que por meio da comunicação o profissional da saúde pode ajudar na promoção da saúde com os pacientes, não apenas tratá-lo como um ser biológico que precisa ser curado”*. (Saúde Coletiva, 18 anos)

As respostas apontam para a percepção da comunicação em saúde como fator importante na atuação profissional e identificam pontos em que ela auxilia o profissional a lidar com as diferenças e as dificuldades encontradas, a entender os pacientes, considerando outras condições, além dos aspectos meramente biológicos. Dessa forma, pode-se conscientizar os pacientes sobre questões relativas a sua saúde e contribuir efetivamente para a melhora de seu estado de saúde.

Mais de um quarto dos estudantes (28,05%) qualificaram a comunicação em saúde, incluindo a percepção de que ela deve estar presente na atuação profissional, entre eles:

*“O profissional de saúde está envolvido diretamente nesta temática sem ela o profissional fica distante da sua função”*. (Saúde Coletiva, 19 anos)

*“Um profissional de saúde com uma boa comunicação em saúde atende melhor seu cliente, pois o cliente quer ser acolhido, ele quer conversar e ser ouvido”*. (Fisioterapia, 20 anos)

*“Quando um profissional tem uma boa comunicação ele vai ser um bom profissional que se dedica e que está preocupado com o outro”.*

(Saúde Coletiva, 20 anos)

Nota-se que os participantes condicionam a boa atuação à comunicação em saúde, havendo mesmo a percepção de que sem essa característica o profissional de saúde se distancia dos propósitos de sua formação.

Outros 26 estudantes consideraram que a comunicação em saúde melhora a relação profissional de saúde paciente. Dentre eles:

*“Um profissional que sabe se comunicar com os pacientes e com os outros profissionais da saúde está atuando da melhor maneira possível”.*

(Fisioterapia, 21 anos)

*“Quanto mais integrado com os profissionais de saúde das outras áreas e com uma boa conduta perante os usuários dos serviços de saúde aliado a uma prática baseada em evidências melhor a atuação dos profissionais de saúde”.*

(Saúde Coletiva, 31 anos)

*“Melhora a relação do profissional com o paciente, e com os colegas de trabalho”.*

(Terapia Ocupacional, 34 anos)

Neste grupo, observa-se que existe a percepção de que a comunicação em saúde deve ocorrer não só entre o profissional de saúde e seu paciente, mas também com relação a todos os membros da equipe.

Treze estudantes afirmaram que a comunicação em saúde influencia as formas de atuação em saúde, dentre estes:

*“Comunicação em saúde pode ser um instrumento que orienta as práticas laborais e auxilia no planejamento de ações para a comunidade.”* (Saúde Coletiva, 20 anos)

*“A comunicação em saúde é importante, para o profissional de saúde levar em consideração todos os aspectos do cliente, como religião, cultura, aspectos socioeconômicos que podem influenciar nos tipos de tratamento.”*

(Enfermagem, 20 anos)

Os exemplos apresentados sintetizam a influência da comunicação em saúde relacionada às formas de atuação de um profissional de saúde. Nas asserções, os participantes demonstram compreender que a comunicação em saúde é importante para a prática profissional. Para comunicar-se bem com o paciente, o profissional de saúde há de

estar atento às diferentes variáveis psicossociais envolvidas no processo saúde-doença, de modo a promover ações voltadas a uma assistência integral.

#### **5.2.10 – Características essenciais a um profissional de saúde**

Vinte e quatro características foram descritas como essenciais a um profissional de saúde com efetiva comunicação em saúde, conforme aponta a Figura 4. Como o objetivo da pergunta era detectar as percepções dos estudantes, ou seja, as apreensões e a consciência acerca dos caracteres indispensáveis ao profissional de saúde para que ele possa se comunicar bem com seu paciente, a opção foi registrar todas as respostas, ainda que a análise tenha contemplado especificamente as mais destacadas.

Em função da relevância dessas percepções, optou-se pela listagem de todas elas, sem uma categorização, de forma a destacar o que foi de fato especificado. As seis características de maior valoração têm relação direta com indicadores de competência cultural.

Por ordem de valoração, apareceram os seguintes resultados: saber ouvir o paciente foi descrita como a característica mais importante para um profissional de saúde que saiba se comunicar com o paciente por 19,42% da amostra; em segundo lugar, com 18%, aparece conhecer o paciente; saber respeitar o próximo e ter paciência, em especial com o paciente, foi igualmente apontada com característica fundamental à comunicação em saúde por 12,23%; linguagem foi a quinta característica mais sinalizada (n=14; 10,07%).

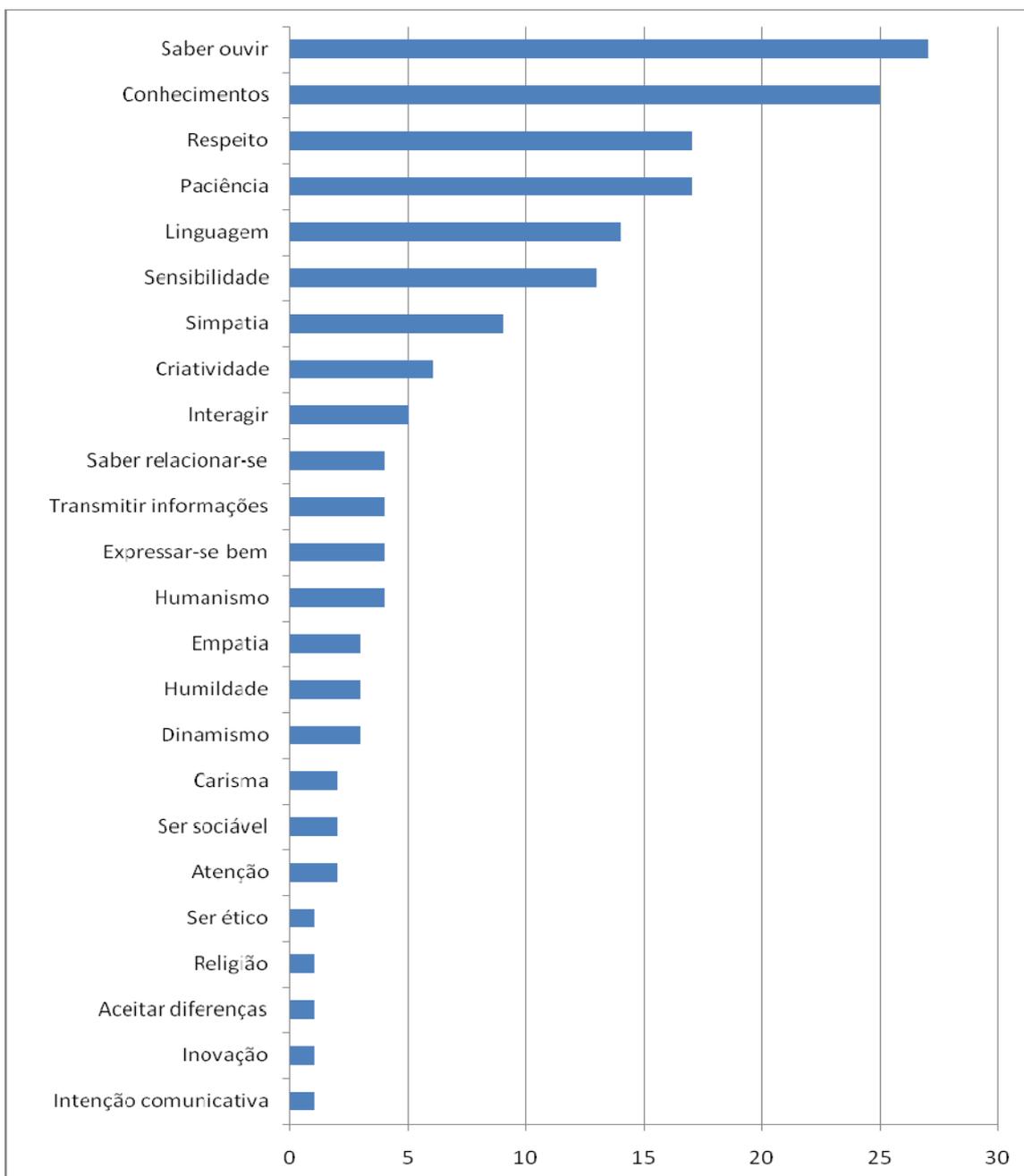


Figura 4. Características apontadas como essenciais a um profissional de saúde.

Saber ouvir o paciente, característica mais apontada pelos participantes ( $n=27$ ) é também sinalizada por Miranda (1996), que qualifica ouvir como uma escuta que “às vezes é tudo” justificando o motivo por que muitos pacientes relatam melhoras quando os profissionais de saúde “apenas” os escutam.

Conhecimentos foram considerados como importantes atributos por 25 estudantes. Yarkony (1994) destaca que efetivamente cabe aos profissionais de saúde compartilhar seus conhecimentos. Pérez e Luquis (2008) os responsabilizam por, ao transmitir

informações a respeito da saúde, aumentarem o conhecimento do estado de saúde, de cada indivíduo, conseqüentemente capacitando-o a entender medidas preventivas, de proteção e promoção da saúde individual e coletiva.

Respeito, apontado por 17 respondentes, implica humanização (Barros, & Cypriano, (2008) e também pode ser entendido como a contextualização de aspectos culturais do paciente (Guastelli, *et al.*, 2008). É um dos princípios da competência cultural, característica que se adquire a partir da apreciação do contexto social do paciente (Joeke, *et al.*, 2011; Kodjo, 2009). Além disso, há implicações éticas, legais e psicológicas, se considerarmos a diversidade envolvida no contexto de vida do paciente (Queiroz, 2003).

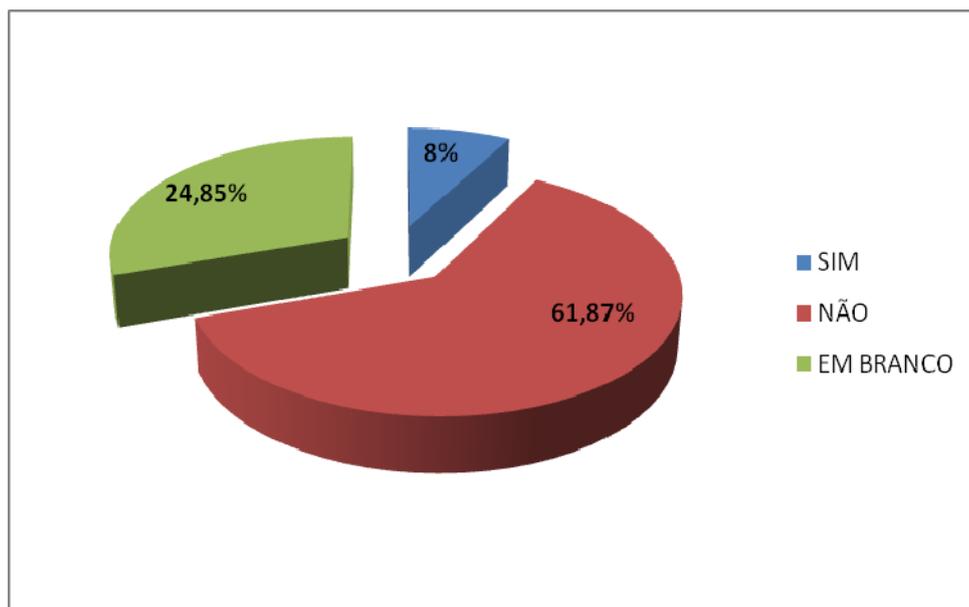
Os estudantes atribuem à paciência um importante valor. Não há na literatura pesquisada nenhuma referência explícita sobre essa característica. Talvez a palavra reflita suas experiências atuais, frente à angústia decorrente de uma demanda antecipada em relação à própria atuação.

É de se esperar que a linguagem tenha sido apontada como uma característica essencial à boa comunicação em saúde. Ela é também uma das maiores dificuldades no processo de comunicação visto que a não compreensão dos profissionais de saúde, das verbalizações do paciente pode interferir de forma direta nas indicações terapêuticas. Face a esse resultado é importante notar que os estudantes identificam essa relevância e percebam que os profissionais de saúde ainda usam uma linguagem inacessível ao paciente (Borrelli & Zocante, 2010; E. M. Costa & Carbone, 2004; Martins & Araujo, 2008).

Embora a sensibilidade tenha sido a sexta característica mais apontada pelos participantes, é um atributo que merece destaque, visto que ela pressupõe subsídios para questões como respeito, compreensão e saber ouvir o paciente (Rios, 2011).

### **5.2.11 – Outras informações**

A última questão aberta da primeira seção dos instrumentos perguntava aos participantes se desejavam acrescentar alguma informação. A Figura 5 apresenta a proporção dos participantes que responderam à questão.



*Figura 5.* Porcentagem de participantes que quiseram incluir informações adicionais.

Cabe destacar que embora as respostas “não” e “em branco” denotem ausência de respostas, estão apresentadas separadas porque expressar a negação é um ato comunicativo mais complexo do que simplesmente deixar a questão em branco.

Dentre os 11 participantes que acrescentaram informações, três evidenciaram a importância da comunicação para a educação:

*“Ao conceito de comunicação é importante unir o conceito de educação, principalmente em se tratando do tema saúde, pois além de transmitir informação é importante que o receptor entenda, mas vá além, que ele compreenda e reflita sobre o assunto, gerando também uma ação”.* (Fisioterapia, 23 anos)

*“Acredito que as instituições de ensino, principalmente as relacionadas à saúde deveriam investir para que o indivíduo soubesse formas de espalhar o conhecimento para as outras pessoas de forma que houvesse mais promoção da saúde”.* (Saúde Coletiva, 18 anos)

*“Sim, acho que o tema comunicação em saúde deveria ser bem mais tratado dentro das universidades para que mais tarde o profissional possa repassar esse conhecimento na relação profissional de saúde e usuário”.* (Terapia Ocupacional, 19 anos)

O fato de essas respostas terem sido voluntárias, após resposta a 10 perguntas discursivas, evidencia o comprometimento dos participantes com a pesquisa e com a apresentação de respostas que espelhem suas percepções sobre a temática abordada.

Também é possível apontar que, embora questões especificamente relacionadas à educação em saúde não tenham surgido no decorrer das respostas a todas as questões até este momento apresentadas, ainda que em pequena incidência, existe associação da comunicação como meio, também para influenciar processos educativos, o que pode ser indicativo da necessidade de estudos futuros que contemplem especificamente o papel da comunicação em saúde para a educação em saúde.

Conquanto não tenha havido a intenção de avaliação da pesquisa, três estudantes deram um *feedback* a esse respeito:

*“Ótima iniciativa”*. (Saúde Coletiva, 20 anos)

*“Acho válida a existência de uma pesquisa como essa e acredito que contribuirá bastante para a área de saúde”*. (Enfermagem, 23 anos)

*“Parabenizo pelo tema e pesquisa, achei muito interessante e importante. Espero que achem um jeito de melhorar a comunicação em saúde”*. (Saúde Coletiva, 19 anos)

Estudos apontam que a população universitária é alvo frequente de coleta de dados, o que pode resultar em resistência à participação em pesquisas (Schiavo, 2007). Nesta amostra esse não foi um problema, e a aplicação coletiva talvez possa explicar a adesão expressa pelos grupos.

### **5.3 – Instrumento II**

O Instrumento II foi dividido em três partes: na primeira, o estudante era instado a assinalar, em dois grupos de descritores, aqueles com os quais concordava; na segunda, marcar Verdadeiro ou Falso num bloco de 10 asserções, de modo que isso fosse compreendido como afirmação ou negação das afirmações; e, na terceira, enumerar, por ordem de importância, 10 variáveis psicossociais que influenciam o processo saúde-doença.

### 5.3.1 – Influência e alcance da comunicação em saúde

Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde, conforme Figura 6, 95,7% dos estudantes percebem que a comunicação em saúde tem o poder de influenciar comunidades, profissionais de saúde (93,5%), indivíduos (85,6) e aqueles responsáveis por políticas públicas (80,6%).

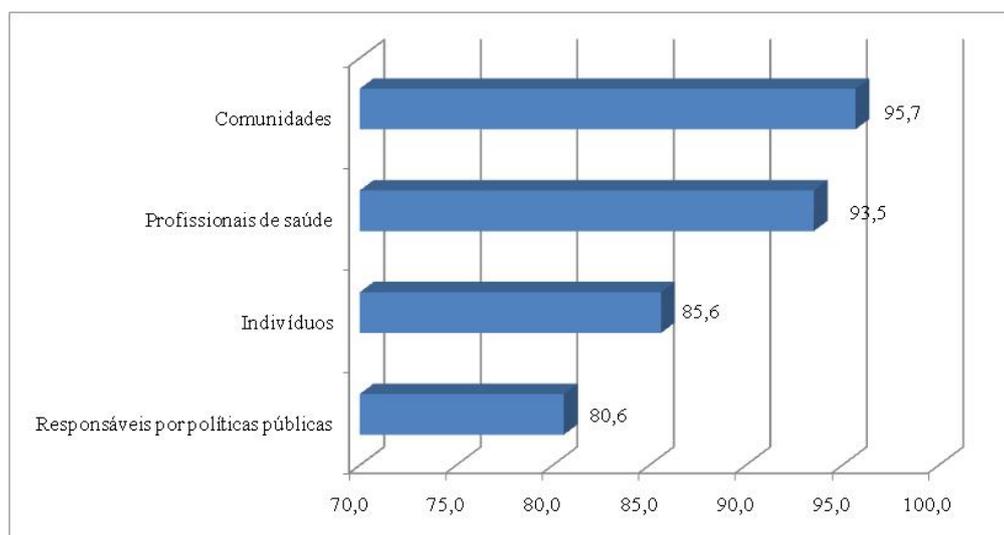
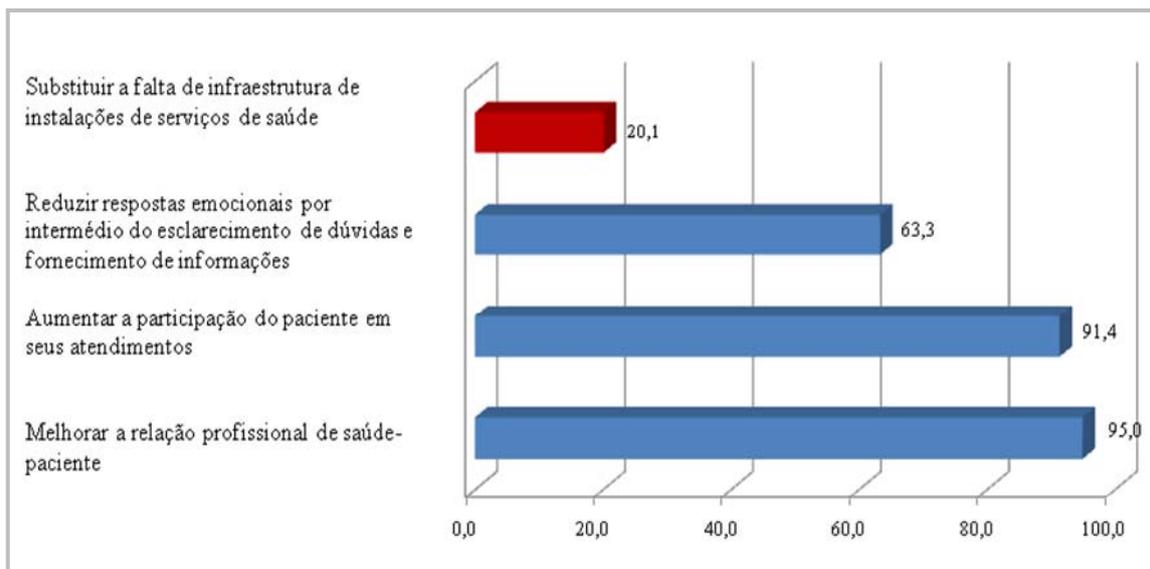


Figura 6. Poder de influência da comunicação em saúde.

Todas as instâncias em que a comunicação em saúde tem poder de influência foram significativamente apontadas como relevantes pela maior parte dos participantes. Essas percepções reforçam a definição de comunicação em saúde, destacada por Schiavo (2007) como uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes audiências que compartilham informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde e formadores de políticas públicas, e, ao mesmo tempo, corroboram o poder de influência da comunicação em saúde apontado por outros estudos (Center for Disease Control and Prevention, 2010; Freimuth & Quinn, 2004).

Os valores apresentados na Figura 7 referem-se à identificação dos participantes do alcance da comunicação em saúde para melhorar a relação profissional de saúde-paciente (95%), aumentar o nível de participação do paciente nos atendimentos de saúde a ele prestados (91,4%), reduzir respostas emocionais do paciente por intermédio do esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações (63,3%).



*Figura 7.* Alcance da comunicação em saúde.

Observa-se que 20% dos estudantes acreditam que a comunicação em saúde pode substituir a falta de infraestrutura física de instalações de serviços de saúde, o que evidencia o valor atribuído a esse componente da relação profissional de saúde-paciente e a sobreposição do mesmo a um aspecto de ordem física, também de importância incontestável.

### **5.3.2 – Posicionamentos dos estudantes sobre aspectos da comunicação em saúde**

Dez frases relacionadas ao que a revisão da literatura apontou como relevantes para a temática da comunicação em saúde foram apresentadas aos estudantes com ou sem alterações, dentro do que estudos apontam, visando captar as percepções dos estudantes diante das afirmações. A Tabela 12 apresenta as porcentagens referentes ao que os participantes apontaram como afirmativo (verdadeiro), portanto recebendo valor de SIM ou negativo (falso), indicando discordar da afirmação.

Tabela 12. *Posicionamentos sobre comunicação em saúde*

| Afirmativas apresentadas  | Sim |      | Não |      |
|---|-----|------|-----|------|
|   | n   | %    | n   | %    |
| Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde ela auxilia na adoção ou manutenção de práticas comportamentais  | 132 | 95,7 | 6   | 4,3  |
| O processo de aprendizado em comunicação em saúde é consequente à formação acadêmica  | 70  | 50,7 | 68  | 49,3 |
| A comunicação em saúde atinge seu ápice quando discutida e aplicada em contextos de atuação em equipes  | 113 | 81,9 | 25  | 18,1 |
| O treinamento de comunicação em saúde é restrito ao período de graduação do profissional  | 4   | 2,9  | 134 | 97,1 |
| A comunicação em saúde é uma disciplina evolutiva de caráter multidisciplinar   | 134 | 97,1 | 4   | 2,9  |
| Criatividade é um atributo dispensável à comunicação em saúde, uma vez que os protocolos de funcionamento são as referências para a atuação profissional                            | 41  | 29,7 | 97  | 70,3 |
| A comunicação em saúde pode compensar soluções médicas inadequadas para tratar, diagnosticar ou prevenir qualquer doença  | 73  | 52,9 | 65  | 47,1 |
| A comunicação em saúde é uma área promissora apenas em saúde pública  | 2   | 1,4  | 136 | 98,6 |
| A comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspectos da promoção de saúde e prevenção de doenças   | 136 | 98,6 | 2   | 1,4  |
| A comunicação em saúde é um componente fundamental do treinamento do profissional de saúde, desde que o paciente seja orientado sobre suas responsabilidades na relação terapêutica | 106 | 77,4 | 31  | 22,6 |

Optou-se por discutir as considerações que mais direcionam reflexões relacionadas com este estudo e que possam apontar para pesquisas futuras e necessidades que impliquem na melhora da comunicação profissional de saúde-paciente, a partir da formação profissional.

Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde, observa-se que 95,7% dos participantes sinalizam que ela auxilia na adoção ou manutenção de práticas comportamentais. Essa percepção é consonante com contextualização de Schiavo (2007) de que, em se melhorando prognósticos de saúde, a comunicação em saúde promove mudanças comportamentais e sociais. Atribuir à comunicação em saúde o poder de contribuir para a promoção da saúde e de influenciar uma intenção de comportamento saudável significa reconhecer a importância de sua amplitude para a atuação do profissional de saúde.

Cabe salientar a distribuição de participantes que concordam (n= 70; 50,7%) e que discordam (n=68; 49,3%) com a colocação de que o processo de aprendizado em comunicação em saúde é consequente à formação acadêmica. Em 1975, nas primeiras

discussões a respeito do processo de humanização na saúde, estudos já apontavam que a (des)humanização estava relacionada à formação profissional e à comunicação (Howard & Strauss, 1975). Mais da metade dos participantes desta amostra apontam que a comunicação em saúde é consequente à formação acadêmica. Nesse sentido, docentes devem estar atentos à responsabilidade de inserir, nas estruturas curriculares que organizam o processo de aprendizado, a temática deste estudo.

Quase metade dos estudantes (49,3%) não relacionaram a comunicação em saúde com a formação acadêmica. Esse dado pode indicar que os respondentes atribuem à comunicação em saúde aspectos que transcendem o aprendizado formal. Uma vez que os estudantes apresentaram respostas sobre os diferentes conceitos pesquisados, pode-se inferir que eles busquem e/ou recebam informações a respeito da comunicação em saúde por meio de outras fontes de transmissão de conhecimento. Esse dado, contudo, é contraditório quando comparamos com as recordações que apresentaram sobre a aquisição do conceito (Tabela 7).

Embora os participantes se dividam quanto ao meio e momento em que a comunicação em saúde é repassada a um profissional de saúde, observa-se que 97,1% dos estudantes identificam a comunicação em saúde como uma disciplina evolutiva de caráter multidisciplinar, dado apontado por Ratzan (2011).

Também convém evidenciar a colocação de que a comunicação em saúde pode compensar soluções médicas inadequadas para tratar, diagnosticar ou prevenir qualquer doença, pois essa afirmação dividiu as posições dos estudantes. Mais de metade dos participantes (n=73; 52,9%) respondeu que a comunicação em saúde pode, sim, ter esse efeito. A literatura aponta que a comunicação em saúde é realmente um dos aspectos mais importantes na qualidade e eficácia do contato de profissionais de saúde com seus pacientes e seus familiares, visto que o grau de informação que estes recebem acerca de seu diagnóstico e tratamento interfere sobremaneira nas atitudes e condutas que apresentam diante da doença e do processo terapêutico (Bascañán R., 2005; Borrelli & Zocante, 2010; Franks, *et al.*, 2006; Martins & Araujo, 2008; Rodrigues, *et al.*, 2003). No entanto, estudos não indicam que a comunicação em saúde possa compensar condutas inadequadas, pelo contrário, a comunicação em saúde é apontada como recurso fundamental à prática profissional de tal modo que ela possa contribuir para a adesão a tratamentos.

### 5.3.3 – A importância atribuída a variáveis psicossociais

Na Tabela 13, são apresentadas as estatísticas descritivas para a ordem de importância das variáveis psicossociais envolvidas no processo de comunicação. Tais variáveis foram codificadas entre 1 e 10, por ordem decrescente de importância na opinião dos participantes. Sendo assim, destacam-se linguagem, nível educacional e idade, que a maioria dos participantes avaliaram como primeira, segunda e terceira prioridade, respectivamente. Além disso, considerando o valor da maior frequência, o envolvimento em atividades comunitárias e a raça são os aspectos enumerados como menos importantes para a compreensão do processo saúde-doença e a comunicação em saúde.

Tabela 13. *Ordem de importância de variáveis psicossociais*

|   | N   | omissos | mediana | moda | máximo | mínimo |
|---|-----|---------|---------|------|--------|--------|
| Envolvimento em atividades comunitárias | 134 | 5       | 6       | 10   | 1      | 10     |
| Gênero                                  | 134 | 5       | 5       | 5    | 1      | 10     |
| Hábitos alimentares                     | 135 | 4       | 7       | 8    | 1      | 10     |
| Idade                                   | 134 | 5       | 4       | 3    | 1      | 10     |
| Linguagem                               | 134 | 5       | 1,5     | 1    | 1      | 10     |
| Moradia                                 | 134 | 5       | 7       | 8    | 1      | 10     |
| Nível educacional                       | 134 | 5       | 3       | 2    | 1      | 9      |
| Raça                                    | 134 | 5       | 9       | 10   | 2      | 10     |
| Religião                                | 134 | 5       | 7       | 9    | 1      | 10     |
| Status socioeconômico                   | 135 | 4       | 5       | 4    | 1      | 10     |

A linguagem foi apontada por 67 estudantes (48,2%) como a variável psicossocial mais importante no processo de comunicação em saúde e recebeu atribuição em todos os números de importância (1 a 10). Essa identificação evidencia a percepção de que todos fazem uso da linguagem, seja ela verbal ou não verbal, e a confirma como componente essencial à relação profissional de saúde-paciente (Perloff, *et al.*, 2006). Ademais, se considerarmos exemplos trazidos em outros momentos da coleta de dados, observa-se que os estudantes salientam a necessidade de se usar uma linguagem acessível ao paciente (Borrelli & Zocante, 2010; E. M. Costa & Carbone, 2004; Martins & Araujo, 2008).

Ainda que a linguagem seja valorizada como um importante meio de comunicação, Street e Epstein (2008) ressaltam que o seu uso cria o risco de incompreensão e vieses nas relações profissional de saúde-paciente. Por esta razão é incontestável a necessidade de que o tema faça parte dos cursos de graduação em saúde visando a atuação profissional futura. Conhecer as variedades linguísticas, compreender as razões da existência de diferentes

modos de falar e perceber que a língua pode ser um dos maiores obstáculos à comunicação, é condição para uma comunicação mais eficaz entre o profissional de saúde e seu paciente.

O nível educacional foi a variável psicossocial mais escolhida como a segunda mais importante para 42 participantes (30,2%). Também foi enumerada como a mais importante por 23 estudantes (16,5%), e como a terceira mais importante por 18% dos respondentes. No total, 67,2% dos participantes atribuíram ao nível educacional uma grande importância. Paasche-Orlow e Wolf (2010) apontam uma diminuição de destaque ao nível educacional como mediador de saúde e contextualizam que ele é atualmente ajustado e representado pelos relevantes indicadores socioeconômicos.

Ressalta-se que nenhum participante enumerou o nível educacional como uma variável menos importante. Essa percepção corrobora a avaliação de que o nível educacional influencia as relações pessoais (Green, *et al.*, 2007; Street Jr. & Epstein, 2008), sendo, portanto, essencial para a forma como as pessoas reagem às interações no processo comunicativo em saúde.

A idade recebeu o maior percentual de importância na terceira posição de possibilidades de enumeração (n=25; 18%). Foi apontada como a variável psicossocial mais importante para 15 estudantes (10,8%) e recebeu todas as enumerações de grau de importância para o processo de comunicação em saúde. Esta posição em ordem de importância confirma trabalhos que apontam a idade como reflexo não apenas das condições de vida do momento presente, mas também de todas as demais etapas de desenvolvimento (Barata, 2009b; Street Jr. & Epstein, 2008), que precisam ser compreendidas em um contexto social (Lyons & Chamberlain, 2008).

Embora o status socioeconômico seja amplamente apontado pela literatura (Barata, 2009b; Faruqee, 1982; Kickbush, 2003; Narayan & Petesch, 2002) como uma variável psicossocial de extrema importância para a comunicação em saúde e a compreensão do processo saúde-doença, este foi apontado como a variável mais importante por apenas 2,9% (n=4) dos estudantes, ao passo que 11 participantes (7,9%) atribuíram ao status socioeconômico a menor importância (10). Cabe a reflexão de que talvez essas respostas tragam um aspecto de desajustabilidade social, minimizando questões relacionadas a preconceitos relativos a status socioeconômico. Num país como o Brasil, onde as disparidades em assistência à saúde persistem, é inegável a influência do status socioeconômico, com implicações diretas na relação profissional de saúde-paciente. É imprescindível considerar junto aos estudantes em formação esse fato e discutir sua relevância.

Raça foi a variável psicossocial apontada como menos importante no processo de comunicação em saúde por 52 estudantes (37%) da amostra. Apenas um participante atribuiu a esta variável o grau de importância máxima. Como relação ao que seja uma desigualdade/disparidade em saúde, um participante identificou a raça como uma variável psicossocial que implica desigualdades e disparidades em assistência à saúde, acarretando atendimento diferenciado:

*“... diferentes formas de atendimentos acontecem devido às diferenças sociais e de raça, além da falta de estrutura e de profissionais, como alguns dos problemas que as cidades menores enfrentam”*. (Farmácia, 20 anos)

O envolvimento em atividades comunitárias foi a variável indicada como menos importante em segundo lugar, por 20 (14%) dos participantes. Esta variável foi indicada como a mais importante no processo de comunicação em saúde por apenas 11 estudantes (7,9%). No entanto, quando questionados com relação ao poder de influência da comunicação em saúde 95,7% dos estudantes a apontaram como fonte de influência em comunidades. Observa-se uma incoerência nas respostas, o que faz pressupor que os estudantes não relacionam a atividade comunitária com o processo de comunicação em saúde. Ao deixar de perceber essa relação, os futuros profissionais de saúde evidenciam não identificar a atividade comunitária como um fator preponderante para a boa relação profissional de saúde-paciente.

As demais variáveis foram consideradas no processo de comunicação, mas nenhum destaque mais específico foi atribuído na ordem de importância.

#### **5.4 – Instrumento III**

Na Tabela 14, são apresentadas as estatísticas descritivas para a escolha de indicadores de competência cultural e sua ordem de importância. Dos 16 indicadores apresentados no *survey*, coube a cada participante escolher cinco que avaliasse como relevantes e enumerá-los por ordem de importância. Os cinco mais escolhidos de cada respondente foram codificados entre 1 e 5, sendo 1 o mais importante, na opinião dos participantes. Sendo assim, destaca-se os indicadores respeitar (75,5%), ouvir (74,1%), conhecer (64%), interagir (61,2%) e prestar atenção (25,9%), que a maioria dos participantes avaliaram como relevantes para a competência cultural, e estes serão analisados. Além disso, considerando-se o valor da maior frequência, os indicadores ouvir e conhecer foram os mais enumerados para uma atuação com competência cultural. Cabe

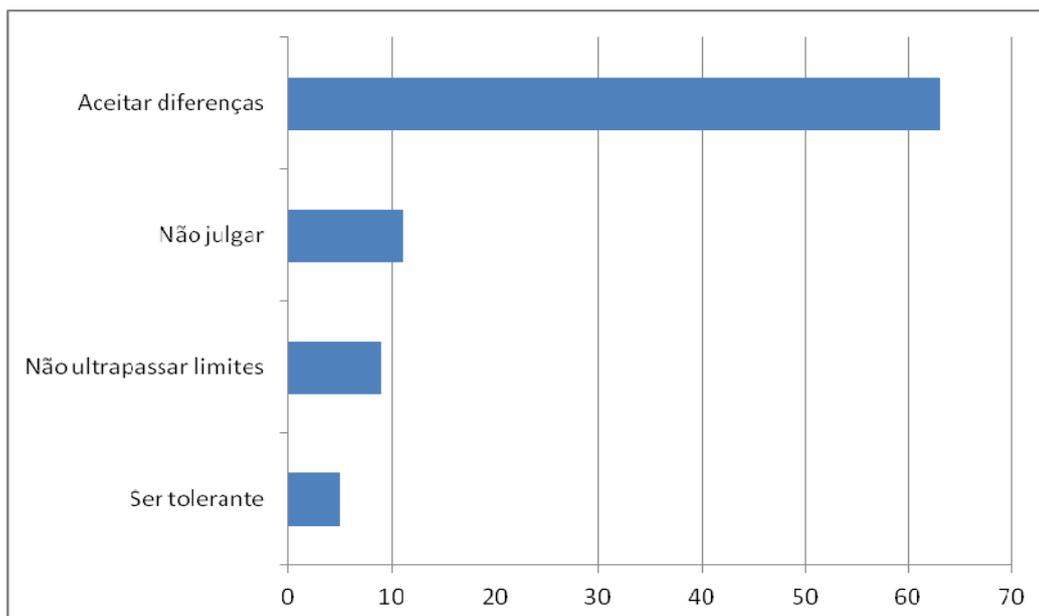
ressaltar que os cinco indicadores mais apontados pelos participantes também foram citados como atributos essenciais a um profissional de saúde, ainda que em diferentes graus de prioridade e frequência.

Tabela 14. *Indicadores de competência cultural*

|                 | marcou (%)  | mediana | moda | máximo | mínimo |
|-----------------|-------------|---------|------|--------|--------|
| Conhecer        | 89 (64,0%)  | 2       | 1    | 1      | 5      |
| Empoderar       | 17 (12,2%)  | 4       | 4    | 2      | 5      |
| Envolver-se     | 29 (20,9%)  | 4       | 5    | 0      | 5      |
| Explicar        | 33 (23,7%)  | 4       | 5    | 1      | 5      |
| Interagir       | 85 (61,2%)  | 4       | 4    | 1      | 5      |
| Negociar        | 4 (2,9%)    | 5       | 5    | 5      | 5      |
| Ouvir           | 103 (74,1%) | 2       | 1    | 1      | 5      |
| Prestar atenção | 36 (25,9%)  | 3       | 2    | 1      | 5      |
| Questionar      | 34 (24,5%)  | 3,5     | 3    | 1      | 5      |
| Recomendar      | 4 (2,9%)    | 5       | 5    | 4      | 5      |
| Respeitar       | 105 (75,5%) | 3       | 2    | 1      | 5      |
| Ser criativo    | 17 (12,2%)  | 4       | 5    | 2      | 5      |
| Ser empático    | 31 (22,3%)  | 4       | 5    | 1      | 5      |
| Ser humilde     | 16 (11,5%)  | 3       | 1    | 1      | 5      |
| Ser hábil       | 26 (18,7%)  | 5       | 5    | 2      | 5      |
| Ser sensível    | 23 (16,5%)  | 4       | 5    | 1      | 5      |

#### 5.4.1 – Respeitar

Mais de três quartos dos participantes (75,5%) escolheram o indicador respeitar dentre os 16 que lhes foram disponibilizados como um dos mais importantes para uma atuação com competência cultural. A identificação deste indicador como o mais importante vai ao encontro de um destaque de Braga e Silva (2007) que salientam o ato de respeitar o próximo como uma das prerrogativas para a competência, posicionamento também consonante com modelos de atuação em competência cultural existentes (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Rust, *et al.*, 2006). A Figura 8 apresenta a caracterização que os participantes deram ao indicador respeitar.

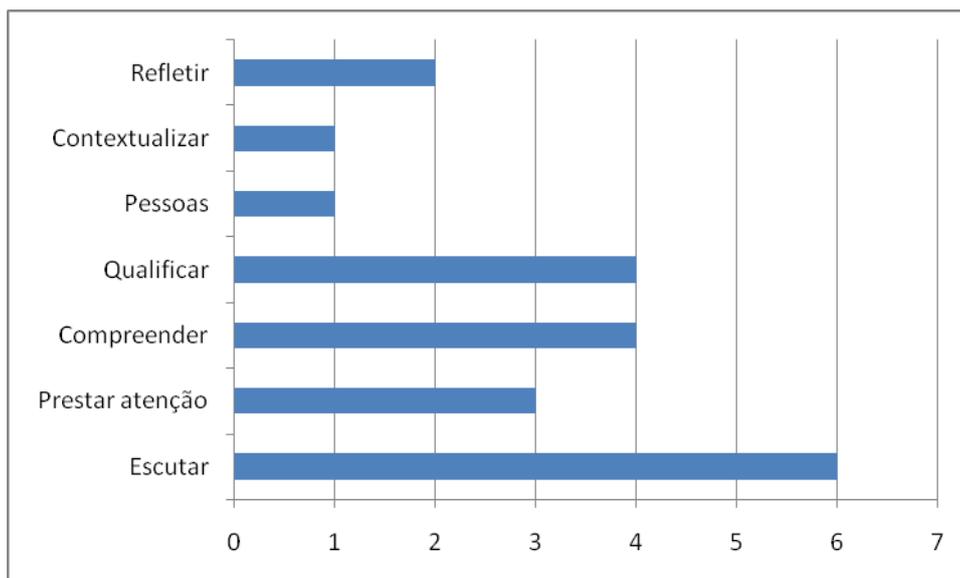


*Figura 8.* Atributos de respeitar.

É importante trabalhar com os estudantes que os atributos relacionados ao respeitar aplicam-se na relação com o paciente, com o acompanhante, com colegas de equipe e/ou qualquer outro integrante envolvido na relação profissional de saúde-paciente.

#### **5.4.2 – Ouvir**

Ouvir foi apontado na Figura 6 como a característica mais essencial a um profissional de saúde, e foi escolhido como um indicador de grande importância para a competência cultural (n= 103; 74,1%). Ao indicador atribuiu-se maior grau de importância, dentre os cinco mais escolhidos. A Figura 9 demonstra que, ao definirem esse indicador, os participantes atribuíram características sinônimas e, também, aspectos que integram o ato de ouvir.



*Figura 9.* Atributos de ouvir.

Observa-se que seis participantes definiram ouvir com o sinônimo escutar. Em competência cultural essa escuta é considerada peça chave para a habilidade, o indicador mais utilizado para apontar a viabilidade da estratégia (Seeleman, *et al.*, 2009), pois ouvindo o paciente é possível acessá-lo. Ouvir o paciente pode ser definido como não só a decodificação de uma mensagem sonora, mas também a compreensão dessa mensagem com todas as inferências que lhe são inerentes. Ouvir de fato um paciente implica exercitar outras habilidades do processo comunicativo, por exemplo, refletir, contextualizar, qualificar, compreender, prestar atenção a detalhes e a atitudes, ou seja, escutar o paciente em e com suas circunstâncias.

### **5.4.3 – Conhecer**

Conhecer foi o terceiro indicador de competência cultural mais escolhido pelos estudantes ( $n=89$ ; 64%). As categorias associadas a esse indicador estão sinalizadas na Figura 10. Compreender, inclusive as subcategorias apontadas pelos participantes em sua definição, foi a característica mais apontada, por 34,8% dos respondentes que escolheram este indicador.

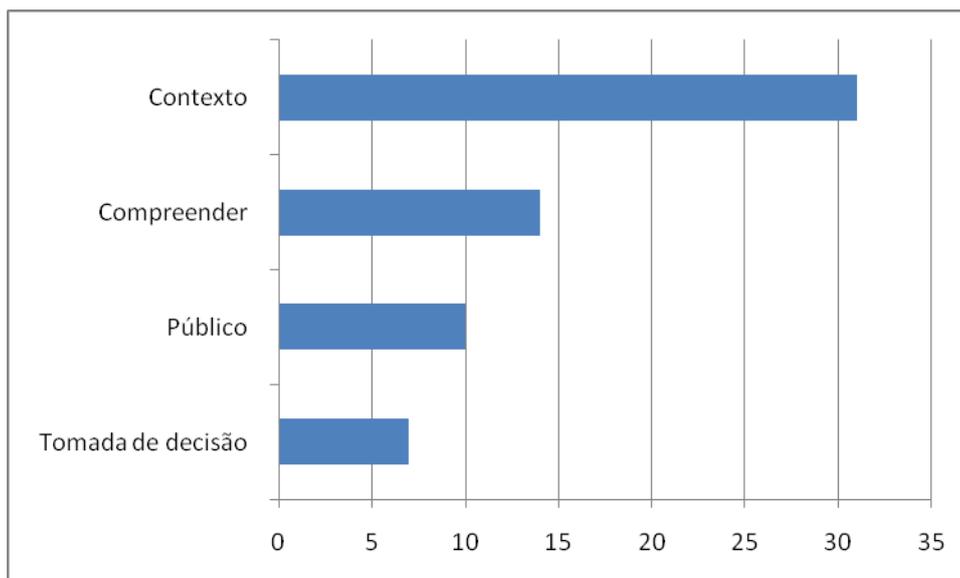
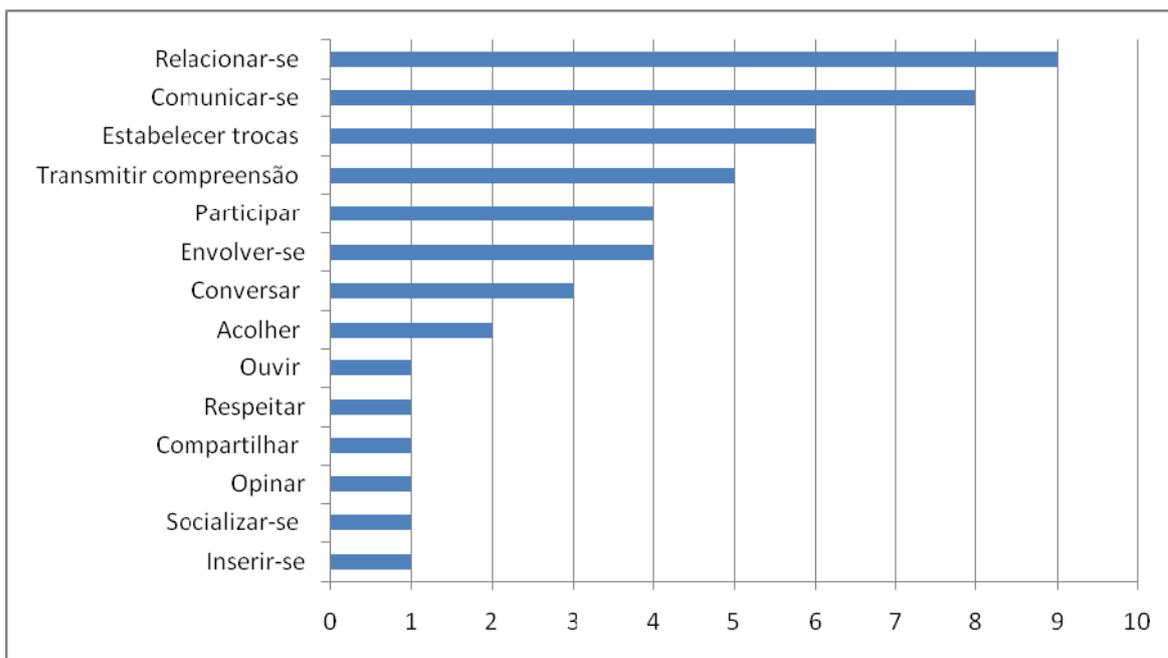


Figura 10. Atributos de conhecer.

Conhecer é um dos indicadores mais presentes em diversos modelos e abordagens de atuação com competência cultural (Campinha-Bacote, 2007; Kripalani, *et al.*, 2006; Rust, *et al.*, 2006; Seeleman, *et al.*, 2009). Partindo do pressuposto de que conhecer o paciente e sua doença, o sistema de saúde e a dinâmica de trabalho de uma equipe influencia todas as relações, a definição deste indicador permite inferir que os estudantes compreendem conhecer como a atitude de compreender as pessoas, levando em consideração o contexto em que elas se encontram inseridas. Ademais, ao incluir tomada de decisão como uma definição de conhecer, os respondentes podem estar condicionando a tomada de decisão ao conhecimento do paciente. Essas percepções aparecem na literatura como indicadores de uma atuação profissional norteadas pela competência cultural.

#### 5.4.4 – Interagir

Observa-se na Figura 11 que, das 85 escolhas pelo indicador interagir como importante componente para uma atuação com competência cultural, os estudantes que fizeram essa escolha mencionaram 14 características. Ao fazê-las, incluíram como atributos de interagir os indicadores ouvir, respeitar, prestar atenção e conhecer, seja explicitando os mesmos indicadores, como é o caso de ouvir e respeitar, seja pelo uso de sinônimos ou aspectos inerentes a determinado indicador.

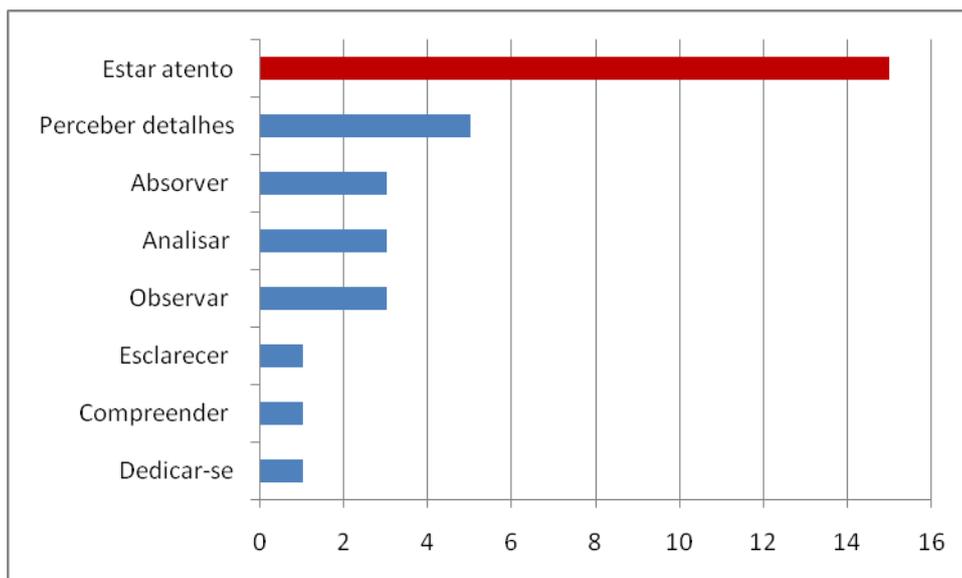


*Figura 11.* Atributos de interagir.

Observa-se que os participantes incluem no interagir diversos indicadores já mencionados, ou mesmo sinônimos destes, evidenciando que a sua percepção sobre o indicador interagir inclui aspectos como mutualidade, inter-relação, compartilhamento, troca, reciprocidade, cumplicidade e socialização. Essas ocorrências apontam para a existência de uma compreensão ampliada da comunicação em saúde, especificamente no que tange aos indicadores de competência cultural indispensáveis para uma boa relação profissional de saúde-paciente (Carvalho & Ceccim, 2009; L. Miranda, 2005).

#### **5.4.5 – Prestar atenção**

Apontado como quinto indicador de competência cultural indispensável à atuação do profissional de saúde, prestar atenção foi definido por maioria dos respondentes como estar atento. As outras ocorrências podem ser consideradas como sinônimas ou complementares do ato de prestar atenção. O conceito foi definido por ele mesmo.



*Figura 12.* Atributos de prestar atenção.

Também aqui se nota que os respondentes possuem uma visão holística da competência cultural, pois evidenciam a compreensão de que os indicadores que a definem estão intrinsecamente ligados, não sendo possível isolá-los uns dos outros. Pode-se afirmar que perceber detalhes, observar e dedicar-se são aspectos inter-relacionados e imbricados no ato de prestar atenção e que absorver, compreender, analisar e esclarecer podem ser categorizados como atos subsequentes a prestar atenção, numa relação direta, considerado o contexto da comunicação em saúde (Berlin & Fowkes Jr., 1983; Campinha-Bacote, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos objetivos propostos, pode-se afirmar que a comunicação em saúde para estudantes da FCE é percebida como a transmissão de informações relacionadas à saúde, incluindo meios de comunicação para alcançar aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças, a partir da interação entre profissional de saúde, paciente e equipe, em busca de compreender as necessidades, principalmente dos pacientes, que devem ser ouvidos e respeitados, na tomada de decisão sobre o tratamento.

Os participantes desta amostra reconheceram o poder de influência da comunicação em saúde para a adoção e/ou manutenção de práticas comportamentais, assim como o seu poder de influenciar indivíduos, comunidades, os próprios profissionais de saúde e as esferas envolvidas em elaborar políticas públicas voltadas para a saúde. Os estudantes evidenciaram através de suas respostas que a comunicação em saúde pode contribuir com todos os aspectos da promoção de saúde e prevenção de doenças.

Destaca-se que, mesmo que não prevista em sua estrutura curricular, para a amostra propositadamente selecionada neste estudo, a comunicação em saúde está sendo abordada na FCE, o que ficou evidente nas verbalizações dos estudantes e na análise realizada. Os mesmos compreendem a temática comunicação em saúde como integrante de sua formação profissional, e isso pode ser atribuído às inserções que os professores da FCE fazem ao conteúdo curricular.

No que tange à diferenciação entre comunicação e comunicação em saúde, foi possível observar que a inter-relação entre os conceitos serve tanto para facilitar a compreensão, como para dificultar sua assimilação. Indagados se tinham dificuldade em estabelecer a diferença, os participantes fizeram questão de apresentar respostas com explicações, demonstrando seu envolvimento com a temática e o interesse em revelar suas percepções da forma mais clara possível.

Ao estabelecer a relação entre comunicação em saúde e formas de atuação, os participantes evidenciaram perceber a comunicação em saúde como fator importante na atuação profissional, identificando pontos em que ela auxilia o profissional a lidar com as diferenças e relacionando-a às dificuldades encontradas no que se refere a entender os pacientes, considerando outras condições, além dos aspectos meramente biológicos. Verificou-se, assim, que os estudantes acreditam que se pode conscientizar os pacientes sobre questões relativas à sua saúde e contribuir efetivamente para a melhora de seu bem-estar. De modo geral, os participantes da pesquisa apontaram a influência da comunicação

nas diversas formas de atuação de um profissional de saúde e demonstraram compreender que a comunicação em saúde é importante para a atuação profissional.

Cabe destacar que o estudo revela a importância dada à linguagem não verbal como parte substancial no processo comunicativo, razão por que há de se estar mais atento a esse aspecto durante a formação dos profissionais.

Ainda que não tenham experiência profissional na área, a despeito da competência com que descreveram os conceitos abordados nos instrumentos, os indivíduos que participaram deste estudo carecem de ações em sua formação que viabilizem a aplicação dos conceitos a uma prática humanizada, dentro de uma perspectiva de assistência integral.

O estudo possibilitou a identificação de indicadores de competência cultural para a realidade brasileira, mais especificamente, na percepção de estudantes de cursos de saúde da FCE. Esses indicadores poderão compor elementos para um programa de treinamento em competência cultural. A revisão de literatura realizada até novembro de 2011 não revela estudos no Brasil com indicadores de competência cultural. Embora tal avaliação limite-se a essa amostra, o trabalho poderá fornecer subsídios para outros estudos no âmbito da comunicação em saúde, considerando que as habilidades comunicativas e a relação profissional de saúde-paciente melhoram com a devolutiva das interações, discussões em grupo e treinamentos em comunicação.

Ainda que se tenha conseguido abranger quase um quarto (24%) dos 589 estudantes correspondentes aos períodos de ingresso na FCE contemplados na amostra, esse percentual não permite comparar a percepção dos estudantes com relação à temática da comunicação em saúde entre os diferentes cursos oferecidos pela FCE, o que representa, por certo, uma limitação da pesquisa.

Há de se ressaltar, também, que, em virtude da falta de espaço físico adequado, houve impossibilidade de realizar entrevistas. O uso de questionários resultou em respostas mais pensadas, que já traduzem uma elaboração maior a respeito do item abordado. A preocupação de que o contato direto com os instrumentos em uma única vez pudesse influenciar de forma desencorajadora o seu preenchimento não correspondeu à realidade. A despeito de alertas de alguns professores de que um dos problemas para a pesquisa seria a extensão dos instrumentos, a frequência e a complexidade das respostas apresentadas denunciam o contrário.

Conquanto o trabalho em equipe configure-se atualmente como importante estratégia para a atuação em saúde, essa percepção não foi suficientemente descrita ou apontada nas verbalizações e definições de conceitos associados à temática. Tal dado

sugere que os estudantes identificam a importância da comunicação em saúde para o trabalho em equipe, mas ainda não têm uma perspectiva da implementação desse modelo na prática profissional. Assim, o papel da comunicação em saúde para o trabalho de equipe deve ser incorporado no planejamento de atividades curriculares para o processo de formação profissional.

Os resultados apontam que, do ponto de vista conceitual, os estudantes têm informações relevantes para uma efetiva comunicação em saúde. Contudo, se considerarmos que diferentes estudos indicam que essa é uma grande dificuldade no cotidiano profissional, torna-se imprescindível a atenção dos docentes no sentido de garantir a incorporação desses conceitos numa prática voltada para a assistência integral, incluindo aspectos relacionais e não apenas técnicos. Uma hipótese a ser considerada é de que, em função da sobrecarga que a consideração dos aspectos psicossociais traz para a atuação, esses passem a ser menos contemplados.

Incluir no processo de formação um estudo das disparidades existentes na saúde, seja na relação profissional de saúde-paciente, no acesso, na relação entre os próprios profissionais, nas relações com as instituições, ou ainda, com referência ao que prevê a lei, ao que se planeja e ao que se pratica, enfim, a qualquer assimetria, de qualquer natureza, é condição indispensável para que os futuros profissionais possam contribuir para a alteração desse quadro.

Embora aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças já estejam incorporados às reflexões dos estudantes com relação à futura atuação profissional, observou-se que o SUS não surgiu em destaque nas considerações que os participantes fizeram sobre comunicação em saúde. Sugere-se que essa questão seja enfatizada ao longo da formação, particularmente no que se refere às vantagens da prevenção primária, uma vez que esta poderá significar menos cuidados e gastos com a prevenção terciária. É importante lembrar que a comunicação em saúde é uma ferramenta de baixo custo para a prevenção primária.

Da mesma forma, pouca atenção foi dada ao princípio da humanização, que traduz elementos da comunicação em saúde. O fato de os estudantes não associarem o conceito a indicadores que foram apontados reforça a necessidade de explicitação dos processos envolvidos na prática em saúde. Trabalhar a ampliação e o entendimento deste conceito nos cursos de formação de profissionais de saúde é tarefa que desafia a educação.

A conclusão deste estudo leva à constatação sobre a existência de uma grande tarefa para a educação em saúde, que é compreender o comportamento de saúde e

transformar o conhecimento sobre esse comportamento em estratégias efetivas para a melhora do estado de saúde de cada pessoa, entendendo-se que as pesquisas em educação em saúde definitivamente serão julgadas por suas contribuições para a melhora da saúde das diferentes populações (Glanz, *et al.*, 2008). Espera-se que colegas que desenvolvem a temática da comunicação em saúde possam recorrer a este estudo, em busca de contribuir para a construção e desenvolvimento de estratégias de intervenção na formação de profissionais de saúde, visando à relação profissional de saúde-paciente, tendo este apontado possibilidades de caminhos a serem mais explorados. Feito isso, estará cumprido, ao menos em parte, o propósito maior do trabalho, qual seja o de contribuir para a ampliação do conhecimento acerca da comunicação em saúde e para reduzir as disparidades em saúde.

Acredita-se que os estudantes pesquisados, assim como todos aqueles que estão em processo de formação, serão futuramente os profissionais de saúde que poderão efetivamente comunicar-se com seus pacientes, atuando norteados pelo modelo biopsicossocial, em equipes, sustentando os princípios da comunicação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, é essencial insistir que a comunicação em saúde é parte do processo de formação profissional e condição relevante durante toda a trajetória ocupacional de forma a suprir as demandas da sociedade no atendimento a pessoas e grupos.

## REFERÊNCIAS

- Akerman, M., Righi, L. B., Pasche, D. F., & Lopes, D. R. (2009). Saúde e desenvolvimento: Que conexões? In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 111-136). São Paulo: Hucitec.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., & Bezerra, R. C. (2009). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 783-836). São Paulo: Hucitec.
- Araújo, I. S. (2002). *Mercado simbólico: Interlocução, luta e poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Araújo, M. M. T. (2011). *Comunicação em cuidados paliativos: Proposta educacional para profissionais de saúde*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Barata, R. B. (2009a). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barata, R. B. (2009b). Desigualdades sociais e saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 457-486). São Paulo: Hucitec.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, A. P. F. L. (2008). A saúde sob a ótica do jornal: Como a imprensa classifica a notícia sobre o risco sanitário. In V. Mendonça, M. F. Sousa, C. M. S. F. Parreira & E. Simeão (Eds.), *Comunicação da informação em saúde: Aspectos de qualidade* (pp. 13-32). Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação.
- Barros, C. G., & Cypriano, A. S. (2008). Humanização como um indicador de qualidade. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 199-212). São Paulo: Atheneu.
- Bascuñán R., M. L. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: Contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133(6), 693-698. doi: 10.4067/S0034-98872005000600012
- Bastos, A. C. S., & Franco, A. L. S. (2007). Aspectos da interação do médico com a família. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Eds.), *Habilidades de comunicação com pacientes e família* (pp. 209-225). São Paulo: Sarvier.
- Battat, R., Seidman, G., Chadi, N., Chanda, M., Nehme, J., Hulme, J., . . . Brewer, T. (2010). Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. (1472-6920). <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/94>
- Belsky, J. (2010). *Desenvolvimento humano: Experienciando o ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Berbary, E. E. A. (1983). Pesquisa sobre comunicação religiosa. In J. M. Melo (Ed.), *Pesquisa em comunicação no Brasil: Tendências e perspectivas* (pp. 91-97). São Paulo / Brasília: Cortez e Intercom / CNPq.
- Berlin, E. A., & Fowkes Jr., W. C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care: Application in family practice. *Western Journal of Medicine*, 139, 934-938.
- Bernardes, J. S. (2010). A psicologia no SUS 2006: Alguns desafios na formação. In M. J. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 105-128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borrelli, M., & Zocante, F. K. C. V. (2010). *Comunicação & linguagem em saúde*. São Paulo: Scortecci.

- Braga, E. M., & Silva, M. J. P. (2007). Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 410-414.
- Bragard, I., Etienne, A., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1075-1081. doi: 10.1177/1359105310361992
- Brasil. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final*. Recuperado de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf).
- Brasil. (1990). *Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 30 de setembro de 1990*.
- Brasil. (1996). *Resolução nº 196, de 9 de outubro*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil. (2003). A Educação em Saúde, a Comunicação em Saúde e a Mobilização Social na Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano. Recuperado em 14/8/2010, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo2.pdf>
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342).
- Brasil. (2008). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Brasil. (2010). Históricos. Recuperado em 12/08/2010, [http://www.ibge.gov.br/ciddestat/historicos\\_cidadesat/historicos\\_cidades/historico\\_cont\\_eudo.php?codmun=530010](http://www.ibge.gov.br/ciddestat/historicos_cidadesat/historicos_cidades/historico_cont_eudo.php?codmun=530010)
- Buchanan, D. R. (2006). A new ethic for health promotion: Reflections on a philosophy of health education for the 21st century. *Health Education & Behavior*, 33(3), 290-304. doi: 10.1177/1090198105276221
- Burgess, D. J., Van Ryn, M., Crowley-Matoka, M., & Malat, J. (2006). Understanding the Provider Contribution to Race/Ethnicity Disparities in Pain Treatment: Insights from Dual Process Models of Stereotyping. *Pain Medicine*, 7, 119-134. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00105.x
- Burke, P. (2003). *Um história social do cohecimento: De Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Campinha-Bacote, J. (2007). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues*. Cincinnati: Transcultural C.A.R.E Associates.
- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2010). O psicólogo no SUS: Suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 81-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, G. W. S. (1994). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. In L. C. O. Cecílio (Ed.), *Inventando a mudança na saúde* (pp. 29-88). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Júnior, M. D., & Carvalho, Y. M. (2009). *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. O., & Campos, G. W. S. (2009). Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 669-687). São Paulo: Hucitec.
- Canesqui, A. M. (2007). *Ciências sociais e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Caprara, A. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Capuano, A. M. N., Nakamura, A. N., Soneghet, R., & Monreal, M. C. L. (2008). Restrição da comunicação do paciente na UTI: Uso de recursos alternativos. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 241-256). São Paulo: Atheneu.
- Carter-Pokras, O., & Banquet, C. (2002). What is a health disparity? *Public Health Reports*, 117(5), 426-434.

- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2009). Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 137-170). São Paulo: Hucitec.
- Center for Disease Control and Prevention. (2010). Campaigns and Initiatives. Recuperado em 11/8/2010, <http://www.cdcnpin.org/scripts/campaign/strategy.asp>
- Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Costa Júnior, Á. L. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl.1), 1599-1609.
- Chiesa, A. M., Fracolli, L. A., & Nogueira, V. F. (2010). A promoção da saúde e a educação em saúde como campo de conhecimentos e práticas. In S. M. R. C. Miranda & W. Malagutti (Eds.), *Educação em saúde* (pp. 37-60). São Paulo: Phorte.
- Coelho Filho, J. M. (2007). Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Cohn, A. (2009). O estudo das políticas de saúde: Implicações e fatos. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 219-246). São Paulo: Hucitec.
- Cooper, L. A., Beach, M. C., Johnson, R. L., & Inui, T. S. (2006). Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (Suppl.), 21-27.
- Corcoran, N. (2010). Teorias e modelos na comunicação de mensagens de saúde. In N. Corcoran (Ed.), *Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde* (pp. 1-26). São Paulo: Roca.
- Corcoran, N., & Bone, A. (2010). Uso de contextos para comunicar a promoção de saúde. In N. Corcoran (Ed.), *Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde* (pp. 109-128). São Paulo: Roca.
- Corcoran, S. (2010). Uso de avaliação em comunicação e promoção de saúde. In N. Corcoran (Ed.), *Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde* (pp. 147-164). São Paulo: Roca.
- Corcoran, S., & Corcoran, N. (2010). Fatores sociais e psicológicos na comunicação. In N. Corcoran (Ed.), *Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde* (pp. 27-48). São Paulo: Roca.
- Costa, C. R. (2010). Educação permanente em saúde. In S. M. R. C. Miranda & W. Malagutti (Eds.), *Educação em saúde* (pp. 85-96). São Paulo: Phorte.
- Costa, E. M., & Carbone, M. H. (2004). *Saúde da família: Uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Coutinho, I. L. (1976). *Pontos de gramática* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Cross, D., Brennan, A. M. W., Cotter, V. T., & Watts, R. J. (2008). Cultural competence in the master's curriculum: a course exemplar. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 150-154. doi: 10.1016/j.profnurs.2008.01.007
- Cross, T., Barzon, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. *Towards a culturally competent system of care* (Vol. I). Washington, DC.
- Cunha, A. G. (2010). *Dicionário etimológico da língua Portuguesa* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Lexikon.
- Faculdade UnB Ceilândia. (2010). Histórico da FCE. Recuperado em 5/9/2010, [www.fce.unb.br/index.php/historico.html](http://www.fce.unb.br/index.php/historico.html)
- Faruqee, R. (1982). *Analysing the impact of health services*. Washington, DC: The World Bank.
- Ferraz, S. T. (1999). *Cidades saudáveis: Uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15.

- Ferreira, A., & Saraiva, J. C. (2008). Comunicação em saúde em órgãos governamentais. In V. Mendonça, M. F. Sousa, C. M. S. F. Parreira & E. Simeão (Eds.), *Comunicação da informação em saúde: Aspectos de qualidade* (pp. 33-44). Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação.
- Franco, M. L. P. B. (2003). *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora.
- Frankel, R. M. (2001). Cracking the code: Theory and method in clinical communication. *Health Communication, 13*(1), 101-110.
- Franks, P., Jerant, A. F., Fiscella, K., Shields, C. G., Tancredi, D. J., & Epstein, R. M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine, 62*(2), 422-432. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.027
- Freimuth, V. S., & Quinn, S. C. (2004). The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health, 94*(12), 2053-2055.
- García, J. C. (1989). *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez.
- Girardi Jr., L. (2007). *Pierre Bourdieu: Questões de sociologia e comunicação*. São Paulo: Annablume.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, V. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4<sup>a</sup> ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: Reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 13*(1), 52-63.
- Gonçalves, E. L. A. (1999). A relação médica e a relação médico-paciente. *Pediatria, 21*(3), 174-181.
- Green, A. R., Miller, E., Krupat, E., White, A., Taylor, W. C., Hirsh, D. A., . . . Betancourt, J. R. (2007). Designing and implementing a cultural competence osce: Lessons learned from interviews with medical students. *Ethnicity & Disease, 17*, 344-350.
- Guastelli, L. R., Silva, A. L. M., & Knobel, E. (2008). O ambiente como fator de humanização na UTI. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 257-264). São Paulo: Atheneu.
- Guimarães, D. A., & Silva, E. S. (2010). Formação em ciências da saúde: Diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(5), 2551-2562. doi: 10.1590/S1413-81232010000500029
- Günther, H. (1999). Como elaborar um questionário. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 197-226). Brasília: IBAPP.
- Gurung, R. A. R. (2010). *Health psychology: A cultural approach* (2<sup>a</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Gurung, R. A. R., & Prieto, L. (2009). *Getting culture: Incorporating diversity across the curriculum*. Arlington, VA: Stylus.
- Hansen, J. H. (2004). *Como entender a saúde na comunicação*. São Paulo: Paulus.
- Hanson, M., & Lynch, E. (1998). *Developing cross-cultural competence*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology, 27*(5), 513-522. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.513
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer & V. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4<sup>a</sup> ed., pp. 189-210). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Howard, J., & Strauss, A. (1975). *Humanizing health Care*. New York: Wiley.
- Hudelson, P., Junod Perron, N., & Perneger, T. (2011). Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. (1472-6920). <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/63>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Isaacs, M. R., & Benjamin, M. P. (1991). Programs which utilize culturally competent principles. *Towards a culturally competent system of care* (Vol. II). Washington, DC.
- Joekes, K., Noble, L., Kubacki, A., Potts, H., & Lloyd, M. (2011). Does the inclusion of 'professional development' teaching improve medical students' communication skills? *BMC Medical Education*, *11*(1), 41. doi: doi:10.1186/1472-6920-11-41
- Johnson, R. L., Saha, S., Arbelaez, J. J., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2004). Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *Journal of General Internal Medicine*, *19*(2), 101-110.
- Jones, L., & Watson, B. (2009). Complex health communication. *Journal of Language and Social Psychology*, *28*(2), 115-118. doi: 10.1177/0261927x08330520
- Kickbush, I. (2003). Twenty-first century health promotion: The public health revolution meets the wellness revolution? *Health Promotion International*, *18*(4), 275-278.
- Kitajima, K., & Cosmo, M. (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 101-112). São Paulo Atheneu.
- Kodjo, C. (2009). Cultural competence in clinician communication. *Pediatrics in Review*, *30*(2), 57-64. doi: 10.1542/pir.30-2-57
- Kohlsdorf, M., & Seidl, E. M. F. (2011). Comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: Perspectivas e desafios. *Psicologia Argumento*, *29*(66), 373-381.
- Kotkin-Jaszi, S. (2008). Disparities in health among racial and ethnic groups. In M. A. Pérez & R. R. Luquis (Eds.), *Cultural competence in health education and health promotion* (pp. 23-42). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, M., & Genao, I. (2006). A prescription for cultural competence in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(10), 1116-1120.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. (H31-1374). Ottaa: Minister of Supply and Services Canada.
- Laraia, R. B. (2009). *Cultura: Um conceito antropológico* (23ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Leite, A. J. M., Caprara, A., & Coelho Filho, J. M. (2007). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Leite, A. J. M., Sá, H. L. C., & Bessa, O. A. C. (2007). Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Eds.), *Habilidades de comunicação com pacientes e família* (pp. 91-137). São Paulo: Sarvier.
- Lopes, M. I. V. (2010). *Pesquisa em comunicação*. São Paulo: Edições Loyola.
- Lucas, T., Michalopoulou, G., Falzarano, P., Menon, S., & Cunningham, W. (2008). Healthcare provider cultural competency: Development and initial validation of a patient report measure. *Health Psychology*, *27*(2), 185-193.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2008). *Health psychology: A critical introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Macedo, P. C. M., Nogueira-Martins, M. C. F., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Técnicas de intervenção psicológica para humanização das equipes de saúde: Grupos Balint e grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 325-342). São Paulo: Atheneu.
- Mantovani, M. F. (2010). Diagnóstico e planejamento educativo em saúde. In S. M. R. C. Miranda & W. Malagutti (Eds.), *Educação em saúde* (pp. 23-35). São Paulo: Phorte.
- Marks, D. E., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., & Sykes, C. M. (2005). *Health Psychology: Theory, research and practice* (2ª ed.). London: SAGE Publications.
- Martins, B. M., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*, *26*(53), 109-116.

- Melo, J. M. (1983). *Pesquisa em comunicação no Brasil: Tendências e perspectivas*. São Paulo / Brasília: Cortez e Intercom / CNPq.
- Mendenhall, T. J. (2006). Trauma response teams: Inherent challenges and practical strategies in interdisciplinary fieldwork. *Families, Systems and Health*, 24(3), 357-362.
- Minayo, M. C. S. (2009). Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 189-218). São Paulo: Hucitec.
- Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer & V. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4ª ed., pp. 287-309). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miranda, C. F. (1996). *Atendendo o paciente: Perguntas e respostas para o profissional de saúde*. Belo Horizonte: Crescer.
- Miranda, L. (2005). *Pierre Bourdieu o campo da comunicação: Por uma teoria da comunicação praxiológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Molen, H. T., & Lang, G. (2007). Habilidade da escuta na consulta médica. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Eds.), *Habilidades de comunicação com pacientes e família* (pp. 47-76). São Paulo: Sarvier.
- Mumby, D. K. (2010). Reflexões críticas sobre comunicação e humanização nas organizações. In M. M. Krohling (Ed.), *A comunicação como fator de humanização das organizações* (pp. 19-40). São Caetano do Sul: Difusão Editora.
- Narayan, D., & Petesch, P. (2002). *Voices of the poor from many lands*. New York / Washington, DC: Oxford University Press / The World Bank.
- Nogueira, R. P. (1998). *A saúde pelo avesso: Uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Oliveira, M. C., & Macedo, P. C. M. (2008). Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 173-182). São Paulo: Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde - Alma-Ata*. Kazak, URSS: Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Organização Pan-americana da Saúde. (1986). Carta de Ottawa. Recuperado em 11/9/2011, <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
- Organização Pan-americana da Saúde. (1992). Declaração de Santafé de Bogotá. Recuperado em 22/8/2011, <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>
- Organização Pan-americana da Saúde. (2011). A mulher no mercado de trabalho da saúde. Recuperado em 21/9/2011, [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/dm\\_9\\_mulher.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/dm_9_mulher.pdf)
- Orlandi, M. A. (1992). Cultural competence for evaluators: A working guide for alcohol and other drug abuse prevention practitioners working with ethnic/racial communities. Rockville, MD.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2010). Promoting health literacy research to reduce health disparities. *Journal of Health Communication*, 15(suppl.2), 34-41. doi: 10.1080/10810730.2010.499994
- Paez, K. A., Allen, J. K., Beach, M. C., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2009). Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine* 24(4), 495-498. doi: 10.1007/s11606-009-0919-7
- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: The Guilford Press.
- Parreira, C. M. S. F. (2003). *Contribuições da psicologia para a constituição de novos saberes e de práticas em promoção da saúde*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Parrot, R. (2009). *Talking about health: Why communication matters*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L. (2008). Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 417-428. doi: 10.1080/13561820802190442
- Pennebaker, J. W. (2003). The health benefits of disclosure. In J. M. Wilce Jr. (Ed.), *Social and cultural lives of immune systems* (pp. 18-36). New York: Routledge.
- Perloff, R. M., Bonder, B., Ray, G. B., & Ray, E. B. (2006). Doctor-patient communication, cultural competence, and minority health: Theoretical and empirical perspectives. *American Behavioral Scientist*, 49(6), 835-852.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perrenoud, P. (2000). *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pessoni, A. (2009). História da interface comunicação e saúde. In F. O. Paulino (Ed.), *Comunicação e saúde* (pp. 31-44). Brasília: Casa das Musas.
- Pinto, L. M. O. (2010). *Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: Uma análise comparativa entre níveis assistenciais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pré, A. (2010). *Communicating about health: Current issues and perspectives* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: Uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho em equipe em reabilitação: Um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 43(19), 177-187.
- Quesada, G. (1983). A pesquisa sobre comunicação rural. In J. M. Melo (Ed.), *Pesquisa em comunicação no Brasil: Tendências e perspectivas* (pp. 83-90). São Paulo / Brasília: Cortez e Intercom / CNPq.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Gregory, W. M., & Cull, A. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347(9003), 724-728. doi: 10.1016/s0140-6736(96)90077-x
- Ratzan, S. C. (2011). Health communication: Beyond recognition to Impact. *Journal of Health Communication*, 16(2), 109-111. doi: 10.1080/10810730.2011.552379
- Reich, S. M., & Reich, J. A. (2006). Cultural competence in interdisciplinary collaborations: A method for respecting diversity in research partnerships. *American Journal of Community Psychology*, 38, 51-62.
- Ribeiro, D. (1972). *Teoria do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra S.A.
- Ribeiro, D. (1995). *O povo brasileiro: A formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Rios, T. A. (2011). *Ética e competência* (20ª ed. Vol. 7). São Paulo: Cortez.
- Rodrigues, O. M. P. R., Troijo, M. A. F., & Tavano, L. D. A. (2003). Qualidade interacional entre profissionais e pacientes visando à humanização em sala de espera: A veiculação das informações na rotina de caso novo. In C. M. B. Neme & O. M. P. R. Rodrigues (Eds.), *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares* (pp. 23-50). São Carlos: Rima.
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors* (2ª ed.). Westport, CT: Greenwood Publishing Press.
- Rozemberg, B. (2009). Comunicação e participação em saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 741-766). São Paulo: Hucitec.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: Desafios para la formación de profesionales de salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Rust, G., Kondwani, K., Martinez, R., Dansie, R., Wong, W., Fry-Johnson, Y., . . . Strothers, H. (2006). A crash course in cultural competence. *Ethnicity & Disease*, 16(2S3), S3-29-36.

- Saad, M., & Nasri, F. (2008). Grupos de religiosidade e espiritualidade. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência a pacientes graves* (pp. 349-362). São Paulo: Atheneu.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275-1285.
- Santaella, L. (2001). *Comunicação e pesquisa: Projetos para mestrado e doutorado*. São Paulo: Hacker Editores.
- Santos, A. C. A. (2001). *Consulta médico-paciente: Um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, L. A. C., & Faria, L. (2010). *Saúde e história*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. M. R., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Estudos e pesquisas sobre a intersexualidade: Uma análise sistemática da literatura especializada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 267-274.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: from theory to practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sears, M. (2010). *Humanizing health care: Creating cultures of compassion and nonviolent communication* (2ª ed.). Encinitas, CA: PuddleDancer Press.
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva, A. L. M., & Machado, T. A. (2008). Intervenção psicológica no paciente cardiopata. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 13-20). São Paulo: Atheneu.
- Silva, C. M. C., Meneghim, M. C., Pereira, A. C., & Mialhe, F. L. (2010). Educação em saúde: Uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2539-2550.
- Silva, M. J. P. (2010). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (7ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare* (Vol. 6). Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78.
- Sousa, M. F. (2001). *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec.
- Souza, C., Blank, R. J., Saleh, A. H., Schlesinger, M., & Magalhães Jr., A. C. (2008). Visão de algumas religiões sobre o fim da vida. In E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Eds.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves* (pp. 363-375). São Paulo: Atheneu.
- Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional psi na saúde pública: Contribuições históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 25-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J., Menegon, V. S., Gamba, E. A. C., & Lisboa, M. S. (2010). Contribuições da psicologia para a saúde pública: Onde publicamos, a quem endereçamos e que efeitos podemos ter. In M. J. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 141-170). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Staliano, P., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Promoção da saúde e prevenção de doenças: Um estudo com agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 43-51.
- Straub, R. O. (2007). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (2ª ed.). New York: Worth Publishers.
- Street Jr., R. L., & Epstein, R. M. (2008). Key interpersonal functions and health outcomes: Lessons from theory and research on clinician-patient communication In K. Glanz, B. K. Rimer & V. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4ª ed., pp. 237-271). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Sucupira, A. C. S. L. (2007a). Estrutura da consulta. In A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Eds.), *Habilidades de comunicação com pacientes e família* (pp. 1-46). São Paulo: Sarvier.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007b). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 624-627
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-126.
- Thomas, R. K. (2010). *Health communication*. New York: Springer.
- Tseng, W., & Streltzer, J. (2008). *Cultural competence in health care*. New York: Springer.
- Universidade de Brasília. (2008). Notícias. Recuperado em 17/8/2010, <http://www.unb.br/noticias/releases.php?id=122>
- Universidade de Brasília. (2011). Professores terminam greve. Recuperado em 24/10/2011, <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=3296>
- Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2009). O sistema único de saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 531-562). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, W. M. (2008). Sociedade em ação: A participação e o controle social no legislativo federal. In V. Mendonça, M. F. Sousa, C. M. S. F. Parreira & E. Simeão (Eds.), *Comunicação da informação em saúde: Aspectos de qualidade* (pp. 91-110). Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação.
- Vyas, D., & Caligiuri, F. J. (2010). Reinforcing cultural competency concepts during introductory pharmacy practice experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(7), 1-9. doi: 10.5688/aj7407129
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2004). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (14ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Westphal, M. F. (2009). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 635-668). São Paulo: Hucitec.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-445.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies*. London: Routledge.
- Wolton, D. (2004). *Pensar a comunicação*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- World Health Organization. (2011). Frequently asked questions. What is the WHO definition of health. Recuperado em 28/8/2011, <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, D. (2008). *Health communication in the 21st century* Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Yali, A. M., & Revenson, T. A. (2004). How changes in demographics will impact health psychology: Incorporating a broader notion of cultural competence into the field. *Health Psychology*, 23(2), 147-155.
- Yarkony, G. M. (1994). *Spinal cord injury: Medical management and rehabilitation*. Gaithersberg, MD: Aspen Publishers.
- Zolnierik, K., & DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, 47(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

**ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você a participar de uma pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, realizada pela aluna de mestrado Clarissa Vaz Dias, sob a supervisão da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz. O objetivo é identificar a percepção que estudantes da área de saúde têm sobre o tema comunicação em saúde. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam colaborar para a formação de futuros profissionais e trazer conseqüente melhoria do atendimento aos usuários dos serviços de saúde através do estabelecimento de uma comunicação efetiva em equipes.

Para tanto, solicito sua colaboração para responder a um questionário, marcar um *check list* e responder perguntas sobre alguns dados sócios demográficos. O questionário e o *check list* focalizam informações específicas sobre comunicação em saúde. O tempo dispendido para a resposta de todos os instrumentos é de aproximadamente vinte a trinta minutos. Ressalto que você tem o direito pleno de se recusar a participar desta pesquisa, e que, concordando em participar, também tem a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou represália.

Esclareço que o projeto não oferece risco, uma vez que trata de conteúdo acadêmico sem implicações emocionais e que a sua identidade será mantida sob sigilo, sendo que os dados serão utilizados exclusivamente para os objetivos desta investigação, analisados coletivamente, e que em momento algum você será identificado/a.

Estarei à sua disposição para quaisquer esclarecimentos antes e durante a pesquisa, garantindo-lhe qualquer acompanhamento ou assistência que lhe for necessária, com relação à sua participação.

Por meio deste documento, você concorda que a Universidade de Brasília utilize as informações coletadas para fins de estudo e aprendizado, apresentação em congressos, publicação em livros e revistas e outras atividades científicas, mantidos a privacidade e sigilo, respeitando a legislação vigente. Sua assinatura indica que leu esse consentimento, esclareceu todas as suas dúvidas e livremente concorda em participar desta atividade nos termos indicados acima.

Ressaltamos que este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração!

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Contato da pesquisadora responsável: (61) 3107-6836 [bethqueiroz@unb.br](mailto:bethqueiroz@unb.br)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB: 3107-1947

**ANEXO B – Instrumentos definitivos**

1) Como você define COMUNICAÇÃO?

---

---

---

---

2) Com que idade, onde e/ou como você se lembra de ter aprendido esse conceito?

---

---

---

---

3) Como você percebe a importância da COMUNICAÇÃO em sua rotina diária?

---

---

---

---

4) O que você entende por COMUNICAÇÃO EM SAÚDE?

---

---

---

---

5) Você encontra alguma dificuldade em estabelecer diferença entre COMUNICAÇÃO e COMUNICAÇÃO EM SAÚDE?

---

---

---

---

6) Como você define SAÚDE?

---

---

---

---

7) Você sabe o que é uma DESIGUALDADE/DISPARIDADE em saúde? (Se afirmativo, defina o conceito)

---

---

---

---

8) Você já estudou a temática COMUNICAÇÃO EM SAÚDE em alguma disciplina? (Se afirmativo, cite em qual disciplina e aponte qual o conteúdo abordado)

---

---

---

---

9) Na sua opinião, qual é a relação entre COMUNICAÇÃO EM SAÚDE e as possíveis formas de atuação de um profissional de saúde?

---

---

---

10) Quais características você supõe que sejam essenciais a um profissional de saúde com efetiva COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ?

---

---

---

11) Você gostaria de acrescentar alguma informação?

---

---

---

**Marque com um “x” todas as alternativas com as quais você concordar:**

A comunicação em saúde pode influenciar:

- indivíduos
- comunidades
- profissionais de saúde
- responsáveis por políticas públicas

A comunicação em saúde ajuda a:

- melhorar a relação profissional de saúde-paciente
- substituir a falta de infraestrutura física, ou seja, de instalações de serviços de saúde
- aumentar o nível de participação do paciente nos atendimentos de saúde a ele prestados?
- reduzir respostas emocionais do paciente por intermédio do esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações

**Assinale, com “V” para verdadeiro e “F” para falso, as seguintes colocações:**

- Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde, ela auxilia na adoção ou manutenção de práticas comportamentais.
- O processo de aprendizado em comunicação em saúde é decorrente da formação acadêmica.
- A comunicação em saúde atinge seu ápice quando discutida e aplicada em contextos de atuação em equipes.
- O treinamento de comunicação em saúde é restrito ao período de graduação do profissional.
- A comunicação em saúde é uma disciplina evolutiva de caráter multidisciplinar.
- Criatividade é um atributo dispensável à comunicação em saúde, uma vez que os protocolos de funcionamento são as referências para a atuação profissional.
- A comunicação em saúde pode compensar soluções médicas inadequadas para tratar, diagnosticar ou prevenir qualquer doença.
- A comunicação em saúde é uma área promissora apenas em saúde pública.
- A comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspectos da promoção de saúde e prevenção de doenças.
- A comunicação em saúde é um componente fundamental do treinamento do profissional de saúde, desde que o paciente seja orientado sobre suas responsabilidades na relação terapêutica.

**Enumere por ordem de importância (sendo 1 a mais importante e 10 a menos importante) as seguintes variáveis psicossociais que, na sua avaliação, precisam ser levadas em consideração no processo de comunicação em saúde:**

- Envolvimento em atividades comunitárias
- Gênero
- Hábitos alimentares
- Idade
- Linguagem
- Moradia
- Nível educacional
- Raça
- Religião
- Status socioeconômico

## Competência Cultural é uma estratégia para a Comunicação em Saúde

Competência cultural é usualmente definida como a busca contínua da habilidade de entender, avaliar e, construtivamente, relacionar a singularidade e individualidade de cada pessoa, diante das diversas culturas que exercem influência sobre o curso de vida de cada indivíduo, incluindo a habilidade de reconhecer diferentes contextos socioculturais

Dentre os indicadores contidos no quadro abaixo, escolha os cinco que você considera como mais relevantes à aplicação do conceito de competência cultural apresentado acima.

|             |                 |                                 |                                  |
|-------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| CONHECER    | INTERAGIR       | QUESTIONAR                      | SER EMPÁTICO/TER EMPATIA         |
| EMPODERAR   | NEGOCIAR        | RECOMENDAR                      | SER HUMILDE / TER HUMILDADE      |
| ENVOLVER-SE | OUVIR           | RESPEITAR                       | SER HÁBIL / TER HABILIDADE       |
| EXPLICAR    | PRESTAR ATENÇÃO | SER CRIATIVO / TER CRIATIVIDADE | SER SENSÍVEL / TER SENSIBILIDADE |

Enumere de um a cinco, em ordem de importância, os indicadores, sendo o número um o mais importante de todos e, assim, sucessivamente. A seguir, defina cada indicador escolhido.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Considerando a definição que lhe foi apresentada do que seja competência cultural, você conhece e/ou gostaria de acrescentar, sugerir ou definir algum outro indicador?

---



---



---



---

**Dados sociodemográficos:****Identificação**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Composição da família nuclear: \_\_\_\_\_

Tem filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Renda mensal familiar: \_\_\_\_\_

Cidade na qual concluiu o ensino médio: \_\_\_\_\_

Escola na qual concluiu o ensino médio: \_\_\_\_\_

Ano e período de ingresso na Universidade de Brasília: \_\_\_\_\_

Curso de graduação em andamento: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

**Agradecemos a sua valiosa contribuição!**

**ANEXO C – Autorização da instituição**

Universidade de Brasília - UnB  
Faculdade UnB Ceilândia – FCE

**TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**  
**Autorização para realização de pesquisa**

**Ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde:**

Eu, Diana Lúcia Moura Pinho, Diretora da Faculdade UnB Ceilândia, declaro que estou ciente da existência do projeto de pesquisa intitulado “Comunicação em saúde: a percepção dos estudantes da área de saúde”, a ser realizado pela aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Clarissa Vaz Dias, sob orientação da professora Elizabeth Queiroz, do Instituto de Psicologia da UnB.

Assim, autorizo a realização dos trabalhos relacionados ao projeto, no campus de Ceilândia, considerando que o mesmo está de acordo com as normas desta instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Brasília, 01 de setembro de 2010.

Diana Lúcia Moura Pinho  
Diretora da Faculdade UnB Ceilândia  
Diretora  
UnB/Ceilândia

**ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: 119/10

Título do Projeto: “A percepção de estudantes da área de saúde sobre o tema comunicação em saúde”.

Pesquisadora Responsável: Clarissa Vaz Dias

Data da Entrada: 22/09/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 119/10 com o título: “A percepção de estudantes da área de saúde sobre o tema comunicação em saúde”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 05 de outubro de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 21 de outubro de 2010.

Prof. Natália Menezes de Sá  
Coordenador do CEP-FS/UnB

## **ANEXO E – Estudo Piloto**

### **Objetivo**

Antes do procedimento definitivo de coleta de dados, foi realizado um Estudo Piloto, com o objetivo de verificar a adequação dos instrumentos, elaborados para caracterizar a percepção do que seja a comunicação em saúde para alunos da FCE.

### **Instrumentos (ANEXO H)**

Foi elaborado um roteiro de entrevista, com onze questões abertas referentes à temática da comunicação em saúde, sendo que a última questão dava ao participante a possibilidade de acrescentar informações que ele considerasse relevante. O roteiro incluía ainda os dados sociodemográficos dos alunos entrevistados.

Para o segundo momento de coleta, criou-se um questionário sobre comunicação em saúde, composto por duas questões para marcação de “X” em todas as alternativas com as quais os participantes concordassem; 10 itens para assinalarem com “V”, para verdadeiro e “F”, para falso; e a apresentação de nove variáveis psicossociais, onde era solicitado aos participantes enumerar, por ordem de importância, sendo 1 a mais importante e 9 a menos importante, aquelas que em sua avaliação, precisam ser levadas em consideração no processo de comunicação em saúde.

Por fim, houve um terceiro momento, em que os estudantes respondiam um *survey*, na forma inicial de *check-list* onde, após receberem uma definição de competência cultural, deveriam identificar a pertinência dessa estratégia para a comunicação em saúde, escolhendo cinco palavras/indicadores dentre dezessete palavras/indicadores disponibilizados. Utilizou-se a palavra “palavra” e “indicadores”, diferentemente em 10 *surveys*, para cada uma dessas opções. O objetivo era certificar-se de que o uso da palavra “indicador” havia sido adequadamente compreendido pelos participantes do estudo. Em seguida, solicitava-se que enumerassem os que haviam sido escolhidos, por ordem de importância, assim como que os definissem (qualitativamente). Ao final do espaço reservado para definir os indicadores escolhidos, eram questionados sobre se conheciam alguma outra palavra que gostariam de acrescentar, sugerir, ou definir.

### **Participantes**

Participaram deste Estudo Piloto 20 estudantes da FCE, selecionados aleatoriamente, por conveniência, de acordo com um critério de inclusão: ter ingressado na

FCE no 1º ou 2º período de 2010, conforme informação do próprio aluno. A não inclusão de estudantes dos demais períodos de ingresso, na FCE, reflete a identificação da amostra planejada, a partir dos dados obtidos no mapeamento institucional, realizado previamente a este Estudo Piloto, onde se identificou que estudantes com ingresso no primeiro e segundo período de 2009 e primeiro período de 2010, seriam os participantes ideais para a coleta definitiva de dados, prevista para o primeiro período de 2011. Estudantes do primeiro semestre foram excluídos pelo fato de a questão oito do roteiro de entrevista arguir se haviam estudado a temática da comunicação em saúde, e o mapeamento institucional não indicar, através das ementas analisadas, a probabilidade de terem sido apresentados à temática. Portanto, a coleta com estudantes do terceiro e segundo semestres, garantiria, com maior segurança, que a amostra ideal não fosse abordada com duplicidade.

### **Procedimentos**

As entrevistas e aplicação dos demais instrumentos foram realizadas em dois dias. A pesquisadora estava no campus da FCE, situado na QNN 14 Área Especial, Guararioba, Ceilândia Sul – DF, CEP: 72220-140, das 8h às 11h30. Os estudantes eram abordados pela pesquisadora nos dois corredores de salas de aula e na entrada da FCE durante todo o período matutino de aulas, sendo que esta se apresentava e averiguava o semestre em curso, individualmente. Após a identificação de cumprimento do critério de inclusão, verbalizava-se uma síntese da proposta do estudo, e os estudantes eram convidados a se deslocarem para local com maior privacidade para receberem mais informações e decidirem sobre participação, ou não, no estudo.

O critério de adequação física mínima, para início da entrevista e subsequente resposta aos demais instrumentos, era a disponibilidade de um local com assento e apoio mínimo para o participante. Garantidas essas condições, o estudante recebia o TCLE (Anexo I), o qual era lido em conjunto com a pesquisadora. Diante do aceite em participar da pesquisa, o gravador era ligado, e dava-se início à entrevista. Terminada a entrevista, eram realizadas as perguntas sobre dados sociodemográficos, e reforçava-se que os mesmos, conforme indicado no TCLE, não o identificariam, servindo tão somente para análise de dados coletivos. Ao final dessa primeira parte, agradecia-se a contribuição, certificava-se da disponibilidade em dar prosseguimento à participação e, obtendo a confirmação, o questionário e *check-list* eram entregues ao estudante. Ressaltava-se a disponibilidade da pesquisadora em responder a qualquer dúvida que surgisse durante o

preenchimento dos instrumentos. Ao receber os instrumentos, das mãos do participante, mais uma vez, agradecia-se sua conclusão.

A partir dos dados obtidos, verificou-se a adequabilidade dos instrumentos propostos, para a coleta definitiva de dados.

## **Resultados e Discussão**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Nenhuma mudança de conteúdo se fez necessária ao TCLE. Tão somente o motivo do convite, de adequação de instrumentos, para participação na coleta definitiva, recebeu adequação na forma de apresentação.

### **Entrevista**

Pelo fato de o campus da FCE situar-se em espaço físico provisório, a primeira necessidade de alteração para a proposta definitiva de coleta de dados foi uma adaptação do roteiro de entrevista em um questionário. Verificou-se que não há limitação de espaço privativo para realização da gravação da entrevista. Isso se confirmou pela presença de diversos estudantes, além do entrevistado, no momento da coleta de dados. Nos quatro diferentes lugares em que as entrevistas foram realizadas, contou-se sempre com a presença de outros estudantes nos arredores, sendo que em alguns momentos houve a interferência através de comentários, ou mesmo avaliações das respostas dos colegas.

Durante todas as 20 entrevistas, não foi possível encontrar um espaço físico e local onde apenas pesquisadora e entrevistado pudessem estar a sós, com condições adequadas para a realização dos procedimentos éticos necessários à pesquisa. Durante as entrevistas, os participantes estavam cercados por outras pessoas, direta ou indiretamente cientes de seu comportamento, e havia ruídos que distraíram a grande maioria dos entrevistados. Identificou-se, assim, que a entrevista gravada, e individual, não seria um método ideal para obter os dados qualitativos desejados para o estudo. Após análise desses dados e fatos e discussão com a direção da FCE, estabeleceu-se a transformação da entrevista em questionário de perguntas abertas, e definiu-se o formato de aplicação coletiva, juntamente com os demais instrumentos propostos para este estudo.

Para a versão final do questionário com questões abertas, não houve necessidade de nenhuma alteração de conteúdo. Foi realizada apenas uma reorganização estética do texto. Padronizou-se o número de linhas disponíveis para cada resposta, de modo a garantir que todas as perguntas tivessem o mesmo grau de importância na possibilidade de respostas.

### **Dados sociodemográficos**

A recomendação atual de que os dados sociodemográficos sejam apresentados no final da coleta de dados, de forma a não desviar a atenção do participante (Günther, 1999) foi incorporada.

Após verificar a compatibilidade entre “Idade” e “Data de nascimento”, relatadas pelos participantes, suprimiu-se “Data de nascimento”. Nenhum dos 20 participantes identificou possuir filhos e, embora este dado não possa ser generalizado para o montante da amostra final pretendida, optou-se por reformular a identificação de “filhos”. Suprimiu-se “Número de filhos” e “Idade dos filhos” por “Tem filhos”. Observou-se que alguns participantes tiveram dificuldade em transpor o valor da renda mensal familiar a salários mínimos, tendo em vista que todos souberam informar o valor médio da renda mensal familiar. Portanto, retirou-se “(em salários mínimos)” do indicador “Renda mensal familiar”. Nenhum dos entrevistados possuía uma segunda graduação, portanto este item foi retirado da lista de identificação dos dados sociodemográficos. Dezesesseis dos 20 participantes tiveram dificuldade em compreender a palavra “Procedência”, que foi incluída na identificação dos estudantes com o intuito de enriquecer a discussão deste trabalho, como um dado que permitisse fazer um cruzamento e análise, entre momento, cidade e escola em que os participantes concluíram o ensino médio, por este ser um dos mecanismos de inserção, no processo seletivo de entrada à UnB, no campus da FCE. Entretanto, o item foi retirado por não ter relação direta com o objetivo do estudo. Após identificar tais inadequações e efetuar as alterações indicadas, os dados sociodemográficos foram transferidos para o final dos instrumentos, assim como o agradecimento pela contribuição.

### **Questionário sobre comunicação em saúde**

As respostas ao questionário sobre o tema da comunicação em saúde, com vistas a verificar a percepção dos alunos no que se refere a seu conceito, abordagens e formas de atuação diante dessa temática não sinalizou nenhuma dificuldade ou necessidade de adequação. Considerando que o roteiro de entrevista foi transformado em um questionário de questões abertas, identificou-se como desnecessário apresentar uma frase introdutória ao questionário, visto que o mesmo passaria a ser uma continuidade do instrumento inicial. Por motivos puramente estéticos, verificou-se a possibilidade de suprimir a numeração das partes que compunham o questionário. A palavra linguagem foi incluída na versão final do instrumento, por sugestão de especialista. No Estudo Piloto a variável não

havia sido incluída, por haver um entendimento de que a maioria dos estudantes a marcariam por ser muito diretamente ligada à comunicação em saúde.

### **Survey de competência cultural**

Em função do interesse específico da pesquisadora pela temática de competência cultural, foi mantido o instrumento de *survey*, com a inclusão de uma sentença apresentando o conceito, de forma a caracterizar a mudança para outro momento da coleta de dados. Dos 17 indicadores de competência cultural apresentados aos participantes, 14 foram identificados como importantes à boa comunicação. A análise dos resultados possibilitou concluir que os estudantes reconhecem a maioria dos indicadores listados, como relevantes à atuação em saúde. Somente três indicadores (empoderar, negociar e procurar) não foram selecionados. Considerando a importância do conceito de empoderamento para a psicologia da saúde e a validade da negociação para a atuação em equipes, optou-se por manter estes dois indicadores no instrumento final. Suprimiu-se o indicador “procurar”, por considerar que seu significado pode estar contemplado na interpretação de outros dentre os indicadores presentes. Considerando que pouco destaque tem sido dado na literatura nacional sobre o tema competência cultural, o fato de 16 dos 20 participantes terem definido os indicadores nos aponta que eles são de alguma forma repassados aos estudantes da área de saúde. Portanto, o *survey* na forma de *check-list* mostrou-se adequado e pertinente aos objetivos do estudo.

## **ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente à aplicação junto a estudantes da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde**

Convido você a participar de uma pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, realizada pela aluna de mestrado Clarissa Vaz Dias, sob a supervisão da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz. O objetivo é verificar a adequação de instrumentos para identificar a percepção que estudantes da área de saúde têm sobre o tema comunicação em saúde bem como avaliar a sua percepção sobre o tema. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam colaborar para a pesquisa final que visa levantar dados para a formação de futuros profissionais e trazer conseqüente melhoria do atendimento aos usuários dos serviços de saúde através do estabelecimento de uma comunicação efetiva em equipes.

Para tanto, solicito sua colaboração para responder a três questionários e marcar um *check list*. Os questionários e o *check list* focalizam informações específicas sobre comunicação em saúde. O tempo dispendido para a resposta de todos os instrumentos é de aproximadamente vinte e cinco minutos. Ressalto que você tem o direito pleno de se recusar a participar desta pesquisa, e que, concordando em participar, também tem a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou represália.

Esclareço que o projeto não oferece risco, uma vez que trata de conteúdo acadêmico sem implicações emocionais e que a sua identidade será mantida sob sigilo, sendo que os dados serão utilizados exclusivamente para os objetivos desta investigação, analisados coletivamente, e que em momento algum você será identificado/a.

Estarei à sua disposição para quaisquer esclarecimentos antes e durante a pesquisa, garantindo-lhe qualquer acompanhamento ou assistência que lhe for necessária, com relação à sua participação.

Por meio deste documento, você concorda que a Universidade de Brasília utilize as informações coletadas para fins de estudo e aprendizado, apresentação em congressos, publicação em livros e revistas e outras atividades científicas, mantidos a privacidade e sigilo, respeitando a legislação vigente. Sua assinatura indica que leu esse consentimento, esclareceu todas as suas dúvidas e livremente concorda em participar desta atividade nos termos indicados acima.

Ressaltamos que este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração!

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Contato da pesquisadora responsável: (61) 3107-6836 [bethqueiroz@unb.br](mailto:bethqueiroz@unb.br)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa FS/UnB: 3107-1947

## **ANEXO G – Mensagem de correio eletrônico padrão de contato com os professores da FCE**

Prezado/a Professor/a,

Sou aluna do programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, do Instituto de Psicologia do campus Darcy Ribeiro. Estou realizando uma pesquisa, no campus de Ceilândia, sob a supervisão da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz. O objetivo do meu projeto de mestrado é identificar a percepção que estudantes da FCE têm sobre o tema comunicação em saúde. O projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, em Outubro de 2010. As professoras Diana e Clélia têm conhecimento da pesquisa e estão apoiando o desenvolvimento do projeto. Em novembro e dezembro de 2010, realizamos um mapeamento institucional, identificando que estudantes com ingresso no primeiro e segundo período de 2009 e primeiro período de 2010, seriam os mais indicados para uma amostragem por critério para a coleta definitiva de dados. No mês de janeiro deste ano, aplicamos um Estudo Piloto, para adequar os instrumentos à coleta ideal. Também verificamos, no Estudo Piloto, que a aplicação coletiva é o procedimento ideal. Portanto, considerando que sua disciplina contempla alunos do curso de “X”, e conta com o maior número de alunos desse curso, seria o contexto ideal para realizar a coleta. Gostaríamos de solicitar sua colaboração, dentro do que lhe for possível, para permitir que, no início ou final de uma aula, nos cedesse de vinte minutos a meia hora, para usufruir da garantia dos participantes ideais presentes, e convidá-los a participarem da pesquisa, em ambiente propício para sua realização. Os alunos teriam que preencher dois questionários e completar um *survey*. Todos receberiam o TCLE, e eu estaria presente no momento da aplicação. Ressalto que o instrumento foi testado com os estudantes e que está pronto para a coleta definitiva. Estou à sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos antes, durante e após a coleta, e também inteiramente disponível para aplicar os questionários no dia e horário que lhe for conveniente, se puder colaborar. Peço a gentileza de responder a esta mensagem tão logo lhe seja possível, de modo que eu possa otimizar e dar efetivo prosseguimento a meu estudo. Em função da possível mudança de espaço físico da FCE o quanto antes for realizada a coleta, melhor.

Grata por sua atenção.

Clarissa Vaz Dias

(61) 8433-9159, 3327-9159, 3408-4138

Contatos de minha orientadora: (61) 3107-6836 e 8111-6370 [bethqueiroz@unb.br](mailto:bethqueiroz@unb.br)

**ANEXO H – Instrumentos do Estudo Piloto****Vamos conversar um pouco sobre COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

1) Como que você define a COMUNICAÇÃO?

---

---

2) Com que idade, onde e/ou como que você se lembra de ter aprendido esse conceito?

---

---

3) Como você percebe a importância da COMUNICAÇÃO em sua rotina diária?

---

---

4) O que você entende por COMUNICAÇÃO EM SAÚDE?

---

---

5) Você encontra alguma dificuldade em estabelecer diferença entre COMUNICAÇÃO e COMUNICAÇÃO EM SAÚDE?

---

---

6) Como que você define SAÚDE?

---

---

7) Você sabe o que é uma DESIGUALDADE/DISPARIDADE em saúde? (Se afirmativo, pedir que dê uma definição)

---

---

8) Você já estudou a temática COMUNICAÇÃO EM SAÚDE em alguma disciplina? (Se afirmativo, pedir para citar em qual disciplina e apontar o conteúdo abordado)

---

---

9) Na sua opinião, qual é a relação entre COMUNICAÇÃO EM SAÚDE e as possíveis formas de atuação de um profissional de saúde?

---

---

10) Quais características você supõe que sejam essenciais a um profissional de saúde com efetiva COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ?

---

---

11) Você gostaria de acrescentar alguma informação?

---

---

**Dados Sócio-demográficos:**

Identificação

Idade: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F( ) M( )

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Composição da família nuclear: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Renda mensal familiar (em salários mínimos): \_\_\_\_\_

Cidade na qual concluiu o ensino médio: \_\_\_\_\_

Escola na qual concluiu o ensino médio: \_\_\_\_\_

Ano e período de ingresso na Universidade de Brasília: \_\_\_\_\_

Curso de graduação em andamento: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Possui outra graduação: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

**Agradecemos a sua valiosa contribuição!**

Marque com um “x” todas as alternativas com as quais você concorda:

A comunicação em saúde pode influenciar:

- indivíduos
- comunidades
- profissionais de saúde
- responsáveis por políticas públicas

A comunicação em saúde ajuda a:

- melhorar a relação profissional de saúde-paciente
- substituir a falta de infraestrutura física, ou seja, de instalações de serviços de saúde
- aumentar o nível de participação do paciente nos atendimentos a ele prestados
- reduzir respostas emocionais do paciente, por intermédio do esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações

Assinale com “V” para verdadeiro e “F” para falso, as seguintes colocações:

- Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde, ela auxilia na adoção ou manutenção de práticas comportamentais.
- O processo de aprendizado em comunicação em saúde é decorrente da formação acadêmica.
- A comunicação em saúde atinge seu ápice quando discutida e aplicada em contextos de atuação em equipes.
- O treinamento de comunicação em saúde é restrito ao período de graduação do profissional.
- A comunicação em saúde é uma disciplina evolutiva de caráter multidisciplinar.
- Criatividade é um atributo dispensável à comunicação em saúde, uma vez que os protocolos de funcionamento são as referências para a atuação profissional.
- A comunicação em saúde pode compensar soluções médicas inadequadas para tratar, diagnosticar ou prevenir qualquer doença.
- A comunicação em saúde é uma área promissora apenas em saúde pública.
- A comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspectos da promoção de saúde e prevenção de doenças.
- A comunicação em saúde é um componente fundamental do treinamento do profissional de saúde, desde que o paciente seja orientado sobre suas responsabilidades na relação terapêutica.

Enumere, por ordem de importância (sendo 1 a mais importante e 9 a menos importante) as variáveis psicossociais que, na sua avaliação, precisam ser levadas em consideração no processo de comunicação em saúde:

- Envolvimento em atividades comunitárias
- Gênero
- Hábitos alimentares
- Idade
- Moradia
- Nível educacional
- Raça
- Religião
- Status socioeconômico

Competência cultural é usualmente definida como a busca contínua da habilidade de entender, avaliar e, construtivamente, relacionar a singularidade e individualidade de cada pessoa, diante das diversas culturas que exercem influência sobre o curso de vida de cada indivíduo, incluindo a habilidade de reconhecer diferentes contextos socioculturais

Dentre as palavras contidas no quadro abaixo, escolha as cinco que você considera como mais importantes à boa comunicação em saúde.

|             |                 |                                  |
|-------------|-----------------|----------------------------------|
| CONHECER    | OUVIR           | SER HUMILDE / TER HUMILDADE      |
| EMPODERAR   | PRESTAR ATENÇÃO | SER SENSÍVEL / TER SENSIBILIDADE |
| ENVOLVER-SE | PROCURAR        | SER CRIATIVO / TER CRIATIVIDADE  |
| EXPLICAR    | QUESTIONAR      | SER EMPÁTICO / TER EMPATIA       |
| INTERAGIR   | RECOMENDAR      | SER HÁBIL / TER HABILIDADE       |
| NEGOCIAR    | RESPEITAR       |                                  |

Enumere de um a cinco em ordem de importância as palavras escolhidas, sendo o número um o mais importante de todos e, assim, sucessivamente. A seguir, defina cada indicador escolhido.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Considerando a definição que lhe foi apresentada do que seja competência cultural, você conhece e/ou gostaria de acrescentar, sugerir ou definir alguma outra palavra?

---



---



---



---

**Agradecemos a sua valiosa contribuição!**

## ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo Piloto

Convido você a participar de uma pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, realizada pela aluna de mestrado Clarissa Vaz Dias, sob a supervisão da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Queiroz. O objetivo é verificar a adequação de instrumentos para identificar a percepção que estudantes da área de saúde têm sobre o tema comunicação em saúde. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam colaborar para a formação de futuros profissionais e trazer conseqüente melhoria do atendimento aos usuários dos serviços de saúde através do estabelecimento de uma comunicação efetiva em equipes.

Para tanto, solicito sua colaboração para responder a uma entrevista, preencher um questionário e marcar um *check list*. A entrevista será gravada em áudio e terá perguntas sobre alguns dados sócios demográficos e o tema da comunicação em saúde. O questionário e o *check list* focalizam informações específicas sobre comunicação em saúde. O tempo dispendido para a resposta de todos os instrumentos é de aproximadamente vinte a trinta minutos. Ressalto que você tem o direito pleno de se recusar a participar desta pesquisa, e que, concordando em participar, também tem a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou represália.

Esclareço que o projeto não oferece risco, uma vez que trata de conteúdo acadêmico sem implicações emocionais e que a sua identidade será mantida sob sigilo, sendo que os dados serão utilizados exclusivamente para os objetivos desta investigação, analisados coletivamente, e que em momento algum você será identificado/a.

Estarei à sua disposição para quaisquer esclarecimentos antes e durante a pesquisa, garantindo-lhe qualquer acompanhamento ou assistência que lhe for necessária, com relação à sua participação.

Por meio deste documento, você concorda que a Universidade de Brasília utilize as informações coletadas para fins de estudo e aprendizado, apresentação em congressos, publicação em livros e revistas e outras atividades científicas, mantidos a privacidade e sigilo, respeitando a legislação vigente. Sua assinatura indica que leu esse consentimento, esclareceu todas as suas dúvidas e livremente concorda em participar desta atividade nos termos indicados acima.

Ressaltamos que este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Agradecemos a sua colaboração!

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Contato da pesquisadora responsável: (61) 3107-6836 [bethqueiroz@unb.br](mailto:bethqueiroz@unb.br)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB: 3107-1947