

A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho

The medical-patient relationship under the light of communication and work

La Relación Médico-Paciente vista bajo la mirada de la comunicación y el trabajo

Carlos Frederico Confort Campos¹ , Roseli Fígaro² 

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

² Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo.

Resumo

Introdução: Uma relação médico-paciente adequada é fundamental para melhorar a saúde do paciente. Essa relação sofre influência negativa devida à dificuldade no uso de habilidades de comunicação, especialmente por parte dos médicos. **Objetivo:** Propor um novo olhar sobre esta questão, analisando-a sob a luz da abordagem das ciências da comunicação e da interação trabalho-comunicação. **Métodos:** Ensaio teórico elaborado a partir da transposição de alguns conceitos discutidos pela Ciências da Comunicação para a área da saúde. Os tópicos discutidos são: problema de paradigma da comunicação na relação médico-paciente; análise da consulta pela perspectiva do Materialismo histórico; aplicação da teoria da Ação Comunicativa de Habermas na área da saúde; aporte dos estudos de recepção, entendendo a consulta como mediação e trabalho; e a contribuição da Ergologia na construção de um paralelo com o Método Clínico Centrado na Pessoa. **Conclusão:** A conscientização e a incorporação das contribuições das Ciências da Comunicação para a comunicação médico-paciente pela área médica permitirão melhorar a interação terapêutica entre as duas partes.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Relações Médico-Paciente.

Como citar: Campos C F C, Fígaro R.A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2352. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2352](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2352)

Autor correspondente:

Carlos Frederico Confort Campos.

E-mail: cafred@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Recebido em: 19/01/2020.

Aprovado em: 24/12/2020.

Editor Associado:

Luciana Tricai Cavallini.



Abstract

Introduction: An appropriate doctor-patient relationship is essential to improve the patient's health. It is negatively influenced by the difficulty in using communication skills, especially by doctors. **Purpose:** To propose a new look on this issue, analyzing it under the light of the communication sciences approach and work-communication interaction. **Methods:** Theoretical essay elaborated through the transposition of some topics discussed by the communication sciences to the health area. The topics discussed are: communication paradigm problem in the doctor-patient relationship; analysis of the consultation from the Historical Materialistic perspective; application of Habermas' Communicative Action theory in the health area; input from reception studies, understanding consultation as mediation and work relations; contribution of Ergology, by building a parallel with the Person-Centered Clinical Method. **Conclusion:** The awareness and incorporation of the communication sciences contributions about doctor-patient communication by the medical area will allow to improve the therapeutic interaction between the two parties.

Keywords: Health Communication; Physician-Patient Relations.

Resumen

Introducción: una relación médico-paciente adecuada es esencial para mejorar la salud del paciente. Ella está influenciada negativamente por la dificultad en el uso de habilidades de comunicación, especialmente por parte de los médicos. **Objetivo:** Proponer una nueva mirada sobre este tema, analizándolo a la luz del enfoque de las ciencias de la comunicación y la interacción trabajo-comunicación. **Métodos:** ensayo teórico elaborado a través de la transposición de algunos conceptos discutidos por las ciencias de la comunicación para el área de la salud. Los temas discutidos son: problema de paradigma de comunicación en la relación médico-paciente; análisis de la consulta desde la perspectiva del materialismo histórico; aplicación de la teoría de la acción comunicativa de Habermas en el área de la salud; aportes de los estudios de recepción, entendiendo la consulta como mediación y trabajo; contribución de la ergología, al construir un paralelo con el método clínico centrado en la persona. **Conclusión:** La conciencia e incorporación de las contribuciones de las ciencias de la comunicación en la comunicación médico-paciente por parte del área médica permitirán mejorar la interacción terapéutica entre las dos partes.

Palabras clave: Comunicación en Salud; Relaciones Médico-Paciente.

INTRODUÇÃO

O principal objetivo de um atendimento médico é que a pessoa que o recebe tenha algum benefício para a sua saúde. Isto pode ocorrer de diversas maneiras, por meio de medicações, orientações (sejam elas preventivas ou terapêuticas) ou esclarecimentos de dúvidas. Para que qualquer uma dessas ações ocorra, é necessário que exista alguma forma de relação médico-paciente¹.

A relação médico-paciente se dá através da interação entre as duas partes², que ocorre naturalmente por meio de uma interação comunicativa entre seus participantes, quando se trata de duas pessoas racionais e dotadas de linguagem. Mesmo quando não for este o caso, haverá sempre uma figura intermediária – como um cuidador – que poderá estabelecer esta relação comunicativa.

Essa relação tem sido alvo de críticas recentemente, pois problemas de falta de entendimento por ambas as partes surgem com frequência. É comum médicos se queixarem que pacientes não sabem dizer o que têm ou não “obedecem” às orientações, independentemente das características sociais destes. Pacientes esperam que seus médicos tenham uma comunicação adequada³ e costumam se queixar de que seus médicos não os ouviram ou que não entenderam o problema que têm⁴.

A fim de sanar esta situação, há recentemente um maior investimento em habilidades de comunicação, no contexto de processos de formação médica, inclusive como parte integrante das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina⁵. Essa discussão passa por aspectos de conteúdo de comunicação – sobre o que se fala –, mas também sobre os processos comunicativos – sobre como se fala –, focando na

relação médico-paciente. No entanto, esta discussão fica restrita à área de saúde e há escassa literatura de como essas questões podem ser abordadas entendendo-se a relação médico-paciente sob o ponto de vista das ciências da comunicação.

A medicina é uma ciência que tem sua origem nas ciências naturais e, apesar de, obviamente, ter a relação entre médico e paciente como um de seus focos, não tem em sua base o arcabouço teórico necessário para discutir mais profundamente o aspecto da comunicação. Sua integração com as ciências da comunicação, de origem nas ciências sociais, permite novos olhares para a questão da comunicação no âmbito da consulta médica.

Dentre eles, destaca-se a associação entre comunicação e relações de trabalho, já que a relação entre médico e paciente é sim uma relação de trabalho, e como tal, alguns fatores se colocam de modo que tal situação não pode ser entendida como uma relação comum entre duas pessoas.

O objetivo deste artigo é a observação da relação terapêutica médico-paciente sob o ponto de vista das ciências da comunicação e também, sob o ponto de vista da interação comunicação e trabalho.

As seguintes abordagens serão utilizadas: problemas do paradigma da comunicação na saúde; perspectiva do Materialismo histórico na relação médico-paciente; aplicação da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas na consulta; aporte dos estudos de recepção: a consulta médica como mediação e como trabalho e, por fim, as contribuições da Ergologia na área médica.

PROBLEMAS DO PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

A comunicação médico-paciente, quando formalmente ensinada nos processos de formação médica (seja graduação, residência ou formação médica continuada) deve seguir um paradigma de comunicação. Na definição de Thomas Kuhn⁶, paradigmas são orientações teóricas amplas cuja influência é forte o suficiente para que seja difundida em uma comunidade de estudiosos, moldando suas pesquisas, teorias e práticas. Na maioria das situações, no entanto, este elemento essencial não está claro nem para quem ensina nem para quem aprende.

O paradigma de comunicação mais conhecido é o proveniente da teoria matemática de Shannon e Weaver⁷. Esta teoria linear da comunicação propõe a transmissão de uma mensagem codificada por um emissor através de um canal, até chegar no seu receptor, onde será decodificada. Sua simplicidade para explicar o fenômeno comunicativo justifica o porquê de sua notoriedade⁸, mas não permite compreender o processo de forma completa.

Apesar de ser o mais conhecido, não é o mais utilizado na prática da educação na área de saúde. O paradigma subjacente mais utilizado é o da teoria hipodérmica da comunicação. Este é proveniente das correntes funcionalistas das ciências da comunicação, que são fruto de contribuições das ciências naturais associadas às discussões da teoria dos sistemas⁹.

Desenvolvida por Lasswell¹⁰, a teoria diz que realizando atos comunicativos devidamente pensados e preparados, ao entrar em contato com o paciente, eles gerarão exatamente o efeito esperado – da mesma forma que uma substância veiculada em uma agulha hipodérmica gera na pessoa inoculada. Assim, médicos são formados para fazerem perguntas e formularem orientações ou prescrições, de modo que seus atos de fala gerem como reações justamente as respostas que esperam às suas perguntas e entendimentos plenos de suas orientações e prescrições da parte de seus pacientes.

Baseada na teoria da sociedade de massas e com contribuições fortes das linhas behavioristas, propõe que os atos comunicativos sejam causa única e suficiente para as ocorrências das reações esperadas, já que entende que os indivíduos são indiferenciados, passivos e expostos ao meio.

O conceito, cujo nome ironicamente provém das ciências da saúde, quando é extrapolado para o espaço da consulta médica, traz duas falhas importantes que não permitem explicar totalmente o processo comunicativo deste encontro.

A primeira questão é o fato de ignorar que o receptor da mensagem tenha algum efeito sobre o entendimento dela. Mesmo a simplista teoria matemática entende que a mensagem precisa ser decodificada ao chegar no receptor; e essa decodificação depende de fatores inerentes a esse ente.

Ainda nessa questão, o ensino médico neste tema é voltado para o fato de que o médico, por “saber mais que o paciente” deve orientá-lo de tal forma que o conteúdo do seu discurso chegue no paciente de maneira a produzir o efeito desejado. Isto leva à preocupante escassez de situações em que aquilo que o paciente pensa, deseja ou mesmo traz como “bagagem pessoal” - como sua experiência de vida geral, bem com suas vivências com seu problema de saúde - é levado em consideração.

Ao desconsiderar a pergunta “para quem?”, proposta pelo próprio Lasswell em outra discussão¹¹, os profissionais incorrem no mesmo erro da teoria: ignoram que a pessoa que recebe a mensagem tem grande influência sobre qual efeito ela gerará. E, enquanto esta falha de princípio não for corrigida, através de um olhar mais direcionado ao paciente, “convidando-o” a participar deste processo, nunca saberemos qual tipo de efeito será gerado por uma orientação ou prescrição.

Outra questão importante - e talvez ainda pior - é a ausência de clareza de que haja qualquer paradigma sendo seguido. Esta questão é bastante significativa, pois é preciso ter, no mínimo, consciência da forma como as coisas estão sendo feitas, para que haja alguma possibilidade de modificar essa realidade.

O ensino de comunicação nas formações médicas é, habitualmente, bem restrito, voltado para diretrizes de perguntas a serem feitas, focando em habilidades de conteúdo e ignorando habilidades processuais de comunicação. Há, portanto, uma necessidade premente de voltarmos às bases que as ciências da comunicação nos dão para podermos entender o que profissionais compreendem por comunicação e o que está sendo ensinado aos alunos. Ao identificarmos esse problema, podemos tentar definir qual paradigma melhor se aplica à comunicação médico-paciente para, enfim, podermos propor alguma mudança que permita que a medicina “avance” junto às ciências da comunicação¹² na sua visão deste encontro.

PERSPECTIVA DO MATERIALISMO HISTÓRICO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A proposta marxiana entende o trabalho como categoria central para poder se observar a evolução das sociedades¹³ e também ajuda a refletir sobre a comunicação médico-paciente.

Sob a óptica de que a relação entre as classes organiza a sociedade em sua forma econômica, social e cultural, entende-se que a relação médico-paciente pode ser afetada pela polarização advinda de posições diferentes de classes sociais. O momento da consulta é um espaço emoldurado pelas condições sociais e econômicas mais gerais que expõe as pessoas, muitas vezes, em situação de classes sociais diferentes. É corrente a percepção de que o médico, como um profissional formado em curso superior,

pertence a setores de classe que mais se identificam com a classe dominante. Muitas vezes, essa é a própria concepção que o profissional tem de si em relação às classes populares. Nesse jogo de posições contrárias, cria-se a polarização dominante-subalterno, abrindo conflitos que impedem o bom desempenho para a saúde do paciente. Do ponto de vista linguístico esse jogo de dominante-subalterno está expresso no enunciado 'paciente', aquele que não tem condição de ação; aquele que não está em posição de saber fazer algo.

No serviço público de saúde, ao qual recorrem as camadas mais pobres da população, essa polarização de papéis de classes diferentes se mostra de maneira mais radical. Este encontro pode gerar um tensionamento - não necessariamente ruim - entre as partes que, por terem origens diferentes, imaginam que teriam objetivos diferentes naquele espaço.

No entanto, a questão da arena de luta de classes é mais generalizada. A materialidade dessas posições contraditórias extrapola as relações particulares e interpessoais, para se manifestar, por exemplo, na língua, no estilo, no consumo etc. No espaço e no momento da consulta médica, essas contradições da arena da luta de classes também podem se manifestar na postura e nas escolhas verbais do profissional para se dirigir ao outro sujeito que procura ajuda para sua saúde. Desse modo, a comunicação interpessoal em situação de consulta médica deve ser problematizada pelo profissional de maneira a modalizar as diferenças para cumprir o objetivo: cuidar da saúde do ser que precisa de cuidados.

É importante definir que o capitalista, como a figura que detém ou controla os meios de produção, é alguém que explora a força de trabalho alheia e não precisa dispor da própria força de trabalho para sobreviver. Mas, a maioria de médicos e de pacientes é "vendedor" de força de trabalho. Portanto, como trabalhadores que valorizam direta ou indiretamente o capital, mesmo ocupando posições diferentes, também fazem parte da mesma classe, a classe-que-vive-do-trabalho¹⁴. No entanto, para muitos profissionais médicos essa percepção é inalcançável e identificam-se mais com o detentor do capital do que com aqueles que são seus iguais: trabalhadores. Essa percepção inadequada sobre o próprio trabalho é um traço característico do trabalho humano explorado: a alienação¹⁵.

Assim, não se trata de perceber a consulta como uma luta de classes, pois essa luta se manifesta no âmbito do poder e da exploração do trabalho de forma mais geral. A relação médico-paciente está emoldurada pelo contexto da luta de classes, mas ela em si, não é manifestação da luta de classes. Pelo contrário, pode ser um passo mais próximo da emancipação social, visto que as classes oprimidas podem modificar o *status quo* social¹⁶ e buscar acabar com opressões, discriminações e desigualdades no acesso a e no trato da saúde, cuidando melhor de todas as pessoas.

Outra perspectiva importante vinda do Materialismo histórico é a de que as contradições e as lutas entre as classes são o movimento da história, cujas mudanças sociais trazem sempre consigo uma nova classe dominante (que antes era oprimida), que, por sua vez, modifica o modo de vida da sociedade (o modo de produção). As transformações trazem avanços civilizatórios, respaldados no reconhecimento dos direitos humanos, sobretudo, o direito à vida.

Essas mudanças sociais sucessivas levaram à modificação da relação médico-paciente. Esta deixou de ser uma relação extremamente hierarquizada, em que o médico era entendido como alguém muito superior, quase inatingível, para ser uma relação mais próxima e horizontalizada. Talvez essa proximidade não seja possível de ocorrer na relação mais comercial entre cliente e fornecedor, quando os interesses

comerciais suplantam o dever da prestação de um serviço. Esses são casos relatados na literatura sobretudo no setor do serviço privado e empresarial de saúde.

Por outro lado, há a defesa de que o avanço do capitalismo nas áreas mais privadas da vida transforma cidadãos em consumidores. Este *status* de consumidor⁸ daria maior poder ao paciente, como pagante do serviço prestado, e criaria a demanda por uma melhor comunicação por parte do médico e por melhor entendimento das necessidades da saúde do cliente. Nessa situação, o paciente deixa de ser passivo para ser cliente. O cliente tem sempre razão e paga pela mercadoria serviço de saúde. Essa compreensão revela que não se dá a empatia entre iguais, mas inverte-se as posições, visto que o médico passa a ser prestador de serviço do pagante, momentaneamente, “patrão”. Mudam-se as regras postas do jogo comunicacional, obrigando os “jogadores”, em especial, os médicos a mudarem suas estratégias, já que agora necessitam “fidelizar seus “clientes”, a fim de poderem se manter prestando seu serviço.

Portanto, a abordagem da comunicação entre médico e paciente na perspectiva marxiana exige a contextualização do evento consulta, extrapolando a situação enunciativa médico-paciente. Exige identificar as imbricações econômicas, sociais e culturais que perpassam a situação enunciativa do momento da consulta. Assim, a comunicação é muito mais complexa do que o simples ato de transmissão de informação. A troca linguística não pode ser limitada à estrutura da língua e nem mesmo ao jogo dos interesses individuais. Há condicionantes mais amplos e estruturais que perpassam os processos comunicacionais.

APLICAÇÃO DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS NA CONSULTA

A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1981) foi uma das primeiras teorias propostas de forma estruturada sobre a comunicação. Para além de uma teoria sobre comunicação, o autor diz tratar-se também de uma teoria da sociedade¹⁷; porém, como ele mesmo coloca, trata mais de procedimentos do que de fatos reais¹⁸.

De acordo com essa teoria, as pessoas interagem por atos comunicativos que visam o entendimento mútuo, tendo por base um universo simbólico compartilhado, chamado “mundo da vida”. Este entendimento é alcançado através de argumentações, por meio das quais cada um dos participantes tem igual possibilidade de emitir seus argumentos em um ambiente livre de coerções externas (exceto pela do melhor argumento)¹⁹ de tal forma que ambos assumem um lugar ideal de fala. Este lugar ideal advém da ideia de que, os participantes dessa argumentação compartilham a mesma linguagem, a mesma língua, na mesma situação de fala e, nesse contexto, se entenderão de forma natural²⁰.

Assim, podemos imaginar que durante a interação entre médicos e pacientes, a meta de entendimento naturalmente se concretize dado que ambos compartilham do mesmo “mundo da vida” e são capazes de emitir seus argumentos livremente a partir de seus lugares ideais de fala. O médico é o que pode prover devido seu conhecimento, e o paciente é o que relata, visto ser ele o que traz o sentido da doença.

A teoria habermasiana traz também outro elemento importante: o sujeito que participa da interação, dotado de linguagem e razão, tem poder em sua fala. Através dela, é capaz de produzir modificações em seu “mundo da vida”¹⁴, como um ser potente, capaz de realizar mudanças. A ação comunicativa racional, estruturada em situação ideal de fala e por argumentos racionais leva ao entendimento e à solução dos problemas, regula o poder e o dinheiro.

Nesse sentido, a comunicação entre médicos e pacientes ganha mais importância pois, através dela, é possível gerar mudanças no mundo compartilhado por ambos, na direção da principal meta do encontro: a saúde do paciente.

Porém, alguns pontos importantes se contrapõem à essa leitura, da teoria habermasiana aplicada a situação da consulta médica, do entendimento pleno entre ambas as partes.

Primeiramente, os participantes deste processo não partilham realmente da mesma língua, pois, embora falem, no nosso caso, o português, não se trata do “mesmo” português. Dadas diferenças regionais, de ascendências e mesmo de experiências de vidas, médicos e pacientes falam “idiomas” diferentes. São níveis de fala diferentes, configurados pela experiência cultural e social. Além disso, devido à formação técnico-biomédica dos profissionais, esses acumulam, como parte de seu vocabulário, uma série de expressões e jargões que não fazem parte da vida da população em geral. Mesmo com o uso de competência cultural²¹ atributo derivado da Atenção Primária em Saúde, muitas vezes essa barreira linguística não é transposta.

Outro aspecto é que em nenhum espaço, muito menos no da consulta médica, as pessoas estão em um ambiente livre de coerções externas, e, portanto, aptas a emitir livremente seus argumentos. Em todo o momento, recebemos influências, positivas ou negativas, do ambiente, do nosso interlocutor, da sociedade e, na consulta, da doença ou do tratamento em questão. Assim, nem médicos e nem pacientes encontram-se em lugares ideais de fala. Os constrangimentos institucionais, econômicos e do cotidiano precisam ser analisados de forma mais aprofundada antes de darmos como certa a situação ideal de fala. O sujeito que busca auxílio médico na maior parte das vezes está fragilizado pela doença de múltiplas formas: pela dor, insegurança, falta perspectiva de apoio etc.

Por fim, há uma questão, já discutida na seção de Materialismo histórico, e que precisamos retomar. Os participantes da interação em situação de comunicação não costumam - infelizmente - buscar um consenso de entendimento durante a consulta, muito embora este seria justamente o objetivo deste encontro.

Dessa forma, embora a teoria habermasiana da Ação Comunicativa não se encaixe perfeitamente como uma explicação para a interação médico-paciente, ela permite que busquemos compreender essa relação comunicativa sob uma nova perspectiva.

APORTE DOS ESTUDOS DE RECEPÇÃO: A CONSULTA MÉDICA COMO MEDIAÇÃO E COMO TRABALHO

Os estudos de recepção em comunicação ganham força na América Latina, principalmente, na segunda metade do século XX, através de diversos autores, dentre os quais se destaca Jesús Martín-Barbero²². A ideia original era observar como os meios de comunicação de massa e seus conteúdos são apropriados pelas audiências²³. Neste processo de apropriação, os sentidos são gerados diferentemente para as pessoas que recebem a informação. Esta recepção passa por contextos e lugares que contribuem para a formação de significado das experiências comunicacionais chamadas mediações²⁴. Nas palavras de Martín-Barbero, as mediações são esse “espesso espaço de crenças, costumes, sonhos, medos, tudo o que configura a cultura cotidiana”²⁵.

Dentro do universo de mediações possíveis, destaca-se o trabalho. O contexto laboral, como local em que as pessoas passam boa parte de suas vidas e que as modifica de forma importante, dando a elas boa parte do sentido da existência. O trabalho é também um 'local' privilegiado para a formação de significados. Observado sob este ponto de vista, diversos entendimentos dos processos comunicacionais podem ser apreendidos.

As ideias de recepção e mediação podem ser extrapoladas do conceito original de meios de comunicação de massa para melhor explorar a interação entre médico e paciente. Desta forma, para entendermos os sentidos gerados em situação de consulta médica, é relevante termos atenção para dois aspectos importantes.

O primeiro deles é entender que a consulta em si já é uma mediação importante. A partir de seu contexto, são produzidos uma série de significados, tanto para médicos quanto para pacientes sobre o que é dito neste espaço. Assim, aspectos como a relação entre ambos; as suas origens nos sentidos social, econômico e pessoal; os graus de conhecimento do funcionamento do corpo humano, enfim, todos estes elementos influem na produção dos significados das trocas ocorridas no tempo-espaço da consulta.

Ao desconsiderar a grande influência que se cria na situação da consulta, entendendo-a como uma conversa qualquer entre pessoas, perdem-se ricas oportunidades de melhorar o entendimento de ambas as partes sobre o que é dito. Essa falha é especialmente grave para médicos pois, ao se entenderem como possuidores de formação técnica suficiente do processo, continuam agindo como se não precisassem modificar sua atitude para com a interação.

O segundo deles é perceber que se trata de uma relação de trabalho, onde uma das pessoas está vendendo sua força de trabalho (como já discutido), independentemente de ser de uma ou outra classe econômica, e a outra está usufruindo de um serviço pelo qual pagou, não importando a forma de pagamento (seja pelo pagamento direto ao profissional, indireto por uma operadora de saúde, feito pela própria pessoa ou como benefício trabalhista ou pelo pagamento de impostos). Portanto, para melhor entendimento do processo de comunicação em situação de consulta médica é necessário buscar quais aspectos essa relação de trabalho, que traz tantos sentidos na vida das pessoas, produz para facilitar ou dificultar entendimentos entre as partes.

A área médica deve, portanto, se apropriar do conceito de mediação e dos estudos de recepção e incorporar a ideia de que contextos como a consulta e a relação de trabalho inerente a ela permitem e influenciam significativamente a produção dos sentidos de uma mensagem²⁶.

CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA NA ÁREA MÉDICA

Por fim, ainda na interação comunicação-trabalho, é importante observar a contribuição que a Ergologia pode trazer à área médica. A Ergologia é uma abordagem que busca entender as situações de trabalho. Como abordagem teórico-prática, entende o trabalho como criação humana com e sobre o ecossistema da vida²⁷. Define que o trabalho é sempre inédito e criativo, que ele ocorre por meio da constante "renormatização" das normas, pois observa que entre o trabalho prescrito, proposto por quem define o trabalho, e o trabalho realizado, pelo trabalhador da ponta, há uma diferença. Esta diferença é o que há de humano e, portanto, inédito no trabalho²⁸. Toda a atividade humana está respaldada no ineditismo da ação, porque o sistema humano - corpo, mente, subjetividade - confronta-se todo o tempo

com o já produzido, esse encontro do já existente com a ação humana é a prova da existência da vida, e, no caso, do real do trabalho.

As normas propostas para o trabalho prescrito são importantes e balizam a sua execução, no entanto, são produzidas por quem não está com a “mão na massa”, não condizendo com o que de fato ocorre. O trabalhador, por sua vez, não tem a intenção e nem a consciência de transgredir, simplesmente busca formas viáveis de executar o seu trabalho.

Ao pensar no que a Ergologia pode acrescentar de inovador para a medicina, é importante lembrar que sua origem já vem da Ergonomia francesa e da filosofia da vida de George Canguilhem²⁷. Aportes de referência fundamentais que destacam o acúmulo de conhecimento científico da área das ciências da vida sobre o significado do trabalho, não restringindo-o à operações repetitivas e normativas. Esse aspecto mostra a relevância do pensamento científico-filosófico na área da saúde, ressignificando o próprio conceito de saúde.

Apropriando-nos da Ergologia para analisar especificamente a comunicação entre médico e paciente, é possível traçar um paralelo entre ela e o Método Clínico Centrado na Pessoa, quanto à diferença entre o prescrito e o realizado.

O método é composto por quatro componentes principais: explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico²⁹. Objetiva entender a necessidade do paciente, considerando quem é aquela pessoa, e associá-la à demanda do médico, a fim de alcançar um acordo, aceitável por ambos, em que se define um plano de ação compartilhado. Desta maneira, o que vai ocorrer não será puramente o que for prescrito pelo médico, e sim, o que for acordado entre ambos. Se não houver qualquer tipo de acordo, não será possível prever qual a atitude o paciente tomará, perdendo o aspecto terapêutico da relação.

É possível perceber que há uma raiz comum entre a Ergologia e os cuidados de saúde, dado que ambos estão preocupados com o bem-estar das pessoas. A diferença certamente se dá na óptica que ambas possuem: a Ergologia foca nos cuidados observando-os do ponto de vista do trabalho; já a saúde cuida do bem-estar do ponto de vista da saúde física e mental. Quando relacionados, observamos que ambas as abordagens buscam justamente o que há de inédito entre o que se prescreve – no trabalho ou na saúde – e o que de fato se concretiza. Este espaço, esta diferença é unicamente o fator humano. Este fator, objetivo central das duas metodologias, é o grande motivo pelo qual exercemos nossas funções: trabalho e saúde são eminentemente humanos³⁰.

Trabalho é um aspecto da saúde humana para a ergologia, pois trabalhar é estar vivo e criar. A questão que a Ergologia ajuda a problematizar é que nas condições da sociedade atual, o trabalho é sempre menosprezado. O trabalho é tido e analisado apenas como forma econômica e não como forma de criação, condição humana para a construção de sociedade.

Assim, há a necessidade de voltar nossa visão justamente para este fator humano, único e inédito, para poder cuidar melhor tanto dos trabalhadores, quando em situação de trabalho; quanto dos pacientes, quando fora da situação de trabalho, entendendo que eles não “obedecem” a prescrições e sim, tomam parte nelas, modificando-as para torná-las mais adequadas para a suas realidades.

CONCLUSÃO

Ao observar a interação comunicacional entre médicos e pacientes, temos progressivamente visto mais problemas com origem na dificuldade de entendimento que ocorre no espaço da consulta. A medicina, como ciência, pouco tem conseguido fazer para resolver essa situação. As ciências da comunicação, focadas nas interações entre humanos através das linguagens, podem trazer aportes significativos à área da saúde. Através dos olhares destas ciências sociais, é possível perceber outras possibilidades de atuação para solucionar alguns destes problemas na relação médico-paciente como: a necessidade da definição de um paradigma de comunicação médica, as contribuições trazidas pelas visões habermasiana e marxiana na comunicação com o paciente, a percepção da consulta médica como mediação e como trabalho e o paralelo entre a Ergologia e o Método Clínico Centrado na Pessoa, associando saúde e trabalho.

A associação dessas duas áreas de conhecimento permite uma mudança significativa no olhar de como se dá a comunicação médico-paciente, facilitando a construção de uma relação mais terapêutica entre estes participantes.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Contribuição dos autores

Carlos Frederico Confort Campos: conceituação, metodologia, análise formal, escrita - primeira redação
Roseli Fígaro: validação, escrita - revisão e edição, supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 Apr;40(7):903-18.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
3. Sofaer S, Firminger K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services. *Annu Rev Public Health*. 2005;26(1):513-59.
4. Duffy R, Liaqat M, Heymann WR. Melanoma in-what? Patients' understanding of a diagnosis of melanoma in-situ. *Patient Educ Couns*. 2020 Jan;103(1):226.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014. *Diário Oficial da União* 2014 p. 8-11.
6. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2006.
7. Weaver W, Shannon C. *A teoria matemática da comunicação*. In: Cohn (org) G, editor. *Comunicação e indústria cultural*. 4 ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional; 1978.
8. Ruben BD. *Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same*. *Health Commun*. 2016;31(1):1-11.
9. Fígaro R. Atividade de comunicação e de trabalho. *Trab Educ e Saúde*. 2008 Jun;6(1):107-46.
10. Araújo CA. *A Pesquisa norte-americana*. In: *Teorias da comunicação Conceitos, escolas e tendências*. 13. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
11. Fígaro R. *Comunicação e Trabalho: binômio teórico produtivo para as pesquisas de recepção*. *Mediaciones Soc*. 2009;4(1 semestre 2009):23-49.
12. Ruben BD, Gigliotti RA. *An Overview of Foundational Perspectives on Communication*. In: *Leadership, Communication, and Social Influence*. Emerald Publishing Limited; 2019. p. 35-54.

13. Marx K. O Capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013.
14. Antunes R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. São Paulo: Boitempo; 2002. 135–165 p.
15. Marx K, Engels F. Cultura, arte e literatura. Textos escolhidos. São Paulo: Expressão popular; 2010. 97–101 p.
16. Marx K, Engels F. A Ideologia Alemã. 1 ed. São Paulo: Boitempo; 2007.
17. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Vol I - II. Madrid: Taurus; 1999. 9–196 p.
18. Aragão LM de C. Razão comunicativa e teoria social crítica em J. Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997. 27–140 p.
19. Rivera FJU, Artmann E. Inovação e agir comunicativo: Redes e tecnologias de gestão para a saúde. Cad Saude Publica. 2016;32:1–11.
20. Reese-Schäfer W. Compreender Habermas. Petrópolis: Vozes; 2009.
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
22. Martín-Barbero J. Ofício de cartógrafo. Travessias latino-americanas da comunicação na cultura. São Paulo: Loyola; 2004. 209–256 p.
23. Martín-Barbero J. Pistas para entre-ver meios e mediações. In: Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: UFRJ; 2003.
24. Fígaro RA. Comunicação e trabalho. Estudo de recepção: o mundo do trabalho como mediação da comunicação. São Paulo: Anita Garibaldi/Fapesp; 2001. 162–244 p.
25. Martín-Barbero J, Barcelos C. Comunicação e Mediações culturais. Rev Bras Ciências da Comun. 2000;23(1):151–63.
26. Fígaro R. Estudo de Recepção e Ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. E-Compós. 2010 Feb 11;12(3).
27. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho & Ergologia. Rio de Janeiro: Eduff; 2008. 47–82 p.
28. Entrevista: Yves Schwartz. Trab Educ e Saúde. 2006 Sep;4(2):457–66.
29. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
30. Hennington ÉA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: Reflexões a partir da ergologia. Rev Saude Publica. 2008;42(3):555–61.