RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano III, v.3, ed. 1, jan./ jul. 2023. DOI: 10.51473/ed.al.v3i1.690| submissão: 10/08/2023 | aceito: 12/08/2023 | publicação: 18/08/2023

Comunicação em saúde como ferramenta estratégica de eficiência em gestão de Serviços De Saúde

Health Communication as a strategic efficiency tool in Health Services management

*Carolina Santana Krieger**

RESUMO

O presente trabalho pretende desvelar a importância do processo comunicativo como ferramenta estratégica para o alcance de eficiência na gestão de equipes de saúde. O trabalho na área da saúde, seja em instituições públicas e/ou privadas, possui uma configuração representada pela interdisciplinaridade, com trabalhadores de diferentes formações e níveis de conhecimento.
Palavras-chave: Comunicação, Comunicação em saúde, Gestão estratégica.

ABSTRACT

The present work intends to reveal the importance of the communicative process as a strategic tool for achieving efficiency in the management of health teams. Work in the health area, whether in public and/or private institutions, has a configuration represented by interdisciplinarity, with workers from different backgrounds and levels of knowledge.
Keywords: Communication, Health communication, Strategic management.

1. INTRODUÇÃO

A palavra comunicação vem do latim *comunicare*, que possui o significado de tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, sendo um processo que

envolve a transferência de informações entre dois ou mais interlocutores com a utilização de signos e regras semióticas, de forma recíproca de compreensão (Rudiger, 2011). Conforme Fermino e Carvalho (2007), a comunicação é uma prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque (aspectos não verbais).

Torres (1998) define interdisciplinaridade como a interação existente entre duas ou mais disciplinas, onde cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificadas e passa a depender claramente umas das outras, resultando em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos.

A comunicação em saúde é uma referência aos estudos e utilização de ferramentas de comunicação para informação de indivíduos e coletividade para conhecimento. Seus principais objetivos são promover e educar para a saúde, reduzir riscos e danos relativos à saúde, prevenir agravos, promover educação em saúde, estreitar laços para melhor entendimento das questões que permeiam a saúde. (Teixeira, 2007). CORIOLANO- MARINUS et al (2014) pontuam que a importância da comunicação como instrumento laboral dos profissionais de saúde e a necessidade de implementação da comunicação reflexiva, embasada na relação de troca e intercâmbio de saberes, deve ocorrer nos serviços de saúde.

Para Nogueira e Rodrigues (2015), a aplicação de medidas para melhoria da comunicação entre os membros da equipe de saúde requer mudanças na cultura organizacional que visam impactar nos índices de segurança nos cuidados com usuários.

Conforme Acqua et al (1997) existem muitas barreiras que impossibilitam o processo de comunicação que decorrem de linguagens e saberes diferentes, limitações fisiológicas do receptor e/ou emissor, imposição de valores, divergências socioculturais e estágios de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos envolvidos na emissão e recebimento da mensagem.

Abordar a comunicação durante a graduação e os cursos de formação pode contribuir para o desenvolvimento de competências na interação comunicacional, não apenas para transmissão de informações, mas reconhecendo no ato

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

comunicativo a realidade sociocultural do sujeito, suas representações, preconceitos e saberes (Teixeira e Veloso, 2006).

Vale ressaltar que a habilidade da comunicação constitui uma das cinco competências gerais estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, sendo pontuado que os profissionais da área devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. O processo comunicativo envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (Brasil, 2001).

A prática interprofissional colaborativa em saúde representa uma ferramenta estratégica de suma importância por possibilitar reversão ao modelo de atenção em saúde hegemônico e, assim, aumentar a resolutividade do trabalho em equipe, com respeito à integralidade do cuidado e elevar a eficiência nos processos gerenciais de equipes de saúde.

2. OBJETIVO

Apontar a importância da comunicação em saúde como ferramenta estratégica de gestão eficiente dos serviços de saúde.

Elucidar a dimensão da comunicação em equipes interdisciplinares de saúde para o aprimoramento da eficácia e resolutividade nos serviços de saúde.

3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

3.1 A COMUNICAÇÃO

O processo de comunicação compreende o uso da linguagem, cultura e a tecnologia para transmitir uma mensagem. Na história da humanidade, a linguagem tinha um caráter de sobrevivência, uma vez que as primeiras ferramentas utilizadas pelo homem serviam para acessar os alimentos. Arsuaga (2005,), atribui a utilização

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

de tais objetos ao *homo habilis*, sendo as primeiras pedras recolhidos em Gona, na região do Hadar, país dos Afaris (Etiópia) e contam com 2,5 milhões de anos de antiguidade. Em relação à emissão de mensagens, só muito tempo depois é que o homem passou a recorrer a outros materiais para aperfeiçoar a comunicação. Bordenave (1982) aponta que o homem chegou à associação dos sons e gestos para designar um objeto, dando origem ao signo. Na organização dos signos criados, foram acrescidas a linguagem escrita e, posteriormente, a linguagem falada. Para que a comunicação humana alcançasse o estágio atual foram necessárias diversas transformações fisiológicas e processos tecnológicos revolucionários.

De acordo com Cardoso e Araújo (2007), os diferentes contextos como histórico, econômico, político, institucional, textual, intertextual, existencial e situacional exercem papel crucial nos processos comunicacionais.

O sistema mecânico da comunicação, para Shannon (1948) é constituído por cinco partes:

1. **Fonte de informação**: Mensagem a ser comunicada ao receptor;
2. **Transmissor**: Operador da mensagem, por meio de sinais, adequadas para sua transmissão;
3. **Canal**: o meio para transmitir a mensagem;
4. **Receptor**:Decodifica a mensagem advinda dos sinais;
5. **Destino**: É a pessoa (ou coisa) para quem a mensagem se destina.

Conforme Jakobson (2010), compõem elementos básicos da comunicação:

→ **Código**: Conjunto de sinais que interagem sob regras semânticas e que permitem a interpretação do emissor. O receptor deve conhecer o código para compreender a mensagem;

→ **Canal**: Meio físico por onde a mensagem é transmitida;

→ **Emissor**: A pessoa que tem a intenção e transmite a mensagem;

→ **Receptor**: Quem recebe e interpreta e decodifica a mensagem enviada pelo emissor;

→ **Mensagem**: É o objeto da comunicação, é a informação propriamente dita pelo emissor para o receptor;

→ **Contexto**, o espaço em que ocorre o ato de comunicação;

→ **Contato**: É um canal físico e uma conexão entre o emissor e o destinatário a fim de manter a comunicação entre ambos.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Habermas (1989) chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Pode-se medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala.

Para Silva (1999), comunicar com qualidade engloba a compreensão do que desejamos trocar com as pessoas, colocar em comum, através da nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos qualificados para fazer-nos ser compreendidos, com o auxílio de nossa disponibilidade e conhecimento

3.2. COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL

A comunicação organizacional integra funções administrativas das instituições, tais como as atividades de planejamento, organização, direção e controle, pois estabelece as relações de entendimento para que as pessoas possam interagir como grupos organizados, de forma que permita atingir objetivos preconizados. Na prática das instituições de saúde, sejam públicas ou privadas, os diferentes atores, dentre usuários, profissionais e gestores e seus saberes, o processo comunicativo acontece no contexto das relações preestabelecidas por determinados modelos de assistência. Estas ações são diretamente influenciadas tanto pelo contexto onde ocorrem, quanto pelos valores dos grupos sociais aos quais cada membro está incluído, possibilitando a geração de distorções como a supressão da mutualidade, característica implícita em um processo relacional (Caprara, Franco, 2006).

Segundo Teixeira Filho (2001), as evoluções das empresas, organizações e os processos comunicacionais e informacionais estiveram sempre presentes. Atualmente, esses processos complexos viraram mais que necessários em um contexto de aceleradas transformações sociais. Nesse sentido, as empresas necessitam buscar novos mecanismos para manter a competitividade. Dessa maneira, os processos de comunicação podem servir como instrumentos para a realização das potencialidades estratégias e de integração nas organizações, pois a comunicação promove maior interação dentro das organizações por conta do trabalho em grupo. Assim, as instituições estimulam que as pessoas articulam-se e

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

relacionam-se muito mais, até pela necessidade do negócio, no caso, a saúde. Destarte, na atualidade, o mundo se comunica mais do que no passado, por conta da tecnologia da informação e do processo de globalização.

Bardash et al (2017) assinalam que o uso das tecnologias de comunicação é uma crescente tendência contemporânea, o que também alcança o trabalho em equipe. O argumento para o seu emprego é a facilidade no repasse das informações Contudo, seu emprego em excesso e exclusivo pode vir a dificultar e/ou reduzir a colaboração interprofissional. Isso decorre porque o tipo de conversação, que caracteriza a comunicação dialógica, depende de níveis mais aprofundados de relação pessoal. A comunicação superficial caracteriza uma barreira comunicativa de diálogo entre os profissionais e as equipes de diversas especialidades (Curran et al 2015).

Dessa forma, as organizações necessitam buscar novos mecanismos para aprimorar seus processos de comunicação para que possam servir de instrumentos para a realização das potencialidades estratégias e de integração entre os profissionais.

3.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo, além da práxis, fomentam a constante troca de informações entre os trabalhadores de diferentes áreas do conhecimento.

Conforme Almeida (2019), a comunicação em saúde, em seus diferentes níveis: interpessoal, grupal, societal e mediático, proporciona a transmissão de mensagens verbais e não-verbais com o objetivo de compreensão por parte dos envolvidos e a uma consequente ação promotora de saúde. O compartilhamento de saberes através da formação formal envolve um conjunto de influências (Hargie et al, 1998):

1. Cultura, hábitos e crenças dos participantes;
2. Idade dos participantes;
3. Diversidade profissional dos envolvidos;

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

4. Interligação e a sequência das matérias abordadas durante a formação;
5. Princípios da educação;
6. Qualidade das fontes e das referências;
7. Qualidade das dinâmicas cognitivas, emocionais e comportamentais, para motivarem a aprendizagem e a retenção do conhecimento;
8. Promoção de relações positivas e florescentes entre os participantes e os docentes, que permitem a continuidade no tempo das relações.

Consoante com Coriolano-Marinus et al, (2014), a comunicação em saúde tem despertado interesse particularmente com o estabelecimento de relações horizontais e democráticas, a humanização da assistência, o protagonismo do indivíduo assistido e o controle social. Entretanto, algumas barreiras dificultam a sua concretude da forma ideal. A (des)comunicação constitui uma dessas barreiras, que se estabelece por meio de filtros perceptivos que podem mudar a mensagem para ouvir o que o receptor deseja, bem como expressar mensagens contraditórias de forma não verbal, pela postura corporal assumida (Mendes e col., 1987).

Na visão de Pedruzzi (2011), em relação à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agrupam ao trabalho médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social.

Na perspectiva de Fortuna (1999) existem três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que destacam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que apontam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. No âmbito da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa concepção,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

destacam-se estudos acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.

Pedruzzi (1998) conceitua a equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação

3.4. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A comunicação representa um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores de saúde. Em estudo sobre comunicação na concepção de cursos de graduação em medicina, ela foi considerada de forma ampla; no entanto, para uma parcela significativa de entrevistados constitui- -se apenas um instrumento para o diagnóstico (Rossi e Batista, 2006).

Sob o ponto de vista de Oliveira e col. (2008), a competência comunicacional no exercício da profissão não é inata, devendo ser abordada e trabalhada nos currículos dos cursos da área de saúde já que demanda aprendizagem contínua e precisa ser sintonizada entre todos os membros da equipe. Deve abranger não somente a capacidade de se fazer claro, mas principalmente escutar de forma acolhedora, não fornecendo apenas um entendimento conceitual, mas considerando os indivíduos na sua subjetividade. Para Agreli et al (2016), o diálogo é ponto indispensável à prática interprofissional colaborativa em saúde.

Para Sørensen et al (2012), o profissional de saúde deve ter amplas competências técnicas, com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, marketing em saúde, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais. Já para Coriolano-Marinus et al, (2014) os profissionais de saúde precisam se apropriar de tecnologias, conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais se situam as práticas da educação em saúde. Entretanto, para que os processos comunicativos em saúde se deem de forma transformadora, a formação dos trabalhadores da área deve ultrapassar a simples aquisição de técnicas e instrumentos rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, em suas ações educativas. Reitera-se o

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

desafio de proporcionar experiências formativas também nos processos de educação permanente nos cenários de assistência à saúde, de forma a produzir o compartilhamento de saberes que conduzam à compreensão e entendimento entre os vários interlocutores envolvidos no ato comunicativo.

Os autores Schaiber e Pedruzzi (1999) mencionam que os profissionais de saúde, como sujeitos do processo de trabalho, exercem autonomia técnica. Esta é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho.

No trabalho de Pedruzzi (2001) foram apresentadas 3 formas de comunicação entre equipes de saúde: uma delas é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho. A comunicação, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como formalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo. Outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e aliam as dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação. A terceira expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Dessa maneira, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intricada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões. A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim, enquanto o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Portanto, a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir instrumental busca-se um certo resultado independente das adversidades do processo. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção por todos os membros da equipe de saúde.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Dessa forma, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais, implicando em algumas profissões “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, diuturnamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho. Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando repudiam a divisão e a recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual. Assim, o repisamento das relações de subordinação pode ser compreendido considerando-se a tendência dos sujeitos de replicar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que legitimam e fundamentam suas práticas.. Por conseguinte, no trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho na busca de coesão e eficiência.

Conforme Carli et al (2014), a formação dos profissionais de saúde deve pautar-se nos conhecimentos experimentados, vividos, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas. Assim sendo, a educação deve ser prática e medir sua qualidade frente à necessidade de contribuir para melhorar a situação de saúde da população. A pouca consciência social coletiva e a formação isolada dos contextos sociais levaram ao fato de que os trabalhadores começaram a ser muito mais parte do problema do que da solução dos mesmos. A universidade sem responsabilidade com a comunidade é um erro e os currículos devem incluir, em seus planos, o princípio da responsabilidade social, bem como os conceitos de eqüidade, acesso universal e qualidade do atendimento. Já para Venturelli (1998) as dificuldades para que a educação dos profissionais de saúde caminhe nessa direção contam com fatores como: a rotina dos docentes, suas experiências anteriores e sua formação, a tendência à privatização, fazendo com que os planos de formação profissional, com uma clara responsabilidade social, não consigam o apoio docente. A década de 80 produziu reforço do individualismo e os docentes de hoje aceitam com dificuldade os caminhos participativos e de progresso social coletivo. Uma mudança nesse terreno poderá ser facilitada mediante formas de aprendizagem participativas e coletivas, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principal campo de atuação dos estudantes e trabalhadores da saúde.

A interdisciplinaridade, de acordo com Meireles e Erdmann (1999), corresponde a uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum, abrangendo unificação conceitual dos métodos e estruturas em que

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento. Como efeito, a interdisciplinaridade se apresenta como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica impostas pelas questões de saúde.

Para Adams (2014), a prática interprofissional colaborativa em saúde permite influenciar de forma sinérgica sobre o cuidado e melhorar o acesso à saúde, aperfeiçoando a alocação dos recursos, aprimorando a eficiência dos serviços, apurando os resultados e racionalizando os custos no cuidado em saúde.

3.5 A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA GERENCIAL

Processos inteligíveis possuem maior capacidade de êxito para o alcance de metas, reduzindo insegurança e falhas nos atendimentos em saúde. Teixeira Filho (2001) pontua que os processos de comunicação eficientes são responsáveis diretos pela eficácia das ações de gestão do conhecimento nas organizações, pois permitem que a informação correta chegue a quem deve chegar, da forma como deve se apresentar, e de maneira que o entendimento seja entendível e inequívoco.

Em conformidade com Baldisserra e Bueno (2014) a liderança é uma importante ferramenta porque permite aglutinar os processos de reflexão-teorização da realidade vivenciada, com contribuições à construção do conhecimento.

Motta (1991) evidencia que a liderança é a expressão de apoio e confiança; é o desenvolvimento de um real sentido de interdependência entre os integrantes, com respeito às individualidades; sendo a comunicação fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das atividades grupais e, portanto, para a efetivação do processo de liderança. O êxito do líder está relacionado com a sua habilidade de comunicação; envolvendo a utilização sistemática de símbolos para transmitir informação e alcançar entendimento sobre uma situação.

Diante da imprescindível reorganização dos serviços de saúde, urge a necessidade de profissionais da área da saúde dotados de habilidades e de instrumentos de gerência e liderança, uma vez que, investir no desenvolvimento das habilidades de liderança provoca impacto direto sobre a capacidade dos gestores para promover melhorias contínuas nos serviços. Para o exercício de uma liderança

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

eficaz é imprescindível aliar às características pessoais, o desenvolvimento de habilidades referentes à dimensão organizacional e à interpessoal, especialmente no que diz respeito à comunicação e à interação humana (Motta, 1998).

Por meio de uma efetiva liderança nos serviços de saúde, esses locais poderão promover a reorganização da atenção e do trabalho em saúde, permitindo criar um ambiente propício para o atendimento resolutivo e para a manutenção de um espaço corporativo mais atrativo para profissionais de saúde.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura realizada a partir da busca de artigos nas bases de dados Literatura Latino- -Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo), utilizando os descritores: comunicação, comunicação em saúde, comunicação entre profissionais de saúde, comunicação organizacional e comunicação e liderança. Procedeu-se ao cruzamento dos descritores comunicação e demais descritores para elucidar as práticas de comunicação em serviços de saúde.

A revisão integrativa, segundo Mendes et al. (2008), inclui a análise de pesquisas relevantes que subsidiam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando um apanhado amplo do conhecimento de um determinado assunto. Ademais, viabiliza apontar as lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas, assim como conduzir a síntese de estudos publicados com conclusões gerais sobre uma determinada área de estudo.

Souza e Carvalho (2010) mencionam que a revisão integrativa proporciona a síntese de conhecimento e a aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática, englobando a aplicação das etapas do método científico, definição do problema de pesquisa, busca das informações na literatura, avaliação crítica dos estudos incluídos, identificação da aplicabilidade dos dados coletados. Dessa forma, permite a inclusão de estudos de diferentes abordagens metodológicas, transversais, longitudinais, qualitativos, de reflexão e revisões narrativas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

O processo comunicativo é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (Braga e Silva, 2007; Silva e col., 2000).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi,1998).

Vale ressaltar que aprimorar estratégias para comunicação efetiva, seja de forma verbal ou não, é fundamental para o desempenho de atividades por diferentes categorias profissionais, desde que ocorra clareza acerca das informações e os resultados esperados.

O que oportunizar a maior ou menor integração entre membros da equipe será a prática de argüição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas mas, sobretudo, um horizonte ético. (Pedruzzi, 2001).

Gocan (2014) esclarece que a comunicação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite exercer a colaboração interprofissional efetiva nas organizações de saúde.

É imperioso destacar que o líder efetivo aprimora suas próprias habilidades e seu relacionamento com os demais profissionais, clientes e com todo o ambiente que o cerca, além de não se apoiar na tradicional posição de poder como caminho para influenciar pessoas (Size, 2006).

Resta inferir que a comunicação constitui uma poderosa ferramenta estratégica para gestão de equipes e gerenciamento dos diferentes serviços de saúde.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

6. REFERÊNCIAS

1. ACQUA, M. C. Q. D. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, 1997.

2.ADAMS, T. L. et al. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. USA: **J Interprofessional Care**, 28(4):339-44, 2014.

3.AGRELI, H. F. et al.. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa**. Interface (Botucatu): 20(59):905-16, 2016.

4.ALMEIDA, C. V. Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), **Literacia em saúde na prática** (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook], 2019.

5.ARSUAGA, J. L.. **O colar do neandertal: em busca dos primeiros pensadores**. São Paulo: Globo, p. 349, 2005.

6.BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc Cuid Saúde**: 13(2):191-2, 2014.

7.BARDASH, S. H. et al. Perspectives of health care practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. USA: **J Interprofessional Care:** 31(3):300-6, 2017.

8.BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1ª ed.,1982.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

9.BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf. Acesso em ago 2022.

10.CARDOSO, J. M.; ARAÚJO, I.S. **Comunicação e saúde.Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html. Acesso em jul 2022.

11.CARDOSO, O.O. Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos.Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública** 40 (6): 1123-44, 2006.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

12.CARLI, F. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**: 23(3):626-32, 2014

13.CAPRARA, A.; FRANCO, A. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.85-108, 2006.

14.CORIOLANO- MARINUS, M. W. L et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

15.CURRAN, V. et al. The use of information and communications technologies in the delivery of interprofessional education: a review of evaluation outcome levels. USA: **J Interprofessional Care**: 29(6):541-50, 2015

16.FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

17.FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

18.GOCAN, ,S..et al. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. Canada: **J Res Interprofessional Practice and Education**; 3(3):1-19, 2014.

19.HABERNAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

20.HARGIE, O. et al. **A survey of communication skills training in UK schools of medicine: Present practices and prospective proposals**. Medical Education,1998.

21.JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 2010.

22.MEIRELES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Texto Contexto Enfermagem:** jan/abr; 8(1):149- 65, 1999.

23.MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; NOGUEIRA, M. S. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 204-219, 1987.

24.MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis. **Contexto Enferm**, Out-Dez; 17(4): 758-64, 2008.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

25.MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

26.MOTTA, P. R.. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record; 1998

27.NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. Curitiba, **Cogitare Enferm**. 2015 Jul/set; 20(3): 636-640, 2015.

28.OLIVEIRA,A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.

29.PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [**Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

30.PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. São Paulo: Rev Saúde Pública, 35(1):103-9, 2001.

31.ROSSI, P. S; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 10, n. 19, p. 93-102, 2006.

32.RUDIGER, F. **As teorias da comunicação**. Porto Alegre, Artmed, 2011.

33.SCHRAIBER, L. B.; PEDRUZZI M.. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ Méd Salud**;27:295-313, 1999.

34.SHANNON, C. E. A mathematical theory of communication. **The Bell System Technical Journal**, Vol 27, p. 379-423. 1948. Disponível em: https://people.math.harvard.edu/~ctm/home/text/others/shannon/entropy/entropy.pdf. Acesso em jul 2022

35.SILVA, M. J. P.. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? São Paulo: **Rev Soc Bras Cancerologia**, 2(8):3-8, 1999.

36.SIZE, T. Leadership development for rural health. USA: **North Carolina Medical J.**:67(1):71-6, 2006.

37.SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, M. D. **Integrative review: what is it?: how to do it?**. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

38.SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 2012.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

39.TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando conhecimento: como a empresa pode usar a memória organizacional e a inteligência competitiva no desenvolvimento de negócios**. Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2001.

40.TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Florianópolis: **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

41.TEIXEIRA, J. A. C. **Psicologia da Saúde**. Portugal: Climepsi Editores, 2007.

42.TORRES, J. S. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

43.VENTURELLI, J. Os aspectos educacionais na reforma da educação e nas profissões de saúde. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, p.145- 64, 1999.

*****_Enfermeira Sanitarista com especialização em Saúde Coletiva e da Família, Gestão Clínica do Cuidado, Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital, MBA em Gestão de Saúde 4.0, Mestranda em Saúde Coletiva e doutoranda em Saúde Coletiva_

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.