

Estudo Exploratório sobre Comunicação em Saúde a partir de Percepção de Pacientes de Dor Crônica Pós-Operatória¹

Jéssica de Cássia ROSSI²

Alexandre LOPES³

Adriana Maria DONINI⁴

Rannier Ferreira MENDES⁵

Guilherme Antônio Moreira de BARROS⁶

Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP

Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, SP

RESUMO

Neste artigo abordamos estudo originado a partir da pesquisa “Dor Crônica Pós-Operatória” (DCPO) em execução no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) e buscamos conhecer o índice de aceitação de pacientes convidados a participar de investigação científica, considerando diferentes abordagens realizadas por dois distintos pesquisadores (P1 e P2). O levantamento abrangeu o período de maio de 2015 a maio de 2016 e envolveu 339 pacientes. Como resultado principal, constatamos que o tipo de comunicação adotado e o objetivo da aproximação interferem na relação estabelecida entre profissional/acadêmico da área de saúde e paciente.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação; pacientes; organizações; saúde

INTRODUÇÃO

A Comunicação em Saúde se pauta pela construção perceptiva que os seres humanos devem ter de temáticas que promovam a saúde, previnam doenças ou atuem de forma educativa visando, como resultado, a proteção da saúde do indivíduo, do coletivo e do meio ambiente (ARAÚJO, 2013). A interação entre instituições/profissionais da área de saúde e usuários do serviço é uma das vertentes da Comunicação em Saúde e, na qual, se inserem orientações que visam

¹ Trabalho apresentado no GT Pensamento Comunicacional de Comunicação e Saúde, do PENSACOM BRASIL 2016.

² Doutora em Ciências Sociais pelas Unesp/Marília e Docente da Universidade do Sagrado Coração (USC) E-mail: jessicacrossi@usc.br.

³ Doutorando em Anestesiologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. E-mail: alexandrehcunesp@gmail.com

⁴ Mestre em Comunicação pela Unesp. E-mail: dridonini@gmail.com

⁵ Estudante de Medicina da Unesp/Botucatu, E-mail: rannimendes@hotmail.com

⁶ Orientador do Trabalho. Professor Assist. Doutor no Departamento de Anestesiologia na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, E-mail: barros@fmb.unesp.br

melhoria da qualidade de vida e o direito de informação dos pacientes. Neto e Sousa (2011) expõem que a clareza na difusão das informações também é um dos instrumentos de promoção da saúde. Nesse trabalho, abordamos o estudo “Dor Crônica Pós-Operatória” (DCPO)⁷ em execução no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) e buscamos conhecer o índice de aceitação, entre os pacientes convidados, a participar do estudo, considerando as diferentes abordagens realizadas por dois distintos pesquisadores (P1 e P2). A metodologia adotada em nosso trabalho é de pesquisa exploratória e tem por base abordagens realizadas no período de maio de 2015 a maio de 2016 a 339 pacientes.

Dessa forma, expomos algumas reflexões sobre Comunicação em Saúde que abordam a relação entre profissionais da área e usuários dos serviços, assim como diretrizes e políticas que favorecem a integração entre ambos. Após isso, apresentamos informações sobre a DCPO a fim de esclarecer do que ela se trata, uma vez que este estudo se baseia em pesquisa que tem por finalidade abordar esta temática. Em seguida, apresentamos o estudo exploratório realizado relativo à percepção sobre Comunicação em Saúde dos pacientes analisados e a discussão dos resultados obtidos com a pesquisa. A partir disso, verificamos que tipo de abordagem e objetivo de aproximação têm maior interferência na relação estabelecida entre profissional/acadêmico da área de saúde e paciente.

Comunicação em saúde: a relação entre profissionais da área e usuários dos serviços, diretrizes e políticas que favorecem a integração

A interação entre os campos da Comunicação e da Saúde pode ocorrer de diversas maneiras e com diferentes objetivos e formatos. As práticas comunicacionais desenvolvidas por instituições com o intuito de divulgar ações e atividades que desenvolvem ou conscientizar é uma das formas. A abordagem da mídia sobre o tema é outra vertente dessa relação.

⁷ Trata-se da pesquisa “Avaliação da incidência da Dor Crônica Pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias para o tratamento de doenças musculoesqueléticas”, de Alexandre Lopes, sob orientação do Prof. Dr. Guilherme Antônio Moreira de Barros, no Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia da Unesp/Botucatu e com a colaboração do graduando em Medicina, Rannier Ferreira Mendes, da Unesp/Botucatu.

Realizam

PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016

Há também a interface entre profissionais da área da saúde e usuários dos serviços de saúde, na qual se inserem orientações, elucidação de dúvidas e o direito do acesso dos pacientes às informações. E é essa comunicação interpessoal que destacamos nesse artigo.

Formozo (et. al., 2011) destacam que a relação interpessoal tem um papel importante ao entendimento do cuidado nas práticas profissionais em saúde, mas ressaltam a importância de que sejam considerados o contexto e aspectos culturais que permeiam esse processo.

A esse respeito, os autores mencionam que:

Logo, para a abordagem do papel das relações interpessoais no cuidado em saúde, impõe-se uma análise da multiplicidade dos aspectos que caracterizam sua complexidade como fenômeno psicossocial. Estes elementos englobam: questões de natureza individual associadas ao profissional e ao cliente (crenças, habilidades, valores, sentimentos e motivações); condições físicas e humanas do ambiente (hospital, domicílio, unidades básicas de saúde, entre outros); dinâmica organizacional e autonomia profissional; e o papel que a saúde e suas respectivas políticas assumem historicamente. (p. 126)

Eles ressaltam também que o ato de cuidar deve aliar processos técnicos e aspectos humanísticos:

Este processo de cuidado em saúde, como ação humana, não beneficia somente o ser cuidado, mas também o cuidador. O primeiro experiência melhoria do estado de saúde, aumento de sua autoestima – pelo conhecimento de si e de suas potencialidades –, alívio da dor e conforto. Já o segundo, alcança satisfação, realização, aumento da autoestima e sensação de dever cumprido.

No entanto, para concretização dessa relação interpessoal, ela deve ser estimulada durante a formação dos profissionais de saúde e essa prática precisa ser aperfeiçoada ao longo da carreira. Um dos aspectos que também deve ser trabalhado na formação de profissionais de saúde é a forma de comunicar, ou seja, que haja clareza nas informações transmitidas aos pacientes.

A respeito disso, Nobre Neto e Sousa (2011, p. 23) expõem que: “Reconhece-se que a informação de qualidade difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde”.

Realizam

PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016

As diretrizes contemporâneas na área de saúde já preconizam um atendimento integral. No entanto, ainda podem ser identificadas, com certa frequência, práticas que priorizam o aspecto biomédico. Para melhor contextualização, destacamos diferentes formas de assistência à saúde que estiveram presentes ao longo das últimas décadas e que influenciam o processo de comunicação.

Nos anos 1920, foram criadas as denominadas Caixas de Aposentadorias e Pensões que, em 1930, se tornaram institutos. Nesses sistemas previdenciários, estava incluso o auxílio à saúde para os seus contribuintes.

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) por meio de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano. Sobre esse serviço, Gonze (p. 18) explica que:

O SESP, cuja atuação baseou-se na criação de postos de saúde permanentes em várias regiões do país, tinha em vista uma organização regionalizada e hierarquizada que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações se davam a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e prevenção, educação sanitária e atividade de higiene e organização científica.

Nos anos seguintes, porém, as ações de assistência médica e saúde pública continuavam caminhando de maneira isolada. Quanto ao serviço de saúde no Brasil nos anos 1970, época do regime militar, Gonze (ibid.) expõe que:

O modelo de saúde hegemônico na década de 70 caracterizou-se por alta centralização de recursos e de decisão no âmbito federal, a partir do Ministério da Saúde (MS) que realizava ações preventivas e da Previdência Social (MPAS) que realizava ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação. A política de saúde apoiava-se na parceria entre Estado e os segmentos privados pelo credenciamento de médicos e a contratação de serviços hospitalares e laboratoriais realizada através do Inamps. A oferta de serviços curativos era garantida por contratos com instituições privadas.

Contudo, no início daquela década, surgiu um movimento denominado Reforma Sanitária que visava mudanças nesse tipo de prática médica voltada exclusivamente ao aspecto curativo, almejava inclusão da medicina preventiva, além de acesso de todos à saúde - não apenas a contribuintes previdenciários, e ainda alterações na gestão.

Realizam

PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016

Um marco de discussões sobre o modelo de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O encontro reuniu cerca de quatro mil pessoas e os debates tiveram como eixos temáticos: “saúde como direito”, “reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “financiamento do setor”. No relatório da Conferência, foi estabelecida a implantação de um Sistema Único de Saúde e que houvesse separação entre as áreas da saúde e da previdência.

Essa reunião serviu de subsídio para artigos da Constituição Federal de 1988 referentes à saúde. No artigo 198, foram estabelecidas como diretrizes a descentralização, atendimento integral - com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Em 1990, foi sancionada a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços.

No artigo 5º estão especificados os seguintes objetivos para o SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
(BRASIL, 1990)

O artigo 7º, por sua vez, destaca entre os princípios a integralidade de assistência e direito à informação às pessoas assistidas. Já a Lei nº 8.142/90 contemplou a participação da sociedade civil no SUS em conferências e conselhos de saúde em níveis municipal, estadual e federal.

Outra diretriz que estimula a relação interpessoal harmônica na área de saúde é a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi instituída em 2003 com o intuito de efetivar os princípios do SUS nas práticas cotidianas. A transversalidade, que contempla práticas de saúde e diálogo entre diferentes especialidades é uma das recomendações da

PNH. Outro aspecto é a indissociabilidade entre atenção e gestão, na qual é explicitado que profissionais e usuários devem se inteirar sobre o funcionamento dos serviços e ainda que a responsabilidade na assistência à saúde não depende exclusivamente da equipe desse setor, mas que os assistidos e familiares também precisam assumir responsabilidades relacionadas ao tratamento.

Esse aspecto evidencia a importância de conhecimento e orientação ao usuário, possibilitada pela comunicação interpessoal. Sobre o “protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos”, nos princípios do PNH é exposto que:

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2014)

Para Silva, Bessa e Lessa (2016, p. 1), a humanização ainda precisa ser considerada de maneira mais ampla, conforme citam:

[...] a humanização enquanto política de saúde se constrói diante da inseparabilidade entre atenção, gestão e a transversalidade com diretrizes que fomentam instruções para, assim, humanizar o serviço em saúde. Entretanto, muito se tem a buscar e a se observar, principalmente no que diz à humanização do trabalhador da saúde, pois, ao valorizar este trabalhador e fortalecer sua sensibilidade e competência, possibilitasse humanizar tanto o profissional quanto o usuário e assim, compreender a particularidade de cada indivíduo.

Atento a necessidade de expandir a humanização, no dia 18 de outubro deste ano, o Conselho Regional de Medicina do Estado e São Paulo (Cremesp) lançou a campanha “O calor humano também cura”. A ação, segundo o Cremesp visa “enaltecer a vocação humanitária do médico e fortalecer a relação entre estes profissionais e seus pacientes, um dos pilares da Medicina”.⁸

⁸ Informação disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4258>.

De acordo com o órgão, por meio de filmes, anúncios e banners pretende-se procurar mostrar que o toque, o olhar e uma conversa desempenham papel fundamental na Medicina tanto quanto a evolução tecnológica.

A Dor Crônica Pós-operatória (DCPO)

Segundo a *International Association for Study of Pain* (IASP), a DCPO é a dor presente no indivíduo por mais de dois ou três meses após a realização de um procedimento cirúrgico, quando se excluem causas como câncer ou infecção crônica. Dela resultam grandes desconfortos e é motivo de incapacidades físicas significativas. Além disso, ocorre o comprometimento na qualidade de vida e redução laborativa do paciente afetado. O impacto negativo da DCPO sobre o humor e o sono tem proporcionado aumento da demanda aos serviços de saúde, tornando assim um problema de saúde pública. Estudos demonstraram que a prevalência de depressão tem sido maior em pacientes que desenvolveram este tipo de dor. (ALIAGA et. al., 2013; RICAURTE, REY e OVALLE, 2012; MCRAE, 2001; 2008).

Os pacientes que apresentam DCPO fazem uso de medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e de opioides por longos períodos de tempo para o controle da dor. A DCPO ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes submetidos a cirurgias de grandes complexidades e em cerca de 5% das pessoas que passaram por pequenas cirurgias (RICAURTE; REY; OVALLE, 2012).

A Osteoartrite de Quadril e Joelho é uma das doenças mais prevalentes na população idosa, sendo caracterizada como dor intermitente ou prolongada e incapacitante na maioria das vezes para as atividades diárias do indivíduo. Existem vários tratamentos para esse tipo de doença de acordo com o seu acometimento, sendo elas paliativas ou corretivas (cirúrgicas). Tendo em vista que a população está envelhecendo, espera-se um aumento considerável do desenvolvimento dessas doenças, expondo esses indivíduos a procedimentos cirúrgicos, o que lhes proporcionará risco para a DCPO (AKKAYA, OZKAN, 2009; PINTO et.al, 2013; Wilde et. al., 2011).

Foram identificados fatores de risco que estão ligados ao desenvolvimento da DCPO como: idade, aspectos socioculturais, obesidade, histórico anterior de cirurgia na mesma topografia, técnica cirúrgica utilizada, isquemia muscular, lesão do nervo, tipo de

analgesia empregada e presença de dor pré-operatória. (SAKAKURA et. al 2010; SOMER et. al, 2010, IP et. al., 2009). Aspectos psicológicos como, apreensão ao procedimento, expectativa e catastrofização da dor, também foram associados (MCRAE, 2001).

Sobre as pesquisas realizadas nesta área, há poucas que associam cirurgias para tratamento de doenças musculoesqueléticas e a DCPO e nenhum, que seja de conhecimento dos autores, que identifiquem a sua prevalência em nosso país. O sucesso da prevenção e do tratamento da DCPO depende da identificação dos aspectos fisiopatológicos e de risco que podem potencialmente serem modificados, do que da analgesia isoladamente.

No próximo item, apresentamos o estudo exploratório realizado com pacientes de DCPO.

Estudo Exploratório

A análise exploratória deste trabalho foi realizada a partir de outro estudo sobre “Dor Crônica Pós-Operatória” (DCPO)⁹ em execução¹⁰ no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Buscamos conhecer o índice de aceitação entre os pacientes em participar da outra pesquisa considerando as diferentes abordagens realizadas por dois distintos pesquisadores (P1 e P2). Em nosso estudo exploratório, consideramos a percepção sobre Comunicação em Saúde dos pacientes analisados, uma vez que entendemos que a relação interpessoal tem um papel relevante nas práticas profissionais/acadêmicas em saúde (FORMOZO et. al. 2011).

O HCFMB é um hospital universitário que atende aproximadamente 65 cidades do Estado de São Paulo e dispõe de diversas especialidades médicas na assistência à

⁹ Trata-se da pesquisa “Avaliação da incidência da Dor Crônica Pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias para o tratamento de doenças musculoesqueléticas”, de Alexandre Lopes, sob orientação do Prof. Dr. Guilherme Antônio Moreira de Barros, no Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia da Unesp/Botucatu e com a colaboração do graduando em Medicina, Rannier Ferreira Mendes, da Unesp/Botucatu.

¹⁰ Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório e observacional que busca identificar fatores de risco e características fisiopatológicas para o desenvolvimento da Dor Crônica Pós-operatória (DCPO) em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas de grande e médio porte para tratamento de doenças musculoesqueléticas.

população de todo o território nacional. No local, são realizados desde atendimento médico básico ao mais especializado à população, execução de exames de imagem e laboratoriais, procedimentos invasivos e cirúrgicos, além da pesquisa científica e promoção da saúde por meio de campanhas de conscientização. O HCFMB também está vinculado a Faculdade de Medicina de Botucatu, para formação de médicos e enfermeiros. (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU, 2016)

Na pesquisa DCPO, que serviu como fundamento deste trabalho, realizada no período de maio de 2015 a maio de 2016 a 339 pacientes nesta instituição, P1 e P2 abordaram pacientes na fase inicial de internação, no período pré-operatório, a partir de um conjunto de questionários em que coletavam: informações sócio-demográficas, estado clínico e a percepção de dor do paciente, além de outras informações pertinentes a aquele estudo. E, em um segundo momento, P2 vem realizando o acompanhamento dos mesmos indivíduos pesquisados por até um ano após o procedimento cirúrgico, após a alta hospitalar, por meio de um questionário que avalia a percepção deles sobre a dor pós-cirúrgica.

A partir disso, neste estudo exploratório verificou-se os índices de aceitação dos usuários do serviço de saúde abordados para participação da pesquisa de DCPO, de acordo com o tipo de comunicação estabelecida por P1 e P2 com os pacientes na fase pré-operatória. Nesta fase, as abordagens de P1 com os usuários foram para fins meramente acadêmicos e com contribuição para a sociedade científica, visto que, a contribuição de P1 na pesquisa de DCPO se dá somente no período pré-operatório. Nesse caso, das 212 abordagens (62,5%) realizadas por esse pesquisador, notou-se que 20 pacientes (9,5%) se recusaram participar da pesquisa, além disso, o pesquisador notou certo desinteresse ou impaciência daqueles que aceitaram participar, por vezes, dificultando a obtenção dos dados. Já as abordagens de P2 teve como meta estudo para fins acadêmicos, contribuição para a sociedade científica e o acompanhamento do paciente após o ato cirúrgico e alta hospitalar. Nesse caso, das 127 abordagens (37,5%), houve apenas 6 pacientes (4,7%) que se recusaram a participar do estudo. Entre os que aceitaram o convite de P2, percebeu-se interesse na participação e envolvimento na informação dos dados. A concepção desses usuários do serviço de saúde foi de amparo por parte da instituição e possibilidade de relação mais estreita com o HCFMB,

principalmente nos casos de possível complicação cirúrgica, após a alta hospitalar. Essa percepção dos pacientes converge com as reflexões de Nobre Neto e Sousa (2011), quando abordam a importância de informações de qualidade aos pacientes nos momentos em que mais precisam e que pode contribuir para a promoção da saúde dos mesmos.

Na fase pós-operatória da pesquisa de DCPO, a qual está em desenvolvimento por P2¹¹, no contato, por telefone, estabelecido com os pacientes também foi possível constatar interesse dos usuários na obtenção de informações e esclarecimento de dúvidas referentes ao processo de recuperação e, em alguns casos, solicitada a possibilidade de reavaliação do caso (pacientes que ainda referiam apresentar dor, após a alta hospitalar). Além disso, os pacientes têm demonstrado uma percepção de amparo/cuidado por parte da instituição hospitalar e/ou de pesquisa envolvida, segundo o pesquisador.

Isto posto, no próximo item apresentamos a discussão dos resultados do estudo exploratório.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da pesquisa exploratória realizada, apontamos algumas discussões dos resultados obtidos.

Sobre a diferença entre os índices de aceitação dos pacientes de DCPO em participar ou não da pesquisa de DCPO, entendemos que algumas características pessoais de P1 e P2 e sua forma de participação naquela pesquisa podem ter alguma influência no resultado apresentado em nosso estudo exploratório. P1 é um pesquisador o qual participou somente da primeira etapa da pesquisa de DCPO, na fase pré-cirúrgica, e também este pesquisador é menos experiente por se tratar de um estudante de graduação, enquanto que P2 está participando de todo o processo daquela pesquisa, tanto na fase pré quanto pós cirúrgica, e por ser mais experiente, uma vez que é aluno de doutorado em sua área de pesquisa. Enquanto P2, dado seu envolvimento e experiência na área, tem conhecimento maior, P1 não tem o mesmo envolvimento e experiência sobre o processo de tratamento dos pacientes de DCPO e isso pode ter motivado o tipo

¹¹ A fase pós-operatória da pesquisa de DCPO ainda está em desenvolvimento e será concluída até maio de 2017, portanto, a percepção apresentada por P2 é parcial e poderá apresentar novos dados sobre a temática discutida neste trabalho.

de comunicação adotado com estes usuários do sistema de saúde e nível de aceitação dos mesmos.

Ademais, apontar aos pacientes de DCPO que sua participação na pesquisa de DCPO seria somente para fins acadêmicos pode ter influenciado em sua não aceitação, uma vez que, muitas vezes, esse indivíduos podem não identificar qual sua contribuição para o processo da construção do conhecimento científico na área da saúde ou o benefício que teriam ao participar daquela pesquisa. Em contraposição, quando foi indicado que o paciente poderia ter um acompanhamento em seu processo de tratamento no período pós cirúrgico, o mesmo pode ter enxergado algum benefício nesta participação. De acordo com Araujo (2013), o acompanhamento e a atenção do profissional/acadêmico de saúde inspira confiança e segurança aos usuários do sistema de saúde na promoção da saúde. Em complemento a isso, saber se comunicar com uma linguagem clara e objetiva é também essencial para que haja proximidade entre os profissionais/acadêmicos de saúde e os usuários do sistema.

Vale ressaltar que os pacientes de DCPO, problema de saúde abordado em nosso estudo, requerem atenção e cuidados específicos, uma vez que a dor se faz presente por alguns meses após o procedimento cirúrgico e há também a alteração na qualidade de vida e laborativa do mesmo. Frente a isso, a percepção de acolhimento dos pacientes de DCPO pode ser determinante para a promoção da saúde e uma forma de humanização do sistema, como defende o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, fizemos um estudo exploratório a partir de outra pesquisa de DCPO que vem sendo desenvolvida no HCFMB a fim de conhecer o nível de aceitação dos usuários do sistema de saúde em integrar a referida investigação científica considerando as diferentes abordagens realizadas por dois distintos pesquisadores (P1 e P2) no período de maio de 2015 a maio de 2016 e que envolveram 339 pacientes. Assim, apresentamos algumas reflexões sobre Comunicação em Saúde no que tange à relação entre profissionais de Saúde e usuários dos serviços. Ao analisarmos a trajetória da assistência médica nas últimas décadas, foi possível perceber que movimentos como

a Reforma Sanitária e a Política Nacional de Humanização, por exemplo, contribuíram para que houvesse avanços na Comunicação estabelecida entre profissionais e instituições de Saúde e pacientes. Porém, a formação de estudantes e capacitações a profissionais que já atuam no setor precisam contemplar essas mudanças de maneira mais efetiva. A sensibilização de profissionais da saúde sobre a importância da humanização nas interações que eles desenvolvem com os usuários do sistema de saúde, como fez o Cremesp por meio na campanha “O calor humano também cura” é uma das ações que podem incentivar um atendimento diferenciado.

Para que a humanização se torne uma prática comum nesta área, é necessário que haja a integração entre atenção, gestão e diretrizes que estimulem essa prática. (SILVA, BESSA E LESSA, 2016).

Desse modo, em nosso estudo, se evidenciou que o tipo de comunicação estabelecido e objetivo da aproximação interferiram na relação entre profissional/acadêmico da área de saúde e paciente.

REFERÊNCIAS

AKKAYA, T; OZKAN, D; Chronic post-surgical pain. **Agri**. 2009. n.21, v.1, p.1-9.

ALIAGA, L; NEBRED, C; OJEDA, A; GALVAN, J. Estudio observacional para conocer el perfil de los pacientes con dolor crónico musculoesquelético en tratamiento con la combinación de tramadol 37,5 mg/paracetamol 325 mg o paracetamol 1gr o metamizol 575 mg. (Estudio PROFILE). **Rev. Soc. Esp. Dolor**. 2013. n.20, v.3. p.122-131.

ARAÚJO, J. M. F. A. A comunicação médico-paciente – direito à informação e cidadania. São Luis: EDUFMA. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990 Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em out. 2016.

_____. **Humaniza SUS** – Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12417-principios>>. Acesso em: nov. 2016.

Realizam

PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA D.C.; COSTA, T.L.; GOMES, A .M.T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: Uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem**, UERJ, jan/mar; v. 20, n.1, p.124-7, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

GONZE, G. A Integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Minas Gerais, 2009. 175 p.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU. Quem somos – apresentação. 2016. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/#1402055065-2-63>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

IP, H.Y et. al. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. **Anesthesiology**. 2009, n. 111, p.657–667.

MCRAE, W.A. Chronic pain after surgery. **Br J Anaesth**. 2001. n.87, v.1. p. 88-98.

_____. Chronic post-surgical pain: 10 years on. **Br J Anaesth**. 2008. n.101. v.1. p.77-86.

NOBRE NETO, P.G., SOUSA, G.M.S.F. Comunicação em saúde: Conhecimento de riscos em procedimento de diagnóstico por imagem. **Revista de Pesquisa em Saúde**. Maranhão, v. 12, p. 22-27 set-dez, 2011.

PINTO, P.R.; MCINTYRE, Teresa; FERRERO, R. et. al. Persistent pain after total knee or hip arthroplasty: differential study of prevalence, nature, and impact. **sJ Pain Res**. 2013; n.6, p.691-703.

RICAURTE, L.N.; REY, A.F.; OVALLE, D.F. Aspectos generales del Síndrome de Dolor Crónico Postquirúrgico. Revisión Sistemática-cualitativa. **Univ. Med. Bogotá (Colombia)**. Jul.-set. 2012. n.53, v.3. p. 260-271.

SAKAKYRA, N; USAMI, N; TANIGUCHI, T. *et al.* Assessment of long-term postoperative pain in open thoracotomy patients: pain reduction by the edge closure technique. **Ann Thorac Surg.**, 2010. n.89, p. 1064–1070.

Realizam

PENSACOM BRASIL – São Paulo, SP – 12 e 13 de dezembro de 2016

SILVA, A. A.; BESSA, C; LESSA, F. Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico. Disponível em: <<http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigos-tcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SOMMER, M. RIJKE, J.M; VAN KLEEF, M. *et al.* Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. **Clin J Pain**. 2010, n.26, p. 87–94.

WYLDE, V; HEWLETT, S. LEARMONTH, I.D., DIEPPE, P. Persistent pain after joint replacement: Prevalence, sensory qualities, and postoperative determinants. **PAIN**. 2011, n.152, p.566-572.