

JOÃO BATISTA MOREIRA

**COMUNICAÇÃO: TECNOLOGIA LEVE PARA A INTERAÇÃO DOS
SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO - ENFERMEIRO E USUÁRIOS**

**CAMPOS GERAIS/MG
2010**

JOÃO BATISTA MOREIRA

**COMUNICAÇÃO: TECNOLOGIA LEVE PARA A INTERAÇÃO DOS
SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO - ENFERMEIRO E USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos.

**CAMPOS GERAIS/MG
2010**

JOÃO BATISTA MOREIRA

**COMUNICAÇÃO: TECNOLOGIA LEVE PARA A INTERAÇÃO DOS
SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO - ENFERMEIRO E USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos.

Banca Examinadora:

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____ UFMG
Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____ UFMG
Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____ / ____ / ____

**CAMPOS GERAIS/MG
2010**

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos do Famião, minhas tias Lita e Maditoninha pelo suporte, ao Jovane pelo companheirismo e fortaleza- sem eles não teria caminhado até aqui, e especialmente ao colega João Batista Rodrigues pela contribuição na busca do conhecimento.

Dedico este trabalho aos enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Boa Esperança - MG, pela força do ideal que nos une. Em retribuição à Prof^a Dr Stela Maris Aguiar Lemos pela orientação.

"Compreender supõe, antes de tudo, perguntar-se algo e abrir com isso um espaço para novas significações e sentidos"

Josep Maria Puig

RESUMO

O objeto do trabalho em saúde não é um processo estático, ele ocorre através de um movimento contínuo, com uma dinamicidade que faz com que as tecnologias leves utilizadas sejam efetivas. Dentro dessa concepção, há a exigência de que os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, tenham uma atitude diferenciada, disponham de uma capacidade diferenciada no olhar, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível. O objetivo dessa pesquisa é verificar a contribuição que a interação dos saberes e práticas de saúde dos usuários/família e o enfermeiro da ESF, permeados pela linguagem/cultura, proporciona aspectos relevantes no cuidado, quando esta interação ocorre no uso de tecnologias leves do processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde. A presente pesquisa tratou de um estudo teórico de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, realizado por meio de levantamento bibliográfico de variadas literaturas nacionais especializadas, manuais do Ministério da Saúde e em artigos com embasamento científico, com relação à temática do cuidado, da comunicação e do uso das tecnologias na Estratégia de Saúde da Família – ESF. Com a realização dessa pesquisa concluiu-se que a presença das tecnologias leves no processo do trabalho em saúde objetiva a produção de ações de cuidado, que devem estar presentes nas relações de reciprocidade e de interação. A produção dessas relações produz um atendimento global, onde há o resgate da singularidade, onde o usuário adquire cidadania e autonomia.

Palavras-chave: Estratégia de saúde da família, cuidado em saúde, comunicação em saúde, tecnologias em saúde.

ABSTRACT

The object of health work is not a static process, it occurs through a continuous motion, with a dynamism that makes light technologies used are effective. Within this concept, there is a requirement that health professionals, especially nurses, have a different attitude, have a look at the distinguished ability to realize that this dynamism and diversity that challenge the subject of creativity, listening, flexibility and sensitivity. The objective of this research is to examine the contribution that the interaction of knowledge and practices of users' health / family and the nurse of the FHS, permeated by the language / culture, provides in relevant aspects of care, when this interaction occurs in the use of light technology, the process of work of the Primary Health Care. The present study this was a qualitative study, descriptive in nature, carried out through a literature review of various national literatures specialized manuals of the Ministry of Health and articles in science-based, with respect to subject of care, communication and the use of technology strategy at the Family Health - ESF. With the completion of this study concluded that the presence of low technology in the work process in health aims to produce health care actions, which must be present in relations of reciprocity and interaction. The production of these relationships produces an overall care, where there is the rescue of singularity, where the User acquires citizenship and autonomy.

Key-words: Strategy for family health, health care, health communication, health technologies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	11
2.1	Trajectoria no curso de Especialização.....	11
2.2	Natureza da revisão de literatura.....	12
2.3	Critérios para seleção dos artigos.....	12
2.4	Análise dos dados.....	13
3	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: o papel das Unidades de Saúde da Família.....	14
3.1	Histórico e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.....	14
3.2	Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades.....	16
3.3	A Atenção Primária em Saúde: Unidades Básicas de Saúde.....	19
4	TRABALHO EM SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS.....	22
4.1	Trabalho em saúde: caracterização.....	22
4.2	A presença das tecnologias no cuidado em saúde.....	22
5	O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS AÇÕES EM SAÚDE.....	27
5.1	O processo de comunicação na promoção da saúde.....	27
5.2	O agir do enfermeiro perante a prática comunicativa.....	30
5.3	Comunicação: a linguagem e a cultura no processo saúde/doença.....	32
6	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO COMO FERRAMENTA TECNOLÓGICA RESOLUTIVA.....	34
6.1	O cuidado em saúde: uma proposta integradora de atuação.....	36
7	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família – ESF –, articulado pelo enfermeiro, rico de normas e saberes instituídos como verdades, quando permeado pela linguagem/cultura interage com os saberes e práticas do usuário, encontro este que subjetivamente produz novos saberes e práticas que constituem em ampla margem de relacionar, interagir e inserir o usuário como protagonista na prevenção, promoção e reabilitação de saúde.

O presente trabalho tem como proposta, focar a linguagem/cultura como estratégia essencial para a produção de tecnologias que permeiam a processo de trabalho do enfermeiro na assistência ao usuário/família, potencializada pela subjetividade, produtora de saberes e práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Para a utilização dos diversos tipos de tecnologia, segundo a classificação de Merhy (1997), deve-se entender que a pessoa humana precisa ser visto de forma holística, integral, não deve ser observado, somente o estado físico ou emocional, o ser humano é um todo e para isso a atendimento prestado, deve estar comprometido com essa visão (ROSSI; LIMA, 2005).

O objeto do trabalho em saúde não é um processo estático, ele ocorre de um movimento contínuo, com uma dinamicidade que faz com que as tecnologias leves utilizadas sejam efetivas. Dentro dessa concepção, há a exigência de que os profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, tenham uma atitude diferenciada, disponham de uma capacidade diferenciada no olhar, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível.

Nessa ótica, o cuidado e a habilidade na comunicação são ferramentas tecnológicas leves de enfoque, no gerenciamento das ações em saúde. O que se busca nesse contexto é a superação do tecnicismo e da superficialidade das relações humanas produzidos pela nova era tecnológica (ROSSI; LIMA, 2005).

Objetivo geral

- Verificar a contribuição que a interação dos saberes e práticas de saúde dos usuários/família e o enfermeiro da ESF, permeados pela linguagem/cultura, proporciona e sua interrelação com o uso de tecnologias leves do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde.

Objetivos específicos

- Conceituar tecnologia em saúde;
- Apresentação de um breve histórico do SUS e do papel das Unidades Básicas de saúde no processo de assistência à população;
- Discorrer sobre o trabalho em saúde e a utilização das tecnologias leves no cuidado em saúde;
- Discutir a importância da comunicação nas ações em saúde.

No que diz respeito à interação dos saberes e práticas de saúde, permeados pela linguagem/cultura, a enfermagem dispõe de aparatos científicos teóricos consistentes, já que a comunicação é um dos instrumentos para o exercício de suas competências e habilidades.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Trajetória no curso de Especialização

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família tem contribuído para a prática em PSF Rural, já que os conhecimentos propostos e adquiridos no módulo I possibilitaram a implantação, organização e a otimização de ações do processo de trabalho na atenção primária à saúde e o estímulo à compreensão dos modelos assistenciais com ênfase na família e coletividade, tendo o objetivo da qualidade, transdisciplinaridade e o processo participativo na assistência.

As disciplinas do módulo II com a oportunidade de escolha proporcionaram a busca de habilidades que o conhecimento prévio e a prática não fizeram acumular, contando ainda, como o material didático pontuado para os aspectos interpretativos das linhas-guia da SES-MG e políticas de saúde do SUS no atendimento à população adscrita na UPSF.

A escolha da comunicação como eixo central deste trabalho de conclusão de curso foi realizada no sentido de buscar contribuições com a prática no PSF, a integração deste instrumento de relação pontuando-a como tecnologia leve na interação dos saberes e práticas do enfermeiro e usuários no processo do cuidado. Já que havia observado, na experiência do cuidar, que a linguagem da saúde é marcada por palavras de ordem, pautada em proibições e controle. Este certo “autoritarismo” incomoda e destitui a autonomia do usuário, porque não se tem conhecimento da forma como essa linguagem tem causado impactos na cultura e saberes das pessoas de quem cuidamos e quais os significados elas tem para cada um deles. Acredito que o cuidado ofertado deve considerar a cultura do outro, respeitar o direito de se ter costumes, que há tempos estão marcados em seus pensamentos, corpo e memória.

A contribuição deste trabalho é a possibilidade de aprender interagir esta linguagem/cultura com os saberes e práticas de ambos (usuário, enfermeiro e equipe), que finalizará em práticas de promoção e manutenção da saúde e na prevenção da doença, vivida como expressão da cultura, do inconsciente e da ideologia nas condutas pessoais para refletir na coletividade. Sendo que, a compreensão será essencial para determinar os comportamentos e as práticas sociais dos envolvidos.

2.2 Natureza da revisão de literatura

Trata-se de um estudo teórico de abordagem qualitativa e natureza descritiva, realizado por meio de levantamento bibliográfico de literatura nacional especializada, manuais do Ministério da Saúde, com relação à temática do cuidado, da comunicação e do uso das tecnologias na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Segundo Marconi e Lakatos (2001), a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e constitui no caminho para conhecer ou analisar a realidade ou para descobrir verdades parciais.

Para Andrade (2004), a pesquisa qualitativa coleta informações sem instrumentos formais e estruturados, analisa e descreve informações produzidas por outros pesquisadores de uma forma organizada e intuitiva.

Segundo Minayo (2004), a metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, ou seja, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Ao contrário das quantitativas, as investigações qualitativas não admitem regras precisas, aplicáveis a uma infinidade de casos, por sua diversidade e flexibilidade. Diferem também quanto aos aspectos que podem ser definidos no projeto. Enquanto os pós-positivistas trabalham com projetos bem detalhados, os construtivistas sociais defendem um mínimo de estruturação prévia, definindo os aspectos referentes à pesquisa, no decorrer do processo de investigação.

“O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade” (MINAYO, 2004, p.123).

De acordo com Gil (2007), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis.

2.3 Critérios para seleção dos artigos

Frente ao objetivo do estudo, o levantamento consistiu de publicações nacionais. Foram realizadas buscas nos bancos de dados: LILACS, SCIELO, BDNF, MEDLINE,

Biblioteca Virtual em Saúde - Enfermagem – BVS e no Catálogo de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem e Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – ABEn/CEPEEn. Como descritores de assunto, palavras e títulos, utilizou-se os termos: estratégia de saúde da família, cuidado em saúde, comunicação em saúde, tecnologias em saúde. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos e livros:

- Livros nacionais que discutiam sobre a temática apresentada;
- Revistas científicas de saúde pública e de enfermagem;
- Artigos publicados em periódicos nacionais;
- Artigos disponibilizados com texto completo foram incorporados neste estudo;
- Artigos que respondam ao que foi proposto nos objetivos deste estudo;
- Periódicos indexados no banco de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, BVS, ABEn/CEPEEn e BDENF;
- Artigos desses bancos de dados que datam de 1994 até 2009, selecionados conforme os descritores apresentados e que tivessem relação direta com a temática desta pesquisa.

O levantamento da produção científica sobre o tema foi realizado entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2009, onde além da utilização de 34 referências de livros, também foi realizado um levantamento nos periódicos nacionais por meio de uma pesquisa na base de dados onde com utilizaram-se, para a busca, os seguintes descritores: estratégia de saúde da família, cuidado em saúde, comunicação em saúde, tecnologias em saúde.

Onde foram encontrados 4374 artigos sobre a estratégia de saúde da família, 35533 artigos sobre cuidado em saúde, 24047 artigos sobre comunicação em saúde e 934 artigos sobre tecnologias em saúde. Obteve-se um total de 64888 artigos nas bases de dados pesquisadas, sendo que, destes, apenas 20 foram analisados para realização desse trabalho, por satisfazerem o critério de inclusão, ou seja, artigos produzidos e indexados em português e abordar a temática específica.

2.3 Análise dos dados

1. Após a seleção foi realizado o fichamento do material, que permitiu reunir as informações necessárias e úteis à elaboração de um texto.
2. De posse dos fichamentos foi feita a classificação, a análise, a interpretação e elaboração textual sobre as informações coletadas.
3. A elaboração textual foi realizada confrontando idéias centrais dos autores com relação ao tema, ora com as idéias concordantes, ora discordantes.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: o papel das Unidades de Saúde da Família

3.1 Histórico e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

Posteriormente à segunda guerra mundial com a ascensão do estado do bem estar social e dos sistemas de saúde, esta última vai se consolidar como política. Antes, a saúde não apresentava uma expressão muito setorial e não havia uma importância tão econômica quanto hoje se apresenta. Com o surgimento do capitalismo os serviços de saúde passaram a adotar o sistema da concorrência e “briga” pelo menor preço, que veio refletir no surgimento econômico da saúde.

Um olhar mais cuidadoso por parte dos governos, só veio a acontecer, quando a alocação de recursos, ou seja, como se alocam os recursos, passou a constituir um dos problemas centrais da saúde.

É certo, que a alocação de recursos é dependente da alocação de mercado, e que tem uma excelência e qualificação muito boa, se as duas estão em busca da efetividade.

O pensamento de saúde no Brasil nunca foi considerado como direito e sim, como um seguro, vinculado ao mundo do trabalho. Portanto está no âmbito da previdência, que por assim dizer, não obteve sucesso ao longo dos anos.

Foi criado, desta maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS), com base em vários princípios como: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, igualdade e equidade. Suas diretrizes também são três: descentralização dos serviços, participação popular através dos conselhos de saúde e o atendimento integral, ou seja, promovendo ações curativas e as ações preventivas necessárias com a participação popular. E, para isso, teve que se preparar ou educar os nossos profissionais da saúde, mais especificamente os da enfermagem, para oferecer um atendimento com qualidade, base das diretrizes e princípios do SUS (COTTA; MENDES e MUNIZ, 1998).

A compreensão da reforma da política de saúde no Brasil deve ser entendida, a partir da questão mais ampla da descentralização e democratização do Estado, a qual se inscreve no contexto das reformas sociais a partir do final da década de 1970, período em que se colocou em pauta a questão da participação social na área da saúde (COTTA; MENDES e MUNIZ, 1998).

A concessão desta participação popular, só tornou-se possível por meio dos movimentos sociais, como os de bairros, os de mães e os de moradores; somando-se, ao longo da década, a ações de outros atores sociais presentes nos serviços públicos, na

burocracia do Estado, nas universidades e participantes de outros movimentos no setor saúde com o tema: “Saúde um direito de todos e dever de Estado”. Trata-se, portanto, de um movimento que se constituiu em bases populares, expandindo-se através da esfera pública.

O avanço da saúde pública no Brasil, só se deu após a implantação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Leis 8080/90 e 8.142/90), com característica universal e passando a ser prestado prioritariamente pelo Estado. Assim, deu-se início ao processo de descentralização político-administrativo da política social de saúde.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Sua organização se baseia em redes regionalizadas e hierarquizadas com atuação em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado das lutas empreendidas por entidades do setor agregadas no movimento pela reforma sanitária em prol da universalização do direito à saúde. Esse movimento atuou junto ao poder Legislativo, objetivando a inclusão dos princípios da reforma sanitária na nova Constituição (PEREIRA, 1996).

O SUS – Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei 8.080/90, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde através da organização dos serviços de saúde em todo o território nacional. Com base na Constituição estabeleceu a saúde como um direito fundamental, sendo que o dever do Estado consistiu na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Lei 8080/90, Art. 2º, §1º) (BRASIL, 2003).

Algumas disposições com relação à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para o setor saúde estão relacionadas na Lei nº 8.142. Esta última teve um grande avanço na regulamentação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, como instâncias colegiadas do SUS, criando um mecanismo de controle social do sistema (BRASIL, 2003).

Desta forma, com a comunidade participando do processo, criaram-se mecanismos, como conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal, como instâncias deliberativas de formação paritária - Estado e sociedade civil-, organizado para exercer o controle social na prestação dos serviços.

A possibilidade de influência da sociedade sobre a gestão pública é concretizada pelos conselhos e conferências de saúde, e estes acreditam que desta forma, onde a sociedade assume o papel de orientação e fiscalização das ações do Estado no que diz respeito à política de saúde, é um ponto positivo para o processo de democratização; onde todos têm possibilidade de participar das decisões, contemplando a transparência das ações (BRASIL, 1995).

Os Conselhos de Saúde, que constituem a maneira de como é organizada a saúde desde a década de 1950, agora são criados e regulados pela lei e são de grande importância aos usuários na medida em que se configuram em canais abertos de participação para reivindicações de direitos. São espaços públicos de disputa e negociação para melhores condições de vida e saúde, compostos por usuários, gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da área da saúde; possuem caráter permanente e deliberativo, cujo objetivo principal é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde nas três esferas de governo.

Com realização de quatro em quatro anos, as conferências são fóruns de debate com representação de vários segmentos da sociedade e têm a função de avaliar a política de saúde e propor mudanças, diretrizes e definições que contemplem os interesses dos usuários nas três instâncias deliberativas.

3.2 Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades

Ultimamente o país vem passando por várias transformações na sua estrutura populacional e nos padrões de morbi-mortalidade. Com início no final da primeira metade do século atual, como consequência da queda nas taxas de mortalidade e se intensifica com uma expressiva queda da natalidade a partir da década de 70, que se torna mais elevada que a verificada no componente da mortalidade, provocando uma diminuição nas taxas de crescimento populacional (BAYER et al, 1982).

Alguns pontos importantes deste processo são o aumento da expectativa de vida ao nascer, passando de 46 anos em 1950 para 66 anos em 1991, e o aumento da proporção de idosos, que marcam não só uma profunda modificação na estrutura populacional, mas também aponta para um novo conceito de novas prioridades nas políticas sociais (FIBGE, 1992). Na composição da mortalidade destaca-se a substituição das doenças infecciosas por doenças crônico-degenerativas.

Em relação às morbidades, algumas mudanças ocorridas no processo de organização da sociedade ocasionam um crescente aumento dos agravantes da natureza

ambiental, ocupacional e aqueles relacionados à violência. Um ponto importante, e que merece atenção, são, que nos padrões de morbidade não se observa as mesmas mudanças observadas para a mortalidade, sendo este desencontro mais evidente com relação às tendências das doenças transmissíveis (LESSA, MENDONÇA E TEIXEIRA, 1996).

Ainda segundo Lessa, Mendonça e Teixeira (1996), como resultado da união destes fenômenos é obtido o aumento na carga mórbida da população e demandas crescentes sobre o já esgotado sistema de assistência à saúde. Todas estas mudanças ocorrem em um contexto de profundas desigualdades, quer sejam entre as diferentes regiões do país, quer sejam entre os grupos sociais, apontando para redefinições das políticas que considerem as determinações sociais, econômicas, históricas e culturais da situação de saúde observada.

Existem fatores que podem contribuir ou não para a evolução de determinado tipo de doença. Por qualquer que seja o conceito ou indicador social/econômico pelo qual se estratifica os indivíduos (classe social, renda, educação, ocupação etc.), observam-se grandes diferenciais na ocorrência de agravos e doenças. Tanto as ditas doenças da “riqueza” como as ditas doenças da “pobreza” ocorrem, em geral, nas populações mais pobres.

A classificação de cada doença ou agravo em uma destas teorias está baseada na dependência de vários fatores, incluindo-se a disponibilidade de tecnologias de prevenção. Desta forma, para algumas doenças infecciosas, para as quais se dispõem de vacinas eficazes, a teoria do germe é suficiente para satisfazer à rotina de ações, enquanto que para outras doenças, para as quais não se dispõem destes recursos, tem-se enfatizado as causas ambientais (por ex. cólera, dengue, entre outras) ou do estilo de vida (por ex. AIDS, doenças sexualmente transmissíveis). Além da aplicação para algumas doenças infecciosas, uma série de agravos gerados pela intensificação dos processos industriais, tem sido tratado no rótulo dos problemas ambientais e, neste sentido, tem gerado não só ações específicas, como legislações reguladoras das condições do ambiente (LESSA, MENDONÇA e TEIXEIRA, 1996).

Diversos aspectos relacionados ao estilo de vida têm sido responsabilizados por doenças de diferentes origens e, conseqüentemente, tentativas de modificação dos estilos através de medidas predominantemente educativas, têm sido apresentadas como solução (p.ex. tabagismo e suas conseqüências).

Segundo Mendes (1996), as ações em saúde têm sido voltadas para os serviços curativos, o que tem levado a um alto grau de letalidade. Este fato se torna muito visível, para problemas como a cólera. A epidemia do século passado caracterizou-se pela sua alta letalidade, enquanto que a epidemia atual tem apresentado uma letalidade marginal. Para vários outros agravos e doenças, este efeito sobre a letalidade também é observado, ainda que em graus diferentes, porém provocando uma crescente dissociação entre o padrão de

morbidade e o da mortalidade. Portanto, chama a atenção que, enquanto as mudanças dos padrões de mortalidade que ocorreram na virada do século XIX para o século XX, nos países da Europa e América do Norte, deveu-se quase que exclusivamente à diminuição da ocorrência das doenças, na atualidade, as mudanças nos padrões de letalidade estão na base de muitas das mudanças observadas na mortalidade.

A função destas ações de saúde na diferenciação dos padrões epidemiológicos tem sido tema de vários debates e muitas controvérsias, englobando um espectro de estudos que indicam para a incorporação de tecnologia como determinantes na melhoria dos indicadores, enquanto que outros estudos, desenvolvidos em países desenvolvidos, são uníssomos em relativizar o papel das tecnologias médicas (MENDES, 1996).

Atualmente, o desenvolvimento da tecnologia, tem possibilitado o elevado aumento da sobrevivência de pessoas que possuem algumas enfermidades crônicas, como por exemplo, para as neoplasias, as doenças cardiovasculares e diabetes. Do mesmo modo tem sido ressaltada a sua utilização na prevenção de doenças, tendo como exemplo mais clássico o papel desempenhado pelas vacinas na redução de algumas doenças transmissíveis, como também a utilização de métodos diagnósticos em procedimento de triagem para câncer cervico-uterino e hipertensão.

Uma melhora significativa aconteceu nas últimas décadas, no que diz respeito aos indicadores de saúde do país, tanto nas classes favoráveis, como nas menos favoráveis. Em relação ao Brasil tem ocorrido, com menos intensidade, quando em comparação com muitos países de economias similares (por ex. México e Argentina), aumentando as desigualdades entre estes países no que diz respeito aos níveis de saúde. A tendência do envelhecimento da população é uma conquista a ser celebrada, vem acompanhada de mudanças importantes nos padrões de morbi-mortalidade e na necessidade de serviços de saúde (BUSS, 1995).

Torna-se obrigatório, em locais com elevado índice de doenças crônicas, uma intervenção mais eficiente sobre a hipertensão arterial que está na base de um complexo de problemas, ocasionando custos importantes nos serviços curativos e de reabilitação (LESSA; MENDONÇA e TEIXEIRA, 1996). O processo de intervenção deve-se dar tanto em nível da sua prevenção (consumo de sal, ingestão de bebidas alcoólicas, diminuição dos fatores estressores, entre outros), como de ações curativas através da atenção primária. Neste campo de doenças respiratórias crônicas e vários tipos de cânceres, existe consenso sobre o papel do cigarro como um fator de alto risco. A diminuição do seu consumo tem-se mostrado apresentar grande impacto sobre a ocorrência destes eventos mórbidos.

Resumindo, são definidas algumas medidas com o objetivo de reduzir de forma significativa a morbidade por afecções crônicas e infecciosas, cuja prevenção pode ser feita por ações simplificadas e de baixo custo. Este processo, denominado de “compressão da

morbidade”, além do significado sobre a saúde da população, representa redução da pressão sobre os serviços de saúde, já que as mudanças nos padrões epidemiológicos brasileiros têm-se caracterizado como visto, pela superposição e não pela substituição de morbidade.

A execução de todas estas ações significa em uma reorganização do sistema de saúde adequando às suas responsabilidades constitucionais; reorientação das políticas de saúde privilegiando as atividades coletivas de promoção da saúde e prevenção da doença, em contraposição a atual priorização das atividades individuais e curativas; e buscar a diminuição das iniquidades sociais e regionais que se refletem nos padrões sanitários, o que só poderá ser feito através das políticas sociais e econômicas implantadas para o país.

3.3 A Atenção Primária em Saúde: Unidades Básicas de Saúde

Para que pudesse ser criada uma rede de assistência à saúde que abrangesse a maioria da população, foram instituídas algumas diretrizes, respeitando as realidades regionais, municipais e locais. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde responsabilizada por realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional (médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) habilitada a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação. Em 2001, os profissionais da saúde bucal foram inseridos nessa equipe e as demais profissões discutem a sua inserção no SUS (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Cada equipe seria responsável por até 4000 (quatro mil) habitantes, sendo a média recomendada de 3000 (três mil) habitantes. A equipe é responsável inclusive pelo cadastramento desta população. Nesse processo, serão identificados os membros da família, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias residem. Serão utilizados dados, sobretudo oficiais, como IBGE, cartórios e DATASUS.

As instalações das unidades de Saúde da Família deverão ser efetuadas nos postos, centros ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal.

A responsabilidade pela população adscrita será dos profissionais designados a ela, trabalhando com inteira dedicação, e devendo residir nas regiões onde atuam. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão residir na comunidade onde trabalham.

A quantidade de profissionais, e conseqüentemente suas especialidades seriam definidas pelas características da região de atuação. Restando a esta equipe desenvolver uma avaliação permanente através de indicadores de saúde da sua área de atuação. Para isso é necessário à equipe conhecer a realidade das famílias, pelas quais lhe é atribuída à característica de criar vínculo permanente.

Atualmente, a equipe mínima do PSF, é direcionada para profissionais que estão consolidados na saúde pública: médico (de família ou generalista), enfermeiro, auxiliar de enfermagem. Havendo, também a demanda de projetos para inserir os demais profissionais da saúde. Cada profissional tem suas atribuições e em todos há o atravessamento de criar o vínculo e se responsabilizar para a resolução dos problemas e a manutenção da saúde dos indivíduos. Além de atuarem no estabelecimento, no caso a Unidade Básica, os profissionais também atuam nos domicílios e nos locais onde forem demandados (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Sendo parte integrante da rede assistencial de saúde, tanto o PSF/UBS e demais estabelecimentos de outros níveis de atendimento, devem ter um ordenamento das ações, fazendo uma interlocução destes níveis no município ou região e criando formas ou fortalecendo atividades para que a integralidade na saúde constitua uma ação permanente do cuidado.

O objetivo do trabalho desenvolvido no PSF constitui em uma “estratégia estruturante” de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, após nove anos de implantação do PSF no Brasil, mostram que existem tantos pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto aos problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido no PSF (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Segundo Pires,

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 1998, p. 85).

Ainda segundo Pires (1998) o trabalho é compartimentalizado, devendo, cada grupo profissional se organizar e prestar parte da assistência à saúde, separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias.

Há pleno domínio de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de atividades, por parte dos profissionais envolvidos. Tanto por parte dos médicos, como dos enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e demais profissionais. Estes executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional (PIRES, 1998).

Conceber o PSF como uma forma de reorientação do modelo assistencial sinaliza a fragmentação com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a utilização de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF (ALVES, 2005).

No entanto, ainda há muitos desafios a serem superados, para que seja possível sua consolidação. No contexto de reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Com a consolidação da expansão do PSF, foi emitido pelo governo a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como uma das suas finalidades, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Para que seja realizada atuação efetiva e de qualidade pelos trabalhadores dos SUS, é necessária a construção de outro tipo de vínculo entre estes e seus usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Tem que haver responsabilidade dos trabalhadores por uma boa parte da qualidade da assistência ofertada, pois sendo o trabalho em saúde o trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário. Assim, temos que primar pela “cidadanização” da assistência à saúde, construindo deste jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente.

4 TRABALHO EM SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS

4.1 Trabalho em saúde: caracterização

O trabalho em saúde possui particularidades, sendo que este se constrói dinamicamente por meio das relações cotidianas entre os usuários e os profissionais de saúde. Na maioria, das vezes, ele ocorre quando os usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário. Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, as saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos, trabalhador e usuário. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Com relação ao trabalho executado pelos profissionais de saúde, pode-se dizer que há certa disciplinaridade na organização no que diz respeito à disposição física, ou seja, há lugares específicos onde certos produtos são realizados. É como se, no serviço, ou seja, em certo estabelecimento de saúde, houvesse diferentes unidades de produção, por exemplo: na recepção, produzem-se informações, agendas; na sala de vacinas, produzem-se procedimentos de imunização; nos consultórios, são produzidas consultas médicas, de enfermagem; e assim cada lugar tem uma “missão” dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde.

Os trabalhadores de saúde executam suas tarefas, de forma previamente determinada, buscando sincronicidade entre suas ações. Há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

4.2 A presença das tecnologias no cuidado em saúde

Para a realização de um determinado trabalho é necessária uma finalidade para sua execução, ou seja, ele deve atender a uma determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. O produto criado com a atividade do trabalho, nessa, perspectiva, tem um “valor

de uso” (CAMPOS, 1994). No caso da saúde, Cecílio (2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos:

O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida (...); O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (...); O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional (...); Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. (CECÍLIO, 2001, p.114-115).

Com relação ao atendimento das necessidades supracitadas, conclui-se que estão diretamente relacionadas às atividades ligadas à promoção e prevenção, reabilitação e cura. Esses conjuntos de necessidades aqui relacionados demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido às intervenções nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

Em geral, as máquinas, os equipamentos e instrumentos mais modernos estão diretamente associados à palavra “tecnologia”. No entanto, conforme disposto no dicionário, “tecnologia” é o conjunto de conhecimentos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade (HOLANDA, 1999). Ou seja, é conhecimento aplicado, se pressupõe que toda atividade produtiva traz, em si, um saber utilizado para a execução de determinadas tarefas que vão levar à criação de algo, ou seja, à realização de certos produtos.

No setor industrial, a questão tecnológica está intimamente direcionada às máquinas, que, na maioria das vezes, dominam o cenário produtivo, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador, utilizado para operar essas máquinas e produzir inúmeras coisas, tais como sapatos, roupas, carros etc. Esses produtos serão consumidos, em algum momento futuro, por alguém que o produtor (o operário que fez o sapato) provavelmente jamais vai conhecer, isto é, quem produz não interage com o consumidor do seu produto (CECÍLIO, 2001).

Ao citar a questão do setor industrial, pensa-se em dois determinados tipos de tecnologia. O primeiro tipo está relacionado à presença das máquinas no processo produtivo, o segundo tipo, está relacionado ao conhecimento adquirido em sua relação com o produto de seu trabalho, à habilidade adquirida no processo produtivo, operação da máquina. No caso da saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, entre muitos outros, são os produtores da saúde e nessa condição interagem com o

consumidor (usuário), enquanto estão produzindo os procedimentos. Mais do que isso, esses serão consumidos pelo usuário no exato momento em que são produzidos. Por exemplo: ao fazer um curativo, a auxiliar de enfermagem está produzindo algo, o curativo, em relação com o consumidor desse produto, o usuário, que o consome no exato momento de sua produção.

Dessa forma, observa-se que, essencialmente, o trabalho em saúde ocorre de forma relacional, mediante a relação entre o usuário e o trabalhador, seja esse trabalho ocorrido de forma individual ou coletiva. Por exemplo, a consulta só se realiza, quando o profissional de saúde está diante do usuário e, assim, com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, atos cirúrgicos, reuniões de grupos, visitas domiciliares, entre outras.

Além das duas tecnologias acima citadas (as inscritas nos maquinários e no conhecimento técnico), há outra tecnologia que está presente no processo produtivo, sendo esta fundamental no processo de trabalho em saúde, é a tecnologia das relações. O que significa que para estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, é necessário um conhecimento aplicado para tal finalidade, porque não são relações com o outro qualquer, tem-se objetivo definido que é a garantia da saúde.

A discussão sobre a temática das tecnologias em saúde vem ocorrendo há alguns anos, sendo que, inicialmente Gonçalves (1994) fez uma diferenciação entre as tecnologias que estão presente nas máquinas e nos materiais de trabalho e aquelas do conhecimento técnico, tendo o autor chamado as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não materiais”. Essa primeira diferenciação foi importante por reconhecer o conhecimento como tecnologia e coloca, no centro do debate do trabalho e produção de saúde, os sujeitos sociais portadores de conhecimento, que são os trabalhadores/produtores de saúde e, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade

Logicamente, as máquinas e os instrumentos de trabalho exercem um trabalho de grande importância no setor de saúde, na realização do diagnóstico e no processo terapêutico, no entanto, importa registrar que o trabalho humano é absolutamente fundamental e insubstituível. Com exemplo dessa assertiva, é só exemplificar alguma situação em que houve incorporação de novas tecnologias assistenciais no trabalho em saúde e que isso tenha acarretado redução dos postos de trabalho, como geralmente acontece na área industrial. Não há situação como essa, a não ser em algumas exceções na área de laboratórios. De resto, mantêm-se os postos de trabalho, porque é a pessoa quem de fato realiza o cuidado aos usuários e, interagindo com o mesmo, ambos são capazes de impactar seu estado de saúde.

Com relação a outros estudos realizados nessa ótica, é possível destacar os estudos realizados por Merhy (1997), que faz uma descrição sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamando de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas prioritariamente para a produção de certos produtos; de “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que, de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprio do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidar com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos, como já foi citado anteriormente.

Para a compreensão do processo de organização do trabalho em saúde e da prestação de cuidado aos usuários, é preciso inicialmente verificar qual das três tecnologias tem prevalência sobre o processo de trabalho, no momento em que o trabalhador está assistindo os usuários.

Na perspectiva de Barra et. al (2006), antes de se pensar em tecnologia, como coisas ou artefatos científicos, deve se pensar na ciência e na tecnologia como valores, ou até mesmo como saberes. É tudo isso em complementaridade com o mundo vital, num movimento que só pode adquirir significado na sua dimensão ética e política. A tecnologia, exatamente porque passa a ser entendida como sendo uma dimensão ou um desdobramento dessa racionalidade científica, a quem se vem também atribuindo uma gama de “erros” do tratar e do cuidar, começa a ser representada como força desumanizante tanto para cuidadores e cuidadoras quanto dos seres humanos que demandam cuidados.

Torna-se então necessária a realização de uma reflexão sobre até que ponto o progresso técnico-científico é “saudável” e promove o crescimento e harmonização das pessoas. Portanto, acredita-se que alguns aspectos merecem uma análise atenta em relação ao emprego de qualquer tecnologia, seja ela dura, leve-dura ou leve, além da segurança, eficácia, ética, impacto social e relação custo-benefício, é saber utilizá-las de forma humanizada, lembrando sempre que os indivíduos que estão empregando e fazendo uso das mesmas, são seres humanos (BARRA et al., 2006).

As tecnologias leves são consideradas como tecnologias das relações, uma vez que, é na presença delas é que ocorre o processo de comunicação, o processo de acolhimento, e a criação de vínculos é essencial na produção de autonomia. Nas ações de Enfermagem,

o ato de cuidar está intrinsecamente ligado à utilização dessas tecnologias. As tecnologias leves estão relacionadas às diferentes formas de interação com o cliente. Na perspectiva do cuidado humano, a relação se expressa interpessoalmente, ou seja, entre a enfermeira, que presta o cuidado, e o cliente, que participa deste cuidado. A atividade de orientação, concebida também como uma das premissas da ação do enfermeiro, só será caracterizada como tecnologia leve na medida em que possibilitar a produção de relações recíprocas e acolhedoras entre os sujeitos que dela participa (BEUTER, 2004).

O estabelecimento do vínculo pode ocorrer por meio da interação. Assim sendo, uma simples conversa, pode se transformar em um processo de interação com o cliente, onde a ação terapêutica já se inicia. Mesmo as conversas ocasionais, podem surgir como possibilidade para que o cliente expresse seus sentimentos, suas dúvidas e preocupações. No campo da enfermagem, a conversa vem emergindo como eixo integrador do cuidado. Ela transmite afeto, segurança, solidariedade, além de expressar a condição de estar disponível ao outro. Esses elementos são essenciais à efetividade do cuidado, uma vez que resulta em bem-estar e conforto ao cliente. Constituem-se como formas de comunicação que abrem caminhos à interação, auxiliando o cliente no processo saúde-doença.

5 O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS AÇÕES EM SAÚDE

5.1 O processo de comunicação na promoção da saúde

Atualmente, devido ao avanço tecnológico, os processos de comunicação sofreram alterações, dessa forma, a comunicação tornou-se ferramenta estratégica nos setores organizacionais. No entanto, no âmbito da saúde pública brasileira, ainda é preciso superar a visão instrumental e simplista da comunicação como um processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor, modelo que não confere importância ao restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos (SCHRAIBER, 1997).

A troca de informação e as interações entre os indivíduos e as organizações fazem da comunicação um instrumento primordial nas ações de promoção da saúde. Essa troca deve acontecer de forma contínua no lar, na escola, no ambiente de trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Hoje, a democratização da informação surge como uma das principais metas para a melhoria da qualidade e a universalidade da saúde brasileira. O desafio é concretizar um projeto nacional que garanta o fortalecimento do SUS a partir da descentralização e da maior participação da sociedade.

Para que o processo de comunicação atue de forma a produzir cidadãos reflexivos e formadores de opinião, é necessária a definição de estratégias mais eficazes, com abordagens específicas e linguagem adequada a cada situação, para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários (TEIXEIRA, 1997).

As políticas presentes nos princípios do SUS buscam uma prática descentralizada, no entanto, observa-se que com relação à comunicação, as políticas governamentais não têm acompanhado esse processo. Em geral, trabalha-se com um discurso único e os atores apenas reproduzem a mensagem hegemônica do governo, um modelo típico das campanhas. Não há interação com a população. Atualmente, uma nova postura política tem fortalecido a descentralização das decisões do SUS nos conselhos e conferências, espaços que se consolidam para a discussão e a deliberação de diferentes interesses e pontos de vista. E a democratização torna-se um instrumento fundamental para o efetivo controle e a promoção da cidadania. A partir dela, busca-se uma proposta de comunicação que traduza as diferentes realidades do País, reconhecendo os diversos atores e interesses, além das autoridades sanitárias.

A assistência prestada e as chances de tratamento e de sobrevivência têm melhorado consideravelmente em vista da melhoria das condições materiais produzidas pelo avanço tecnológico e científico. No entanto, essas tecnologias ao invés, de serem trabalhadas a favor da melhoria da interação comunicativa, têm enfraquecido os vínculos entre profissionais de saúde e pacientes/usuários. A anamnese e o exame físico têm sido em parte, substituídos por aparelhos que fornecem informações diagnósticas e indicam terapêuticas, diminuindo a participação do doente nesse processo de levantamento das suas condições de saúde.

Esse processo de “tecnologização” da assistência tem produzido um olhar sobre a doença e não sobre o indivíduo doente. Muitas vezes, a individualidade de cada sujeito (inseguranças, preocupações, necessidades, angústia) passa a ser um ruído no processo de comunicação que, para se exercer, tende a silenciar o doente, realizando-se em uma única direção, sem espaço para o diálogo e para a participação do doente como sujeito que percebe a sua condição de doente.

Esse tipo de comunicação baseado na utilização de tecnologias “duras” ocorre de forma unilateral (TEIXEIRA, 1997), o uso corrente de uma terminologia ancorada em vocábulos técnicos complicados e termos típicos do meio hospitalar, pelos profissionais, acaba por reforçar uma relação de domínio e opressão. Diante disto, Gauderer (1991) lembra que o profissional de saúde, imbuído do poder de curar, adquire *status* e prestígios especiais que, quando não compartilhados com o paciente mediante uma discussão mais ampla sobre as suas condições e possibilidades, podem desencadear abuso de poder pela posse de saberes e de segredos que se tornam inacessíveis aos pacientes.

A individualidade de cada sujeito, doente ou sadio, continua sendo o principal fator de perturbação para o olhar clínico, que precisará, então, para poder se exercer, silenciar o corpo doente do doente, fixando-se no corpo doente genérico (MOYSÉS; COLLARES, 1997, p. 6).

Observa-se que o problema comunicacional, proveniente da falta de interação entre o profissional de saúde e o usuário, data das origens das práticas de saúde. Esse problema tem se agravado pelo fato de o atendimento ser, cada vez mais, realizado por equipes que se servem do anonimato para a tomada de decisões unilaterais sobre a vida do paciente, ampliando a impessoalidade desse atendimento, como vêm analisando alguns pesquisadores (MENDES, 1999).

No entanto, novas regulamentações têm surgido para tentar minimizar esse distanciamento (BRASIL, 2006). Um exemplo disso são as políticas de humanização e as cartilhas de direitos dos usuários do SUS, promovidas pelo Ministério da Saúde. Como parte

dessas cartilhas e de programas de busca do cuidado integral, algumas garantias dos usuários são exemplificadas a seguir:

- o cliente deve receber informações sobre exames e condutas a que será submetido, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços;
- é direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados, recebendo, por escrito, o diagnóstico e o tratamento indicado, com identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (FORTES, 2004, p.3).

O exercício da autonomia é condição ímpar para que a relação profissional/usuário se estabeleça em condições de igualdade, onde o usuário se perceba assistido e orientado para a prática do auto-cuidado, e para a responsabilização com sua própria vida. O exercício dessa autonomia se dá, a partir do momento em que o indivíduo, no caso, o usuário, detém todas as explicações necessárias sobre a situação (riscos envolvidos nas diferentes alternativas de escolha) e compreensão das informações para tornar factível a escolha que melhor atenda às necessidades da situação. A autonomia exige cidadania garantida: implica acesso igualitário à educação, saúde, informação.

No entanto, em países onde as desigualdades sociais são muito grandes, observa-se que a autonomia e princípio da beneficência são conceitos vazios, uma vez que, os indivíduos, na maioria das vezes, são desprovidos de conhecimento e do direito à liberdade de escolher e decidir sobre suas vidas e seu bem-estar porque a relação profissional de saúde e paciente ocorrem com frequência, entre pessoas que, no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais. Assim, tendemos a vê-la como uma interferência de uma só mão: do médico para o paciente; do profissional de saúde para o usuário, etc. (SCHRAIBER, 1997).

A comunicação em saúde surge não só como uma estratégia de prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, que faz compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir na conquista de melhores condições de vida.

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. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando e considerando e

reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis.

5.2 O agir do enfermeiro perante a prática comunicativa

A comunicação tem sido vista, através dos tempos, como fundamental para o desenvolvimento do ser humano como pessoa e como ser social. Conceituada basicamente como produção, transmissão e recepção de mensagens, ou como todos os procedimentos pelos quais uma pessoa pode afetar os demais, de modo consciente ou inconsciente, sob a forma verbal e não-verbal, e definida como experiência social fundamental para o ser humano. Seja qual for o enfoque sob o qual é examinada a comunicação, podemos afirmar que é uma atividade intrínseca a todos os comportamentos do homem, confundindo-se com a interação e com o processo de relacionamento interpessoal (SADALA; STEFANELLI, 1995).

Na enfermagem, desde os tempos de Florence Nightingale, em meados do século passado, a importância da comunicação entre enfermeiro e paciente tem sido reconhecida e enfatizada. Com base nessas afirmações, podemos considerar a comunicação como um dos atributos essenciais do profissional de enfermagem, abrangendo o estudo do comportamento do paciente, incluindo todas as suas manifestações verbais e não-verbais, como, os modos de comunicação e o próprio comportamento do enfermeiro.

Segundo Sadala e Stefanelli (1995), a comunicação é considerada como sendo uma das principais ferramentas do trabalho do enfermeiro. Dessa forma, é de grande interesse da Enfermagem, a busca da priorização as ferramentas comunicacionais, já que são estas as responsáveis pela obtenção de resultados eficazes na prática do atendimento.

A promoção da prática de assistência em Enfermagem é regida por seus próprios princípios. O que se busca na ação do assistir é promover uma assistência a qual o indivíduo não possui meios para fazer por si próprio, há a promoção do atendimento às necessidades básicas, o ensinamento do auto-cuidado, a recuperação da saúde, restabelecer os equilíbrios fisiológicos e humanos e também promover e manter a saúde, privilegiando uma ação interprofissional para que os objetivos advindos do planejamento sejam alcançados da melhor e mais eficiente forma possível.

A promoção da boa comunicação entre as pessoas é papel vital do enfermeiro, que deve estar envolvido atendimento das necessidades dos pacientes, suas famílias e comunidades.

O ser humano deve ser visto sócio-historicamente, ou seja, como pertencente a uma determinada sociedade, em um determinado momento histórico. Por esse motivo, ele pertence a uma comunidade, com características próprias e idiossincrasias, que interferem diretamente nas condições físicas e emocionais dos indivíduos, estabelecendo padrões de comportamento, influenciando em sua cultura. É tarefa do profissional de enfermagem, portanto, descobrir como utilizar esses elementos sócio-culturais a seu favor, causando no cliente a menor resistência possível, e preferencialmente fazendo com que ele seja atuante no restabelecimento e manutenção da própria saúde (MENDES, 1994).

Resume-se em cinco, o número de etapas a serem realizadas no processo de enfermagem: a abordagem inicial, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implantação e a avaliação. A abordagem inicial visa reunir, verificar e comunicar os dados sobre o paciente, de forma que a informação básica seja estabelecida.

São através das ações de planejamento que são estabelecidas as prioridades de assistência, quais são os objetivos a serem alcançados. As atividades de avaliação consideram as respostas dos clientes aos procedimentos adotados, há a análise das conclusões e dos resultados com base nos objetivos esperados (POTTER; PERRY, 1998).

As ações da enfermagem são voltadas para a resolução de problemas, observação do estado de saúde do paciente, sua resposta com relação à terapêutica empregada, detecção dos problemas. Os enfermeiros coletam dados para determinar as necessidades dos serviços de enfermagem e para auxiliar os outros profissionais na determinação de suas atividades.

Na concepção de Mendes (1994), os recursos de comunicação quanto mais eficazes, mais eficientes serão as ações de busca no provimento do bem-estar nos pacientes. Aqui a ferramenta é a comunicação interpessoal, horizontal, que se faz presente também em outras profissões. Entretanto, no cotidiano da saúde cabe exclusivamente ao profissional de enfermagem o levantamento da história de vida de cada cliente. Tratar apenas dos sintomas, sem o conhecimento da situação do paciente, envolve uma maior probabilidade de que ele retorne ao atendimento pelos mesmos motivos; e todo o retrabalho implica em sobrecarga e inchaço do sistema de saúde, o que é especialmente grave na rede pública. A eficácia da entrevista, portanto, é um elemento de suma importância, muito mais que mera preocupação humanística.

Na consulta em Enfermagem o processo de coleta dos dados, através da anamnese, detecta não somente estados físicos, mas abrange todo o histórico de vida do paciente, suas relações, seu modo de vida e os fatores que interferem na saúde e no adoecimento do indivíduo. A entrevista de enfermagem visa ainda à obtenção de dados sobre as condições de alimentação, hábitos de sono e repouso, atividades esportivas e recreativas, hábitos e condições sanitárias, situações de estresse e como o cliente lida com

elas, familiares que morem na mesma casa, situação psicológica, religião e crenças, valores de vida, prioridades, vida sexual, condições financeiras e situações marcantes na vida.

São informações como essa, que tornam possível a obtenção de dados concretos para um diagnóstico de enfermagem que levará a uma ação de enfermagem eficiente e personalizada, o enfermeiro precisa ter em sua formação bases de relacionamento interpessoal com atitudes terapêuticas e técnicas de comunicação, para garantir a fluência da entrevista. Cada cliente é um indivíduo ímpar e as atitudes para com cada um devem ser sempre as mais adequadas para cada nova situação.

O momento da entrevista, é o momento em que o enfermeiro faz a sua identificação, fornece explicações sobre os objetivos da entrevista, explica de que forma as informações obtidas serão analisadas. Todo esse processo ocorre através do estabelecimento de uma relação de confiança, de empatia. Para isso o enfermeiro deve ser capaz de manter uma comunicação ativa, observando sistematicamente e interpretando dados muitas vezes subjetivos, contando com fontes primárias (relatos do paciente) e fontes secundárias (relatos da família). A validação dos dados com o cliente auxilia o enfermeiro a evitar a formulação de diagnósticos incorretos.

Segundo Mendes (1994), o objetivo básico na comunicação é se tornar agentes influentes é influenciarmos os outros, nosso ambiente físico e nós próprios, são nos tornarmos agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas. Em suma, a comunicação existe no intuito de influenciar com intenção. A enfermagem é basicamente um processo de interação humana e a comunicação é parte central nesse processo, constituindo-se um dos instrumentos mais significativos no agir do enfermeiro.

5.3 Comunicação: a linguagem e a cultura no processo saúde/doença

A saúde de um povo é permeada pela lógica da linguagem, do discurso que se tem sobre o processo de saúde e de doença, dentro dessa caracterização existem diversos tipos de doentes: os doentes do saber, os doentes do corpo, os doentes da alma e os doentes de espírito. Dentro dessa concepção, pensar em linguagem, é pensar no cuidado da vida, compreendendo o corpo com seu silêncio e com seus ruídos, pensando nos fatores coletivos e individuais que interferem sobre o dito e o não-dito quando se fala em saúde (LARAIA, 2000).

Segundo Orlandi (2003), a enfermagem deve ser rastreadora de condições, levando as pessoas para a liberdade, para a alegria, para o desejo de se obter saúde integral. Assim, é possível pensar em uma linguagem que indique que a pessoa precisa conhecer

melhor o seu corpo para cuidar de sua saúde e que a saúde é direito e responsabilidade de cada um como cidadão.

Não se deve ignorar que o corpo nos sinaliza que é preciso exercitar uma leitura detalhada dele; o que muitas vezes passa despercebido. O silêncio corresponde a um modo de estar no mundo e tem um sentido; as palavras transpiram silêncio e existem muitas maneiras de dizer as coisas, assim sendo, o silêncio faz parte da linguagem.

Nas ações do cuidar, muitas vezes, a linguagem em saúde é marcada por palavras de ordem, de proibições e de controle, dessa forma, torna-se fundamental, observar os efeitos da linguagem nas pessoas e os significados que essa linguagem tem para elas. É necessário considerar as condições culturais, socioeconômicas e ambientais das pessoas, o que implica em ações diferentes, olhares diferentes e atendimento individual para cada um (ORLANDI, 2003).

Para avançar na linguagem da saúde coletiva, nos tempos atuais, é preciso acreditar que a sociedade/ coletividade é consumidora de uma linguagem que merece ser pensada e, se essa é uma sociedade pós-moderna, há de se considerar que os sujeitos são mais consumidores do que produtores. A linguagem em saúde é um tema de nosso dia-a-dia como profissionais de saúde e está dentro das relações indivíduo-ordem social, já que, a saúde neste novo século deixa de ser um problema individual e torna-se objeto de interesse dos movimentos sociais, dos laboratórios, das clínicas de saúde, das políticas socioeconômicas e científicas.

6 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO COMO FERRAMENTA TECNOLÓGICA RESOLUTIVA

Levando em consideração a definição de que ESF é um modelo organizativo da Atenção Primária à Saúde no SUS, novamente há a reafirmação da necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família (SF) uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território.

Os princípios da APS tornam possível o alcance do cuidado integral. Pode-se entender que a integralidade como proposta por Takeda (2004), a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os, através da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais frequentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária. E esta prática só se torna possível através da presença das características únicas da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Todas estas características contribuem para o favorecimento do serviço em APS.

O exercício da integralidade deve ser visualizado como espaço para a co-construção da autonomia dos indivíduos e comunidades, como defende Campos (2006). O trabalho realizado por este autor tem como base a perspectiva de mudanças organizacionais nos quais os métodos de padronização são misturados com outros que vão facilitar uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para ele, é importante a criação de dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica.

Em sua prática, o processo de integralidade, se torna muito mais complexo. O mesmo inicia-se com o sofrimento do indivíduo e vai de encontro à teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, gerando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esta aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo.

A realização de atividades coletivas e o envolvimento direto da equipe com a comunidade sob o prisma da Promoção da Saúde (BRASIL, 2005) são atividades essenciais.

A prática clínico-assistencial individual e/ou coletiva na ESF deve buscar:

- abordagem holística do processo saúde-doença;
- integração interdisciplinar e intersetorial;

- forte relação médico-paciente (Método Clínico Centrado no Paciente) produtora de autonomia;
- uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas;
- ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças;
- diagnóstico precoce de agravos e doenças;
- atenção aos novos problemas de saúde;
- cuidado continuado dos problemas crônicos; e
- prevenção oportuna.

A constituição da APS se dá através da presença de profissionais responsáveis e comprometidos perante a comunidade. O relacionamento deve ser baseado no respeito, na confiança mútua, e nas condições facilitadas de acessibilidade. Todo encontro entre um ou mais profissional de saúde e um usuário, uma família e/ou uma parcela da comunidade deve ser acolhedor, amistoso, promotor de autonomia, sendo caracterizado pela confiança mútua ao incluir o usuário no processo de seu próprio cuidado. Desta forma, a prática de APS na ESF será uma prática promotora de saúde como prega a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2005).

O número máximo de famílias que uma equipe de Saúde da Família se responsabiliza varia de acordo com o território de atuação da equipe.

O termo designado como território não se refere apenas a uma área geográfica, mas sim à definição proposta por Santos et al. (2003) onde o território é conceituado como sendo um espaço onde ocorrem as relações entre os homens, sendo o palco de todas as relações humanas. Esta é a definição de território vivo que envolve uma teia de relações humanas que é construída sobre uma base geográfica, influenciada por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde-doença sobre os quais a equipe de saúde e a própria população têm co-responsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde.

É essencial, e de grande necessidade que a população residente no território seja cadastrada, pois a equipe de Saúde da Família é responsável por ações de vigilância em saúde que vão além da utilização da UBS por cuidado em saúde. Além disso, a produção de informações sobre a saúde da população faz exigência do conhecimento do total de moradores da área de adscrição. O cadastramento de toda a população é realizado pelos ACS, mesmo que uma parcela desta não utilize a unidade de saúde.

A adscrição é definida como sendo um processo concomitante e interdependente da delimitação do território, consolidando-se com o cadastramento das famílias adscritas realizado pelos agentes de saúde. Neste processo, utiliza-se uma ficha de cadastramento

padronizada pelo Ministério da Saúde. Essa ficha, que contém dados demográficos, sociais e de utilização dos serviços de saúde, deve, após digitação no banco de dados do SIAB, ser arquivadas dentro do prontuário familiar no centro de saúde (ANDRADE, 2006).

No entanto, como a interdisciplinaridade é condição primordial do trabalho em equipe da ESF, a utilização destes espaços deve ser realizada de forma compartilhada, determinada pelo tipo de ações em saúde a ser realizada e não pelo tipo de profissional. Compartilhamento e rotatividade dos profissionais na ocupação diária das salas, de acordo com as atividades desenvolvidas, irão permitir a otimização dos espaços.

O mapeamento da rede de serviços de saúde secundários e terciários que servirão de referência para as famílias adscritas, devem ser realizadas juntamente com o gestor municipal e estadual da equipe de Saúde da Família. Além do reconhecimento da rede de serviços de referência, um sistema de comunicação efetivo deve ser estabelecido entre os distintos pontos dessa rede, assim como um sistema de regulação que estabeleça critérios clínicos para a priorização de marcação de exames diagnósticos, consultas com especialistas focais, procedimentos e internações hospitalares.

Segundo Andrade (2006), esta mudança de modelo assistencial do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família exige, como consequência uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco direcionado à promoção e manutenção da saúde.

Nesta mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é o processo saúde-doença da população sob cuidado. Toda a equipe de saúde é co-responsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional (ANDRADE, 2006).

6.1 O cuidado em saúde: uma proposta integradora de atuação

A preocupação com o cuidado e com a melhoria nos serviços realizados em nome da saúde, não é recente. No Ocidente, os europeus somente começaram a tratar do assunto no final do século XVIII, quando estabelecidas as diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar chamada por Michel Foucault de hospital terapêutico (TOLEDO, 2007). Em meados do século XIX, a enfermeira Florence Nightingale reconhecida por reduzir os índices de morte por infecção de soldados na guerra da Criméia e por cuidar desses soldados de forma humana, foi convidada a prestar seus serviços nos hospitais ingleses com o intuito de humanizar a assistência aos enfermos.

Cassate e Correa (2004) entendem que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, marco humanístico do século XX, deveria ocupar lugar central na construção de um paradigma para a humanização da assistência à saúde e na formação dos profissionais de saúde.

O termo “cuidado” pode ser colocado como uma palavra utilizada para falar da melhoria da qualidade do atendimento aos usuários na saúde. Também pode ser considerado como uma intervenção na área hospitalar, com a finalidade de integrar valores de vida e de relações humanas, segundo o próprio Ministério da Saúde (CASSATE; CORREA, 2004).

Devido ao mau atendimento e suporte técnico precário, prestados aos usuários, foi que se observou a necessidade da ascensão da terminologia “cuidado”. A forma incorreta de atendimento vem sendo penalizada, devido à demora, e tratamento que a pessoa recebe. De frente à importância deste problema, torna-se essencial uma reelaboração no atendimento efetuado aos usuários da saúde – não somente a este, mas abrangendo todas as áreas de assistência, com a finalidade de promover uma amenização ou erradicação das mal exercidas formas de atendimento ao indivíduo (DESLANDES, 2004).

Em função desta reelaboração, percebe-se que nos últimos anos redes de saúde vêm sendo ampliadas com a finalidade de que este cuidado seja concretizado; porém, seu investimento é maior perceptível através de uma superestrutura, porque, se comparando os níveis de atendimento realizados anteriormente, pode perceber-se que existe ainda uma enorme defasagem e completa falta de organização na concretização no que diz respeito aos direitos referentes à saúde (LÉVITAS, 1993).

Torna-se insuficiente, então, a ampliação da estrutura da rede, se não for feita sua qualificação. Entende-se por qualificação, investimentos em recursos físicos, humanos, equipamentos, são importantes e primordiais para o investimento na qualificação profissional, melhorando, otimizando e humanizando suas ações.

O profissional de saúde acaba sendo prejudicado, em virtude da precariedade de serviços; pois é ele quem tem contato direto com as pessoas, tendo ciência das necessidades dos indivíduos, e sofrendo represálias e outros condicionamentos que as pessoas empregam sobre mesmos, mediante a situação de precariedade que passam (LÉVITAS, 1993).

Muitas vezes, somente um trabalho, não é suficiente para suprir as necessidades de subsistência do trabalhador, sendo este obrigado a exercer outras atividades, reduzindo significativamente as horas destinadas para o lazer, e conseqüentemente diminuindo também o tempo de contato com a família.

Todas as interações que ocorrem entre profissionais de saúde e colaboradores, têm que ser realizadas levando em consideração todos os preceitos sobre cuidado mais

humanizado, pois o paciente já percebe no primeiro contato, a forma de tratamento que vai receber naquele local; esta varia de acordo com a forma que é cumprimentado, apresentação pessoal, presteza, dentre outros. É evidente de como estes detalhes influenciam no resultado geral do tratamento.

Observando por este aspecto, uma saúde mais humana parte da consideração da essência do ser, o respeitando à individualidade e à necessidade de contribuição de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano. A implicação do cuidar humanizado se ampara na compreensão do significado da vida e na capacidade de perceber e compreender a si e ao outro. A empatia deve ser primordial na humanização no atendimento, e deve adequar-se à estrutura hospitalar, melhorando e idealizando uma ideal relação entre médico e cliente.

Acredita-se que para haver uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde, é preciso uma abordagem ampla, visando à capacidade de integração dos vários tipos de avanços: avanço técnico-científico da medicina, avanços derivados das novas técnicas de administração hospitalar, e todos os avanços que podem advir da adoção de uma ética universalista de atendimento.

Com o objetivo de aperfeiçoar o contato entre usuários e profissionais de saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização ao Atendimento Humano. Por meio deste programa são oferecidas várias orientações para trabalhos de origem humanizadora no âmbito de atendimento hospitalar. A estimulação da criação e da sustentação de espaços de comunicação permanente entre estes setores é o principal objetivo deste programa; levando sempre em consideração, a liberdade de expressão, o diálogo, o respeito e a diversidade de opiniões (BRASIL, 2002).

Alguns exemplos de espaços de comunicação que são estimulados pelo PNHAH, são: a constituição de Grupos de Trabalho Humanizado os (GTH) nas instituições hospitalares e a formação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde. Estas duas são instrumentos fundamentais para que possa consolidar um processo de humanização nos hospitais.

Os cursos e conferências dentro dos âmbitos estaduais e interestaduais, participados pelo GTH, garantem a possibilidade de estimular na equipe uma educação crescente para a importância das ações relativas ao processo de humanização ao atendimento do indivíduo. Estes cursos são ministrados na teoria, e na prática, sendo oferecidos no final, materiais para estudo e reflexão de práticas de humanização (CASSATE; CORREA, 2004).

Está incluso como função do Programa também, a divulgação de ações, o desenvolvimento e troca de idéias que estejam dando certo, e possam ser utilizadas em outros locais; e a troca de informações.

Portanto, o significado da palavra “cuidado” no atendimento, seria promover a dignidade ética, ou seja, através do diálogo realizar a construção de uma nova cultura na assistência, na qual, o ouvir se faz presente para usuários e cuidadores. Para isso, é preciso que haja o aumento da co-responsabilidade dos diversos colaboradores do SUS, para que seja possível a construção de uma autêntica rede de cuidado à saúde, onde se obtenha a qualidade no atendimento, como resultado de um processo de trabalho consciente, que produz sujeitos e organização.

A divergência de idéias, os mecanismos de decisão, o planejamento, as estratégias de implantação e de avaliação, mas principalmente como estes são processados, devem participar na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde.

Pode-se traduzir esta co-responsabilidade em um modelo de gestão que esteja em comprometimento com a democracia institucional, onde haja espaço de construção coletiva, formados pelos atores do SUS.

É neste Coletivo Organizado que há a produção de trabalhos, levando em consideração as necessidades e prioridades dos sujeitos e em conjunto com a produção da instituição tem-se a produção dos indivíduos, mais autônomos e singulares. Por meio da “política do cuidado”, o setor de saúde torna-se mais distante da racionalidade gerencial hegemônica colocada pelo mercado capitalista, que através da flexibilidade da gestão proporciona um tipo de sedução que enfeitiça os trabalhadores e faz com que os mesmos permaneçam em um ciclo de manipulação e controle alienante (GENOVEZ et al., 2005).

O coletivo, no entanto, encontra-se comprometido com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários, ou seja, com a autonomia do sujeito e seu serviço. O caminho a ser percorrido para que este Sistema se torne qualificado, é decidido na *pólis*, na relação entre homens e nas relações sociais, de forma que todos os interessados decidem se é prioritária a ampliação de um serviço em detrimento de outro ou a reestruturação do espaço físico hospitalar.

Segundo Benevides e Passos (2005), pode-se, então, conceituar cuidado em saúde, como um processo contínuo, visando sempre ações em defesa da vida, na qual todo momento da história precisaria sofrer adaptações e ser aprimorado. No mesmo tempo seria a implantação de um espaço para aumentar os laços entre os cidadãos. Portanto, de acordo com esta política, o termo “cuidar em saúde”, pode ser considerado como um caminho para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS no decorrer de sua existência, tendo que caminhar para que se constitua como vertente orgânica do mesmo.

O SUS instituído contempla, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica, recomendando como filosofia a prática do atendimento baseado no cuidado, na humanização desse cuidado. A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do cidadão brasileiro ao sistema público de saúde, inclui a humanização do

atendimento considerando a ambiência, e como uma de suas ações, o acolhimento ao usuário (SOUSA, 2002).

A palavra “cuidado” pode ser entendida como uma palavra utilizada para falar da melhoria da qualidade do atendimento aos usuários na saúde. Para o Ministério da Saúde pode ser considerada como uma intervenção a fim de tornar o mesmo consoante e integrado aos valores da vida e das relações humanas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A relação profissional-usuário deve ser baseada em princípios de atenção e respeito, de acordo com Cohn (1999):

(...) a desumanização das relações entre profissionais de saúde e paciente tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento das denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica e penal contra profissionais de saúde (COHN, 1999, p. 15).

Diante do agravamento desta problemática, surge a necessidade de reelaborar a atendimento dado aos usuários da saúde – não somente a estes, mas a todas as áreas de assistência. Nota-se através disto que nos últimos anos redes de saúde vêm sendo ampliadas a fim de que esta humanização seja cumprida de um modo concreto; no entanto, seu investimento é maior perceptível através de uma superestrutura, porque, se se nivelando os níveis de atendimento realizados nos últimos tempos percebe-se que ainda há uma grande defasagem e desorganização na efetivação dos direitos sociais referentes à saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Não basta, assim, ampliar a estrutura de rede, mas qualificar a sua estrutura – recursos físicos, humanos, equipamentos, são importantes e primordiais para o investimento na qualificação profissional, melhorando, otimizando e humanizando suas ações. Na precarização destes serviços, além do usuário, o profissional de saúde também é penalizado, pois é ele quem lida todos os dias com as necessidades dos indivíduos, sofrendo represálias e outros condicionamentos que as pessoas empregam sobre mesmos, mediante a situação de precariedade que passam (HENNINGTON, 2008).

Ainda segundo Hennington (2008), diante dos problemas emergentes da política econômica na área social e de emprego (desvalorização salarial, etc.). O trabalhador de forma geral, e mais especificamente da saúde, não consegue suprir suas necessidades de subsistência, sendo forçado a desenvolver outras atividades, muitas vezes em dois ou três hospitais, perdendo o contato com a família, reduzindo as horas distintas ao lazer, a casa e ao descanso.

Segundo Puccini e Cecílio (2004) as relações entre usuário e redes de saúde por meio de seus colaboradores, devem ser entendida e praticada por pelos profissionais de saúde de forma respeitosa; isto porque o primeiro tratamento que o paciente vai receber

provém da atitude de como é recebido no local da consulta, das características desse local, suas cores e odores, da forma como é cumprimentada, a intensidade do aperto de mão, a verbalização e a apresentação pessoal de quem se coloca à disposição deste ser que sofre, isto tem que ser de forma clara e afável para influenciar no resultado do tratamento como um todo.

O cuidado em saúde deve abranger as dimensões física, psíquica, sócio-cultural e espiritual, onde não atender qualquer uma dessas realidades da vida humana resultará num desacerto quanto à humanização. Em relação aos pacientes, e suas necessidades, se não forem atendidas de formas adequadas, podem contribuir para um maior desconforto, e conseqüentemente, podendo levar ao agravamento de sua doença.

Considera-se “cuidado” como um conceito que revive para dar mais valor às características da pessoa humana. Para que a recuperação seja total e verdadeira, é preciso uma equipe que tenha consciência dos obstáculos e desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem superados (TEIXEIRA, 2005).

De acordo com Arone e Cunha (2007), mesmo com acesso às tecnologias avançadas, e maiores chances de melhorar a prestação de serviços hospitalares e sua humanização, não é isto que vem acontecendo. Estes recursos, porém, parecem estar mais ligados às propostas de investimentos na estrutura física de prédios, e outras áreas, que não implicam na mudança e melhoria do processo e humanização e da ética. Com certeza, tais procedimentos também são importantes em uma instituição, porém, não podem deixar de lado, a base de toda esta estrutura, que está na forma de relacionamento com pacientes e familiares, que se dá através do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi possível constatar com a realização da pesquisa é possível verificar que as práticas de saúde do enfermeiro da ESF implicam na utilização de tecnologias leves como instrumentos da cultura que permitem a otimização do trabalho na Atenção Primária em Saúde. Através da realização da pesquisa foi possível compreender que a enfermagem sempre esteve ligada à questão do cuidado, mas pensar em cuidado requer antes de tudo a condição do saber cuidar. O saber cuidar implica na prestação de assistência, de modo que seja possível minimizar o sofrimento físico e psíquico pela qual vem passando o assistido.

O trabalho humano na atualidade coexiste com a presença das novas tecnologias. Observa-se que muitas vezes, ele só se torna viabilizado com o entrelaçamento dessas tecnologias em seus espaços. A tecnologia pode ser essencial na execução das ações em saúde e por esse motivo, desvincular saúde e tecnologia, hoje, torna-se impossível.

No decorrer do trabalho conceituou-se o termo tecnologia em saúde ressaltando suas implicações no trabalho da equipe de saúde. Discutiu-se que as tecnologias em saúde se presentificam “no fazer”, nas ações dialógicas. Ações que se baseiam somente em equipamentos e em saberes “esteriotipados” produzem a lógica de um trabalho morto, o que não coanuda com os princípios de “fazer saúde” do SUS e da ESF.

Uma das propostas deste trabalho foi apresentar um breve histórico do SUS apresentando sua relação com a necessidade de estruturação de uma prática mais humanizada, onde o cuidado, a atenção e a comunicação estejam presentes como tecnologias leves que permeiam as ações das Unidades Básicas em Saúde. Por meio desta discussão constatou-se que estas Unidades de Saúde têm um papel fundamental na promoção da saúde da população.

Cabe ressaltar que as tecnologias em saúde se estruturam em três eixos: sendo as tecnologias duras, as leve-duras e as leves. Por mais que essas tecnologias se inter-relacionem, a tecnologia considerada essencial para o ser humano é a tecnologia das relações. Por esse motivo é essencial que o acolhimento seja uma atitude presente na relação profissional e usuário.

A presença das tecnologias leves no processo do trabalho em saúde objetiva a produção de ações de cuidado, que devem estar presentes nas relações de reciprocidade e de interação. A produção dessas relações conduz um atendimento global, onde há o resgate da singularidade, onde o usuário adquire cidadania e autonomia.

Diante dos objetivos apresentados pela pesquisa, observa-se que as tecnologias em saúde fazem parte da proposição de uma ação integrada em saúde, uma vez que as tecnologias leves como o cuidado e a comunicação se fazem essenciais para que as ações das Unidades Básicas em Saúde sejam resolutivas, pois convidam a população a uma relação mais estreita com as equipes.

Observa-se que a ESF ainda se trata de uma programa recente que data da década de 90, e que ainda há muito o que ser aprimorado, no entanto a utilização desses tecnologias como ferramenta resolutiva da Estratégia de Saúde da Família podem ser fundamentais para o sucesso do trabalho das equipes.

Para que o cuidador possa assistir o ser humano de uma forma integral, se faz necessário muito mais do que conhecimento técnico, é necessário o desenvolvimento de habilidades como a comunicação e a empatia. É preciso que as relações sejam mais horizontais, com vistas na efetivação do vínculo entre o profissional e o usuário.

E para isso o profissional tem que ser despido deste alguém que é o detentor de conhecimentos e técnicas, para ser somente o ser humano, aquele que também sofre e por esse motivo sabe compreender o sofrimento do outro. Esse profissional deve ser aquele que não somente assiste, mas que também acolhe, isto sim, é a promoção de uma assistência digna, impactada positivamente na comunicação, na relação da equipe e no desenvolvimento de um processo compartilhado entre os atores do sistema de saúde.

É nesses momentos de angústia, da presença da dor, que é verificada com máxima precisão da fragilidade da vida, e é nesse momento que o ser humano necessita de maior acolhimento.

Sabe-se que as instituições todas existem para atender ao ser humanidade, no entanto, nem todas elas têm a noção do conceito de "humanidade". No caso das instituições de saúde, quando são procuradas, é porque algum tipo de sofrimento já se encontra instalado.

Quando dizemos sofrimento seja mental ou físico, não são somente órgãos, tecidos ou patologias que estão sendo tratados, por trás de tudo existe um ser humano que precisa de atenção e respeito.

Cabe aos profissionais de saúde e em especial aos profissionais de Enfermagem, foco do presente trabalho, repensar sua atuação e suas práticas de forma a verificar novas formas de atendimento que atendam ao princípio ético de atenção aos usuários dos mais diversos setores da saúde.

O profissional da enfermagem pode funcionar como um elo entre a instituição e as famílias de forma a tranquilizá-las através da explicação dos procedimentos, dos procedimentos utilizados. O que realmente tanto família, quando paciente necessitam é de atenção e acolhimento, cabe ao enfermeiro ter sensibilidade, certa intencionalidade

vinculada ao campo do cuidador, ao seu modo de ser, a subjetividade, reorganizar sua prática assistencial e estabelecer um novo processo de trabalho com a incorporação destas tecnologias leves ao trabalho vivo em ato para prestar uma assistência baseado no cuidado.

Espera-se que a realização deste trabalho, possa contribuir para que nós profissionais de enfermagem possamos refletir um pouco mais sobre nossas ações, de forma a construir uma prática de atenção ao ser humano, com empatia, humanização, prestando uma assistência digna. Cuidar, antes de uma necessidade, constitui-se numa obrigação dos estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador, Ba. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev, 2005.
- ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNDAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (eds.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 1999.
- ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, dez. 2007.
- BARRA, D.C.C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**;8(3):422-30, 2006.
- BAYER, G.F. et al. **População brasileira no século XX: alguns dados**. RADIS/FIOCRUZ, Dados. 2:1-8, 1982.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.
- BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/ fazer a arte da enfermagem** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2004.
- BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1995.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2005.
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (org.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz, 1995.

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (eds.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CASSATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem brasileira, **Revista Lat. Amer. de Enfermagem**, 13(1), p.105-111, 2004.

COTTA, R.M.M; MENDES, F.F e MUNIZ, J.N. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: "do imaginário ao real"**. Viçosa: UFV, 1998.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

FIBGE. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1992.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dez. 2004.

GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GENOVEZ, C.B.A. *et. al.* Humanização no cuidado de enfermagem hospitalar: abordagem sobre os programas do Ministério da Saúde. **Ciênc. cuid. saúde**; 4(3):269-275, set.-dez. 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 42(3): 555-61, 2008.

HOLANDA, A B. **Novo Aurélio: Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

LESSA, I.; MENDONÇA, G.A.S. e TEIXEIRA, M.T.B. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social**. Bol Oficina Sanit Panam, 120 (5): 389-413, 1996.

LÉVITAS, E. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis: Vozes, 1993.

MARCONI, M. de. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 4ª edição revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2001, p. 186-187.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, H.W.B. **Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Botucatu, 1999, 175p.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, 8 (1):1-18, 1997.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 5ª edição. São Paulo: Unicamp, 2003.

PEREIRA, C. **A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989**. Dados. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1998.

PUCCINI, P.T. e CECILIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 20 (5): 1342- 1353, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. e BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 20(2), 438-446, 2004.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, Junho 2005.

SADALA, M.L. A.; STEFANELLI, M. C. Desenvolvendo a habilidade de comunicação. **Rev.Paul.Enf.**, v.14, n.2/3, p.66-76, 1995.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2003, vol.8, n.1 [cited 2010-04-27], pp. 309-314.

SCHRAIBER, L. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho médico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 1(1):123-140, 1997.

SOUSA, M. F. de. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 1(1):7-42, 1997.

TOLEDO, L.C.M. **Humanização do edifício hospitalar, um tema em aberto**. (2007). Disponível em: <http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.