

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUCPR**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS**

**DENISE WERNECK DE CARVALHO**

**AÇÃO COMUNICATIVA E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE EM CURITIBA - PARANÁ**

**CURITIBA**

**2011**

**DENISE WERNECK DE CARVALHO**

**AÇÃO COMUNICATIVA E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE EM CURITIBA - PARANÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCS, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pecoits

ii  
**CURITIBA**  
**2011**

Dados da Catalogação na Publicação Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná Sistema Integrado de  
Bibliotecas – SIBI/PUCPR Biblioteca Central

Carvalho, Denise Werneck de  
C331a 2011 Ação comunicativa e capacitação de profissionais da estratégica saúde da família : um estudo de caso de uma unidade de saúde em Curitiba - Paraná / Denise Werneck de Carvalho ; orientador, Roberto Pecoits. – 2011. xiv, 116 f. ; il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011

Bibliografia: f. 91-95

1. Promoção da saúde. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Agentes comunitários de saúde - Treinamento. 4. Competência comunicativa. I. Pecoits-Filho, Roberto. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 20. ed. – 613

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

DENISE WERNECK DE CARVALHO

AÇÃO COMUNICATIVA E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM  
CURITIBA - PARANÁ

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde - PPGCS, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná -  
PUCPR, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

Prof. Dr. Roberto Pecoits Filho  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Guilherme Vilar  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Dalton Precoma  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Marcelo Cabral Jahnel  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Profª Drª Aida Maris Peres  
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 26 de julho de 2011.

Dedico este trabalho a Isadora Werneck de Carvalho, filha querida,  
a quem também dedico meu coração e pensamentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, verdadeiro autor de tudo.

Prof. Dr. Guilherme Vilar, pelo incentivo, dedicação e o que considero a maior lição de todas: simplicidade na complexidade. Dr. Guilherme, o tenho na mais alta estima.

Meu orientador, Prof. Dr. Roberto Pecoits pela competência, abertura e aceitação para com o meu trabalho.

Dr. Dalton Precoma, pela gentileza e disponibilidade de estar nesta banca.

Prof. Dr. Marcelo Cabral Jahnel, pelo apoio, incentivo e por ter aceitado o convite para fazer parte desta banca.

Dr<sup>a</sup> Vivian Ferreira do Amaral, por aceitar o convite de estar nesta banca.

Prof. Dr. Waldemiro Grenski, Pro-reitor de Pesquisa e Pós Graduação, pelo apoio e incentivo a este trabalho.

Prof<sup>a</sup> Maria Teresa Marins Freire, minha companheira no caminho árduo, mas prolífero, que levou a concluir este doutorado.

Cristina Werneck de Carvalho, minha irmã, fundamental para a conclusão deste estudo, por seu carinho, amizade, dedicação e abdicção de suas próprias tarefas, no período da minha recuperação.

Rita Werneck de Carvalho Rosa, querida irmã, exemplo de coragem, dedicação e determinação no resgate da Catia.

Catia Werneck de Carvalho, irmã querida, pelo seu jeito simples, de quem realmente sabe das coisas.

Minha amiga, Maria Regina Costa Taborda Rauen Ribas, companheira de direção. Devo a você grande parte do que eu sou.

Tatiana Zarth, amiga de fé, pela paciência e agitação com que se habituou a me ver e a me ouvir.

Prof. Dr. Roberto Linhares, pelos anos de paciência e dedicação ao Centro de Ciências Jurídicas e Sociais. Pela sua generosidade e apoio no meu período de recuperação.

Meu amigo, Prof. Dr. Alvacir Alfredo Nicz, por se propor ao desafio da retomada e pelo tratamento que me dispensou, mais do que gentil, ao assumir o decanato do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais.

Prof<sup>a</sup> Celsi Silvestrin, amiga pessoal e de profissão. Incansável no empenho para o brilho e a ética na profissão.

Prof<sup>a</sup> Francieli Mognon, pela amizade e companheirismo que se refletiram nesta caminhada.

Prof<sup>a</sup> Sirley Terezinha Filipak, pelo especial apoio que me deu, apesar de nosso pouco contato.

Odete Aparecida Pinheiro, amiga de todas as horas. Pelo carinho que o tempo não levou.

Adelina de Carvalho, pelo apoio e consideração. Obrigada.

Alexandre Hamph, design das mascotes, por sua dedicação, apoio e animação.

Aos profissionais da Unidade de Saúde de Rio Bonito, por tornarem possível esta pesquisa.

A Roseana França, que aceitou o desafio de revisar este trabalho em tão pouco tempo.

Dr. Marcelo de Oliveira, a quem conheci com quase dez anos de atraso, mas que soube recuperar o tempo perdido. Pela amizade que pouco se vê entre um médico e seu paciente.

Dr. Ari Pedroso, que adentrou nos meus pensamentos e tornou possível escrever e realizar este trabalho.

Maria de Fátima Ribeira da Silva dos Santos, fiel escudeira, cujo auxílio foi essencial em muitas das batalhas até aqui.

Aos funcionários do curso de Comunicação Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pelo empenho com que realizam suas tarefas e se dedicam aos professores.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me apoiaram no percurso deste doutorado.

Eu quero meu jardim de volta  
Catia Werneck de Carvalho



## RESUMO

CARVALHO. DENISE W. Ação comunicativa e capacitação de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso de uma Unidade de Saúde em Curitiba - Paraná. [tese]. Curitiba. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2011.

Este trabalho investiga o estudo e a aplicação da comunicação como estratégia na promoção da saúde, no que se refere a educar para a saúde e diminuir a prevalência de diversas moléstias, por meio da informação. A Estratégia Saúde da Família, ESF, principal estratégia do Sistema Único de Saúde, SUS, funciona com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que se deparam com o desafio de promover a saúde e manter a saúde da comunidade. A fundamentação teórica que dá sustentação ao estudo divide-se em duas partes: a primeira, traz a complexidade de Morin, pro meio da proposta de religar os conhecimentos, na busca por um diálogo entre as ciências. Neste caso, na responsabilidade que se encontra nas práticas da saúde e de comunicar para a saúde. A segunda, na ação comunicativa de Habermas, que apresenta a competência comunicativa como possibilidade de emancipação dos sujeitos. A capacitação de profissionais de saúde exige a organização do trabalho a partir da interação mediada em seus atos comunicativos, na qual os acordos legitimem suas práticas. O objetivo está em analisar se um processo de comunicação pode elevar o nível de adesão de uma equipe interprofissional às diretrizes de Atenção Básica da ESF, do Ministério da Saúde do Brasil. Compara-se as percepções e necessidades dos profissionais acerca do trabalho que realizam, e a compreensão que mantêm a respeito da ESF antes e depois de uma intervenção de comunicação. O objeto de estudo foi uma equipe de saúde de uma Unidade de Saúde do PSF, em Rio Bonito – Curitiba, Paraná. Os níveis de adesão foram medidos antes e depois da intervenção, comparando-se e analisando-se o impacto na percepção, na motivação e na aceitação às diretrizes do Programa. A metodologia utilizada, de natureza qualitativa, foi apoiada por análise quantitativa. Os questionários continham cinco partes: Equipe, Atendimento, Unidade, Paciente e Auto-avaliação, relacionando atributos em uma escala de Likert, gradativa, ordinal e não-forçada, de cinco níveis. Para análise comparativa foram utilizados: 1. Análise de grupos focal; 2. Valores médios dos percentuais de indivíduos para cada atributo e para cada nível da escala de Likert, antes e depois do processo de intervenção; 3. Ranking Médios dos percentuais de indivíduos para cada atributo, antes e depois do processo de intervenção. Os resultados sinalizam positivamente para o potencial da utilização da comunicação no planejamento, na implementação e na aplicação de um processo de desenvolvimento, integração e aprendizagem de equipes no que se refere à adesão a políticas de saúde. Os resultados sugerem que a competência comunicativa pode atuar para elevar o nível de adesão dos profissionais. O estudo revelou que envolver a equipe ativamente na construção de um acordo em torno dos princípios da ESF não apenas permite capacitá-la em torno do desempenho desejado, mas também na interpretação e autoavaliação de suas práticas. Os recursos de comunicação aplicados melhoraram a adesão da equipe às diretrizes do ESF, revelando maior comprometimento, cooperação e envolvimento dos profissionais com o trabalho. A conclusão aponta para o uso da comunicação como um recurso importante, útil e de baixo custo, capaz de elevar os níveis de adesão de uma equipe de saúde.

Palavras-chave: comunicação e saúde; ação comunicativa em saúde; saúde da família; atenção básica.

## ABSTRACT

CARVALHO. DENISE W. Communicative action and training of health professionals from the Family Health Program: a case study of the Health Unit.

This work investigates the study and application of communication as a strategy for health promotion, with regard to health education and reduce the prevalence of various diseases by means of information. The Family Health Strategy, FHS, the main strategy of the Health System, works with multidisciplinary teams in primary health care, faced with the challenge of promoting health and maintaining the health of the community. The theoretical framework underpinning the study is divided into two parts: the first, brings the complexity of Morin, via the proposed pro rewire knowledge. This view is consistent with the theme of this issue in the search for a dialogue between the sciences. In this case, the responsibility that lies in health practices and to communicate to health. The second, in Habermas's communicative action, which presents the possibility of communicative competence as emancipation of the subjects. The training of health professionals requires the organization of work from mediated interaction in their communicative acts, in which agreements legitimize their practices. The objective is to examine whether a communication process can raise the level of membership of an interprofessional team to the guidelines of the Primary Care of Family Health Strategy, Ministry of Health of Brazil. Compares the perceptions and needs of professionals about their work, and understanding that remain about the FHS before and after a communication intervention. The object of study was a health team in a Health Unit of the PSF, in Rio Bonito - Curitiba, Paraná. The adherence levels were measured before and after the intervention, comparing and analyzing the impact on perception, motivation and acceptance guidelines of the program. The methodology is qualitative, supported by quantitative analysis. The questionnaire contained five parts: Team, Customer Service, Unity, and Patient Self-assessment by relating attributes on a Likert scale, gradual, unforced and ordinal of five levels. For comparative analysis were used: 1. Analysis of focus groups, 2. Average values of the percentage of individuals for each attribute and for each level of the Likert scale before and after the intervention process, 3. Average ranking of the percentage of individuals for each attribute, before and after the intervention process. The results indicate the potential for positive use of communication in the planning, implementation and application of a process of development, integration and learning teams with regard to adherence to health policies. The results suggest that communicative competence can act to raise the level of compliance of professionals. The study revealed that the team actively involved in building an agreement on the principles of the FHS allows not only enable him around the desired performance, but also in the interpretation and self-assessment of their practices. Communication resources implemented improved team adherence to the guidelines of the FHS, showing greater commitment, cooperation and involvement of professionals with work. The conclusion points to the use of communication as an important resource, useful and low cost, capable of boosting levels of membership of a health team.

Keywords: communication and health; communicative action in health, family health, primary health care.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: PRINCÍPIOS E CONDIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA.....	17
TABELA 2: ETAPAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS DO ESTUDO .....	59
TABELA 3: ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA EQUIPE .....	68
TABELA 4: ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA ATENDIMENTO .....	68
TABELA 5: ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA UNIDADE .....	69
TABELA 6: ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA PACIENTE .....	69
TABELA 7: ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO .....	70
TABELA 8: RELAÇÃO ENTRE CONCEITO QUALITATIVO E VALOR NUMÉRICO .....	74
TABELA 9: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA EQUIPE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....	77
TABELA 10: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA ATENDIMENTO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....	78
TABELA 11: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA UNIDADE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....	79
TABELA 12: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA PACIENTE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....	81
TABELA 13: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....	82

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1: COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS .....</b>	<b>32</b>
<b>FIGURA 2: DINÂMICA DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA .....</b>	<b>57</b>
<b>FIGURA 3: O PROCESSO NA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA .....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 4: O MÉTODO .....</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 5: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA EQUIPE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>FIGURA 6: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA ATENDIMENTO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>FIGURA 7: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA UNIDADE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....</b>	<b>78</b>
<b>FIGURA 8: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA PACIENTE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>FIGURA 9: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>FIGURA 10: RELAÇÃO ENTRE A CAPACITAÇÃO E A TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA..</b>	<b>88</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PAC	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MS	Ministério da Saúde
RJ	Rio de Janeiro
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
ABRASCO/ABEP	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
USRB	Unidade de Saúde de Rio Bonito

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
2.1 COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE .....	20
2.1.1 O princípio da Atenção Básica .....	21
2.2.2 A ciência da comunicação .....	24
2.2 COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS EM SAÚDE .....	28
2.3 SAÚDE E COMUNICAÇÃO: UM DIÁLOGO POSSÍVEL .....	33
2.3.1 A complexidade de Morin .....	33
2.3.2 O desafio da complexidade .....	35
2.3.3 Complexidade, comunicação e saúde .....	39
2.3.4 Saúde: a condição para estar bem .....	41
2.4 A LENTE DE HABERMAS .....	43
2.4.1 Ação comunicativa .....	55
<b>3 MÉTODOS .....</b>	<b>59</b>
3.1 A UNIDADE DE SAÚDE .....	61
3.2 PRODUÇÃO DE MATERIAIS .....	63
3.3 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS POR ATRIBUTOS DE QUALIDADE .....	67
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
4.1 SOBRE A EQUIPE .....	72
4.2 SOBRE O ATENDIMENTO .....	72
4.3 OS PROFISSIONAIS SE AUTOAVALIANDO .....	73
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Marcado por extremas desigualdades sociais e extensa territorialidade, o Brasil é um país de profundos contrastes. O desafio de atingir a meta de Saúde para Todos, proposta pela Organização Mundial de Saúde, OMS, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), coloca o governo na berlinda ao forçá-lo a não apenas criar e manter políticas de desenvolvimento para a saúde, mas também de assegurar práticas que as sustentem. Ao nível da Atenção Básica, AB, a Estratégia Saúde da Família, ESF, se constitui em uma das mais importantes estratégias para efetiva reestruturação da AB, no país, tendo como centro a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde –

USB. Especificamente para as equipes, a responsabilidade de acompanhar diversas famílias para promoção, prevenção e manutenção da saúde, é entendida pelo governo como uma “necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos

para a AB, no Brasil, especialmente no contexto do SUS”. No entanto, considerando que, hoje, somamos cerca de 190.869.420 de habitantes e que cada equipe é

responsável pelo acompanhamento de 3.000 a 4.500 pessoas ou 1.000 famílias, tem-se uma clara dimensão das inúmeras dificuldades que cercam os profissionais. Conforme números do Ministério da Saúde, MS, em 2009 o governo investiu R\$ 5.698,00 milhões, tendo 30.328 equipes de Saúde da Família implantadas em 5.252 municípios, cobrindo 60,9% da população brasileira, correspondendo a 96,1 milhões de pessoas<sup>1</sup>.

No Brasil, as diretrizes para a AB se referem a um conjunto de princípios estabelecidos pelo MS (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006) para desenvolvimento, expansão e reorganização da AB.

Práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, são desenvolvidas por equipes designadas para atender populações em territórios delimitados. O governo pretende que a AB seja o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e que tal sistema se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, estabelecendo

---

<sup>1</sup> Números atualizados conforme site do Ministério da Saúde <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>

vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

A proposta da AB considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

As diretrizes preconizam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da igualdade.

Desta forma, busca-se efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços.

No Brasil, a ESF se constitui na principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante implantação de equipes interprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em áreas geográficas delimitadas e atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

Os profissionais devem realizar bem o seu trabalho e conhecer o trabalho dos demais, em atitude de cooperação, para continuar aprendendo em seu ambiente. A fim de aprender com e sobre os outros é importante que conheçam, entendam e aceitem os princípios que norteiam o trabalho. Assim, o objetivo da equipe deve se orientar pelos princípios da ESF, o que justifica promover ações que aumentem o conhecimento e a adesão às diretrizes do Programa.

As Diretrizes da AB se referem às condições que devem nortear o atendimento e as condições de saúde da população. Os princípios e as condições da AB são apresentados a seguir:



**TABELA 1 PRINCÍPIOS E CONDIÇÕES DA AB\***

Princípio	Condição
Universalidade	Defesa da qualidade de vida Planejamento e programação descentralizada Prevenção de doenças
Acessibilidade e coordenação do cuidado	Ações educativas Planejamento, execução e avaliação das ações Articulação das ações de promoção à saúde Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas
Vínculo e continuidade	Vínculo de confiança entre profissionais e população Valorização dos profissionais de saúde Valorização dos saberes e das práticas
Integralidade	Integração de ações programáticas Demanda espontânea Prevenção de agravos Vigilância à saúde Tratamento e reabilitação Trabalho de forma interprofissional
Responsabilização	Planejamento e avaliação das ações Compromisso, respeito e ética Postura pró-ativa
Humanização	Assistência básica integral e contínua Acolhimento Primeiro atendimento às urgências médicas Cuidado dos indivíduos e famílias
Igualdade	Inserção sócio-cultural Acesso a boas condições de saúde
Participação social	Construção da cidadania Participação popular Foco na família e na comunidade

\* Organizado pela autora

Mais do que instigante, oferecer qualidade em saúde nessas proporções é tarefa complexa e penosa, se consideramos que a estrutura do SUS<sup>2</sup>, não dá conta de um quadro de doenças de todos os tipos, condicionados e agravados pelas alarmantes diferenças sociais e econômicas das regiões, às quais não se consegue diminuir (as diferenças). Do outro lado, e por consequência, a desintegração das unidades de saúde implica em sobreoferta de serviços em alguns lugares, enquanto outros permanecem em total desassistência.

<sup>2</sup> O Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – , atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

Essa situação reflete, então, uma cobertura assistencial excludente, imposta principalmente aos segmentos populacionais de baixa renda e de regiões mais carentes, que não chegam a receber condições mínimas de atendimento. O conflito entre os setores público e privado, disputando conveniados e contratados se constitui em outro nó, fragmentando o processo decisório, ao torná-lo moroso, burocrático e pouco funcional. Os problemas não param por aí, e a proposta de um serviço integral para a família esbarra, também, na baixa qualidade de equipamentos e serviços profissionais.

Por certo, uma política efetiva de educação continuada pode dar conta do desenvolvimento essencial que as equipes devem ter para prestarem um serviço de qualidade, considerando a rotina de pressões e de poucos recursos dos profissionais.

Neste sentido, um grande interesse deste trabalho está em analisar um processo de educação continuada em uma UBS, a partir do desenvolvimento de competências comunicacionais. Em seu conjunto de premissas, o projeto reúne os elementos necessários à investigação, ao estudo e a formulações de estratégias cuja aplicação resultem em um modelo suficiente para obtenção de resultados efetivos capazes de transformar o cenário atual.

Então, o objetivo geral desta pesquisa é promover a adesão da equipe da UBS de Rio Bonito às diretrizes da ESF, por meio do agir comunicativo. Por objetivos específicos tem-se: Conscientizar a equipe a respeito das diretrizes propostas para AB; Estimular a cooperação dos profissionais; Estimular o autoconhecimento da equipe; Valorizar as competências individuais e do grupo.

Os fundamentos teóricos aplicados nesse trabalho foram organizados em dois grandes assuntos, a saber: 1. Teoria de complexidade; 2. Teoria da Ação Comunicativa.

A teoria da complexidade dá suporte a esta pesquisa a considerar o debate ao qual se propõe analisar questões da complexidade humana. O mais interessante nesta proposta não está apenas na questão científica, mas no significado político-humano que a pesquisa pretende destacar, tendo em vista o cenário incerto no qual a sociedade se insere no campo da saúde coletiva.

Parte-se do princípio que o direito, a igualdade e a assistência precisam ser feitas de forma responsável sob a ótica do inteiro, do todo e da inteligência, tratados por Edgar Morin.

De outro lado, entende-se que a teoria da ação comunicativa de Habermas pode ser aplicada no contexto do projeto deste estudo ao tratar-se de uma equipe multidisciplinar, quer por sua função social, por seu desempenho ou pela proposta do governo – ao estabelecer as diretrizes. Um bom resultado dependerá da adesão

individual dos profissionais, além da necessidade de entenderem-se mutuamente, a partir de acordos previamente efetuados.

Então, a saúde deve ser vista como um direito social que contempla todas as pessoas. Deve, também, ser entendida no seu conceito mais amplo, suficiente para que o indivíduo se desenvolva em todos os aspectos da sua vida – social,

econômico, cidadão (adaptação ao meio e respeito a ele), mostrando-se capaz de compreender, analisar e interagir com a própria realidade e o mundo, para transformá-los. Nesta situação, a saúde passa a ser mais do que um estado de *bem estar*, mas determinada por um modo de ação em que todos estão comprometidos com o bem estar, a produção e os cuidados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Originalmente, a ESF teve início na década de 1980, em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, com a proposta de oferecer melhores condições nos serviços primários de saúde. As experiências se mostraram bem sucedidas, resultando em um impacto nas estratégias de saúde coletiva, espalhando-se por vários países, dentre os quais o Brasil, com a elaboração da estratégia de reorganização da AB.

No país, as primeiras iniciativas remontam à década de 70, com algumas atividades de saúde comunitária nos estados de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Pernambuco. Em 1993, o governo organizou uma comissão especializada em Saúde Comunitária para elaborar uma proposta que atendesse ao princípio da integralidade do SUS, o que resultou na proposição de um modelo de atendimento ao usuário do SUS.

No ano seguinte, por meio de uma parceria entre o MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, o MS lança a ESF, com propósito de alterar o modelo assistencial de saúde centrado na doença, no médico e no hospital, para a prevenção e a cura.

Apoiado nas necessidades de atenção integral a serem desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, o novo modelo propunha oferecer às famílias, serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias localidades, como forma de melhorar as condições de saúde da população.

Os resultados favoráveis levaram o Programa a ser considerado uma estratégia prioritária do MS para qualificação e resolução das questões relativas à Atenção Primária à Saúde<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> definida pela Organização Mundial da Saúde, em 1978

Desde então, a ESF tem sido uma das prioridades do governo federal, governos estaduais e municipais, para reorganização do serviço de saúde. Conforme o MS, a ESF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população e desqualificação profissional<sup>4</sup>. O mesmo documento assinala que a assistência à saúde, tal como hoje é praticada é “ marcada pelo serviço de natureza

hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se para práticas curativas” . Assim, a ESF se

mantem como a principal proposta que se tem oferecido no âmbito da assistência, pelos níveis de governo, à crise do modelo de assistência. A atenção é direcionada à família, em seu ambiente físico e social.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Na análise de vários autores (Beker, 2001; Vanderlei, 2005; Mehry, 2005) a reordenação do conceito de AB permitiu atender aos princípios de universalização, equidade, integralidade e participação da comunidade em questões de saúde visando a sua promoção (da saúde).

### **2.1.1 O princípio da Atenção Básica**

O princípio da AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, para o indivíduo e sua coletividade, que visa a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Envolve o exercício de práticas gerenciais e sanitárias que objetivam ser

---

<sup>4</sup> Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde; MS, mimeo, Brasília; março/1996; p.2

democráticas e participativas, conduzidas por uma equipe multiprofissional para populações de regiões bem definidas, cabendo às equipes conhecer as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas das pessoas, da localidade e de suas famílias.

Em um país que se apresenta em várias faces, a diversidade de condições regionais, econômicas e políticas retratam a história de um povo profundamente marcado em seus valores e suas crenças. A trajetória da saúde no país dá conta da busca de um modelo capaz de atender à ampla condição do cidadão: o direito de saúde de forma igualitária, integral e equânime, como um sistema único.

Assim, a ESF vem a ser a principal estratégia para a estruturação da APS que, por sua vez, se constitui no eixo central para sucesso do SUS. Segundo Starfield (2004), a orientação para a pessoa, e não para a enfermidade, além de constituir um avanço para o desenvolvimento de ações em um país marcado pela desigualdade, favorece uma política de acesso à saúde independente da diversidade das condições regionais. Conforme definição do MS (2006):

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Como está descrito, o princípio da AP traduz-se não apenas pela necessidade de oferecer melhor qualidade de vida à população, mas também para a urgência da saúde como um bem de todos e ao qual se relaciona a condição de cidadão, própria de uma sociedade democrática e bem desenvolvida.

Nestes termos, observa-se a necessidade de maior eficiência e eficácia da ação governamental na gestão do sistema de saúde, destacando-se o urgente desenvolvimento e consolidação da comunicação como uma importante área de conhecimento, para produção de estudos e pesquisas que contribuam na indicação de novos caminhos para consecução de tais políticas.

Também nesse contexto, a comunicação pode auxiliar na construção de propostas políticas mais equânimes, que reúnam a gestão do governo aos interesses da população.

Como fenômeno, a comunicação social tem sido amplamente utilizada em todas as áreas do conhecimento, ao longo da história do mundo. A partir do século XIX, desenvolveu-se epistemologicamente como uma importante área de estudo das ciências sociais, e desde então tem contribuído para a evolução de todos os campos de domínio, destacando-se como uma disciplina teórica e prática, rica em técnicas aplicáveis a diversos tipos de ciências como as ciências exatas, humanas, tecnológicas e da saúde, por exemplo. Aqui, importa apresentá-la como um valioso recurso para a área da saúde, tanto no que se refere à produção do conhecimento, quanto para a prática médica. Os aspectos sócioantropológicos da comunicação não apenas possibilitam examinar e discutir teórica e empiricamente a condição humana frente às transformações da sociedade contemporânea, mas também permitem promover o desenvolvimento dos indivíduos a partir de elementos tais como a interação, a informação e a formação de hábitos e atitudes, apenas para citar alguns exemplos. Sua estruturação promove o encurtamento de distâncias e os sistemas de transmissão e troca de informações, são considerados fundamentais para a economia e para o desenvolvimento globais.

Outra razão a se considerar é que ao se almejar a ampliação da eficácia do sistema de saúde brasileiro, por meio da produção e disseminação dos serviços, deve-se identificar e compatibilizar as necessidades da população com a forma com que os serviços são disponibilizados e divulgados. Quanto maior forem os contrastes das regiões e mais acentuadas as diferenças, a utilização da comunicação deve reunir meios mais complexos e sofisticados, do ponto de vista do conhecimento. O que se vê é uma utilização simplista da comunicação, que se reduz ao uso de poucas de suas técnicas.

Assim, formulam-se as seguintes perguntas: Como utilizar técnicas de comunicação buscando modificar comportamentos e ações? E, é possível capacitar pessoas tomando-se por base o conceito da Ação Comunicativa?

Promover mudanças na área da saúde exige a proposição de planos de ações em diferentes esferas. É preciso, por exemplo, estratégias propostas

especificamente para cada área, situação, público ou cenário, considerando que técnicas não constituem fins em si mesmas, mas um meio ordenado e seguro para operar mudanças. Dessa forma, entendida como área essencial para suporte a outros campos de conhecimento, a comunicação favorece a criação de recursos metodológicos para transformação da realidade. Não se trata apenas de promover ações, mas de justificá-las face às condições reais em que os objetivos são propostos e os recursos disponibilizados.

### **2.2.2 A ciência da comunicação**

Nessa perspectiva, a execução das atividades deve privilegiar elementos identificados para solução do problema apresentado. Como instrumento de ação política, a comunicação é facilitadora da gestão da saúde, favorecendo a mediação de interesses e identificando-se necessidades de diferentes naturezas. Também é indicada para promover e educar para a saúde, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, informar sobre a saúde e sobre as doenças, informar sobre quais e quando devem ser realizados exames médicos, recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados aos pacientes e educar os usuários sobre assuntos de saúde, a fim de melhorar a acessibilidade dos serviços. No que se refere aos profissionais de saúde, pode melhorar significativamente as relações interprofissionais, a comunicação interna dos hospitais e unidades e a qualidade dos serviços.

No entanto, como ciência, a comunicação tem sido relegada a um plano não primário, por gestores e profissionais. Em que pese o fato dessa área, como domínio, estar fortemente estabelecida (sua perspectiva e seu crescimento se apóiam em várias outras disciplinas – filosofia, sociologia, psicologia, antropologia, matemática – com elaborações teóricas, estudos empíricos, e invenções tecnológicas) ainda não é tida por alguns como um saber especializado. Talvez porque sendo uma habilidade humana inata, o pensamento que gira em torno da comunicação, mais frequentemente se relaciona às habilidades conferidas por



sentidos imediatos como ver e ouvir. Importa esclarecer que estas duas habilidades não devem ser entendidas como simples, mas fazem parte do conjunto de habilidades interpretativas que constituem o senso comum: estes dois sentidos permitem formar opinião e emitir juízos sem apoio de uma análise. Ou, dito de outro modo: a comunicação costuma ser entendida a partir das mais variadas formas de suas técnicas: anúncios ou programas, que, mesmo quando sofisticados, dão a impressão que se associam ao talento e outras habilidades distantes de competências estruturadas.

Como campo do conhecimento, há mais de uma década, a comunicação se levanta como uma necessidade urgente para a área da saúde, à qual não se pode ignorar, conforme refere Teixeira (1997):

as práticas de comunicação em saúde vem ganhando progressiva importância no debate médico-sanitário, especialmente daquele que vem se dando em torno da preocupação com o controle social do Sistema Único de Saúde.

O autor ainda destaca que a comunicação “ pode servir como um instrumento

de transparência e garantia da participação popular nos processos de gestão dos serviços e programas de saúde” .

Por isso, a temática deste trabalho está centrada no campo das ciências da saúde, sendo que a comunicação é trazida como recurso para compreensão do objeto e intervenção no problema apresentado. Como domínio de conhecimento, a comunicação pode ser vista como área meio, à medida que possibilita espaço para debate e análise crítica de assuntos relacionados a outras ciências. Como metodologia, fornece o ambiente propício ao diálogo e favorece o confronto de idéias. No entanto, popularmente, a comunicação é vista e entendida especialmente na relação que se estabelece entre emissor e receptor, sendo que, como fenômeno, esta relação é apenas parte de um extenso sistema que inclui vários outros elementos (Wolf, 1995, p. 271).

Contudo, os estudos que deram origem a comunicação, como ciência, derivaram de várias disciplinas, tornando-a multidisciplinar. Em decorrência, a

indistinção do uso do mesmo vocábulo para expressar o objeto, a ação ou o processo limitou o entendimento teórico-metodológico de sua *epistême*.

O termo comunicação vem do latim *communicatio*, do qual se distinguem uma raiz – *muniz* – que significa estar encarregado de; um prefixo *co* – que expressa

a idéia de atividade realizada conjuntamente, e a terminação *tio*, que reforça a idéia de atividade (Martino: 2001, p.14).

Para o mesmo autor, o significado de comunicação também pode ser expresso na simples decomposição do termo comum + ação, sendo que o algo em comum refere-se a um mesmo objeto de consciência e não a coisas materiais, ou à propriedade de coisas materiais.

A respeito do mesmo assunto, Duarte (2003, p. 15) refere que o vocábulo comunicação, deriva da palavra latina *communis* – que origina o termo *comum* em

português e significa *pertencente a todos* ou *a muito*. Em um desdobramento, essa raiz latina dá origem à outra palavra *comunicare*, que remete a *comungar* e *comunicar*. Outro desdobramento da mesma raiz, e chega-se a *communicatio-onis* que traz a idéia de *tornar comum*. Duarte conclui que, de tais desdobramentos, tem-se a idéia de *tornar comum (communis)*, *estar em relação (ica)* e *ação de (do sufixo ção)*.

A partir dessa combinação (*pertencer a muitos, comungar, tornar comum, estar em relação e associação*) é que Martino relaciona a comunicação a um macro conceito, ao qual várias atribuições se associam.

Examinando os conceitos, os objetos e os paradigmas da pesquisa na área da comunicação, Silvestrin, Godoi e Ribeiro (2006) e França (2001) lançam a seguinte questão: como estão delimitados o campo, o objeto e as características que representam o fenômeno comunicação? E consideram que a comunicação tem por objeto de estudo os meios de comunicação e o processo comunicativo. É deste último que este trabalho se ocupa para analisar formas de capacitação de uma equipe da ESF, como recurso para intervenção na prática dos profissionais.

Dessa forma, a comunicação não se resume ao uso dessa ou daquela técnica, mas a uma forma de pensar e conduzir políticas de acesso à formação e a educação, tendo em vista serem estes também, os propósitos para a saúde coletiva,

conforme descrito pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
– ABRASCO/ABEP, 1993:

Na definição dos processos de disseminação de informações é fundamental a participação dos profissionais das áreas de comunicação e educação, apontando e implementando alternativas de meios e linguagens mais adequados aos diferentes públicos, previamente definidos no planejamento das ações dessas áreas.

Portanto, este trabalho defende o diálogo entre as ciências da saúde e da comunicação.

## 2.2 COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS EM SAÚDE

No campo da saúde, a comunicação exerce uma força educativa pela qual vem sendo cada vez mais observada. O fenômeno da educação em saúde se apresenta como um jogo de vários saberes que “constituem as práticas e as reflexões envolvidas nas relações entre educação e comunicação na área da saúde”

Donato e Gomes (2010, p.42). Assim, algumas perguntas cabem na proposição de uma política de saúde capaz de formar equipes mais atuantes e envolvidas com os objetivos do SUS e, mais especificamente, da ESF: Como deve ser um profissional de saúde para a ESF? O que se espera dele? Quais competências comunicacionais ele deve reunir? Como deve ser sua relação com a equipe? Como elevar o nível de adesão aos princípios estabelecidos pela Estratégia?

É importante ressaltar que estes profissionais fazem parte da rotina de muitos pacientes, exercendo um papel fundamental na vida das pessoas. Significa que tais profissionais devem possuir este entendimento e que devem se posicionar claramente acerca de suas tarefas e competências no exercício de suas funções. Deve se perguntar o que fazer, como fazer e quando fazer, distinguir momentos quase imperceptíveis nos quais devem falar ou calar, identificar possíveis fontes de conflito ou estresse, e de observar diferentes necessidades de atendimento, conforme o estado emocional ou a patologia do paciente exigir.

Aí se poderia supor que tais competências são individuais e não se relacionam a todos os profissionais de uma só vez. Ao que se argumentaria que o conhecimento compartilhado de uma equipe tem como base o indivíduo e seus conhecimentos.

Com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional (que valorizava o hospital), se espera da ESF um atendimento de qualidade, atuando na prevenção de doenças e diminuindo o número de internações de forma a levar a saúde para mais perto da comunidade.

O Programa prioriza ações de intervenção, promoção e recuperação da saúde da população de forma integral e contínua. Comumente, o serviço é prestado

na UBS ou em domicílio pelos membros da equipe de profissionais – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. O conceito de medicina da família exige que pacientes e profissionais mantenham vínculos de participação e responsabilidade para identificação e atendimento dos problemas de saúde da comunidade. Em todo o Brasil, os resultados da ESF tem se mostrado favoráveis, de forma que o MS tem ampliado os investimentos no Programa.

No entanto, algumas complexidades se associam a este propósito, a considerar os aspectos humanos, logísticos e de prestação de serviços nas diferentes localidades em que a ESF atua. Do ponto de vista das equipes que prestam atendimento, o MS relaciona uma longa lista de competências que os profissionais devem reunir, e das quais fazem parte não apenas o conjunto de tarefas que lhes cabem, mas também aspectos relacionados a formas de conscientização, de formação da opinião e de incorporação de hábitos, comportamentos e atitudes.

Por exemplo, fazem parte do conjunto de competências dos profissionais que integram a ESF conhecer a realidade das famílias que atendem, no que se refere aos aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos. Tal capacidade exige não apenas discernir fatores demográficos e fisiográficos, mas, também, de analisar as condições que resultam da realidade destes quadros. Outra competência que se relaciona não apenas a um fator técnico, mas uma capacidade a ser construída, é a valorização da relação com o usuário e sua família, para criação de vínculo de confiança, afeto e respeito.

As condições para atendimento ao nível de AB podem, por exemplo, incluir visitas domiciliares, ou longas conversas para orientação. Frequentemente o profissional necessita incentivar a participação da comunidade e envolvê-la nos princípios do Programa. Por estas razões a formação continuada dos profissionais é condição elementar para a progressão da qualidade do serviço prestado. Além disso, o desenvolvimento profissional, a partir da educação continuada, atende à necessidade permanente de definição, identificação, mapeamento e utilização de novas competências. É a que Carvalho (2003: p.16) se refere ao comentar:

O conceito de competência nos diz ser ela fator primordial para a conduta humana quando da realização de procedimentos ou tarefas. Não apenas

pelo fato de realizar coisas corretamente e de forma válida, mas por conferir ao homem o sentido humano de suas capacidades. Ser competente significa, de modo amplo, estar no mundo de forma útil e participativa. Dessa forma, no que fazem e no modo como realizam coisas, as pessoas precisam se sentir integradas ao mundo, sendo isso o que as capacita a interagir sobre ele.

Também ao referir que “ a competência expressa uma necessidade social de

fórum íntimo, fazendo parte da integralização do indivíduo” (p. 17) a mesma autora

faz referência a que desenvolver competências faz parte do ser social do indivíduo, sendo fundamental o estímulo a novos saberes. Na particularidade de trabalhos cujo desempenho exija a atuação de vários profissionais, esta condição se faz ainda mais presente a considerar que, primeiro, para atingir bons resultados, cada profissional de uma equipe deve exercer bem seu trabalho, segundo, é necessário que o grupo reconheça o trabalho de cada um de seus membros e o valorize como parte do trabalho de todos, o que se traduz na integração para realização da tarefa.

Outro aspecto importante, diz respeito à significação ampla e rica de uma competência, que, mais frequentemente, se tem associado ao fato de realizar uma coisa bem ou corretamente e de forma válida. De fato, trata-se de uma qualidade requerida, mas que se refere apenas ao produto final (o ato), desconsiderando que:

... a competência traz, em sua base, a singularidade do indivíduo. Por isso, embora duas pessoas possam realizar a mesma tarefa de forma correta, o modo de cada uma realizá-la dará medidas diferentes para o reconhecimento de cada uma delas. Este modo particular resulta do subconjunto de atributos que incidem no modo de fazer as coisas e, por isso mesmo, se relaciona mais intimamente à natureza de cada um. Essa elasticidade dificulta, então, nominar ou qualificar o jeito de se fazer coisas. Em dada situação, isto pode ser visualizado através de um rol de procedimentos elencados previamente atendendo critérios de ordem, classificação ou outros, mas a atitude pessoal torna difuso perceber fatores subjacentes. (Carvalho, 2003, p.17).

Dessa forma, o procedimento é apenas um dos vários fatores que compõem uma competência, além de outros que dela se refletirão como a capacidade única de cada indivíduo realizar suas tarefas, o que Perrenoud (1999) denomina “ conjunto de saberes” . Um exemplo pode ser citado:

Mesmo tendo grande experiência e amparado por diversos instrumentos de diagnóstico, um médico pode ter que decidir sobre realizar ou não determinada conduta baseada apenas em inferências. Neste momento, tudo

o que estudou, as casuísticas, pesquisas anteriores, enfim, toda a sua base, apesar de reconhecido valor – entrará em choque com o produto do seu interior. Nenhum manual lhe dará qualquer resposta sobre usar esta ou aquela técnica cirúrgica, este ou aquele procedimento, de forma que sua prática dependerá de suas impressões e, às vezes, só fatores posteriores – como o tempo, por exemplo, lhe darão a conhecer a eficácia de suas ações.

Nesse caminho, o processo de identificar, construir e disponibilizar competências de determinado profissional não se relaciona apenas a aperfeiçoar uma técnica ou procedimento, mas, antes, a articulação de diversos elementos para obter o máximo de uma capacidade. A área da saúde exige muito dos profissionais que precisam lidar com as enfermidades do paciente, com as limitações do sistema político de saúde, com as condições sócio-econômicas e também com as condições de aprendizagem e trabalho. Este assunto tem sido alvo de estudo por parte de alguns autores tais como Witt e Almeida (2003), Teixeira (2005) e Gontijo (2007), que consideram:

fundamental a noção de competência humana na área da saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só aspectos técnicos-instrumentais envolvidos na prática profissional mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente.

Dessa forma, a competência pode ser vista como uma condição dinâmica que necessita de direcionamento e exercício constante, fazendo parte da formação profissional e geral do indivíduo, sendo que a capacitação profissional possibilita a continuidade do processo de aperfeiçoamento.

O planejamento de uma US é realizado com base em áreas de trabalho determinadas, mas para garantir o equilíbrio é preciso que os integrantes interajam de forma sistêmica, relativizando as competências a fim de garantir a unidade multiprofissional, como se refere Paulo Freire (2002, p. 69): “ a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” .

No meio da saúde, com jornadas de trabalho que podem chegar à exaustão, e vendo todos os tipos de casos – às vezes experimentando euforia e/ou frustração, os profissionais de saúde são muito orientados para uma prática que, com frequência, os leva a habituar-se a ver o ser humano dissociado de sua condição

social, como se possível fosse separar o indivíduo de sua condição social, seja ela qual for.

Os benefícios do desenvolvimento de competências comunicativas são apresentados na figura a seguir:

**FIGURA 1: COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS**



Fonte: proposto pela autora

Vislumbra-se, portanto, uma oportunidade de, por meio deste trabalho, o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS e os dirigentes dos serviços de saúde refletirem sobre a utilização da comunicação como meio eficaz de promover educação em saúde.



## 2.3 SAÚDE E COMUNICAÇÃO: UM DIÁLOGO POSSÍVEL

Edgar Morin, principal representante da filosofia do pensamento complexo, parte do princípio que um prejuízo decorre dos conhecimentos disjuntos e compartimentados, propondo que realidades ou problemas multifacetados podem ser reconstruídos a partir de uma reforma do pensamento, advinda da organização do conhecimento e da reintrodução da consciência na ciência.

O pesquisador vem sendo estudado por diversos setores, dentre os quais se destaca a saúde, de forma a definir e enfrentar a complexidade da vida moderna, principalmente no que se refere ao direito de todos.

Neste trabalho, a saúde é tratada como uma condição humana a qual todos os cidadãos tem direito, e, por isso, o diálogo é proposto para reflexão, novas práticas e cuidados específicos, permeados pela comunicação.

### 2.3.1 A complexidade de Morin

Acometida pelos avanços ininterruptos da tecnologia, a sociedade, assim como a ciência, se vê em uma verdadeira roda viva. Um sem número de tecnologias a serviço da prevenção e da cura, por exemplo, servem a diagnósticos precoces, tratamentos médicos e aumento de sobrevida. As relações sociais se transformaram, redefiniram regras e geraram novos comportamentos, produzindo reflexos em todos os aspectos da vida humana, criando, assim, uma nova realidade.

Edgar Morin considera que o conhecimento partido e compartimentado faz parte dessa realidade dificultando em muito encontrar respostas para as questões poli ou multidisciplinares. A partir do que denomina *organização do pensamento*, o pesquisador propõe uma reforma do pensamento, apoiada na reintrodução da consciência da ciência, pois pensa “ ser uma aposta não somente científica. Mais do que isso: é profundamente política e humana, humana no sentido que concerne, talvez, ao futuro da humanidade” (Morin, 2000, p. 494).

Para entendimento dessa problemática, que também pode ser aplicada à saúde, o autor explica a complexidade a partir do seguinte:

A complexidade é um problema, é um desafio, não é uma resposta. O que é a complexidade? [...] Num primeiro sentido, a palavra *complexus* significa aquilo que está ligado em conjunto, aquilo que é tecido em conjunto. E é este tecido que se deve conceber. Tal como a complexidade reconhece a parte da desordem e do imprevisto em todas as coisas, também reconhece uma parte inevitável de incerteza no conhecimento. É o fim do saber absoluto e total. A complexidade tem a ver, ao mesmo tempo, com o tecido comum e com a incerteza. (Morin, 2000, p. 495)

Desta forma, o conceito de complexidade está extremamente ligado ao desaparecimento das sociedades como sistemas integrados e ligados a um sentido geral e simultâneo em termos de produção, de significação e de interpretação, o que coloca a humanidade frente a um mundo objetivo.

Mergulhados em crises, os indivíduos não veem solução para os seus problemas depois de a buscarem em instituições civis, jurídicas ou religiosas, o que resulta na inquietude individual e social, perdendo-se as referências habituais. Em parte porque as transformações das sociedades estão cada vez mais complexas, fragmentando as questões culturais, de classe, genéticas, éticas, de gêneros e raciais, dentre outras, que até bem pouco tempo reforçavam a identidade do indivíduo. Assim, os indivíduos já não se percebem integrados nas sociedades nas quais vivem.

Morin acredita que como um dos elementos da globalização, a complexidade é acentuada particularmente no desenvolvimento científico e tecnológico. As questões humanas fazem parte de um jogo complexo, no qual se deve conhecer o todo para conhecer as partes, e as partes para retornar ao todo. Este jogo se repete ininterruptamente, incluindo, também, a ciência. Conforme explica:

[...] a necessidade, para a ciência, de se auto-estudar supõe que os cientistas queiram se auto-interrogar-, o que supõe que eles se ponham em crise, ou seja, que descubram as contradições fundamentais em que desembocam as atividades científicas modernas e, nomeadamente, as injunções contraditórias a que está submetido todo cientista que confronte sua ética do conhecimento com sua ética cívica humana. A crise intelectual que concerne às idéias simplórias, abstratas, dogmáticas, a crise espiritual e moral de cada um diante de sua responsabilidade, são as condições *sine qua non* do progresso da consciência. As autoglorificações abafam a tomada de consciência da ambivalência fundamental, ou seja, da complexidade do problema da ciência. (Morin, 2000, p. 36).

Como em várias outras áreas, isso também se aplica às ciências da saúde e da comunicação, porquanto necessitam religar, contextualizar e globalizar diferentes saberes e informações na busca de um conhecimento complexo, que possa ser aplicado com segurança.

Para Morin, a incerteza está diretamente ligada ao conceito de complexidade. As potencialidades são manipuladas e produzidas pelo produto do conhecimento científico ou:

no universo físico, biológico, sociológico e antropológico, há uma problemática complexa do progresso. Complexidade significa que a idéia (sic) de progresso comporta incerteza, comporta sua negação e sua degradação potencial e, ao mesmo tempo, a luta contra essa degradação. Em outras palavras, há que fazer um progresso da idéia (sic) de progresso, que deve deixar de ser noção linear, simples, segura e irreversível para tornar-se complexa e problemática. A noção de progresso deve comportar auto-crítica (sic) e reflexividade. (Morin, 2000, p. 98)

Outro aspecto interessante na complexidade de Morin é que a velocidade com que a ciência produz conhecimento faz surgir a necessidade de buscar outras respostas, produzir novos enigmas ou mistérios: “ quanto mais se sabe, menos se sabe. Quanto mais sábio, mais ignorante” (Morin, 2000: p. 76). Tal raciocínio remete ao pensamento socrático para o qual a ignorância é um aspecto positivo, que nos traz a consciência do não saber e o quanto desconhecemos. O que estabelece uma relação com o movimento científico.

### **2.3.2 O desafio da complexidade**

O que torna a complexidade ainda mais desafiadora é que ela não reduz o pensamento, visto que o conhecimento necessita da compreensão das partes, reforçando a declaração feita no primeiro capítulo que o indivíduo não pode ser entendido dissociado de sua condição social, sob o perigo de eliminar sua interação com o externo. O pensamento de Morin integra a simplicidade com a complexidade

para ver o todo e distinguir as partes. Para ele, o conhecimento se dá em forma de espiral e não de um círculo perfeito.

Para Morin, ao mesmo tempo em que as ciências promovem o progresso, sabotam a verdade por meio de manipulações. Para obter resultados, por interesse e por jogos de poder, falsas crenças são promovidas, falsas idéias e muitos erros: a ciência é constantemente submergida, inibida, embebida, bloqueada e abafada por efeito de manipulações, de prática, de poder, por interesses sociais, etc.

Citando Morin, Maders e Duarte (2009: p. 3) explicam que das obras do autor se extrai que o pensamento complexo não é o contrário do pensamento simplificador, mas integra-o ao unificar a simplicidade com a complexidade: enquanto a simplificação disjunta e reduz, a complexidade junta o todo e distingue. As autoras comentam que, conforme o estudioso, Habermas fez uma elucubração acerca do que ele chama de diferentes interesses relacionados aos diferentes tipos de conhecimento científico, que aumentam sua complexidade, enfatizando que somente existem tipos diferentes de conhecimento científico, na medida em que são impulsionados por interesses diferentes, isto é:

Há o interesse técnico que é o interesse de domínio da natureza que marca profundamente as ciências empírico-formais; há o conhecimento prático, quer dizer, o controle (especialmente o controle da sociedade) que, segundo Habermas, é a característica principal das ciências histórico-hermenêuticas; e há o interesse reflexivo: „ quem somos nós, o que fazemos?“ que impulsiona o que ele chama de ciência crítica. Para ele, esse é o bom interesse porque a ciência crítica, motivada pela reflexividade, tem por interesse a emancipação dos homens, enquanto os outros interesses conduzem à dominação e à sujeição. Interesses diferentes se misturam na mente dos pesquisadores de modo completamente diverso e que, justamente, essa mistura é o problema. Habermas diz o seguinte: na medida em que a ciência precisa, em primeiro lugar, conquistar a objetividade, ela dissimula os interesses fundamentais aos quais ela deve não só os impulsos que a estimulam, mas também as condições de toda a objetividade possível. Ele propõe um tipo de psicanálise científica ao dizer: conscientizem-se dos interesses que os animam, dos quais você não tem consciência. (Morin: 2000 p. 47)

O pensamento complexo apresenta uma nova forma de pensar e visualizar o mundo, anulando a fragmentação predominante na ciência, que não é capaz de tratar e resolver os problemas globais quer aos níveis da sociedade, quer ao nível do indivíduo e sua particularidade, sinalizando ser possível reunir as ciências da saúde

à ciência da comunicação. Trata-se, por certo, de um modo diferente de dispor as duas ciências, mas, se aplicado, permitirá a produção de conhecimento coletivo que resulte em benefício para pacientes, profissionais e sistema de saúde. A exigência da multidisciplinaridade e da multiprofissionalidade, deve concentrar-se em esforços que se traduzam no modo de pensar, dialogar, refletir, comunicar e agir. O cartesianismo, tão resistente ao diálogo com outras ciências, já não atende aos aspectos plurais necessários ao conhecimento científico, na atualidade, e pode resultar em um grande vazio ético e de sentido social.

Nas palavras de Morin (2000, p.104):

A ciência é complexa porque é inseparável de seu contexto histórico e social. A ciência moderna só pôde emergir na efervescência cultural da Renascença. Desde então, ela se associou progressivamente à técnica, tornando-se a tecnociência, e progressivamente se introduziu no coração das universidades, das sociedades, das empresas, dos Estados, transformando-os e se deixando transformar, por sua vez, no que ela transformava. A ciência não é científica. Sua realidade é multidimensional. Os efeitos da ciência não são simples nem para o melhor, nem para o pior. Eles são profundamente ambivalentes. [...] A ciência é, intrínseca, histórica, sociológica e eticamente, complexa. A ciência tem necessidade não apenas de um pensamento para considerar a complexidade do real, mas desse mesmo pensamento para considerar sua própria complexidade e a complexidade das questões que ela levanta para a humanidade.

Deste modo, Morin chama à responsabilidade os cientistas, ao afirmar que a noção de responsabilidade os obriga a ter compromissos, isto é os obriga a revelar suas dificuldades, tendo em vista que a ética do conhecimento e a ética cívica e humana se complementam. Para ele, ciência, técnica e sociedade são coisas distintas, mas não separadas. Elas se influenciam e se transformam, produzindo forças de enorme manipulação que dão à sociedade um poder supremo:

“ o

conhecimento científico também produziu as forças potenciais de submissão e aniquilamento. Então, nós nos arriscamos a cair na culpabilidade” (Morin, 2000, p.152) e:

[...] a responsabilidade não é um conceito científico. Porque a responsabilidade não tem sentido senão com relação a um sujeito que se percebe, reflete sobre si mesmo, discute sobre ele mesmo, contesta sua própria ação. O cientista se sente responsável. Mas ele deve tratar esse problema da responsabilidade como qualquer cidadão, com aquela diferença que o faz justamente em alguma coisa que pode produzir vida e morte, sujeição ou libertação. (Morin, 2000, p. 35)

Não há, por assim dizer, neutralidade na ciência, pois, na concepção de Morin, cada teoria lança um olhar sobre o mundo a partir de determinados pontos de vista, os quais se ligam às obsessões de um cientista. A teoria também não pode ser entendida como neutra, pois impõe determinado ponto de vista. Depreende-se disso que a ciência se liga a uma objetividade, na medida em que consegue apreender certo número de fenômenos objetivos. Deduz-se, portanto, que, a ciência pode ser objetiva e não neutra.

Dessa forma, é permitido pensar nas ciências para formas humanistas do cidadão e de promover o ser humano, enquanto a disjunção entre problemas éticos e científicos podem sinalizar para o fim: O drama é que temos pensamentos compartimentados, enquanto os problemas são solidários. Um problema científico é também um problema político, e ele próprio reconduz à ciência. (Morin: 2000, p. 154)

Na linha desses pensamentos, Morin faz alusão a que os problemas éticos e científicos da sociedade são reflexos da complexidade que permeia a vida moderna. Ademais de sermos humanos, somos indivíduos aos quais não se pode separar da complexidade cultural e social.

A comunicação como ciência humana, cujo objeto diz respeito à ação comum entre os indivíduos, se concordam ou não, como transmitem as suas idéias e como são interpretados pelos seus interlocutores, mantém íntima relação com o ser cultural e social. No outro extremo, o ser biológico não se limita a um conjunto de células que compõem órgãos e sistemas, mas que se explica, inclusive, pelas condições de seu meio, sua educação e seu ambiente. Dessa forma, saúde e comunicação são indissociáveis, visto que a condição biológica é apenas uma dentre as várias condições a serem consideradas para explicar a saúde do ser humano, em seu sentido mais amplo (da saúde).

O que há de interessante na complexidade é a forma diferente de responder às questões clássicas da filosofia – realidade, desconhecido, determinismo

–

colocando a ciência em xeque, sua utilidade, sua consciência e seus resultados. Morin denuncia que falta às ciências humanas consciência do caráter físico e biológico dos seres humanos e às ciências naturais, da sua função histórica, cultura ou sociedade. Enfim, as ciências não podem ocupar o centro da sociedade, mas devem produzir para o ser humano, para quem efetivamente, está a serviço. Assim,

a dificuldade de olhar para nós mesmos, nos impede de diferenciar o científico do político, do sociológico ou do técnico.

Neste nível, o pensador traz um importante exemplo que nos serve de alerta: o ecologista tem necessidade de conhecer um pouco de biologia, botânica e sociologia, pois a questão não é que cada um perca a sua competência, mas que cada um a desenvolva o suficiente para articulá-la a outras competências, que, ligadas em cadeia, formariam um círculo completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento.

O mesmo exemplo deve combinar as ciências da saúde às ciências da comunicação, para transformação da saúde por meio da proposição democrática pretendida pelo SUS.

### **2.3.3 Complexidade, comunicação e saúde**

A área da comunicação vem sendo muito questionada em seus rumos, no sentido do que comunica, o que comunica e o quanto comunica. Isto exige examiná-la a partir de uma perspectiva plural, flexível, multi e transdisciplinar.

Na mesma direção, na atualidade, a saúde tem sido questionada quanto aos seus princípios éticos e da relação profissional-paciente. O modelo hospitalocêntrico marcado pela inviabilidade em vários países, também não satisfaz um país com a dimensão do Brasil e cerca de 191.000.000 de brasileiros.

Neste modelo, universalizante e criado pelo sistema estatal, o conceito de saúde é um direito inalienável ao ser humano e que deve ser garantido pelo estado. O governo assumiu a responsabilidade pelos serviços de saúde considerados de caráter público, quer na prevenção ou com fins de cura. Com o decorrer do tempo, no entanto, o modelo acumulou muitos problemas por se centrar na figura do médico e do hospital, elevando extraordinariamente os custos de assistência à saúde e valorizando sobremaneira a especialização médica, os equipamentos, as máquinas e os fármacos e promovendo o desenvolvimento tecnológico em detrimento das necessidades dos usuários/pacientes (Mehry 2003, p. 13).

A lógica do modelo hospitalocêntrico passou a ser a mesma lógica capitalista do campo econômico em geral – a obtenção e o acúmulo do capital – isto

é, a produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem.

Mehry (2003, p. 15) sintetiza o modelo hospitalocêntrico da seguinte forma:

1. ... Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à “especialização médica” ; (Silva Jr.; 1997:4445).

Este modelo, foi criado a partir do relatório Flexner, (EUA; 1910), que mudou o curriculum das escolas de medicina conduzindo a uma super especialização da prática médica.

2. Associado ao conhecimento especializado, interpos-se uma crescente indústria de equipamentos biomédicos, que colocaram disponíveis no mercado médico inúmeras “maquinárias” , elevando consideravelmente os

custos com a assistência à saúde.

3. Por outro lado, mas no mesmo caminho do avanço tecnológico, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

[...]

Podemos definir este modelo assistencial, como “procedimentocentrado” .

Isto é, um modelo onde o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde se confunde portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade.

Supomos que este processo (a intervenção no problema de saúde) permita a produção da Saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como Saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de Saúde pode simplesmente ser procedimento centrada e não usuário centrada” (Merhy; 1998:105).

Com o passar do tempo, as ações, naturalmente dispendiosas, foram se afastando das ações relacionais, do acolhimento e do vínculo com o usuário, diminuindo o comprometimento pela busca do cuidado, da saúde e da cura.

Há que se buscar um modelo que se represente mais inclusivo e democrático, por meio de políticas de saúde comprometidas com a saúde dos cidadãos. O *fazer saúde* é complexo e não se refere apenas à consulta-paciente-resultado, mas a inúmeras variáveis às quais incluem os profissionais e suas rotinas, as particularidades do trabalho, as características de quem o recebe e como o recebe.



No entanto, antes de chegar a um modelo que atenda ao usuário e/ou paciente, uma questão se apresenta como principal: o que significa promover saúde? As respostas que possam surgir desta questão, invariavelmente, perpassam o bem estar físico, mental e social dos cidadãos.

### 2.3.4 Saúde: a condição para estar bem

A questão complexa que envolve promover a saúde, educar para a saúde, prevenir doenças e agir na saúde, exige ampliar o que se denomina em saúde – estar bem – para uma abordagem multidisciplinar na direção daquilo que aqui

denominaremos condição para estar bem<sup>5</sup>. Conforme esse pensamento, e, atendendo à complexidade da condição de estar bem, saúde deixa de ser assunto de espaços físicos e equipes de saúde para ser uma questão pertinente a todas as áreas, possibilitando, apenas desta forma, *condições para estar bem*.

Qualquer fuga a esta necessidade pode incorrer no atendimento como se apresenta hoje: de um lado pacientes, do outro, profissionais e um mar de problemas no meio. No modo de ver dos pacientes, as preocupações giram em torno do que Teixeira (2008: p. 617) relaciona:

Por que eu? Por que agora? Qual a causa disto? O que vai me acontecer? O que é que vai acontecer comigo? O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho? No outro extremo, as preocupações dos profissionais se referem a: “ Quais são os sintomas? Que doença é esta? Que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? Que exames serão necessários? Quais são os resultados dos exames? Que medidas terapêuticas serão necessárias? Que medidas de reabilitação serão necessárias?

Este confronto resulta em conflito e desordem aonde se encontra a complexidade que desafia conceitos e procedimentos. As ciências da saúde tem se mostrado frágeis na busca pelo equilíbrio destas visões e, não raro, míopes em sua capacidade de enxergar tal situação.

---

<sup>5</sup> Argumento da autora

Vê-se, pois, que uma política de atenção em saúde é, além de um fenômeno social e político, complexo. No outro extremo, a comunicação como recurso de interação dos atores sociais é condição essencial para promoção da saúde e urge associar as duas ciências para o benefício individual e coletivo que leve a *condição para estar bem*. A complexidade resultante da articulação destas duas disciplinas resulta em uma prática de saúde mais humana e científica, capaz de ligar consciência e responsabilidade, como defende Morin.

A cultura humanista é uma cultura genérica que, via filosofia, afronta as grandes interrogações humanas, estimula a reflexão sobre o saber e favorece a integração pessoal dos conhecimentos (Morin: 2000, p. 30). A cultura científica, de outra natureza, separa os campos do conhecimento; suscita admiráveis descobertas, teorias geniais, mas não a reflexão sobre o destino humano e sobre o vir a ser dela própria enquanto ciência. [...] A cultura científica, privada da reflexividade sobre os problemas gerais e globais, se torna incapaz de pensar a si própria e de pensar os problemas sociais e humanos que ela coloca. (Morin: 2000, p. 30).

Por assim dizer, as ciências da saúde precisam servir-se dos conhecimentos de várias áreas, a saber: filosofia, antropologia, biologia, sociologia, comunicação, enfim, de áreas que a auxiliem a exercer uma prática mais útil, solidária e humana, porquanto lhe dizem respeito e se interligam de uma ou de outra forma.

A multiprofissionalidade exige a responsabilidade de que trata Morin, e que permite ao pesquisador inquirir-se a si mesmo. Esta transdisciplinaridade é importante à medida que propõe a resolução de um conflito entre o conhecimento e a ética predominantes.

Segundo Morin, na ciência, o imprevisto que leva a incerteza e ao efeito temporário das relações científicas demonstram que a complexidade ainda encontra-se longe do conhecimento humano.

Na área da saúde, a incerteza se apresenta especialmente nos casos de acessibilidade, equanimidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, e participação social, já que retrata a necessidade dos profissionais de reunir conhecimentos que vão além das questões técnicas de saúde, mas que vão de encontro à realidade dos usuários/pacientes.

Nas palavras de Morin: “ninguém será um grande economista se for somente um economista”, pois “em economia tudo depende de tudo, tudo age sobre o todo”. (Morin: 2000, p. 92).

O mesmo ocorre com o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem ou o agente comunitário. Eles não serão profissionais de saúde só por serem profissionais. A equipe deve compreender o meio e a realidade da comunidade na qual vive<sup>6</sup>.

Em última análise, à equipe não se permitirá a simplificação de seus atos, isolar-se da comunidade ou fragmentar objetos do seu contexto negligenciando o todo, sob pena de nunca atender aos propósitos da AB. Antes, a equipe precisa se ver como parte do sistema do qual faz parte e que resulta no todo, sendo que este estudo se ocupa a demonstrar como a comunicação pode contribuir neste caminho.

## 2.4 A LENTE DE HABERMAS

O segundo pilar teórico que sustenta este trabalho se encontra na ação comunicativa de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, considerado a segunda geração da Escola de Frankfurt.

O pensamento habermasiano é proposto como alicerce e orientação de uma ação multiprofissional que tenha como base a interação dos indivíduos envolvidos, para a solução de um problema em saúde, e para produção de conhecimento em comunicar para a saúde, tendo em vista que, para Habermas, a racionalidade é tida como inspiradora das relações em sociedade e permite a autonomia dos indivíduos possibilitando maior entendimento do mundo.

Para entender o pensamento do estudioso, antes, faz-se necessário compreender a indústria cultural.

A escola de Frankfurt nasce no cenário do século XX, na fase histórica posterior ao Iluminismo (1680-1780), na França, e da Revolução Industrial (1760-1900), na Inglaterra. Anterior a este período, a organização social que predominava

---

<sup>6</sup> Adaptado pela autora

no mundo era ditada pela igreja, cujos princípios orientavam os indivíduos para crenças religiosas pelas quais os seres humanos deviam viver e se guiar.

O advento da Revolução Industrial substituiu as atividades artesanais e manuais pela produção por meio de máquinas, modificando para sempre o sistema produtivo. Agora, as ações humanas não eram mais determinantes em todas as etapas dos processos, e, no máximo, os indivíduos se envolviam na divisão de tarefas, da obtenção da matéria prima até a comercialização do produto final. O maquinário, então, permitiu a produção em escala, trazendo as primeiras formas do trabalho em massa e também o lucro. Os donos do capital recebiam todo o lucro do trabalho realizado pelas máquinas e os trabalhadores recebiam uma remuneração denominada salário. Pode-se dizer que este ponto determinou a primeira evolução tecnológica, econômica e social que a sociedade europeia experimentava desde a Idade Média, mais precisamente na Inglaterra, Escócia, Suécia e nos países baixos.

Para Marx (1818-1883), a Revolução Industrial fazia parte das Revoluções Burguesas do século XVIII, que influenciaram a crise do Antigo Regime, determinando a passagem do capitalismo comercial para o industrial.

Outros acontecimentos, tais como a independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa (1789-1799), esta influenciada pelo Iluminismo, marcaram a passagem da Idade Moderna para a Idade Contemporânea. No início do século seguinte (XIX), a Inglaterra dominava o progresso econômico-tecnológico que impulsionou a expansão colonialista, as primeiras lutas e as conquistas dos trabalhadores. No entanto, o excesso de produtos derivados da Revolução Industrial levou grandes potências à disputa por novos mercados, o que implicou em conflitos e políticas armamentistas, que levariam a primeira grande guerra mundial, em 1914.

Ao mesmo tempo em que o capitalismo se fortalecia e a área tecnológica avançava na Europa, os representantes da escola de Frankfurt percebiam as transformações econômicas da sociedade e observavam uma perda da autonomia dos indivíduos e o distanciamento de si mesmos (dos indivíduos).

A Revolução Industrial pode ser atribuída, principalmente, aos seguintes fatores: ao mercado europeu em expansão e à integração da Índia, África, América do Norte e América do Sul; ao aumento da população capaz de absorver os bens manufaturados, à mão-de-obra, que posteriormente se verificou excedente; e à

confiança inspirada pelos comerciantes e mercadores europeus para a economia mundial.

A Escola de Frankfurt nasceu com a fundação do *Institut fur Sozialforschung* – Instituto de Pesquisas Sociais, em 1923, sendo decisiva para os estudos da comunicação. Horkheimer (1895-1973), Marcuse (1898-1979) e Adorno (1903-1969), principais representantes da escola, entendiam a comunicação a partir do conceito

de indústria cultural, sendo que às manifestações estéticas se relacionavam todas as formas de mercadoria e, aos meios de comunicação, caberia somente a circulação do que era produzido.

A visão de que as tecnologias da comunicação constituíam um engano de suas verdadeiras funções, levando os indivíduos ao isolamento, servia de grande maneira aos interesses da sociedade industrializada de transformar a cultura em mercadoria. Rudiger (2011, p. 96), ao comentar a indústria cultural, destaca:

Os indivíduos, os seres e as coisas constituem mediações do todo, só se contagiam secundariamente, pelo fato de que também podem se por em contato. As comunicações por sua vez, não somente separam cada vez mais as pessoas, como contribuem para obscurecer a distância que se estabeleceu entre elas, mas também entre elas e as coisas.

No texto de Horkheimer (1973, p.123): [...] todos os meios de comunicação altamente desenvolvidos só servem para fortalecer as barreiras que separam entre si os seres humanos [...]

A idéia predominante na indústria cultural é de que tudo na sociedade se liga à exploração do uso de bens culturais. Pela venda, distribuição ou outras formas de negócio, o principal propósito visa o consumo, por meio do qual os indivíduos são manipulados.

Com o pretense objetivo do homem moderno de buscar a felicidade e a satisfação individual, a ele se permite todos os esforços para atingir o que pretende. Pela satisfação, utiliza meios irracionais, que são entendidos como racionais, o que se denomina irracionalidade racionalizada.

Em outras palavras, a Indústria Cultural exerce uma ideologia dominante, que orienta todo o sistema. Para Adorno, o homem não passa de mero instrumento de trabalho e consumo, ou seja, tem o valor de um objeto. O homem está tão

mergulhado nisso que acaba por se tornar uma extensão do trabalho. O consumidor é levado a consumir sem refletir, apenas escolhe, em uma falta de lógica sem precedentes.

O olhar pessimista da escola de Frankfurt observava que por não ter capacidade de prevalecer sobre o sistema, o homem se ajusta a ele para sobreviver, dedicando todas as suas energias para coisas úteis a fim de alcançar um *status* exigido pela sociedade burguesa (Talaveras: 2009, p.125). Levado por seu objetivo principal – a felicidade – o indivíduo se propõe a adaptação, submetendo-se ao

poder econômico e social, visando ajustar-se ao sistema. Para não ser excluído, ele tende a repetir o comportamento dos demais, para atender ao seu instinto de autopreservação. Em fases anteriores, esta autopreservação não era obtida a partir do consumo. O ritmo da sociedade contemporânea impôs aos homens a preservação por meio do consumo. Apenas consumindo, uma pessoa pode se sentir bem e adaptada, não importa quanto isso lhe custe. Nesse particular, a razão objetiva é substituída pela razão subjetiva e leva ao esvaziamento do homem, entorpecendo-o para que não dê por falta de valores essenciais.

Para Horkheimer, a sociedade sabe que se submete a um processo de dominação e não faz nada e também não espera que alguém acredite nela:

O homem antigo se fez hipócrita por se colocar na condição de uma criança inocente, enquanto o homem moderno se coloca como ignorante, a ponto de justificar sua submissão ao sistema sócio-econômico. No entanto, a civilização antiga torna-se mais hipócrita, pois queria que se acreditasse nela devido ao seu estado de imaturidade. (Talaveras: 2009, p. 125)

Nas lojas, os produtos vendem felicidade e satisfação instantâneas e paralisam as capacidades dos consumidores:

Ultrapassando de longe o teatro de ilusões, o filme não deixa mais à fantasia e ao pensamento dos espectadores nenhuma dimensão na qual estes possam, sem perder o fio, passear e divagar no quadro da obra fílmica permanecendo, no entanto, livres do controle de seus dados exatos, e é assim precisamente que o filme adentra o espectador entregue a ele para se identificar imediatamente com a realidade. Atualmente, a atrofia da imaginação e da espontaneidade do consumidor cultural não precisa ser reduzida a mecanismos psicológicos. Os próprios produtos (...) paralisam essas capacidade em virtude de sua própria constituição objetiva (Adorno & Horkheimer, 1997:119).

De toda forma, a indústria cultural é responsável por anular a percepção dos indivíduos como forma de controle ideológico. Na sociedade, os bens não pretendem atender às necessidades humanas básicas (fisiológicas e de segurança<sup>7</sup>), mas sim a do sistema: de consumir por consumir.

A lógica do consumo é voraz e tende a não satisfazer o consumidor, tornando o desejo de posse, a busca do inatingível, estimulado e controlado pelo progresso técnico e científico da Indústria Cultural (Talaveras 2009, p.123). O quadro, pessimista, não permite fugas. A visão negativa, no entanto, é própria da ideologia dominante:

A resistência e a revolta que emergem dessa repressão da natureza tem acompanhado a civilização desde os seus começos, tanto na forma de rebeliões sociais (...) como na forma de crime organizado transtorno mental. Típicos de nossa era atual são as manipulações dessa revolta pela força predominante da própria civilização e o uso da mesma como meios (SIC) de perpetuação das próprias condições que a provocaram e contra as quais se insurge. A civilização como irracionalidade racionalizada integra a revolta da natureza como outro meio ou instrumento (Horkheimer, 2003, p.99).

Ao explicar seus pensamentos sobre a salvação do homem, Adorno, em sua obra Teoria Estética, comenta que não adianta combater o mal com o próprio mal. Adorno entende que, por meio da arte, o homem é libertado da pressão do sistema. A arte é que o torna independente, devolvendo-lhe a condição de ser humano. Pela arte, o indivíduo é livre para pensar, sentir e agir, ao tempo em que a Indústria Cultural o torna um simples objeto de trabalho e consumo.

Os membros da escola de Frankfurt utilizaram o conceito de racionalidade na teoria crítica da civilização. O objetivo principal da escola está em fazer uma crítica severa à racionalidade técnica do ocidente. Horkheimer, em sua obra Eclipse da Razão, de 1955, define o conceito de racionalidade instrumental, ao distinguir duas formas de razão: a razão subjetiva (interior) e a razão objetiva (exterior).

A razão subjetiva (instrumental) é a que se relaciona às nossas ações:

---

<sup>7</sup> Mais tarde, as necessidades humanas foram descritas, em forma de pirâmide, por Abraham Maslow, 1943, e denominada hierarquia das necessidades

É a faculdade de classificação, inferência e dedução, ou seja, é a faculdade que possibilita o “ funcionamento abstrato do mecanismo de pensamento.  
(Horkheimer: 1974, p. 11).

Para Freitag (1994: p. 90) essa razão se relaciona com os meios e fins. Ela é neutra, formal, abstrata, e lógico-matemática.

A razão subjetiva se revela como a capacidade de calcular probabilidades e desse modo coordenar os meios corretos com um fim determinado  
(Horkheimer: 1974, p. 13).

O domínio da razão humana cedeu ao domínio da razão técnica. Os valores humanos foram relegados a um plano secundário, em função de interesses econômicos, e a lei de mercado passou a *ditar* as regras. O indivíduo que não se adaptasse a ela estaria destinado a viver à margem da sociedade.

A razão objetiva, não se refere apenas a uma virtude humana, mas pertence também ao mundo objetivo. Existe um equilíbrio no mundo, uma racionalidade objetiva. A razão se encontra nas relações, na organização social, nas instituições e na natureza.

Os acontecimentos históricos transformaram a razão objetiva em razão subjetiva e a necessidade de buscar a objetividade se tornou cada vez maior.

Na obra *Dialética do Esclarecimento* (1947), Adorno e Horkheimer relatam como a razão objetiva se transformou em razão instrumental subjetiva. O texto dos autores trata da investigação de como a razão se perdeu e porque o progresso técnico e científico levou a humanidade a perecer. Mostram o lado oculto da clareza e que nunca atingiremos a razão, por se tratar, ela mesma, de um mito.

O conceito de razão é analisado do ponto de vista dialético, sendo que a razão se transformou em simples abstração, isto é, simples instrumento formal, não chegando a atingir seu fim:

Razão significa triunfo da máquina, do trabalho, da natureza útil e grátis, razão mistificada que se realiza como razão instrumental, pela qual a natureza, o útil-grátis, é espoliado pela máquina e pelo trabalho. Mistificada porque é o lado abstrato da regularidade, da disciplina do trabalho legitimador dessa prática de pilhagem – prática do trabalho para o capital,  
da exploração dos homens para o capital. (Matos: 1989, p.130).



A maior perda decorrente da racionalidade instrumental foi a perda da autonomia do indivíduo. A lógica do sistema produtivo e as mercadorias detem o sistema social, tornando reféns os consumidores dos produtos. Os seres humanos vivem a contradição entre consumo e descarte, dominação e progresso, satisfação e infelicidade, não lhes sendo oferecida a possibilidade de uma vida livre e feliz.

Habermans contradiz esta visão ao propor a Teoria da Ação Comunicativa, partindo do princípio de que os homens são capazes de ação, utilizando-se da linguagem para se comunicar com os seus pares, a fim de chegar a um entendimento (Iarozinski: p.13).

Também entende que a comunicação pode não apenas reconstruir racionalmente os fundamentos da vida social, como também superar a visão negativa de desenvolvimento da teoria da sociedade (Rüdiger, 2011, apud Aragão 1992; Boladeras, 1996; Velasco Arroyo, 2003).

No texto de Habermas (1997, p.418):

Chamo ação comunicativa àquela forma de interação social em que os planos de ação dos diversos atores ficam coordenados pelo intercâmbio de atos comunicativos, fazendo, para isso, uma utilização da linguagem (ou das correspondentes manifestações extraverbais) orientada ao entendimento. À medida em que (sic) a comunicação serve ao entendimento (e não só ao exercício das influências recíprocas) pode adotar para as interações o papel de um mecanismo de coordenação da ação e com isso fazer possível a ação comunicativa.

Rüdiger (2011, p.97) explica que a sociedade não se rege apenas pela razão instrumental, presa aos esquemas da subjetividade, baseia-se também em uma razão comunicativa, de natureza intersubjetiva, que se constitui no curso da interação social entre os homens. Desta forma:

[...] a descoberta da razão dialógica permite, portanto, reformular positivamente o diagnóstico pessimista sobre a dialética da razão (subjetiva), reabilitando o projeto de realização humana concebido pela modernidade" (Rüdiger: 2011, p.101).

Assim, a razão instrumental é repensada em termos da razão comunicacional, por meio de relações intersubjetivas, quando dois ou mais sujeitos buscam a interação, visando compreender algum objeto ou assunto, por meio de um posicionamento comum.

As relações intersubjetivas é que permitem identificar a pluralidade dos interesses em uma discussão, sendo, neste ponto, que se observa a necessidade de reconstruir um espaço crítico e aberto de uma ética da discussão. Habermas entende a racionalidade como uma fonte inspiradora das ações humanas, e que permite a libertação dos homens e maior entendimento do mundo:

[...] eu mostrarei que uma mudança de paradigma para o da teoria da comunicação tornará possível um retorno à tarefa que foi interrompida com a crítica da razão instrumental. Esta mudança de paradigma nos permite retomar as tarefas, desde então negligenciadas, de uma teoria crítica da sociedade. (Habermas: 1987, p.390).

Em meados de 1970, Habermas rompe com o pessimismo da Escola de Frankfurt no que se refere à esfera comunicativa no mundo contemporâneo tomando por base os fundamentos que desenvolveu da competência comunicativa para renovar o conteúdo teórico e prático do conceito de comunicação. É a este pensamento que se denomina Teoria da Ação Comunicativa.

O autor argumenta que apesar das perdas históricas trazidas pelo capitalismo, a modernidade ainda mantém um potencial prático a ser resgatado pelos homens (Habermas, 1987). Para Habermas, a formação do capitalismo liberou a razão comunicativa, mas também a submeteu à razão instrumental, o que não significa que a tenha destruído e que não sirva mais como fonte de estímulo para o livre desenvolvimento da sociedade. Conforme esclarece Rüdiger (2011, p.38):

A reabilitação prática da razão comunicativa pode contribuir para libertar o homem das relações de poder criadas pela segunda forma de razão e colocá-lo socialmente cada vez mais perto da chamada utopia da comunicação.

O mesmo autor, (2011, p.99) apresenta um resumo dos tipos de ação da comunicação, segundo Habermas:

Ação comunicativa – é a ação voltada para o entendimento: baseia-se em um processo cooperativo de interpretação, no qual os participantes se referem simultaneamente a ação do mundo objetivo, no mundo social e no mundo subjetivo. A ação voltada para o entendimento permite que as pessoas realizem seus planos em comum acordo, conforme uma situação definida em comum, de modo que não haja o risco combinado de mal-entendido e fracasso na ação.

Ação estratégica – é a ação voltada para o sucesso: baseia-se em um processo coordenado linguisticamente em que os participantes perseguem seus próprios objetivos e realizam seus propósitos influenciando sobre as ações de outros sujeitos. Os processos de ação comunicativa estão a serviço das chamadas ações teleológicas, em que nos sujeitos procuram conseguir certos objetivos, procuram obter sucesso no contexto do mundo social.

Ação dramaturgica – é a ação voltada para a expressão: baseia-se em um processo pelo qual os sujeitos expõem seus estados subjetivos e procuram controlar a impressão que causam em seus semelhantes por meio de uma espécie de encenação social.

Habermas vai ao encontro dos argumentos de Horkheimer, no que se refere à necessidade de uma teoria crítica que se ocupe das lutas políticas do presente, mas se difere quanto à crítica ideológica e à questão do tecnicismo.

Para Habermas, o tecnicismo traz a prática do saber científico e a técnica que dele resulta. Nesse sentido, ciência e técnica se interligam, pois, embora a técnica dependa da ciência, pode, também, conduzir seus rumos, tornando-se uma forma produtiva, às quais várias outras estão subordinadas:

[...] são os cientistas e os técnicos que, graças a seu saber daquilo que ocorre num mundo não vivido de abstrações e de deduções, adquiriram imensa e crescente potência (...), dirigindo e modificando o mundo no qual os homens possuem, simultaneamente, o privilégio e a obrigação de viverem. (Habermas 1987, p. 26)

O contexto político-econômico passa a ter o sentido da técnica e é também nesse contexto que o autor põe em xeque a ilusão objetiva da ciência. O pensamento habermasiano resgata as origens antropológicas da prática teórico-científica e evidencia os interesses do conhecimento científico.

Nas sociedades industriais, a racionalidade instrumental se define pelo sentido da relação meios-fins, isto é, pela utilização de recursos adequados para obtenção de determinados objetivos. Habermas compartilha desta idéia, mas quer entendê-la por uma lente mais otimista. O filósofo amplia o conceito de razão para o fato de que ela (a razão) é capaz de uma reconciliação com ela mesma e a esse fenômeno chama de razão comunicativa.

O conceito de racionalização foi introduzido por Max Weber, quando este analisava a sociedade capitalista e seu processo de desenvolvimento. Weber<sup>8</sup> entendia que tal processo se relacionava a condições sociais sob capacidades técnicas de decisão racional, conforme os meios levavam a determinados fins. Identificou a racionalidade como característica marcante da sociedade, e que a razão exercia uma forma de regulação da ação dos homens. Weber percebeu que as funções de fenômenos culturais do ocidente serviam como padrão de valor e sentido.

Nas palavras de Freitag (1994, p. 90):

O que Weber faz é postular como racional toda a ação que se baseia no cálculo, na adequação de meios e fins, procurando obter com um mínimo de dispêndios um máximo de efeitos desejados, evitando-se ou minimizando-se todos os efeitos colaterais indesejado.

Aí estaria, portanto, o desenvolvimento das ciências: da matemática, da medicina e da biologia, só para citar alguns exemplos. Este conceito de racionalidade ganhou mundo, de forma que revelou todos os mistérios: toda forma de conhecimento passou a ser explicada pela racionalidade.

A razão é a capacidade inerente de pensar, à qual se relacionam as formas de julgamento, comparação, cálculo, ordenação e outras. No entanto, este conceito foi adaptado à dinâmica produtiva, no setor tecnológico e científico, nos organismos sociais e nos projetos humanos.

O processo de modernização, mais especificamente de racionalização da ação social esteve relacionado ao trabalho no modo capitalista, que expandiu os

---

<sup>8</sup> Obra de Max Weber, A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo publicada em 1905.

procedimentos e a racionalidade da vida social. No entanto, o desenvolvimento industrial esteve intimamente ligado ao progresso da ciência e da técnica.

Para a escola de Frankfurt, a racionalidade científica era neutra em relação a valores e isto bloqueou o exame da razão, tornando as questões sociais que não se explicavam pela relação meios-fins, subjetivas e irracionais.

Para seus representantes, a intenção da ciência e da técnica era mesmo a dominação, porque sempre buscava submeter a natureza ao domínio do homem. Por trás deste entendimento, vê-se uma forma de dominação política no processo de sua construção.

O pensamento de Habermas aceita a racionalidade instrumental da ciência e da técnica porque cumpre um sentido de autodefesa do homem. Vê no trabalho, por exemplo, a busca pelos meios para atingir determinados fins, e na ciência e na técnica, funções que ampliam as possibilidades humanas, livrando o homem da dependência de coisas materiais. Além disso, o desenvolvimento da trajetória humana resulta de um percurso que perpassa os níveis tecnológico, institucional e cultural (Gonçalves: 1999, p.128).

O que Habermas se posiciona veementemente contra diz respeito a que a universalização da racionalidade científica, seja determinante em todos os processos ou ambientes sociais. Em sua opinião (dele) são identificados dois campos de ação: o trabalho e a interação social. O primeiro é entendido pelas conquistas do homem sobre a natureza, e o segundo diz respeito às normas sociais que regem a convivência dos indivíduos em sociedade, particularmente nas competências de comunicar e agir. Nesse ponto, predomina a ação comunicativa, mais precisamente: uma interação simbolicamente mediada, a qual se orienta “ segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que tem de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos por dois sujeitos agentes” (Gonçalves, 1999 *apud* Habermas, 1987, p.57)

O sistema capitalista sobrevive dos conhecimentos técnicos e científicos, que possibilitam melhorar a cadeia produtiva. Assim são introduzidas novas tecnologias, novas estratégias e são inovados os métodos, de forma que a ciência e a técnica legitimam a dominação (Habermas 1987, p. 62).

As empresas passaram a influenciar a economia, compondo decisões da esfera social e chamando para si atribuições que cabiam a diversas instâncias do Estado. Este, por sua vez, é submisso aos recursos de ordens técnicas, vendo-se diminuído de suas funções principais, e, emaranhado na burocracia, representada pela racionalidade instrumental.

As instituições estão sujeitas à racionalidade instrumental da ciência, afastando-se do plano do argumento e da controvérsia. No outro extremo, a racionalidade instrumental ocupou o lugar da interação comunicativa. As antigas ideologias que regulavam as relações de poder foram suplantadas pela interação comunicativa da comunidade, do ponto de vista das determinações práticas. A racionalidade instrumental não se refere ao certo e ao errado, a justiça ou injustiça, apenas se são ou não adequadas. Por isso, prescindem valores éticos, políticos ou técnicos.

Para Habermas, os problemas da sociedade industrial nada ou pouco tem a ver com questões científicas e tecnológicas. As ações dos indivíduos fazem parte de uma rede de interações, de forma que a interação social é uma interação comunicativa.

O campo de ação da racionalidade instrumental esvazia a ação comunicativa, gerando nas pessoas diversas angústias sociais, tais como o isolamento e a competição, somente para citar alguns exemplos. Habermas vislumbra o resgate desta condição por meio da razão comunicativa, capaz de devolver ao homem seu papel de sujeito.

A crise do século XXI, imposta pelo neoliberalismo, na forma da isenção do Estado de diversas responsabilidades, traz em seu bojo complexos problemas sociais, sendo necessário à sociedade conviver com a fome e a miséria, com o analfabetismo e o desemprego. Há, no entanto, um sentido que nos leva a buscar condições sociais mais favoráveis.

No campo da saúde, condições mais favoráveis perpassam ações profissionais capazes de conduzir à mudança, no sentido de orientação das práticas e democratização dos acessos. Apenas assim, o bem propósito da AB, a saber, o atendimento coletivo e a atenção à saúde, serão viáveis.

Então, se capacitada, os esforços de uma equipe multiprofissional de saúde se mostram compatíveis com os conceitos da ação comunicativa, defendida por Habermas, à medida que, educando-se para a saúde, o aspecto formativo retratará indivíduos mais críticos e participativos, capazes de antecipar-se às expectativas dos pacientes.

#### **2.4.1 Ação comunicativa**

Uma habilidade importante em Habermas se refere à defesa da verdade, da liberdade e da justiça como parte da estrutura das ações do cotidiano:

As comunicações que os sujeitos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, dizem respeito sempre a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. As relações com esses três mundos estão presentes, ainda que não na mesma medida, em todas as interações sociais. (Gonçalves: 2000, p. 120)

A ação interativa se dá a partir da coordenação das ações dos indivíduos envolvidos no processo, de forma que o resultado depende do modo como eles veem o mundo e como atendem aos critérios estabelecidos pelas regras. Observe-se que a interação se dá a partir de normas sociais previamente estabelecidas e aceitas pelos participantes e tais normas expressam expectativas de todos os elementos do grupo ou que se desenvolvem no decorrer do processo (as expectativas).

Cada indivíduo, então, espera dos outros elementos determinado comportamento já conhecido pelos demais. A questão não é se uma ação leva a êxito ou não, mas o quanto os indivíduos a reconhecem e a valorizam, de forma que o não cumprimento do estabelecido irá gerar coações.

Outro aspecto é que por meio da interação as pessoas retratam suas experiências, expectativas, desejos, anseios, vivências, objetivos etc, de tal forma que revelam seu interior. Embora, em alguma medida, isto possa ser controlado

pelos seres humanos, em tais situações as pessoas revelam alguma parte de suas convicções e verdades.

É fato que, individualmente, as pessoas pretendem determinadas coisas para as quais buscam validade no processo de comunicação. Tal validade significa corresponder às normas e se adequar a elas, ao mesmo tempo em que suas experiências e intimidades se deparam com a validade que buscam para suas ações, o que significa que lhes é exigido sinceridade em suas atuações.

Deste ponto de vista, a linguagem se destaca, na medida em que legitima valores (sinceridade, adequação, atendimento às normas e verdade) nas ações comunicativas, sendo que esta não pode ser alcançada pela relação meio-fim, mas pelo que está acordado e validado pelo grupo.

A organização social, então, se dá a medida da interação dos seres humanos por meio da linguagem e de forma independente de imposições interna e externa. Habermas defende o discurso como parte da capacidade dos indivíduos se comunicarem, visando obtenção da legitimidade de suas opiniões e das normas às quais precisam cumprir. A isto denomina *agir comunicativo* ou *interação*.

A interação funciona como base do processo de comunicação visando à troca entre os indivíduos, utilizando, para isso, o discurso já legitimado pelas normas e validado em suas proposições. De outra parte, o discurso serve à interação à medida que possibilita aos indivíduos se comunicarem de forma independente e em harmonia.

A ação comunicativa de Habermas também atende a uma função educacional, por seu caráter interdisciplinar. Diversos autores concordam a respeito disso (Schäfer, 1982; Pucci et alii. 1994; Freitag, 1986; Flecha 1996; Peukert 1996; Prestes, 1996).



A Teoria da Ação Comunicativa pode ser ilustrada da seguinte forma:

**FIGURA 2: DINÂMICA DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA**



Fonte: proposto pela autora

Esta dinâmica acontece ininterruptamente, em um processo que envolve o diálogo, o autoconhecimento dos indivíduos, o reconhecimento das competências dos elementos e do acordo que se estabelece entre eles.

Ao passo em que, se uma organização mental da dinâmica da Teoria da Ação Comunicativa, pudesse ser proposta, teríamos o seguinte:

**FIGURA 3: O PROCESSO NA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA**



Fonte: proposto pela autora

No campo, o estudo se deu em conformidade com este modelo teórico.

### 3. MÉTODOS

O trabalho teve início em março de 2008, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – Parecer nº 0001342/08. Propondo analisar o uso de recursos da comunicação como um modo eficaz, seguro e de baixo custo para a capacitação de equipes em unidades de saúde. Para fins de delimitação, elegeu-se a Unidade de Saúde de Rio Bonito, USRB, tendo em vista um acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Pontifícia Unidade Católica do Paraná, PUCPR, o que possibilitou condições adequadas de realização e supervisão do estudo.

As etapas, os métodos e os instrumentos do estudo são apresentados na Tabela 2:

**TABELA 2 – ETAPAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ESTUDO**

<b>ETAPA</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Identificação da condição inicial	Observação da rotina	Roteiro de observação
	Delineamento de perfil	Ficha de cadastro dos pesquisados para coleta de dados pessoais
	Aplicação de questionário	
Intervenção	Ações de comunicação	Questionário
Medição da condição final	Grupo focal Aplicação de questionário	Reunião de grupo e aplicação de questionário
Comparação e análise	Análise dos dados	Análise dos questionários Ranking Médio

A pesquisa é de natureza exploratória, descritiva, qualitativa e, de modo a complementá-la, também se realizou uma abordagem quantitativa.

A pesquisa qualitativa incluiu, no período de coleta, entrevistas, reuniões de trabalho e grupos focais, enquanto a descrição quantitativa se deu na medição de questionários aplicados antes e após as intervenções, a fim de pontuar os atributos de interesse deste trabalho.

A primeira fase do estudo foi realizada em dez sessões de trabalho junto à USRB, sendo duas para delineamento de perfil dos indivíduos pesquisados

(identificação, cadastro e coleta de dados pessoais), seis visitas para observação da rotina e uma para aplicação de um questionário.

O delineamento do perfil foi realizado da seguinte forma: após breve exposição dos objetivos do projeto, convidamos o grupo a preencher uma ficha de cadastro e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A ficha continha questões sobre: nome, data de nascimento, sexo, estado civil, cargo, turno de trabalho, tempo de formado, há quanto tempo trabalhava na unidade, se tinha outro emprego e quanto tempo levava de casa para o trabalho.

As informações resultantes das sessões para observação da rotina e para aplicação do questionário foram utilizadas no planejamento do processo de comunicação. O questionário foi aplicado a todos os trinta e seis indivíduos do grupo.

Baseado no planejamento de comunicação decorrente da análise do material que caracterizou as condições iniciais, deu-se início às ações de intervenção.

As intervenções se deram de forma interativa, após apresentação dos materiais, dinâmicas e em reuniões de grupo focal. Nessas ocasiões, eram descritas as informações que permitiam explorar diversos elementos no processo de informação: as próprias palavras das pessoas e condutas observáveis.

Medimos o nível de colaboração e relacionamento dos profissionais da equipe, antes e depois de uma intervenção e comparamos as condições iniciais com a condição pós-intervenção. O trabalho durou 18 meses, com 36 profissionais e a comparação se deu por análise de grupo focal e, para confirmação das informações, análise quantitativa.

Após as ações de intervenção o grupo era reunido e, com base em um roteiro, eram realizadas conversas com a equipe.

Após a intervenção foi realizado um grupo focal, a fim de coletar as opiniões dos profissionais acerca do processo. Os profissionais foram arguidos a respeito da posição do Programa no município, da rotina da unidade, dos principais problemas, do trabalho interprofissional, do modelo da ESF, da relação entre os membros da equipe e comunidade, e do quanto julgavam conhecer os princípios do Programa.

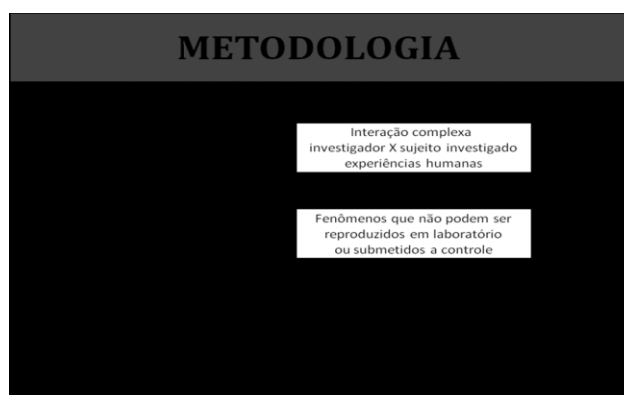
As ações de intervenção priorizaram sentimentos importantes do grupo, tais como espírito de equipe, valores do Programa (família, confiança, acolhimento, zelo, igualdade, competência técnica, motivação, cidadania, qualidade de vida e segurança, dentre outros), normas e procedimentos. Os materiais consideraram as características sociais do grupo e as necessidades expressas pelos profissionais.

Três meses após a realização do grupo focal, o questionário aplicado antes da intervenção foi novamente aplicado ao mesmo grupo.

A utilização do mesmo questionário antes e após a aplicação do processo de comunicação teve como finalidade estabelecer parâmetros comparativos para a análise do impacto do referido processo na adesão do grupo às diretrizes da AB.

Acrescenta-se à metodologia de pesquisa, pesquisa bibliográfica e documental. Abaixo, a ilustração do percurso metodológico:

**FIGURA 4: O MÉTODO**



### 3.1 A UNIDADE DE SAÚDE

A USRB, situada no bairro Campo de Santana, Curitiba, à R. Fanny Bertoldi, 170, dispõe de um espaço de 850m<sup>2</sup> e capacidade para realizar cerca de 3,6 mil atendimentos mensais, atendendo de segunda a sexta feira, das 07 às 19h.

Com cerca de 11.000 moradores no entorno, a Unidade dispõe de um conjunto de dependências de múltiplo uso comunitário, utilizado para diversas

ações, a exemplo de orientações a grupos de hipertensos e turmas de alfabetização de adultos. O bairro Campo de Santana dista 28 km do centro de Curitiba, fazendo divisa com os bairros Tatuquara e Umbará e com o município de Araucária.

Por meio de uma parceria firmada entre a PUCPR e a Secretaria Municipal de Saúde, a USBR funciona também como um centro de formação para os médicos que vão se especializar em saúde da família, pela Universidade.

Para atendimento, a Unidade está organizada em 4 áreas, cada uma com 2 ou 3 micros áreas em que trabalham 03 agentes comunitários, 03 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 atendente de consultório dentário (ACD), 01 técnico de higiene bucal (THD) e 01 médico. No total, são 11 agentes comunitários de saúde, 14 auxiliares de enfermagem, 03 enfermeiras, 03 dentistas, 03 ACD, 03 THD, 04 médicos e 04 residentes. Esta configuração oscila conforme os profissionais são transferidos para outras unidades, passam em outros concursos públicos ou terminam a residência.

O tempo total do trabalho foi de dezoito meses (agosto de 2007 a março 2009) e envolveu, como sujeitos da pesquisa, um grupo formado por trinta e seis indivíduos, sendo 04 médicos, 04 residentes, 01 cirurgião dentista, 08 enfermeiras, 07 auxiliares de enfermagem e 12 agentes comunitários. O perfil dos pesquisados retrata um grupo jovem, sendo sete indivíduos do sexo masculino e vinte e nove do sexo feminino, dos quais trinta e um encontram-se na faixa de 20 a 39 anos, e quatro de 40 a 48 anos. A formação escolar mínima é de nível médio (auxiliares), e todos os médicos afirmaram ter cursos de especialização. Os dezessete auxiliares afirmaram não ter computador em casa e nem acessar a internet. Nenhum está estudando atualmente.

### 3.2 PRODUÇÃO DE MATERIAIS

Após exame e análise do material coletado, iniciou-se a etapa de planejamento dos materiais, com a criação de um grupo de mascotes. Mascote pode ser definida como personagem, objeto ou ser, escolhido para representar visual e positivamente um conceito ou uma idéia<sup>9</sup>.

Nesse estudo, a criação de mascotes tem por objetivo fixar positivamente as diretrizes de AB junto aos profissionais, visando à adesão, o comprometimento e a mobilização acerca dos princípios do programa. Tecnicamente, as mascotes apresentam como vantagem o alto nível de adesão e aceitação por parte dos públicos, sendo muito indicadas para fixação de idéias ou temas. Além disso, possibilitam a disseminação de políticas e reforçam o impacto de ações diretas. A identificação e o reconhecimento obtidos por meio de um personagem possibilitam trabalhar com sentimentos importantes do grupo, tais como espírito de equipe, valores culturais, normas e procedimentos. Para isso, deve remeter à idéia que representa (família, confiança, acolhimento, zelo, igualdade, saúde, competência técnica, motivação, cidadania, qualidade de vida e segurança, por exemplo). Igualmente importantes são os aspectos visuais de um personagem – as

características físicas que lhe são atribuídas, a exemplo do vestuário e da idade, além do tipo físico, tamanho, cor e forma. Mal idealizada, uma mascote pode levar a situações ambíguas, ridículas, jocosas, pejorativas ou ofensivas. Tal conjunto de fatores leva à formação da personalidade de uma mascote, que deve acompanhar as etapas de vida dos públicos aos quais se destina. Assim, a criação das mascotes levou em consideração tanto as características sociais do grupo, quanto as necessidades expressas pelos profissionais nas reuniões de grupo focal. A considerar que as mascotes deverão agir e se comportar em conformidade com as políticas de AB, a criação voltou-se ao conjunto de competências que o Ministério da Saúde relaciona para as equipes e no perfil do grupo.

O conjunto de cinco mascotes é composto por 01 enfermeira, 01 agente de saúde, 01 médico, 01 auxiliar de enfermagem e 01 cirurgião– dentista, abraçados.

<sup>9</sup> Definição proposta pela autora

Um arco ao fundo traz a idéia de proximidade entre os profissionais, e a frase “ Uma equipe de família” – acompanha os personagens. A frase de efeito foi produzida em alusão ao Programa e à integração da equipe, além de carregar o atributo de confiança, conhecimento e continuidade dos cuidados próprios da AB.

O período de construção até a finalização de cada um dos personagens incluiu diversas reuniões entre a pesquisadora e o desenhista até que se chegasse à forma de apresentação para os profissionais. O grupo de mascote foi apresentado à equipe em uma das reuniões de trabalho – 01.07.2008. A abordagem incluiu

cobertura de toda a unidade com material ilustrativo (cartazes e adesivos) e um *kit* promocional do grupo de personagens. Conforme relato dos profissionais observou-se alto nível de aceitação, havendo, inclusive, comentários sobre quem seria o Dr. Carlos, a enfermeira Ana ou o agente comunitário Guilherme.

Em continuidade ao projeto, o segundo produto resultou em uma animação, em Adobe Flash Player 9.0, interativa em que os personagens são apresentados por um narrador.

A sessão de exibição da animação transcorreu em forma de grupo focal, sendo que os participantes já conheciam os personagens por ocasião do lançamento do projeto. A animação trazia os personagens em áreas de trabalho da Unidade. O grupo demonstrou-se entusiasmado com a animação e conversou sobre alterações que aproximariam as mascotes de suas realidades. O dentista, por exemplo, solicitou que o local de apresentação do personagem fosse o consultório dentário, próximo da cadeira na qual o paciente é atendido. As agentes comunitárias solicitaram que o personagem José Guilherme (agente comunitário) fosse do sexo feminino, tendo em vista a maioria das agentes.

No final da sessão, a pesquisadora explicou que as observações seriam efetuadas em nova edição a ser apresentada.

O texto da animação resumiu de forma distensa as competências que o MS relaciona para as equipes.

A criação dos personagens levou em conta o gênero (2 mulheres e 3 homens), a idade (maioria jovem e um profissional mais velho, levando em conta a predominância de pessoas mais jovens nas equipes, porém, incluindo um profissional mais velho).



A equipe aparece alegre e reunida, estando o médico no centro do grupo, não por se tratar do mais importante, mas porque a rotina do seu trabalho o torna o profissional que maior necessidade tem de interagir com a equipe.

O médico, por exemplo, se apresentava como um profissional experiente, conhecido pela comunidade e apto a atender crianças, adolescentes, mulheres, adultos ou idosos, conforme a formação de medicina da família. A frase final de apresentação do Dr. Carlos destacava: “ Dr. Carlos é mesmo um médico de família e para a família toda” .

A enfermeira, de nome Ana, foi descrita como uma profissional atenta, competente, disposta, atenciosa e altamente vigilante com a saúde das pessoas. Destacou-se a experiência e o conhecimento dela acerca das características e hábitos dos pacientes, além da habilidade de orientar e educar os pacientes e da prática de orientar e apoiar o trabalho das auxiliares e agentes comunitários. A frase que finalizava a apresentação da enfermeira Ana destacava: “ Na equipe, é mesmo fundamental!”

A auxiliar de enfermagem recebeu o nome de Tina, uma jovem extremamente ativa e cooperativa, que trabalha diretamente com a enfermeira Ana e o Dr. Carlos. Valorizamos sua habilidade para identificar as famílias de risco, acompanhar as consultas de enfermagem e a monitorar as condições de saúde da população. A fim de promover a importância das profissionais da equipe, Tina foi descrita como uma jovem universitária de enfermagem, que sonha se especializar em epidemiologia e vigilância sanitária.

A agente comunitária foi idealizada como uma profissional modelo, profunda conhecedora da região atendida. As agentes comunitárias da unidade são pessoas simples, com escolaridade de nível médio, que residem nos arredores da US. Demonstrem grande habilidade para manter o cadastro das famílias atualizado, para identificar situações de risco e fazer os encaminhamentos necessários. Destacamos a atuação desse profissional junto às famílias no combate e na prevenção de doenças e perante os demais profissionais, que constantemente solicitam informações a respeito dos pacientes e de suas famílias.

O cirurgião-dentista, quinto e último personagem, recebeu o nome de Dr. Alberto. Nele destacamos a competência de realizar o tratamento integral e de

emergência, as ações preventivas e de educação de saúde bucal e a prática em realizar pequenas cirurgias ambulatoriais. De suas características pessoais, combinamos a simpatia do personagem com a importância da saúde bucal para uma vida de qualidade, com a seguinte frase de efeito “ Quem conhece o Dr. Alberto não

esquece: sorrir é o primeiro passo para uma vida saudável!”

As demais etapas da campanha resultaram em 11 períodos de 15 dias cada um. A diversificação dos conteúdos cumpriu a exigência das variações das situações-estímulos, muito importantes para obtenção de bons resultados em comunicação. Os personagens começaram a fazer parte da rotina da unidade, vivenciando os conceitos específicos para cada uma das etapas, com o propósito de promover a adesão da equipe aos conceitos da ESF. Novos materiais gráficos e audiovisuais foram produzidos para cada nova etapa e apresentados à equipe nas reuniões de trabalho.

Os vídeos foram produzidos especialmente para o estudo, e envolveu web designs e a pesquisadora como redatora, editora e produtora. As etapas de produção dos vídeos incluíram a criação das mascotes, a redação dos textos, o roteiro, a seleção de locutores, a sonorização, a edição (seleção de cenas e de imagens, visando a qualidade das informações, a estética e a produção final).

Os vídeos foram exibidos aos profissionais nas reuniões de trabalho, e o conteúdo trazia as mascotes promovendo os princípios da adesão em situações de rotina.

Mensalmente realizamos reunião com o grupo para debate sobre as ações descritas acima. O teor das discussões abordava sempre os aspectos relativos à Equipe, Atendimento, Infraestrutura, Pacientes, Unidade e a Autoavaliação. O registro das opiniões foi documentado e utilizado para análise.

### 3.3 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS POR ATRIBUTOS DE QUALIDADE

Utilizamos a escala de Likert que foi proposta em 1932, por Rensis Likert, e é a mais utilizada em pesquisas de opinião. Frequentemente, propõe uma escala de 1 a 5 pontos, permitindo registrar a não-opinião (situação intermediária, de indiferença ou nulidade). Está bastante difundida para mensuração qualitativa e tem sido muito aplicada ou adaptada a vários tipos de pesquisa.

Ao pesquisado é solicitado pontuar determinado atributo conforme a qualificação considerada por ele (o pesquisado). Desta forma, por meio da somatória dos pontos de todos os pesquisados acerca de determinado atributo é possível testar a consistência interna, visto que cada entrevistado só pode ser visto relativamente no grupo ao qual faz parte.

Neste trabalho, a mensuração do grau de concordância dos sujeitos que pontuaram cada um dos atributos apresentados no questionário foi estabelecido pelo Ranking Médio, verificando-se a concordância ou discordância das questões avaliadas, conforme a pontuação obtida e a frequência das respostas dos respondentes.

A organização do questionário considerou cinco categorias. A primeira relacionada à Equipe, a segunda ao Atendimento, a terceira à Unidade, a quarta aos Pacientes e a quinta à Auto-avaliação, na qual os profissionais se posicionavam acerca dos serviços que prestavam.

No total, foram relacionados 40 atributos, em cinco categorias, denominadas Equipe, com 9 atributos, Atendimento, com 11, Unidade, com 9, Paciente, com 5 e Autoavaliação com 8.

A primeira categoria, Equipe, foi relacionada a partir da necessidade de conhecer e identificar o quanto os profissionais se julgavam motivados, avaliavam estarem unidos, demonstravam consciência de suas competências e percebiam aspectos técnicos e cognitivos relacionados ao trabalho. Os atributos relacionados foram os seguintes:

**TABELA 3 – ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA EQUIPE**

<b>EQUIPE</b>
Grau de motivação A equipe é unida
Competência técnica
Os objetivos são claramente definidos
Clima de cooperação Organização
Frequência de treinamentos
Qualidade dos treinamentos
Qualidade do relacionamento entre a equipe

A segunda categoria se referiu a aspectos do atendimento, a considerar que a qualidade do atendimento é responsabilidade de cada profissional e de todos ao mesmo tempo, de forma que o atendimento percebido pelo cidadão está diretamente relacionado à compreensão, à integração, à colaboração e ao conhecimento das atividades dos profissionais.

Abaixo apresentamos os atributos que compõem a categoria atendimento:

**TABELA 4 – ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA ATENDIMENTO**

<b>ATENDIMENTO</b>
O horário de funcionamento é satisfatório
O atendimento é rápido
As informações são de boa qualidade
O paciente é tratado com prioridade
Tempo de espera para atendimento
Atenção no atendimento
Agilidade no atendimento
Atendimento telefônico
Serviço de farmácia
Recepção
Cortesia

Compondo um interesse importante deste trabalho, a categoria 3 relacionou a Unidade de trabalho. A opinião dos profissionais acerca do local no qual exercem suas funções implica na percepção deles a respeito do espaço físico, da capacidade

das instalações, do quanto consideram o ambiente organizado e de como são capazes de atuar nele. A imagem da Unidade perante a comunidade também foi considerada por guardar uma relação com a autoimagem do serviço e dos profissionais. Nesta categoria foram relacionadas características físicas, equipamentos e outros aspectos genéricos que se refletem no trabalho dos profissionais, conforme o seguinte:

**TABELA 5 – ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA UNIDADE**

<b>UNIDADE</b>
Imagem da unidade perante o público
Capacidade de atendimento
Organização de materiais informativos nos murais
Equipamentos
Respeito por parte dos funcionários
Centralização dos serviços
Preocupação que a administração
Limpeza das instalações
Facilidade para marcação de consultas

O paciente foi considerado como uma importante categoria por ser para ele, via de regra, para qual tecnicamente todos os esforços se direcionam. Assim, a categoria 4, trouxe o paciente como um sujeito ativo na trama do atendimento, do conhecimento, nos aspectos pessoais e profissionais da equipe.

**TABELA 6 – ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA PACIENTE**

<b>PACIENTE</b>
Aceita as orientações
Cumprir as orientações
Confia na equipe
Costuma ser gentil
Comparece aos agendamentos

A quinta e última categoria que encerra e reinicia o ciclo de classificações deste trabalho, diz respeito a Autoavaliação dos profissionais. Por meio desta categoria, buscou-se investigar o nível de consciência dos profissionais sobre si mesmo e os colegas. A categoria Autoavaliação permitiu comparar as informações dadas pelos profissionais com outras informadas nas demais categorias e que, supostamente, pudessem ou devessem manter conformidade em termos de opinião.

Os atributos listados nesta categoria foram os seguintes:

**TABELA 7 – ATRIBUTOS RELACIONADOS À CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO**

<b>AUTOAVALIAÇÃO</b>
Gosto de atender
Auxilio colegas quando solicitado
Cumpro horários
Cumpro o prometido
Demonstro interesse pelo outro
Conheço as funções dos outros profissionais
Conheço as diretrizes da ESF
Atuo em conformidade com as diretrizes da ESF

## 4 RESULTADOS

Por ocasião da entrevista com o preceptor, o entrevistado destacou que a assimilação do Programa é mais bem observada nos médicos com formação em medicina da família, tendo em vista a predominância da medicina curativa entre profissionais de outras especialidades e pela comunidade. O preceptor relatou ainda ser pequeno o número de médicos com essa formação (de família) nas Unidades, que, por sua vez, recebem médicos de várias especialidades. A atuação de médicos de outras especialidades no centro da equipe dificulta a adesão aos termos do Programa. Outra dificuldade relatada diz respeito à demanda espontânea pela comunidade, que algumas vezes resiste às marcações ou deseja ser atendida nos moldes de um posto de saúde municipal.

No grupo focal, alguns profissionais referiram que a comunidade e/ou alguns profissionais mantinham hábitos baseados no modelo hospitalocêntrico.

Os agentes relataram reconhecimento pelo seu trabalho no que se refere às ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Mantêm um trabalho permanente de educação em saúde e imunização, embora a valorização da população por tais atividades não seja um consenso, conforme os seguintes relatos:

Relato 1: “ *Alguns pacientes ainda não entendem como funciona a ESF, e não entendem o que é o médico de família e quais são as funções do agente comunitário. Até mesmo outros funcionários de outros cargos ainda não sabem qual é o papel do agente de saúde*”.

Relato 2: “*Muitas vezes o paciente não aceita quando o funcionário não é de nível superior e não cumpre o estabelecido, quebrando regras*”.

Em função disso, a Unidade mantém ações criativas como promoção de eventos, caminhadas, exibição de vídeos e dramatizações.

Com cerca de 50 profissionais, a US tem uma rotatividade considerada alta. De modo geral, o grupo declarou entender o conceito de família, porém, tomando-se por base o cruzamento das entrevistas em profundidade e dos grupos focais,

observa-se que tal entendimento é relativo entre os profissionais, ou, pelo menos, diverge em alguns pontos, conforme a formação dos indivíduos e das percepções deles mesmos – a exemplo das seguintes falas: *“alguns profissionais mantêm*

*hábitos de hospital”*; *“os pacientes querem ser atendidos como em um hospital”*.

#### 4.1 SOBRE A EQUIPE

O grupo considerou como boa a relação entre os profissionais da equipe, muito embora os agentes de saúde se mantivessem menos à vontade para expressar suas opiniões, comparados a outros profissionais.

O médico e a gestora relataram dificuldades técnicas e administrativas em função de algumas limitações dos profissionais, da alta rotatividade, de alguns hábitos da população que, em algumas vezes, se mostra resistente ao modelo e também por conta de alguns profissionais pouco colaborativos.

O cirurgião dentista manifestou grande interesse no estudo, relatando sua vivência e a necessidade de a Unidade oferecer mais treinamentos para fixação das diretrizes do Programa.

Por ocasião das observações assistemáticas, vale registrar o fastio de alguns profissionais durante os atendimentos. Alguns se mostravam claramente aborrecidos ou com pressa em terminar o trabalho. Nestas ocasiões, a linguagem utilizada beirava a impaciência e a intolerância.

#### 4.2 SOBRE O ATENDIMENTO

Para o grupo, a relação com a comunidade transcorre de forma positiva. Segundo enfermeiras e agentes comunitários, muitos pacientes vêm em busca de acolhimento social, para contar seus problemas ou rotinas sem, necessariamente, precisar de atendimento. Relataram ser, a demanda espontânea, um problema, tendo em vista que a comunidade busca outros tipos de atendimento que não os previstos pelo Programa. Em algumas ocasiões sentem-se preteridos, chegando a manifestar o descontentamento de forma inamistosa. Em outro extremo, os



pacientes resistem à figura do generalista, buscando especialistas em diversas áreas. Conforme relatos, os pacientes não entendem como o mesmo médico pode *“atender crianças e fazer exames em mulheres?”* Sobre o mesmo assunto, um odontólogo relatou: *“é difícil fazer o paciente compreender as limitações do sistema. Muitas vezes eles culpam os funcionários pelas frustrações das suas demandas. É muito desgastante, emocionalmente, lidar com estas frustrações”*. Outro entrevistado relatou que *“É necessário que cada família também se responsabilize por seu doente, idoso ou criança. Muitas vezes nos tratam como seus empregados”*.

#### 4.3 OS PROFISSIONAIS SE AUTOAVALIANDO

No geral, os profissionais se auto-avaliaram generosamente. Relataram que gostam de atender, auxiliam os colegas quando solicitados, cumprem horários e atividades às quais se comprometem, conhecem as funções dos colegas e consideram compreender e estar de acordo com os preceitos do Programa. Em termos de observação, pode-se afirmar que não há uma indisposição acentuada em qualquer um desses atributos. No entanto, conforme relato do próprio grupo, em diversas situações esta concordância não correspondeu à realidade. O grupo referiu resistência a algumas normas e alguns indivíduos não se mostraram cooperativos nas dinâmicas realizadas.

Os agentes de saúde comentaram que mesmo pessoas da equipe não sabem quais são as suas funções exigindo *“coisas que não são da minha competência”*.

Como possibilidade de resposta para os atributos foi utilizada uma escala de Likert, gradativa, ordinal e não-forçada de cinco níveis, na qual os participantes pontuavam cada um dos atributos. A tabela 3 apresenta a relação entre o conceito qualitativo e o valor atribuído para cada nível de resposta.

**TABELA 8: RELAÇÃO ENTRE CONCEITO QUALITATIVO E VALOR NUMÉRICO**

Resposta qualitativa	Valor numérico
Péssimo	1
Ruim	2
Regular	3
Bom	4
Muito bom	5

Para cada atributo são calculados os valores percentuais de indivíduos que responderam cada tipo de resposta qualitativa (péssimo; ruim; regular; bom; muito bom). Esses cálculos consideram os questionários antes e após a intervenção, bem como as duas categorias.

São calculados também os valores médios das respostas. Esses valores refletem uma visão geral sobre as categorias Equipe, Atendimento, Unidade, Paciente e Autoavaliação.

Em seguida são calculados, também, os Rankings Médios para as cinco categorias em questão.

Para análise do impacto do processo de comunicação aplicado ao grupo foram usados:

1. Análise de grupo focal.
2. Os valores médios, antes e depois do processo de intervenção, classificados por categoria.
3. Os Rankings Médios, antes e depois do processo de intervenção.

Em reunião de grupo focal, a equipe demonstrou entusiasmo, relatando a importância das ações de comunicação para integração da equipe. De modo geral, o grupo afirmou entender o conceito da ESF.

Para o gestor, a assimilação do Programa é melhor observada nos médicos com formação em medicina da família, tendo em vista a predominância da medicina curativa entre profissionais de outras especialidades. A atuação de médicos de outras especialidades, no centro da equipe, dificulta a adesão às diretrizes da ESF.

Alguns profissionais referiram que a comunidade e/ou alguns profissionais mantinham hábitos baseados no modelo hospitalar.

Os auxiliares relataram reconhecimento pelo seu trabalho no que se refere às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Mantêm um trabalho permanente de educação em saúde e imunização, embora a valorização da população por tais atividades não seja um consenso, conforme o seguinte relato:

“ Alguns pacientes ainda não entendem como funciona a ESF, e não entendem o que

é o médico de família e quais são as funções do auxiliar” . “ Até mesmo outros

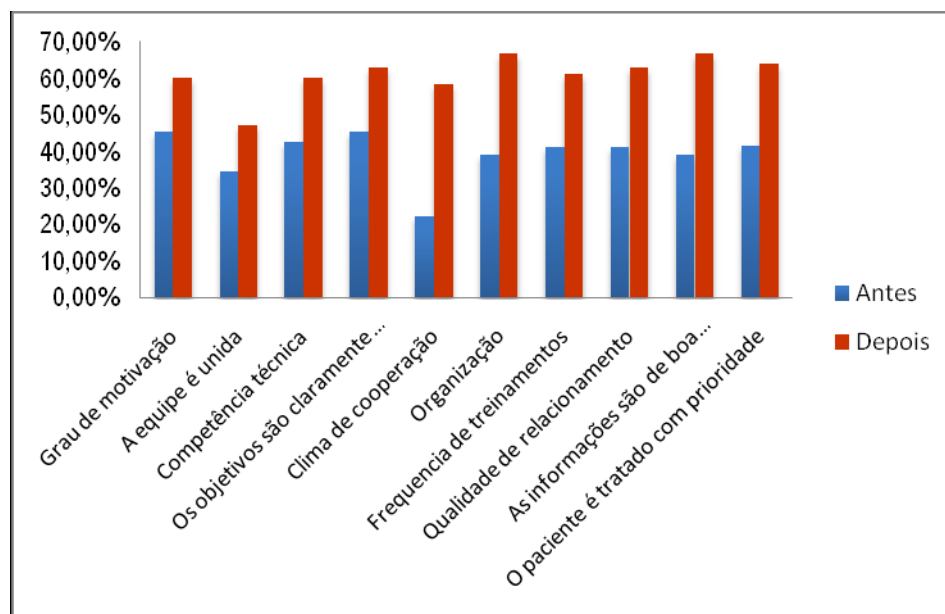
funcionários não sabem qual é o papel do auxiliar” .

Foram relatadas também dificuldades técnicas e administrativas em função de limitações dos profissionais, alta rotatividade e hábitos pouco colaborativos de alguns profissionais.

Para o grupo, o relacionamento com a comunidade é positivo. Em relação a si mesmos, os profissionais se autoavaliaram generosamente. Relataram gostar de atender, auxiliar os colegas quando solicitados, cumprir horários e atividades, conhecer as funções dos colegas e compreender e estar de acordo com os preceitos da ESF. O grupo relatou maior disposição em conhecer o trabalho dos colegas e trabalhar em parceria.

Visualmente, foram obtidos os seguintes resultados:

**FIGURA 5: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA EQUIPE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**



Nesta categoria, observou-se que todos os atributos apresentaram melhoras importantes, com destaque para os *objetivos são claramente definidos*, 36,11%, *competência técnica* e *clima de cooperação*, com 27,78%, e *qualidade das informações*, 22,22%, e o *paciente é tratado com prioridade*, 21,68%.

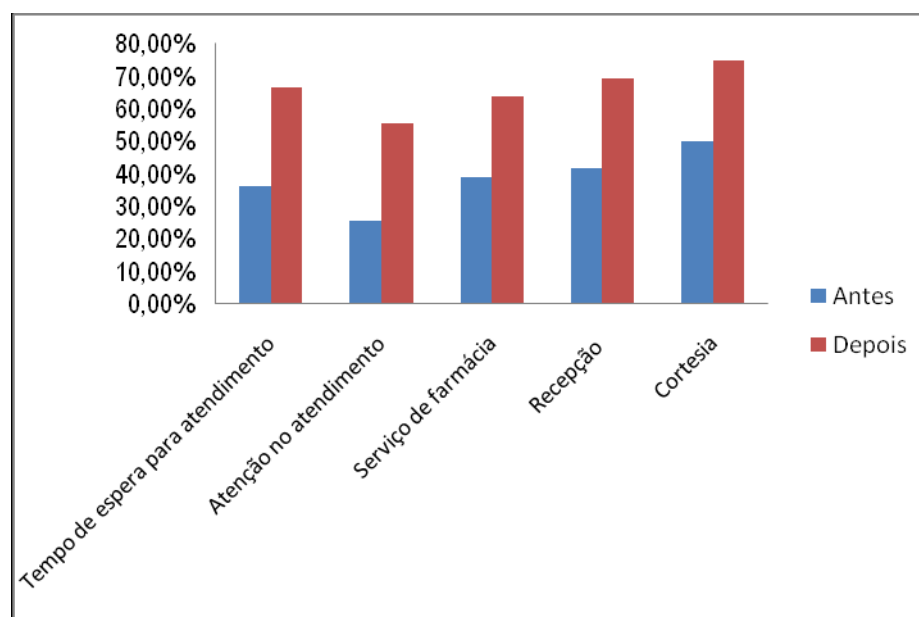
Todos os demais atributos atingiram melhora superior a 12%, com variações até 19,93%, no item organização.

Tais resultados demonstram que por meio do agir comunicativo a satisfação da equipe melhorou e refletiu no atendimento aos pacientes.

**TABELA 9: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA EQUIPE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**

EQUIPE	%		
	antes	depois	diferença
Qualidade de relacionamento	45,45	60,00	14,55
Grau de motivação	34,38	47,22	12,85
Frequencia de treinamentos	42,42	60,00	17,58
A equipe é unida	45,45	62,86	17,40
Os objetivos são claramente definidos	22,22	58,33	36,11
Competência técnica	38,89	66,67	27,78
Organização	41,18	61,11	19,93
O paciente é tratado com prioridade	41,18	62,86	21,68
Clima de cooperação	38,89	66,67	27,78
As informações são de boa qualidade	41,67	63,89	22,22

**FIGURA 6: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA ATENDIMENTO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**



No quesito atendimento, elencou-se menor número de atributos, tendo em vista os fatores que influenciam o relacionamento da equipe, quer na forma de cooperação, quer na forma de desempenho dos indivíduos.

Nesta categoria, o mais alto índice de melhoria se referiu ao *tempo de espera pelo atendimento*, 30,56%, seguindo *atenção no atendimento*, com 29,84% e

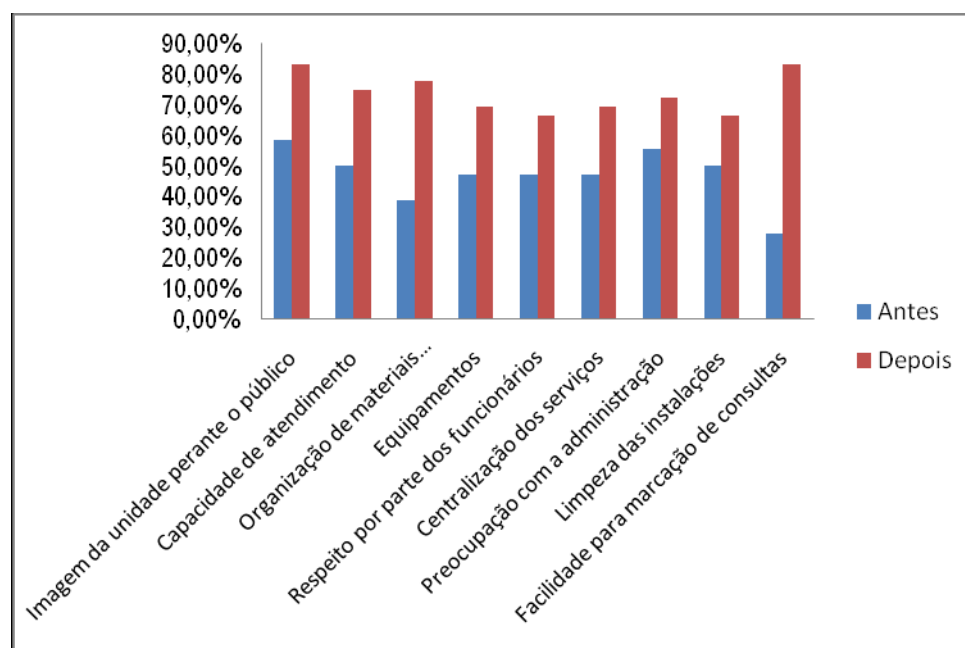
recepção, com 27,78%, e serviço de farmácia e cortesia, com o mesmo percentual, 25%.

Conforme pode ser observado a seguir:

**TABELA 10: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA ATENDIMENTO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**

	%		
	antes	depois	diferença
Tempo de espera para atendimento	36,11	66,67	30,56
Atenção no atendimento	25,71	55,56	29,84
Serviço de farmácia	38,89	63,89	25,00
Recepção	41,67	69,44	27,78
Cortesia	50,00	75,00	25,00

**FIGURA 7: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA UNIDADE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**



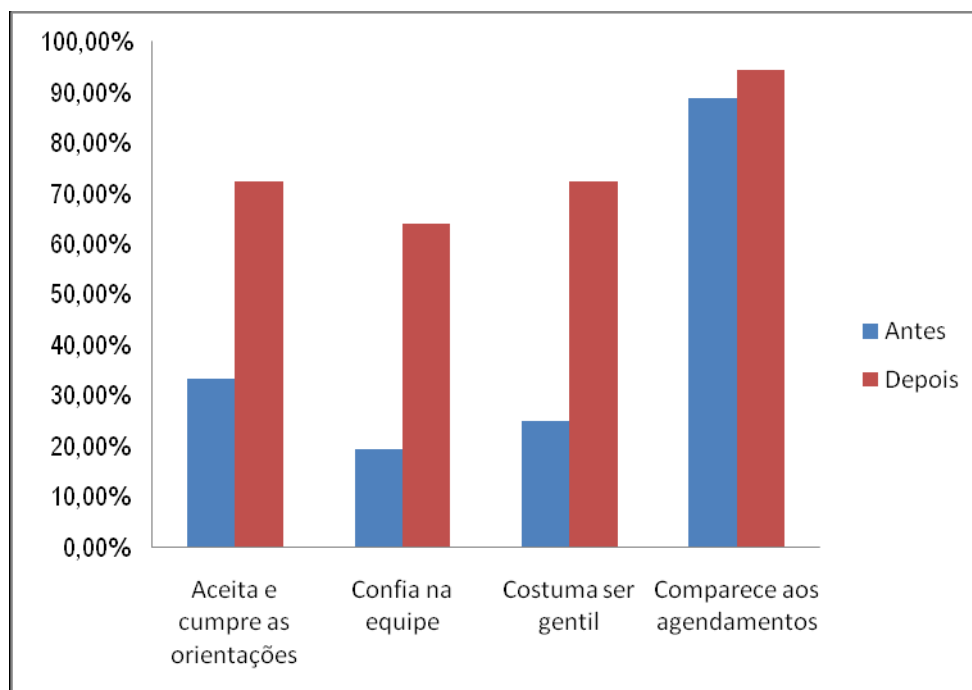
Obtivemos uma melhora de 55,6% na opinião dos profissionais sobre a *facilidade para marcação de consultas*. Uma referência ao desempenho dos profissionais da equipe. Também no quesito *organização de materiais informativos nos murais* a melhora observada atingiu 38,9%, trata-se de uma considerável melhoria, tendo em vista que a organização visual dos murais da unidade era sofrível. Excesso de informação, ausência de critério, poluição visual e informações novas, antigas e ultrapassadas disputavam o mesmo espaço. Em seguida a melhora refletiu na opinião do grupo acerca da *imagem da unidade perante o público* e *capacidade de atendimento*, ambos com 25%, *equipamento* e *centralização dos serviços*, ambos com 22,2%, *respeito por parte dos funcionários*, com 19,4% e *preocupação com a administração e limpeza das instalações*, com 16,7%. Cabe ressaltar que em todos os atributos a opinião após as intervenções atingiu níveis acima de 66%, indicando uma clara migração para os itens bom ou muito bom, em relação aos itens péssimo, regular ou ruim.

Abaixo apresentamos a diferença entre os itens 4 e 5, antes e depois da intervenção.

**TABELA 11: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA UNIDADE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**

	%		
	antes	depois	diferença
Imagem da unidade perante o público	58,3	83,3	25,0
Capacidade de atendimento	50,0	75,0	25,0
Organização de materiais informativos nos murais	38,9	77,8	38,9
Equipamentos	47,2	69,4	22,2
Respeito por parte dos funcionários	47,2	66,7	19,4
Centralização dos serviços	47,2	69,4	22,2
Preocupação com a administração	55,6	72,2	16,7
Limpeza das instalações	50,0	66,7	16,7
Facilidade para marcação de consultas	27,8	83,3	55,6

**FIGURA 8: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA PACIENTE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**



A categoria relacionou quatro itens considerados importantes para o desempenho e a autoavaliação da equipe. O quesito *costuma ser gentil* atingiu o nível mais alto na soma dos níveis bom e muito bom, 47,2%, apontando uma clara melhoria em uma competência muito importante e exigida pelo Ministério da Saúde. A migração de opiniões neste quesito elevou-se ao índice de 72,25%.

O próximo quesito cuja migração resultou em 44,4%, *confia na equipe*, traz uma combinação com o quesito anterior, quanto ao modo como a equipe realiza seu trabalho.

A gentileza no trabalho estimula a confiança dos pacientes, o que se reverte em ganho para a relação e desempenho dos profissionais, que realizam melhor suas tarefas.

O indicador *aceita e cumpre as orientações* também apresentou melhoria considerável ao atingir 38,9%, cabe ressaltar que neste atributo o índice de não resposta (regular) diminuiu 27,8%, equivalendo a uma migração altamente positiva para os níveis bom e muito bom.



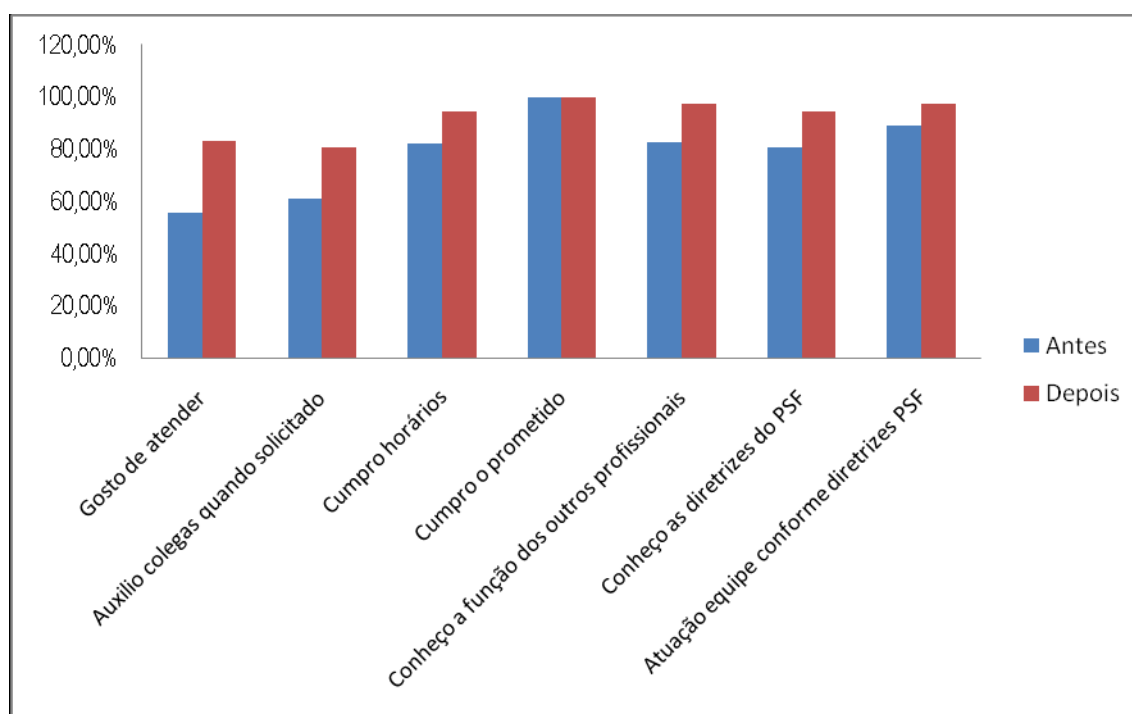
O indicador que apresentou menor diferença na mudança de opinião foi *comparece aos agendamentos*, que já apresentava nível bastante alto na composição de bom e muito bom, 86,2%, ainda assim, a opinião dos pesquisados melhorou em 5,6%.

A seguir, apresentamos a migração para bom e muito bom, na opinião dos pesquisados:

**TABELA 12: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA PACIENTE, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**

	%		
	antes	depois	diferença
Aceita e cumpre as orientações	33,3	72,2	38,9
Confia na equipe	19,4	63,9	44,4
Costuma ser gentil	25,0	72,2	47,2
Comparece aos agendamentos	88,9	94,4	5,6

**FIGURA 9: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**



Na quinta e última categoria, Autoavaliação, o indicador que apresentou melhor mudança de opiniões foi *gosto de atender*, com 27,8%, seguido de *gosto de atender e auxílio os colegas quando solicitado*, ambos com 19,4%, *conheço a função dos outros profissionais*, com 14,4%, *conheço as diretrizes*, 13,9% e *atuação equipe conforme diretrizes ESF*, 8%. O único atributo que se apresentou inalterado foi *cumpro o prometido*, que já havia apresentado índice de 100%.

Especificamente no que se referem à autoavaliação, as migrações atingiram os menores índices, a considerar que os profissionais se autoavaliaram muito bem na primeira parte do trabalho. Ainda assim, a maior diferença obtida no indicador *gosto de atender*, 27,8%, revela disposição para uma competência não listada pelo MS, mas que deve fazer parte do conjunto de competências que relaciona formas de conscientização e de incorporação de hábitos, comportamentos e atitudes.

**TABELA 13: PERCENTUAL DE RESPOSTAS BOM E MUITO BOM NA CATEGORIA AUTOAVALIAÇÃO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO**

	%		
	antes	depois	diferença
Gosto de atender	55,6	83,3	27,8
Auxílio colegas quando solicitado	61,1	80,6	19,4
Cumpro horários	82,4	94,4	12,1
Cumpro o prometido	100,0	100,0	0,0
Conheço a função dos outros profissionais	82,9	97,2	14,4
Conheço as diretrizes da ESF	80,6	94,4	13,9
Atuação equipe conforme diretrizes ESF	88,9	97,2	8,3

## 5. DISCUSSÃO

Do ponto de vista acadêmico, a conclusão deste trabalho contribui para o início de um olhar, mais detido, das ciências da saúde para a comunicação social, isto é, para abertura e continuidade de trabalhos que as aproximem. Em segundo lugar, em respostas às questões presentes que desafiam a qualidade em saúde: como a comunicação pode auxiliar na implementação de um padrão de qualidade? E como uma equipe pode ser motivada a aderir às propostas de um programa?

A ESF tem sua matriz teórica no campo da vigilância à saúde (MERHY: 2006), vivendo ainda o desafio de superar a configuração arraigada no modelo Médico Hegemônico. O modelo que se busca – centrado no usuário – ao exigir maior capacitação dos profissionais abre caminho para o uso de técnicas de comunicação como uma forma de promover a adesão por parte das equipes espalhadas por todo o Brasil.

As diretrizes do Programa preconizam: 1. O caráter substitutivo – proposição de um trabalho centrado na vigilância à saúde, em substituição às práticas convencionais de assistência. 2. Integralidade e hierarquização – que coloca a Unidade de Saúde da Família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; 3. Territorialização e adscrição da clientela – por trabalhar com território de abrangência definido e 4. Equipe multiprofissional – composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Tais características tornam a ESF um programa de massas, que, paradoxalmente e ao mesmo tempo, pretende uma abordagem dirigida. A centralidade existente na normatização do Programa, apesar de definir o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura e o levantamento dos problemas de saúde encontrados no território, ignora os contrastes regionais.

Se os cuidados primários são a chave para se atingir a meta Saúde para todos, é imprescindível entender no que consiste estes cuidados, a quais problemas eles se relacionam e quais instrumentos e ações sociais devem ser realizados para que sejam instituídos como políticas sociais.

Dos elementos necessários aos cuidados para com a saúde, a como se configura uma Unidade de Saúde, este estudo se ocupa da adesão da equipe aos princípios do Programa. Tomando-se por base o conceito de Habermas, uma equipe se organiza em dois momentos distintos: em suas percepções individuais e nos acordos estabelecidos em grupo. As percepções individuais dizem respeito às crenças, vivências, formação, opinião e expectativas, enquanto os acordos estabelecidos perpassam as normas e regras estabelecidas pelo governo e pelas proposições do Programa. Em linhas gerais, na execução, tais normas são conhecidas e devem ser cumpridas por todas as unidades. No entanto, as diferenças regionais e afetas às condições de trabalho, à comunidade assistida e ao aparato tecnológico, a realidade das equipes conduzem a algumas diferenças entre o desempenho delas.

Utilizaremos o conceito de família comparativamente ao que o governo pretende com o título do Programa: Saúde da Família. Este título sugere a formação e a segurança da família não apenas do ponto de vista da comunidade (no passado, do velho médico que cuidava de três ou quatro gerações: ao fazer o parto de duas ou três gerações), mas também da equipe que, organizada e operando papéis previamente definidos, traduz-se em uma família.

Examinemos, então, a dinâmica familiar: da família espera-se formar a identidade pessoal e social dos indivíduos e nela se forma o sentimento de pertencer e de individualidade. Como base da sociedade, espera-se que ela promova e reproduza a organização social de valores transmitidos por gerações (herança), tornando seus membros saudáveis.

Uma família deve demonstrar objetivos bem definidos, aos quais todos os membros se esforcem por alcançar e, nesta direção, a interação dos membros se mostra muito necessária para avaliação do processo, correção e garantia do bem coletivo. O diálogo, então, passa a ser o centro das negociações e das trocas, como exercício das capacidades críticas de seus membros, bem como de sua participação (deles), o que se mostra compatível com a ação comunicativa de Habermas.

À família também se relaciona a um aspecto de saúde, devendo todos os seus membros se mostrar sadios, e atende ao conceito de receptividade (porta de

entrada) visto que é o grupo primário com o qual os indivíduos mantêm contato, são acolhidos e recebem informações.

Por associação, as ações de comunicação estimularam a interação comunicativa dos profissionais da equipe de Rio Bonito, buscando a adesão às diretrizes por meio da troca de opiniões, conhecimentos e vivências.

A ação comunicativa permite estabelecer o diálogo na busca pelo autoconhecimento dos indivíduos de um grupo, reconhecer as competências dos demais elementos e estabelecer um acordo sobre as regras fixadas. No caso deste estudo, os indivíduos são representados pelos profissionais, a equipe é o grupo e as regras são as diretrizes fixadas pelo Programa.

Na base da ação comunicativa, é muito importante que entre o grupo haja um comprometimento verdadeiro com as regras estabelecidas. Tal comprometimento deve acontecer ao nível da competência pessoal dos profissionais e do conceito de equipe, representada por membros de uma família.

O estudo estruturou-se conforme o argumento da teoria da ação comunicativa, a saber: o trabalho e a interação. Acerca do trabalho, levantou-se o conhecimento dos profissionais a respeito de suas próprias funções, das funções dos outros profissionais e do desempenho da equipe para conhecer a opinião dos pesquisados sobre o próprio trabalho e sobre a organização do trabalho em equipe. A principal preocupação desta etapa foi conhecer, individualmente, as subjetividades do entendimento sobre a tarefa, a interação necessária, o quanto demonstravam concordar ou não com as diretrizes e o quanto compartilhavam as mesmas opiniões.

A seguir, propunha-se a participação de todo o grupo com relação a uma animação que representava a equipe. Abriu-se o debate para discussão e argumentação dos personagens, sendo que os profissionais se identificavam com os personagens ou comentavam que algum dos colegas se assemelhavam com um personagem.

O processo de ação comunicativa buscou: 1. a participação de todos os profissionais da equipe, 2. a compreensão deles em relação às diretrizes e 3. A percepção, por meio do diálogo, acerca do quanto o desempenho da equipe estaria em conformidade com os propósitos do governo (regras estabelecidas pelos princípios do Programa).

A participação de todos os profissionais da equipe funcionou como instrumento coordenador da ação, tendo em vista que uma condição para a interação é que os integrantes estejam de comum acordo acerca do que consideram como válido para suas expressões e que conheçam intersubjetivamente as pretensões de validade dos demais. Nesse espaço é muito importante garantir a validade das opiniões, para gerar um consenso na conclusão do processo. É neste momento em que ocorrem as negociações e os questionamentos e são identificados outros sentimentos como contrariedades, incertezas ou anseios.

Conforme Habermas, a manifestação de validade perpassa três condições: a condição de verdade, a legitimidade e adequação às regras vigentes ou ao estabelecido e a intenção de quem fala.

Este processo comunicativo é extremamente crítico com vistas a validar o que será acordado pelo grupo, considerando o seguinte: a todos os indivíduos é garantida a oportunidade de expressão por meio da comunicação, tomando como base os discursos, os questionamentos e as argumentações.

Um segundo aspecto se refere ao espaço aberto em que a todos os participantes foram oferecidas as mesmas oportunidades de opinar, interpretar, declarar e justificar suas idéias, tendo em vista não desprezar nenhuma idéia a respeito do tema.

Também se permitiu aos participantes a oportunidade de manifestar atitudes, sentimentos e desejos no sentido de manterem-se fiéis aos seus sentimentos e desejos, deixando transparecer seu interior.

Por fim, os profissionais puderam regular seus atos, ao agir e influenciar regras e regulamentos: aceitando-as, explicando-as e solicitando-as.

Como base para uma ação comunicativa, a integração dos profissionais deve acontecer voluntariamente, esperando-se que a mobilização da racionalidade seja suficiente para completar a ação dos indivíduos em torno de um entendimento.

Estabelecidas as regras de participação e o consenso, a ação comunicativa consiste em tornar o esforço do grupo em comum acordo para adesão às diretrizes.

O objetivo da intervenção por meio da ação comunicativa visou oferecer caminhos comuns e articulados para os profissionais viverem experiências que possibilitem aumentar seus conhecimentos acerca de suas próprias atividades e dos

demais profissionais, a partir de uma visão crítica da realidade e da necessidade de se manterem fiéis às diretrizes (regras). Neste sentido, a partir da realidade que diz respeito à própria comunidade, os pensamentos e sentimentos (razão subjetiva) orientarão uma participação ativa dentro de princípios de cooperação.

O processo interativo surge da equipe, exigindo o esforço de todos na direção de cumprir plenamente a realização de uma ação comunicativa com a pretensão de sua validade. A adesão às diretrizes se concretiza a partir de uma comunicação simétrica e livre. Tal desempenho se revela a partir de um processo comunicativo no qual cada profissional é considerado um ator importante na cena de um diálogo, no momento em que é submetido à interpretação dos outros, e também se abre à possibilidade de críticas às suas (dele) próprias interpretações.

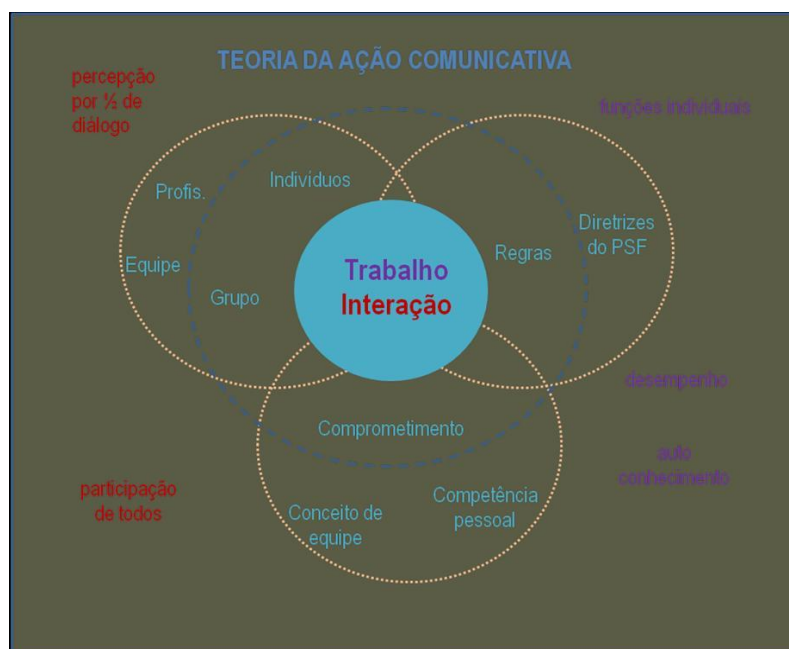
Assim, a adesão às diretrizes da ESF deve ser buscada a partir de um acordo que se desperte no grupo. Os princípios e normas que guiarão esses profissionais, conforme critérios e redimensionamento do processo de interação resultarão da interação do grupo, obtida em um consenso.

A ESF, como principal estratégia do governo para a AB depende de forma vital da adesão das equipes aos princípios do Programa.

A ação comunicativa de Habermas, que tem chamado a atenção de muitas ciências, se mostra como um processo de interação que valoriza o sujeito, a partir de sua individualidade, de como vê e percebe o grupo, e do quanto se compromete e concorda com as normas após um processo de interação, no qual suas opiniões e atitudes foram compartilhadas, preservadas e vivenciadas.

Propondo uma visualização prática para o processo de capacitação aplicado na equipe de profissionais da UBS, em relação à Teoria da Ação Comunicativa, tem-se o seguinte:

**FIGURA 10: RELAÇÃO ENTRE A CAPACITAÇÃO REALIZADA E A TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA**



Fonte: proposto pela autora

Nesta figura ilustram-se as etapas e as relações entre os indivíduos, o grupo, as regras e o comprometimento de todos os elementos.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que os problemas de promoção da saúde não passam apenas pelo consultório médico ou por problemas sanitários, mas dizem respeito a um modelo estabelecido e gessado por diversas barreiras às quais apenas uma discussão multidisciplinar pode dar conta.

O treinamento de médicos, enfermeiras e demais profissionais precisam de continuidade também com base nas realidades que não podem ser vividas nas salas de aula ou em laboratórios. O conceito da ação comunicativa pode ser utilizado na adesão aos princípios do Programa, a fim de que atitudes e comportamentos se voltem a práticas criativas e humanizadas, que se referiram à inclusão, respeitem os limites e as diferenças profissionais.

A atual política de implementação do Ministério da Saúde não considera as particularidades das equipes, por regiões em que atuam. Por meio de tecnologia da informação combinada a recursos da comunicação é possível produzir materiais voltados à realidade das Unidades, e produzi-los em escala.

A pesquisa possibilitou analisar e comparar as reações, a opinião e o comportamento do grupo antes e depois do processo de comunicação, no que se refere à adesão às diretrizes, sendo que os resultados do estudo apontaram que a competência comunicativa pode atuar no sentido de elevar o nível de adesão dos profissionais. Em conformidade com essa teoria, o estudo revelou que envolver a equipe ativamente na construção de um acordo em torno dos princípios da ESF não apenas permite capacitá-la em torno do desempenho desejado, mas também na interpretação e autoavaliação de suas práticas.

As ações de comunicação estimularam a interação comunicativa dos profissionais, buscando a adesão às diretrizes por meio da troca de opiniões, conhecimentos e vivências.

O conceito da Ação Comunicativa se mostra compatível para adesão aos princípios da ESF, de forma que atitudes e comportamentos se voltem a práticas criativas e humanas, que se refiram à inclusão dos sujeitos, respeite os limites e as diferenças profissionais.

Diante das transformações impactantes que atingem o Sistema Único de Saúde, uma direção para sua viabilidade social e econômica exigirá da área da saúde uma abordagem multidisciplinar que complemente os seus propósitos.

O futuro da humanidade e os esforços empenhados para solução dos seus problemas passará pela interação que leve a acordos sociais para a produção e o consumo de bens e serviços.

A área da saúde está sendo desafiada a manter um modelo no qual o significado se baseie na colaboração de todos os elementos da sociedade envolvidos.

Na busca por um modelo social mais justo, mais responsável e que arrisque menos o futuro das pessoas, o Agir Comunicativo pode trazer um significado para as relações dos homens, baseando-se no diálogo, na integração e na cooperação, apontando uma nova direção para o SUS, que tem na ESF, a melhor de suas propostas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno T, Horkheimer M. *Dialética do Esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- Adorno TW. *Textos Escolhidos*. Trad. Luiz João Baraúna. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- Adorno TW. *Mínima Moralidade: Reflexões a partir da vida danificada*. Trad. Luiz Eduardo Bisca. São Paulo: Ática, 1992.
- Almeida G. Nota preliminar do tradutor. *In: Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- Aragão LM. *Razão comunicativa e teoria social crítica em Jurgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.
- Boladeras M. *Comunicación ética y política: Habermas e seus críticos*. Madrid: Tecnos, 1996.
- Campbell DT, Stanley JC. *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU: USP, 1979.
- Carvalho DW. *Competências e atividades: uma contribuição a um estudo da representação*. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: PUCPR, 2003.
- Donato AF, Gomes, ALZ. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. p. 37. *Boletim do Instituto de Saúde* v. 12, n. 1, abr 2010. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis50-completo.pdf>. Acesso em 15/05/2010.
- Epstein I. *Comunicação e Saúde*. *Comunicação & Sociedade*. São Bernardo do Campo: UNESP, n.35, 2001. pp.159-186.
- Etges N. *Produção do conhecimento e interdisciplinaridade*. *In: Fazenda IA (org.). Práticas interdisciplinares na escola*. São Paulo: Cortez, 1991.
- Fazenda IA. *Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa*. Campinas: Papyrus, 1994.
- Santos Filho JC, Gamboa SS (org.). *Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade*. São Paulo: Cortez, 2000.
- Flecha R. *As novas desigualdades educativas*. *In: Novas perspectivas críticas em Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Freitag B. *A teoria crítica: ontem e hoje*, SP: Brasiliense, 1994.
- Freitag B, Rouanet SP. *Habermas – Sociologia*. SP: Ática, 1980.
- Freitag B, Rouanet SP. *Dialogando com Jürgen Habermas*. RJ: Tempo Brasileiro, 2005.
- Freitag B, Rouanet SP. *A Questão da moralidade - da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas*. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, SP,1(2): 7-44, 2. sem. 1989*.
- Freitas LC. *A questão da interdisciplinaridade: Notas para a reformulação dos cursos de pedagogia*. SP: *Revista Educação e Sociedade*, agosto de 1996.
- Freire P. *Extensão ou comunicação. Extensão ou Comunicação?* São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- Frigotto G. *A interdisciplinaridade como necessidade e como problema das ciências sociais*. *Educação e Realidade* n. 2. Porto Alegre, jul./dez. 1993, v.18.

- Gonçalves MAS. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidade de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301999000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007). Acesso em 05.04.2011.
- Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- Habermas J. O Discurso filosófico da modernidade. Trad. Ana Maria Bernardo e outros. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.
- \_\_\_\_\_. Conhecimento e interesse. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987b.
- \_\_\_\_\_. Consciência moral e agir comunicativo. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. Pensamento pós-metafísico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- \_\_\_\_\_. O discurso filosófico da modernidade. Lisboa: Dom Quixote, 1990.
- \_\_\_\_\_. Para a reconstrução do materialismo histórico. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- \_\_\_\_\_. Passado como futuro. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.
- \_\_\_\_\_. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa. Edições 70, 1994.
- \_\_\_\_\_. Teoría de La acción comunicativa: *complementos y estudios previos*. Madrid: Catedra, 1997.
- Habermas, Adorno e Outros: Comunicação e Indústria Cultural, organizado por G. Cohn, São Paulo: Cia Editora Nacional e Edusp 1971.
- Habermas J. Dialética e Hermenêutica – para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987a.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa I - Racionalidad de La acción y racionalización social*. Madri: Taurus, 1987b.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa II – Crítica de la razón funcionalista*. Madri: Taurus, 1987c.
- \_\_\_\_\_. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70, 1987d.
- \_\_\_\_\_. Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática. In: Revista de Estudos Avançados da USP nº 7. SP, v. 3, set./ dez. 1989, pp. 4-19.
- \_\_\_\_\_. Consciência moral e agir comunicativo. RJ: Tempo Brasileiro, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios previos*. Madri: Catedra, 1994.
- Horkheimer M. Eclipse da Razão. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1976.
- Horkheimer M, Adorno TW. Dialética do Esclarecimento: Fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- Iarozinski, MH. Contribuições da Teoria da Ação Comunicativa de Jurgen Habermans para a Educação. [Dissertação de Mestrado em Tecnologia]. Curitiba:CEFET, 2000.
- Jay M. *L'imagination Dialectique*. Paris, Payot, 1977.
- Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Luna SV. O falso conflito entre tendências metodológicas. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 66, 1988.
- McCarthy T. *La teoría crítica de Jürgen Habermas*. Madri: Tecnos, 1995.
- Mader AM, Duarte ICB. A Complexidade de Edgar Morin e sua contribuição para a compreensão dos novos direitos. Rev Direit Cult . n. 6-2009, jun 2009.
- Matos OCF. Os arcanos do inteiramente outro: A escola de Frankfurt, a melancolia e a revolução. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- Marcuse H. A ideologia da sociedade industrial – O homem unidimensional. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

- Marcolino EM. Comunicação e Saúde mental: estudo de caso da TV Pínel no Brasil e do Espaço de Comunicação no Hospital Psiquiátrico de Havana. [Tese de doutorado] São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de SP: 2007.
- Merhy EE, Franco TB *et al.* Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo Tecnoassistencial. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC:2003.
- Moreira MA. Pesquisa em ensino: aspectos metodológicos e referenciais teóricos à luz do Vê epistemológico de Gowin. São Paulo: EPU, 1990.
- Moreira MA, Lang FS. Instrumentos de pesquisa em ensino e aprendizagem: a entrevista clínica e a validação de testes de papel e lápis. Porto Alegre: Edipucrs, 1993
- Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre, Sulina: 2005.
- Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 495.
- Pucci B *et al.* Teoria crítica e educação. A questão cultural na Escola de Frankfurt. Petrópolis: Vozes, 1994.
- Rudger F. A escola de Frankfurt: Jürgen Habermas. Disponível em [http://www.robertexto.com/archivo14/frankfurt\\_pt.htm](http://www.robertexto.com/archivo14/frankfurt_pt.htm). Acesso em 05/01/201.
- Schäfer KH, Schaller K. Ciência educadora crítica e didática comunicativa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1982.
- Severino AJ. O uno e o múltiplo: O sentido antropológico do interdisciplinar. *In:* Jantsch e Bianchetti, Interdisciplinaridade - para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Siebeneichler F. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade: G. Gusdorf e J. Habermas. Revista Tempo Brasileiro 98. Rio de Janeiro, jul./set. 1989.
- Talaveras RFM. Razão objetiva e razão subjetiva: ascensão e declínio da razão. Saber Acadêmico. nº 07 - Jun. 2009.
- Teixeira JAC. Comunicação em Saúde. Relatos técnicos de saúde - utentes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Aná Psicológica, 2004: vol. 22, n. 3. p. 615-620.
- Teixeira RR. Humanização e atenção primária a saúde. Ciências e Saúde Coletiva. RJ. vol. 10, n. 3, 2005.
- Velasco Arroyo JC. Para ler a Habermas. Madrid: Alianza, 2003.
- Weber M. A Ética Protestante e o Espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira, 1967.
- Wolf, M. Teorias das comunicações de massa. São Paulo: Martins Fontes; 2008. p. 271-272.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

- Bourdieu P. *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba, 2000.
- Cohen EL., Shumate M.D, Gold A. *Anti-smoking media campaign messages: Theory and practice*. *Health Communication* 2007; 22 (2): 91-102.
- Christopher F, Pichora D, Suurdt J, Heyland D. *Development and use of a decision aid for communication with hospitalized patients about cardiopulmonary resuscitation preference*. *Patient Education and Counseling, In Press, Corrected Proof, Available online 18 September 2009*.
- Evans WD, Davis KC, Ashley OS, Blitstein J, Koo H, Zhangy. *Efficacy of abstinence promotion media messages: findings from an online randomized trial*. *Journal of*

*adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. Vol. 45 ed. 4, p. 409-16. 2009 Oct. PubMed ID: 19766947.

Farmer AD; Bruckner HCE, Cook M.J.; Hearing SD. *Social networking sites: a novel portal for communication*. *Postgraduate Medical Journal*. Vol. 85 Ed. 1007 P. 455-9: 2009 Sep. PubMed ID: 19734511.

Halkett GK, Lobb EA, Oldham L, Nowak AK. *The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma*. *Patient Education and Counseling*. vol. : 2009 Sep 15. PubMed ID: 19762197.

Hartog CS. *Elements of effective communication – rediscoveries from homeopathy*. *Patient Education Counseling*; doi:10.1016/j.pec.2009.03.021.

Holmes D. *Communication Theory: media, technology and society*. London: Sage, 2005.

Jerant A, Kravitz R, Rooney M, Amerson S, Kreuter M, Franks P. *Effects of a tailored interactive multimedia computer program on determinants of colorectal cancer screening: A randomized controlled pilot study in physicians offices*. *Patient Education and Counseling* 2007; 66 (1): 67-74.

Kreuter MW, Green MC, Capella JN, Slater WD, Clark EM. *Narrative communication in cancer prevention and control: A framework to guide research and applications*. *Annals of Behavioral Medicine* 2007; 33 (3): 221-235.

Jbilou J, Landry R, Amara N, El Adlouni S. *Combining communication technology utilization and organizational innovation: evidence from Canadian healthcare decision makers*. *Journal of Medical Systems*. V. 33 Ed. 4. P. 275-86; 2009, Aug. PubMed ID: 19697694.

Kreuter MW, Wray R, Caburnay C. *Customized communication in patient education in Medical adherence and aging: social and cognitive perspectives*. Park, D.C; Liu, L (editors). American Psychological Association: Washington DC. 2007.

Lucas J. *Effects of the Internet on the dissemination of medical information: some thoughts on applied ethics*. *Press Med*. 2009 Sep 18.

Martin-Matthews A. *Bridging research and policy in aging: issues of structure, process and communication*. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*. V. 76 Spec. p. 228-34.2009 Jul PubMed ID: 19757728.

Martinez LS, Lewis N. *The Role of Direct-to-Consumer Advertising in Shaping Public Opinion Surrounding Prescription Drug Use to Treat Depression or Anxiety in Youth*. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. vol. 14, n. 3; April 2009.

Mitchell SA, MacLaren AT, Morton M, Carachi R. *Professional opinions of the use of telemedicine in child & adolescent psychiatry*. *Scottish Medical Journal*. v. 54; ed. 3 p. 13-6, 2009 Aug. PubMed ID: 19725276.

Rutemberbw E, Ekirapa-Kiracho EO, Walker D, Mutebi A, Pariyo G. *Lack of effective communication between communities and hospitals in Uganda: a qualitative exploration of missing links*. *BMC Health Services Research*. v. 9. p. 146. 2009 Aug 12.

Sa J, Mounier-Jack S, Coker R. *Risk communication and management in public health crises*. *Public Health*. 2009 Sep 9 PubMed ID: 19747703.

Salas E, Almeida SA, Salisbury M, King H, Lazzara EH, Lyons R, Wilson KA, Almeida PA, McQuillan R. *What are the critical success factors for team training in*

*health care? Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*). v. 35. ed. 8; P. 398-405: 2009 Aug. PubMed ID: 19719075.

Silvestrin CB, Godoi E, Ribeiro A. Comunicação, linguagem e comunicação organizacional. *UNIrevista* . vol. 1, n.3, jul 2006.

Waters EA, Sullivan HW, Nelson W, Hesse W. *What is my cancer risk? How internet-based cancer risk assessment tools communicate individualized risk estimates to the public: content analysis. Journal of medical Internet research.* vol.

11. ed. 3. p. 33. 2009. Jul 31. PubMed ID: 19674958.

Woolff-King SE, Maisto S, Carey M, Venable P. *Selection of Film Clips and Development of a Video for the Investigation of Sexual Decision Making Among Men Who Have Sex with Men. Journal of sex research.* p. 1-9 2009 Sep 16

PubMed ID:

19760530.

Zoellner J, Connell C, Bounds W, Crook L.; Yadrick K. *Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the Lower Mississippi Delta. Preventing Chronic Disease.* v. 6 ed. 4; P. A128: 2009 Oct.

PubMed ID:

19755004.

## **ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA JUNTO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO PSF – UNIDADE RIO BONITO**

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **Estratégias de Comunicação Social para o Desenvolvimento de Equipes do PSF**, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 0001342/08, cujo principal objetivo é a experimentação de ações de comunicação e educação em suporte ao trabalho da equipe de profissionais destas unidades. Serão realizadas ações de capacitação junto aos profissionais, visando auxiliá-los nos protocolos da Atenção Básica à Saúde.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar das ações que serão implementadas – entrevistas e conferências. Lembramos que todas as ações têm como único objetivo a elaboração de um trabalho científico, de forma que as informações coletadas são sigilosas e não serão utilizadas para outros fins.

Não haverá identificação objetiva dos participantes que, a qualquer tempo, podem retirar seu consentimento de participação no trabalho.

Agradecemos sua colaboração e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Guilherme

Vilar

Orientador

Denise Werneck de Carvalho

Doutoranda em Ciências da Saúde

- PUCPR

Programa de

Doutorado

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar das ações deste Projeto, em dias e horários previamente determinados, com garantia de sigilo de eventuais informações que eu possa fornecer e que minha participação pode ser interrompida a qualquer tempo, se assim eu o desejar.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.



**ANEXO III: ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE PERFIL**

ELJ  
24.10.81  
Sexo: M  
Estado civil: Casado  
Filhos: não  
Cargo: médico  
Turno: diurno  
Tempo de formado: 1 ano  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: 6 meses  
Tem outro emprego?  
( X) sim. Qual? Emergência  
Quanto de deslocamento casa/trabalho?  
40 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos:  

1. Acolhimento
2. Planejamento
3. Abordagem

---

AML  
26.05.59  
Sexo: F  
Estado civil: outros  
Filhos: 02  
Cargo: enfermeiro  
Turno: tarde  
Tempo de formado: 8 anos  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: NI  
Tem outro emprego? não  
Tempo de deslocamento casa/trabalho?  
20 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos:  

1. Trabalhar em equipe
2. Saúde do idoso
3. Planejamento familiar

---

RPS  
26.07.73  
Sexo: F  
Estado civil: solteira  
Filhos: 02  
Cargo: auxiliar de enfermagem  
Turno: diurno  
Tempo de formado: 8 anos  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: desde a inauguração  
Tem outro emprego?  
( X) sim. Qual? CMCBN  
Tempo de deslocamento casa/trabalho?  
2 horas  
Temas sugeridos p/ treinamentos:  
Não listou

---

APL  
26.05.59  
Feminino  
Estado civil: outros  
Filhos: 02  
Cargo: Enfermeira  
Turno: T  
Tempo de formado: 8 anos  
Há quanto trabalha na Unidade: NI  
Tem outro emprego: não  
Quanto tempo leva deslocando-se de casa para o trabalho: 20 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos:  
Trabalhar em equipe  
Saúde do idoso  
Planejamento familiar

---

CPM  
09.05.1977  
Sexo: feminino  
Filhos: 01  
Cargo: Agente de saúde  
Turno: 08h / 17h  
Tempo de informado: NI  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: 2,4  
Tem outro emprego: não  
Quanto tempo leva deslocando-se de casa para o trabalho? 05 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos:  
Relacionamento entre profissionais  
Atendimento de qualidade  
Organização

---

DBB

Data de nascimento: 06.12.75

Sexo: feminino

Estado civil: casado

Filhos: 01

Cargo: Agente de saúde

Turno: 08 às 17h

Tempo de formado: 2 anos e 4 meses

Tem outro emprego: NI

Tempo de deslocamento de casa para o trabalho 10 minutos

Temas para treinamentos:

1. Relacionamento entre colegas de trabalho
  2. Atendimento de qualidade
  3. Companheirismo
- 

GGB

29.12.80

Sexo: feminino

Estado civil: solteiro

Filhos: não

Cargo: médico

Turno: manhã e tarde

Tempo de formado: 4 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano

Tem outro emprego? Não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 30 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos:

1. Trabalho em equipe multiprofissional
  2. Como convencer o paciente com doenças crônicas a aderirem o tratamento
  3. Protocolos
- 

RCS

21.07

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Filhos: não

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: diurno

Tempo de formado: 23 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: desde a inauguração

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 02 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos:

1. Urgência/emergência
  2. Funções do auxiliar na avaliação
  3. Ética profissional
-

EMS

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Filhos: 02

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: manhã/tarde

Tempo de formado: 09 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano e meio

Tem outro emprego? Não

Tempo de deslocamento casa/trabalho: 20 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos:

1. Abordagem ao portador de transtornos mentais
  2. Abordagem ao portador de necessidades especiais (visual e auditivo)
  3. Qualidade da equipe
- 

NML

08.02.60

Sexo: feminino

Estado civil: outros

Filhos: NI

Cargo: Atendente

Turno: tarde/noite

Tempo de formado: 17 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano e meio

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 20 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos:

1. Saúde Ocupacional
  2. Saúde Mental
  3. Relacionamento interpessoal
- 

DM

09.11.1972

Sexo: feminino

Estado civil: divorciada

Filhos: 03

Cargo: Agente de saúde

Turno: integral

Tempo de formado: 2 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 2 anos

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 30 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

DSR

21.11.1978

Estado civil: solteira

Filhos: não

Cargo: enfermeira

Turno: 07:00 às 16h

Tempo de formado: 8 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 8 meses

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 40 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: Comunicação, Métodos de educação continuada, dinâmica de grupo

---

AMA

04.03.1968

Estado civil: solteira

Filhos: N

Cargo: enfermeira

Turno: diurno

Tempo de formado: 3 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 4 meses

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 30 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: ferramentas do PSF, objetivos e histórico do PSF. Protocolos e necessidades dos mesmos.

---

IAPS

27.07.1971

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Filhos: 01

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: manhã/tarde

Tempo de formado: 10 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 2 meses

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 40 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: Atendimento ao usuário com dependência química, abordagem na adolescência, abordagem no ido (sexo na 3ª idade)

---

MKT

15.05.1960

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Filhos: 03

Cargo: odontóloga

Turno: manhã e tarde

Tempo de formado: 25 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano e meio

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 1:30h

Temas sugeridos p/ treinamentos: Integração da equipe, atendimento ao público, abordagem familiar

---

SCE

07.09.1966

Sexo: feminino

Estado civil: solteira

Filhos: 04

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: tarde/noite

Tempo de formado: 22 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: mais ou menos 10 meses

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? Cerca de 50 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: saúde mental, higiene (tanto pessoal quando do domicílio), planejamento familiar

---

TJC

28.10.1954

Sexo: feminino

Estado civil: casado

Filhos: 01

Cargo: odontóloga

Turno: manhã/tarde

Tempo de formado: 28 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 01 ano

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? Duas horas

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

DAS

Sexo: feminino

Estado civil: outros

Filhos: 02

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: manhã e tarde

Tempo de formado: 08 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 19 meses

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 1h:30min

Temas sugeridos p/ treinamentos: educação, respeito, companheirismo

---

DAE

25.02.1970

Sexo: feminino

Estado civil: solteiro

Filhos: 01

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: manhã e tarde

Tempo de formado: 15 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano e meio

Tem outro emprego? não

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 1 hora

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

CS

Sexo: feminino

Estado civil: NI

Filhos:

Cargo:

Turno:

Tempo de formado:

Há quanto tempo trabalha na Unidade:

Tem outro emprego?

Tempo de deslocamento casa/trabalho?

Temas sugeridos p/ treinamentos:

---

BR

Sexo: feminino

Estado civil: solteira

Filhos: N

Cargo: ACD

Turno: manhã/tarde

Tempo de formado: NI

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 01h30min

MLKF  
22.04.1962  
Sexo: feminino  
Estado civil: casada  
Filhos: 05  
Cargo: auxiliar de enfermagem  
Turno: manhã e tarde  
Tempo de formado:  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: 01 ano  
Tem outro emprego? não  
Tempo de deslocamento casa/trabalho? 15 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

SML  
Sexo: feminino  
Estado civil:  
Filhos:  
Cargo:  
Turno:  
Tempo de formado:  
Há quanto tempo trabalha na Unidade:  
Tem outro emprego?  
Tempo de deslocamento casa/trabalho?  
Temas sugeridos p/ treinamentos:

---

RFRS  
26.01.1981  
Sexo: masculino  
Estado civil: solteiro  
Filhos: N  
Cargo: residente Turno:  
manhã e tarde Tempo de  
formado: 3 anos  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: 6 meses  
Tem outro emprego? N  
Tempo de deslocamento casa/trabalho? 30 minutos  
Temas sugeridos p/ treinamentos: reuniões com a equipe (planejamento,  
organização), comunicação entre a equipe, hierarquia

---



JLMS

01.10.1972

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Filhos: 01

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: Manhã

Tempo de formado: 3 anos

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 2 anos

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 15 anos

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

AVS

10.07.1947

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Filhos: 03

Cargo: auxiliar de enfermagem

Turno: manhã

Tempo de formado: 29

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 1 hora

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

CBR

01.06.1975

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Filhos: 02

Cargo: agente comunitária

Turno: Manhã

Tempo de formado: NI

Há quanto tempo trabalha na Unidade: 4 meses

Tem outro emprego? N

Tempo de deslocamento casa/trabalho? 15 minutos

Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

CSL  
09.12.1968  
Sexo: feminino  
Estado civil: casado  
Filhos: 03  
Cargo: agente comunitária  
Turno: manhã  
Tempo de formado: 2 anos  
Há quanto tempo trabalha na Unidade: 1 ano  
Tem outro emprego? N  
Tempo de deslocamento casa/trabalho? 15 min  
Temas sugeridos p/ treinamentos: NI

---

## **ANEXO IV: ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Pesquisa: Atenção Básica: Ações de capacitação para qualidade da Atenção e abordagem integral do atendimento da equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família – unidade de Rio Bonito

Pesquisado: Preceptor do PSF – Rio Bonito.

1. Quando foi implantada a unidade?
2. Quantas equipes atuam na localidade?
3. Como a localidade está dividida?
4. Quais atividades o PSF realiza no município?
5. Na sua opinião, qual a posição do PSF no município?
6. Poderia relatar um pouco a rotina da unidade?
7. Quais são os principais problemas da unidade?
8. Quais são as suas atividades no Programa?
9. Qual é o trabalho das equipes?
10. Como trabalham as equipes?
11. Qual a sua opinião sobre o modelo do PSF?

## **ANEXO V: EVENTO DE SENSIBILIZAÇÃO**

Data: 01.07.2008

Local: US Rio Bonito

Horário: 13:30 às 16:30

### **Objetivos:**

1. Apresentar o projeto
2. Cadastrar a equipe
3. Sensibilizar para o trabalho

### **Resumo:**

Permanecer na unidade por um período de 3 horas para cadastramento dos profissionais e apresentação do projeto e da pesquisadora.

Foi entregue um kit contendo um material explicativo e ilustrativo e oferecido um lanche.

Após apresentação da pesquisadora, foram abordados os propósitos do projeto, visando a sensibilização. Os profissionais foram cadastrados, ocasião em que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e preencheram as fichas de perfil.

### **Material:**

- 05 cartazes (afixados na US)
- 50 adesivos da campanha
- 50 kitS de lanche, contendo 02 salgados e 02 doces
- 50 fichas de cadastro

**PRODUTO: Animação 1**  
**Título: Uma equipe de família**

**ROTEIRO**

<b>Vídeo</b>	<b>Áudio</b>
Entrada individual dos personagens	Trilha
José Guilherme (acena) Dr. Carlos (cumprimenta) Enfermeira Ana (estala os dedos e bate o pé) Tina (pisca o olho) Dr. Alberto (acena)	
José Guilherme (passeando na frente da Unidade)	José Guilherme é um dos agentes comunitários da equipe de saúde de Rio Bonito. Um profissional modelo. Conhece profundamente a região que atende, mantendo um bom e atualizado cadastro das famílias pertencentes à sua área. Quando identifica uma situação de risco, imediatamente faz o registro e os encaminhamentos necessários. Gosta de acompanhar as condições de saúde das famílias e entende que o seu trabalho é super importante no combate e na prevenção de doenças. As famílias frequentemente solicitam sua orientação quanto aos serviços oferecidos pela Unidade e sua dedicação é muito reconhecida pela equipe, que constantemente o consulta a respeito dos pacientes e suas famílias.
Dr. Carlos (na sala de reuniões da Unidade)	Dr. Carlos é um médico muito experiente e gosta de atender todas as famílias da comunidade. Conhece todo mundo e a história de cada um de seus pacientes. Cuida para que as pessoas estejam sempre bem. Durante as consultas, sempre aconselha, previne e acompanha cada paciente: criança, adolescente, mulher, adulto ou idoso, não importa. Dr. Carlos é mesmo um médico de família e para a família toda.
Ana (passeando na frente da Unidade)	Atenção e competência são duas características que definem a enfermeira Ana. Sua rotina é intensa. Ana trabalha bastante, mas se mostra sempre disposta e atenciosa. Vigilante com a saúde das pessoas, tem grande experiência e quer ter sempre a certeza do bem estar dos pacientes. Demonstra grande habilidade em identificar características e hábitos de saúde de cada um deles e dessa forma, orienta e educa para que tenham melhor qualidade de vida. Trabalha muito bem orientando auxiliares de enfermagem e apoiando o trabalho das agentes comunitários. Na equipe, é mesmo fundamental!
Tina (na sala de uso comunitário)	Auxiliar de enfermagem da equipe, Tina é extremamente ativa e sempre se mostra disposta a colaborar. Quando necessário, acompanha o agente comunitário Marcos nas visitas domiciliares. Tina trabalha diretamente com a enfermeira Ana e o Dr. Carlos. Em sua rotina, costuma desenvolver atividades de identificação das famílias de risco. Acompanha as consultas de enfermagem e ajuda a monitorar as condições de saúde da população. Participa ativamente da organização do trabalho da Unidade e nas horas vagas gosta de estar com os amigos. Está no terceiro ano da faculdade de enfermagem e sonha especializar-se em epidemiologia e vigilância sanitária
Dr. Alberto (na mesa de entrada)	Dr. Alberto é o cirurgião dentista. É com ele que toda a comunidade realiza o tratamento integral e de emergência. Dr. Alberto é conhecido por sua empatia com os pacientes e também pela grande prática de realizar pequenas cirurgias ambulatoriais. Os casos mais complexos ele rapidamente encaminha para outros níveis de assistência. Seu trabalho também auxilia a equipe em ações preventivas e de educação de saúde bucal.

**PRODUTO: Animação 2**  
**Título: Uma equipe de família**

### ROTEIRO

Médico: Dr. Carlos	Oi, meu nome é Carlos. Sou médico de família, aqui na comunidade de Rio Bonito. Junto com a equipe da Unidade, gosto muito de atender e conhecer os pacientes, já que no meu trabalho é muito importante que as pessoas estejam sempre bem. Durante as consultas, procuro aconselhar, prevenir e acompanhar cada paciente: seja criança, adolescente, mulher, adulto ou idoso. Não importa. Eu, Dr. Carlos estou aqui como o seu médico e de toda a sua família.
Enfermeira: Ana	Bom, eu sou a Ana. Minha rotina aqui na Unidade é intensa. Como enfermeira, eu trabalho muito, mas sempre com muita atenção e disposição. Estou de olho no seu peso... no seu peso só, não, na sua pressão... (respiração aliviada). Meu trabalho consiste na certeza do seu bem estar, por isso costumo estar atenta às características e aos hábitos de saúde de cada paciente, para que tenha melhor qualidade de vida. Também oriento auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Em suas visitas à Unidade vamos sempre nos encontrar!
Auxiliar de enfermagem: Tina	Eu sou a Tina. Gosto muito de trabalhar na Unidade. Faço o terceiro ano da faculdade de enfermagem e sonho em me especializar em vigilância sanitária. Trabalho diretamente com a enfermeira Ana e o Dr. Carlos, mas quando necessário, acompanho o agente comunitário Marcos nas visitas domiciliares. Meu trabalho é desenvolver atividades de identificação das famílias de risco, acompanhar as consultas de enfermagem e ajudar a monitorar as condições de saúde da nossa população. Nas horas vagas gosto de estudar ou de estar com os amigos. Precisando, é só me procurar!
Agente Comunitário de Saúde: Josi	Oi, eu sou a Josi. A agente comunitária mais badalada da equipe. Conheço muito Rio Bonito e mantenho um bom e atualizado cadastro das famílias aqui da região. Quando identifico uma situação de risco, imediatamente faço o registro e os encaminhamentos necessários. Gosto de acompanhar as condições de saúde das famílias e sei que o meu trabalho é super importante no combate e na prevenção de doenças. As famílias sempre me perguntam sobre os serviços oferecidos pela Unidade e a equipe está sempre me perguntando a respeito dos pacientes e suas famílias.
Dentista: Dr. Alberto	Precisando de dentista???? Aqui estou eu, Dr. Alberto, sim senhor. Aqui no consultório todo mundo sabe tratamento integral e de emergência é comigo mesmo. Sou conhecido por minha simpatia (singela risadinha) e também pela prática de realizar pequenas cirurgias ambulatoriais. Os casos mais complexos eu rapidamente encaminho para outros níveis de assistência. Por meio do meu trabalho, auxilio a equipe em ações preventivas e de educação de saúde bucal. Um grande abraço.

## ANEXO VI: PESQUISA DE AUTO-CONHECIMENTO

Função: \_\_\_\_\_

22.10.2008

Equipe: \_\_\_\_\_

A respeito da equipe (geral), da Unidade, atribua um grau de avaliação, sendo 1 o grau mínimo e 5 o grau máximo

<b>EQUIPE</b>	1	2	3	4	5
Grau de motivação					
A equipe é unida					
Competência técnica					
Os objetivos são claramente definidos					
Clima de cooperação					
Organização					
Frequência de treinamentos					
Qualidade dos treinamentos					
Qualidade do relacionamento entre a equipe					
<b>ATENDIMENTO</b>					
O horário de funcionamento é satisfatório					
O atendimento é rápido					
As informações são de boa qualidade					
O paciente é tratado com prioridade					
Tempo de espera para atendimento					
Atenção no atendimento					
Agilidade no atendimento					
Atendimento telefônico					
Serviço de farmácia					
Recepção					
Cortesia					
<b>UNIDADE</b>					
Imagem da unidade perante o público					
Capacidade de atendimento					
Organização de materiais informativos nos murais					
Equipamentos					
Respeito por parte dos funcionários					
Centralização dos serviços					
Preocupação que a administração					
Limpeza das instalações					
Facilidade para marcação de consultas					
<b>PACIENTE</b>					
Aceita as orientações					
Cumprir as orientações					
Confia na equipe					
Costuma ser gentil					
Comparece aos agendamentos					
<b>AUTO-AVALIAÇÃO</b>					
Gosto de atender					
Auxílio colegas quando solicitado					
Cumpro horários					
Cumpro o prometido					
Demonstro interesse pelo outro					
Conheço as funções de cada membro da equipe					

Na sua opinião, quais seriam as principais dificuldades na relação com os pacientes?

## ANEXO VII: PSF RIO BONITO - REUNIÕES DE TRABALHO

### Reuniões de trabalho da equipe:

Setembro: 24

Outubro: 08 e 22

Novembro: 05 e 19

### Campanha 1

- Natureza: autoconhecimento
- Título: Agente
- Duração: 5 dias
- Abordagem: instruções gerais a respeito da Atenção Básica, auto conhecimento da equipe, com destaque para o agente de saúde.
- Técnicas: eventos, dinâmicas, material publicitário, vídeos

Data: 24.09.2008

Programação:

15:00	Aplicação de questionário a respeito de quem é e quais são as competências do agente de saúde
15:20	Exposição a respeito das atividades e competências do agente de saúde
15:30	Dinâmica de grupo
16:00	Exibição de vídeo

### Setembro

2ª		3ª		4ª		5ª		6ª	
1		2		3		4		5	
8		9		10		11		12	
15		16		17		18		19	
22		23		24	Reunião com a equipe	25		26	

### Outubro

2ª		3ª		4ª		5ª		6ª	
				1		2		3	
6		7		8	Reunião com a equipe	9		10	
13		14		15		16		17	
20		21		22	Reunião com a equipe	23		24	
27		28		29		30		31	

15:00	Aplicação de questionário a respeito de quem é e quais são as competências do médico de família
15:20	Exposição a respeito das atividades e competências do médico de família
15:30	Dinâmica de grupo
16:00	Exibição de vídeo

### Novembro

2ª		3ª		4ª		5ª		6ª	
3		4		5	Reunião com a equipe	6		7	
10		11		12		13		14	
17		18		19	Reunião com a equipe	20		21	
24		25		26		27		28	



Dia 05

15:00	Aplicação de questionário a respeito de quem é e quais são as competências da enfermeira
15:20	Exposição a respeito das atividades e competências da enfermeira
15:30	Dinâmica de grupo
16:00	Exibição de vídeo

15:00	Aplicação de questionário a respeito de quem é e quais são as competências ???
15:20	Exposição a respeito das atividades e competências
15:30	Dinâmica de
16:00	Exibição de vídeo

Teleconferência já realizada

Convidado: Prof. Dr. Ricardo Teixeira – Centro de Saúde Escola do Butantã –  
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP\*

Dia: 05 de novembro de 2008

Horário: 15h

**Objetivo:**

- Cooperação técnica para tese de doutorado que tem por objeto a capacitação de equipes do PSF

Promoção: Núcleo de Telessaúde da PUCPR – NUTES

Supervisão: Prof. Dr. Guilherme Vilar

Informações técnicas:

Técnico responsável: Thiago Augusto Duarte de Freitas

Técnica responsável: Bianca Carneiro Ribeiro

\* Graduado em Medicina pela UFRJ (1985) é Mestre (1993) e Doutor (2003) em Medicina Preventiva pela USP. Atualmente é médico sanitário da USP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária à Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, comunicação, inteligência coletiva, tecnologias, programação em saúde e acolhimento.

Qualitativa

Quantitativa – RM – confirma

Abordagem qualitativa

Complementar; quantitativa

## ANEXO VIII ROTEIRO DE ENTREVISTA

### **Pesquisa:**

**Atenção Básica: Ações de capacitação para qualidade da Atenção e abordagem integral do atendimento da equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família – unidade de Rio Bonito**

### **Pesquisado: Preceptor do PSF – Rio Bonito**

1. Quando foi implantada a unidade?

---

---

---

2. Quantas equipes atuam na localidade?

---

---

---

3. Como a localidade está dividida?

---

---

---

4. Quais atividades o PSF realiza no município?

---

---

---

5. Na sua opinião, qual a posição do PSF no município?

---

---

---

6. Poderia relatar um pouco a rotina da unidade.

---

---

---

7. Quais são os principais problemas da unidade?

---

---

---

8. Quais são as suas atividades no Programa?

---

---

---

9. Qual é o trabalho das equipes?

---

---

---

10. Como trabalham as equipes?

---

---

---

11. Qual a sua opinião sobre o modelo do PSF?

---

---

---