

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

CAMILA FILETE MANHONE

COMUNICAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE/NA SAÚDE.

VITÓRIA
2015

CAMILA FILETE MANHONE

COMUNICAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE/NA SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Tarsila Eulália Cafardo Thomaz
Cardoso da Cunha.

VITÓRIA
2015

CAMILA FILETE MANHONE

COMUNICAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE/NA SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Tarsila Eulália Cafardo Thomaz Cardoso da Cunha. - Orientador

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Dedico este trabalho a minha família, a família do senhor Wilson Lourenço de Souza e ao meu namorado Nadson, pelo apoio.
Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todo amor, carinho, afeto, dedicação e cuidado, em todos os momentos da minha vida e das pessoas que eu amo e que também foram fundamentais para a realização desse Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço aos professores, por contribuírem direta e indiretamente para a realização desse trabalho.

Agradeço a professora Tarsila, pela dedicação, compreensão, paciência, incentivo e colaboração, desde início deste trabalho.

A meu pai Carmo, a minha Mãe Celir, aos meus irmãos Carmelino e Camilo, por todo carinho, afeto, amor, apoio, dedicação e ajuda, em todos os momentos de minha vida.

A minha irmã Celina por ser essa irmã dedicada e maravilhosa a quem devo esta conquista.

Ao senhor Wilson e dona Élia, por permitirem a realização desse sonho e por mim apoiarem e me ajudarem financeiramente e emocionalmente todos esses anos em que estive em seu lar.

Aos meus amigos Renan e Rosane, que a todo momento torceram e me apoiaram para realização dessa conquista.

“A verdadeira viagem de descoberta não consiste em sair a procura de novas paisagens, mas em possuir novos olhos.”
Marcel Prout.

RESUMO

A comunicação é a troca de mensagens entre o emissor e o receptor através de um canal acessível ao entendimento dos dois. O objetivo geral é identificar a importância da comunicação na Educação em saúde/ na saúde, na Estratégia Saúde da Família e os objetivos específicos são: conhecer os principais tipos de comunicação, identificar as barreiras e os fatores que interferem na comunicação eficaz e identificar as diferenças da Educação em Saúde e Educação na Saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em bases: Sielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além de livros atualizados. Os critérios de inclusão foram textos completos; artigos publicados no período de 2005 a 2015; artigos em língua portuguesa; livros. Dentre os critérios de exclusão estão: textos incompletos; artigos em língua estrangeira; dissertações, monografias e teses de doutorado e artigos que não contemplem a temática escolhida. A educação em saúde necessita de uma educação eficaz, pois ela possibilita aos profissionais a descoberta das reais necessidades dos usuários de saúde e o desenvolvimento de ações para resolver os problemas e evitar que outros ocorram junto aos pacientes. Além disso os profissionais precisam saber se comunicar com os usuários de saúde, pois de nada adianta ter conhecimento do processo saúde doenças se não consegue transmitir as informações necessárias para as pessoas, deixando que elas adoçam.

Palavras-chave: Comunicação. Educação em saúde/educação na saúde. Estratégia. Saúde da família.

SUMMARY

Communication is the exchange of messages between the transmitter and the receiver through a channel accessible to the understanding of both. Identify the importance of communication in health education, education in health and family health strategy. The specific objectives are: to know the main types of communication, identify the barriers and factors that interfere with effective communication and identify differences of health education and education in health. This is a literature search performed in bases: Sielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on health sciences), as well as books updated. Inclusion criteria were complete texts; articles published in the period from 2005 to 2015; articles in Portuguese; books. The exclusion criteria are: incomplete texts; foreign language articles; dissertations, monographs and doctoral theses and articles that do not contemplate the theme chosen. Health education need of effective education because it allows professionals to discover the real needs of the users of health and the development of actions to resolve the problems and prevent others from occurring with the patients. In addition the professionals need to know to communicate with users of health because it ain't no use to have knowledge of health disease process if you can't convey the necessary information to the people, letting them get sick.

Keywords: Communication. Health education. Strategy. Family health.

LISTA DE SIGLAS

ACS –Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Internacionais de Saúde

APS –Atenção primaria a saúde

CAP´S – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CLT – Consolidação das leis do trabalho

CONASEMS – Concelho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

EC – Educação Continuada

EP – Educação Permanente

ESF – Estratégia Saúde da família

MS –Ministério da saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

PAB – Piso de atenção Básica

PAB – Piso de atenção Básica

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNH –política nacional de humanização

PSF –Programa saúde da família

SES –Estado da Saúde

SMS –Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1 SISTEMAS ÚNICO DE SAÚDE.....	25
2.1.1 Saúde no Brasil antes do SUS.....	25
2.1.2 Sistema Único de Saúde.....	26
2.1.3 Doutrinas do SUS.....	28
2.1.4 Organizações do SUS.....	31
2.1.5 Política de Humanização.....	32
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	36
2.2.1 Objetivo da Estratégia Saúde Família	37
2.2.2 Equipe da Estratégia Saúde Família e suas Funções.....	39
2.2.3 Desenvolvimento de Vínculo na Estratégia Saúde Família.....	40
2.3 COMUNICAÇÃO.....	42
2.3.1 Funções da comunicação.....	43
2.3.2 Etapas da comunicação.....	43
2.3.3 Tipos de comunicação.....	44
2.3.4 Barreiras da comunicação.....	47
2.3.5 Fatores que interferem na comunicação.....	48
2.3.6 Comunicação interpessoal.....	49
2.3.7 Comunicação em saúde.....	50

2.3.8 Comunicação terapêutica.....	53
2.4 EDUCAÇÃO.....	56
2.4.1 Abordagens pedagógica.....	57
2.4.2 Educação em saúde.....	58
2.4.3 Tipos de educação em saúde.....	59
2.4.4 Importâncias do conhecimento na produção de saúde.....	62
2.4.5 Profissionais de saúde e a educação em saúde.....	64
2.4.6 Profissionais que atuam na educação em saúde na ESF.....	65
2.4.7 Educação em saúde X educação na saúde.....	66
2.4.8 Educação na saúde.....	66
2.4.9 Educação continuada e educação permanente para a educação na saúde.....	67
2.4.10 Barreiras da educação.....	70
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	75

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por várias mudanças ao longo dos anos. No início as medidas tomadas pelos governantes para a saúde, eram voltadas para o tratamento das doenças e haviam poucas medidas educativas que se limitavam a campanhas de higiene. Com o passar dos anos, percebeu-se que para minimizar ou solucionar os problemas de saúde do Brasil, seriam necessárias medidas de tratamento, reabilitação e medidas de prevenção de riscos e de promoção da saúde. O SUS através de suas diretrizes e organização disponibiliza os meios para que a atenção primária secundária e terciária ocorra da melhor forma possível (PAIM, 2011).

Foi necessário implantar a Estratégia Saúde da Família para reorientar a atenção básica a saúde do Sistema Único de Saúde. Essa estratégia desenvolve suas ações de acordo com os princípios do SUS, para a prevenção de riscos e promoção da saúde, mas para isso ela precisa através da comunicação e humanização do atendimento, desenvolver vínculos entre os profissionais e a comunidade (BRASIL, 2007b). Com o vínculo, os profissionais descobrem as necessidades das pessoas e da comunidade e junto com esses usuários de saúde, planejam ações para prevenir situações que podem afetar a saúde física, mental e social de cada indivíduo, além de desenvolver meios que promovam melhores condições de vida e de saúde para toda a comunidade (GONÇALVES; FIORE, 2011).

Para realizar ações de prevenção de riscos e promoção da saúde a ESF desenvolve nas comunidades a educação em saúde. Essa ação realizada através da educação popular e radical, promove nas pessoas de forma humanizada a autonomia sobre sua própria vida e saúde e a busca contínua de informações e meios que melhorem a qualidade de vida individual e coletiva. Para desenvolver essa educação alcançando esses objetivos, os profissionais de saúde, devem estar capacitados a desenvolver a comunicação eficaz e para isso recebem educação na saúde, através da educação continuada e permanente (BRASIL, 2009).

Segundo Lefevre, Lefevre e Figueiredo (2010), os profissionais devem estar capacitados para desenvolver comunicação eficaz com os usuários de saúde, pois através dela os profissionais descobrem a real situação de vida das pessoas e da comunidade e elaboram com elas soluções para os problemas encontrados. Além disso eles precisam saber se comunicar de forma eficaz para transmitir as

informações para os usuários de saúde, se eles não realizarem a comunicação de forma correta a educação não ocorrerá e as pessoas ficarão à mercê da sorte pois não receberão as orientações que necessitavam (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Segundo Araújo e Rocha (2007), os trabalhadores da ESF, também devem desenvolver uma comunicação eficaz entre a própria equipe, tanto para evitar possíveis conflitos informacionais, como também para impedir que informações importantes para os pacientes e a comunidade se percam. Se isso ocorrer os pacientes serão os mais prejudicados.

Sendo assim os profissionais de saúde devem ter: conhecimento das etapas da comunicação, pois se ela não ocorrer de forma eficaz o paciente não vai entender o que o profissional de saúde está informando, conhecer as barreiras da comunicação, para saber como será a comunicação estabelecida para melhor entendimento do usuário de saúde e conhecer como ocorre a comunicação verbal e não verbal, para desenvolver a comunicação precisa e não transmitir informações indesejadas (SILVA, 2011).

Na saúde a comunicação eficaz pode ser alcançada com a comunicação terapêutica pois ela através de suas informações possibilita ao profissional, o desenvolvimento de uma assistência precisa, onde os indivíduos acreditam nos profissionais e esses retribuem atendendo as necessidades das pessoas ajudando-as da melhor forma possível com respeito e dignidade (VALVERDE apud HADDAD, 2011). Sendo assim este trabalho torna-se relevante, pois contribuirá para melhor comunicação entre os profissionais da saúde e os pacientes, visando a sua prevenção da doença, promoção da saúde e melhor qualidade de vida.

Este Trabalho de Conclusão de Curso, trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em bases: Sielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além de livros atualizados. Os critérios de inclusão foram textos completos; artigos publicados no período de 2005 a 2015; artigos em língua portuguesa; livros. Dentre os critérios de exclusão estão: textos incompletos; artigos em língua estrangeira; dissertações, monografias e teses de doutorado e artigos que não contemplem a temática escolhida.

O objetivo geral foi identificar a importância da comunicação na Educação em saúde/na saúde, na Estratégia Saúde da Família e os objetivos específicos foram conhecer os principais tipos de comunicação, identificar as barreiras e os fatores que interferem na comunicação eficaz e identificar as diferenças da Educação em Saúde e Educação na Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.1.1 Saúde no Brasil antes do SUS

Com o descobrimento do Brasil, vários imigrantes portugueses, escravos e outros vieram para o país para colonizar as terras brasileiras. Só que, com eles, vieram também as doenças e como aqui não havia qualquer atenção à saúde, muitos habitantes morreram. Só com a vinda da família real algumas medidas começaram a ser tomadas, como o saneamento da capital, controle dos navios e saúde dos portos, fundação da academia medico-cirúrgica e escola de cirurgia, os navios eram obrigados a ficar em quarentena etc. (Brasil, 2006a).

Com a proclamação da República outras medidas em prol da saúde ocorrerão, como o saneamento dos habitantes da cidade, a correção dos rios que causavam enchentes, a drenagem dos brejos, a destruição de criadouros de ratos, o extermínio de mosquitos, a reforma das grandes cidades e a divulgação das regras de higiene, isolamento de pessoas enfermas, a criação do primeiro laboratório de pesquisa médico-epidemiológico, laboratórios bacteriológicos, vacinogênicos, Instituto Soroterápico, instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP'S) etc. (BRASIL, 2005a).

No governo de Getúlio Vargas também houve a tentativa de melhora das condições de vida e saúde da população, criando-se o Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde, juntas de arbitramento trabalhista. Ele adotou parcialmente a Lei de Elói Chaves, organizando as Caixas de Aposentadoria e Pensões e os Institutos de Previdência, sob a tutela do Estado e a consolidação das leis do trabalho (CLT). Em 1943, tornou-se obrigatório o pagamento do salário mínimo, a indenização das pessoas que se acidentavam, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, férias remuneradas, entre outros (GETÚLIO VARGAS, 2011).

Já no regime militar, houve menos investimentos para melhores condições de vida e saúde da população, mas houve também algumas melhoras significativas. Foi determinado ao Ministério da Saúde o cargo de executar as atividades médicas-

ambulatoriais e as ações preventivas no todo (controle de drogas, remédios, mantimentos e pesquisa médico-sanitária). Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o dever de executar o controle e a erradicação das endemias. Em 1976 iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (COSTA et al, 2009).

A partir do mandato de Tancredo Neves, começou uma grande evolução na saúde brasileira, quando foi instituído o (CONASEMS) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou a base da reforma sanitária com três aspectos principais: uma abrangência ampla à saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do estado; e a instituição de um sistema único de saúde. Partindo da iniciativa de mudanças na saúde, no governo de Tancredo Neves o governante José Sarney procurou reorganizar o sistema de saúde oficial com a criação, em 1987, do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, baseado no princípio da integração de todos os serviços de saúde (públicos e particulares) (BRASIL, 2007a).

Com a criação do SUDS, o governo procurou estabelecer uma rede hierarquizada e regionalizada, obtendo mais controle das atividades em saúde desenvolvidas pelas empresas privadas, participação das comunidades na administração das próprias comunidades e maior participação do estado nos serviços de saúde. O SUDS deveria abordar os princípios da reforma sanitária que eram, dentre outros, a universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização pela via da estadualização, democratização das instâncias gestoras etc., mas ele apresentou erros estratégicos e inesperados que mesmo com reformas na administração não conseguiram executar positivamente o Sistema Nacional de Saúde (CHIORO; SCAFF, acesso em 20 mar. 2015).

2.1.2 Sistema Único de Saúde

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) junto com o CONASS e o Ministério da Saúde atuaram na criação, em 1988, pela Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema é responsável por organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde e dos serviços de saúde estaduais e municipais (POLIGNANO, acesso em 20 mar. 2015).

A partir da Constituição Federal organizou-se, em setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, denominada Lei n.8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Com essa lei, a sociedade civil teve uma intensa reação, levando ao surgimento da Lei 8.142, de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, instituindo os conselhos de saúde e as conferências de saúde (PAIM, 2011).

Assim, com a regulamentação dessas leis, o SUS foi efetivado e passou a ser orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) instituídas pelas portarias do Ministério da Saúde. Essas Normas determinaram as funções de cada esfera de governo na implantação do SUS e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem tomar posse das novas atribuições na gestão. Definiram também os critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para que essa atuação ocorresse em prol da saúde brasileira (BRASIL, 2011a).

Dentre as NOB, destacam-se A Norma Operacional Básica de 1993 e a de 1996. A NOB de 20 de maio 1993 criou as Comissões Intersetoriais Tripartite e Bipartite, um sistema capaz de ser compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, ao mesmo tempo em que impulsiona a municipalização da gestão capacitando os municípios nas condições de gestão criadas, sendo essas a incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 2007a).

A NOB DE 1996, de 5 de novembro de 2006, criou um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, que consolidou a política de municipalização, formando o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde (POLIGNANO, acesso em 20 mar. 2015).

Segundo BRASIL (2007a), as principais características da NOB de 96 foram:

- ✓ Os municípios passaram a ter duas formas de gestão, a plena de atenção básica e a plena do sistema municipal.
- ✓ Piso de Atenção Básica (PAB); passou a financiar a atenção básica com o pagamento per capital/ IBGE e não mais por procedimentos realizados.
- ✓ O PAB passou a incentivar programas como o de agentes comunitários de saúde, programa saúde da família, atendimento farmacêutica (básica),

programa de combate às carências nutricionais (principalmente em crianças), ações básicas de vigilância sanitária, ações básicas de vigilância epidemiológicas e ambientais, etc.

O SUS adota a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo Brasil através das esferas autônomas, federal, estadual e municipal. Com isso, esse sistema interage seus serviços e ações com o objetivo de melhorias na saúde da população. Ocorrendo isso também nas atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011a).

2.1.3 Doutrinas do SUS

Universalidade:

O artigo 196, da Constituição Federal de 1988, proporciona a todos o acesso aos serviços de saúde e aos fatores condicionantes e determinantes, garantindo a saúde e qualidade de vida das pessoas. Sendo assim, todos os indivíduos possuem direito à saúde sem distinção e gratuitamente, independentemente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, com plano de saúde ou não (COSTA; CARBONE, 2010).

A universalidade garante o atendimento a todas as pessoas doentes nos serviços de saúde, mas também enfatiza ações para prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim ela possibilita ao indivíduo a prevenção e redução de riscos a que ele está exposto, assegurando a assistência quanto a doenças e agravos à saúde. Ela tem a função de proporcionar a qualidade de vida, com o bem-estar físico, mental e social (Carvalho, 2013).

Segundo Teixeira (2011), a constituição de 1988 declara que a saúde é direito de todas as pessoas que estiverem no Brasil e dever dos estados. Isso significa que o estado deve formular e implementar políticas sociais e econômicas para melhorar as condições de vida e saúde dos brasileiros. Isso inclui políticas voltadas para o acesso de todos em todos os níveis de atenção (primário, secundário, terciário), como proposta de sistematização e programas e projetos que visem reforma do SUS, se necessário. Sendo assim a universalidade deve garantir que o SUS dê

cobertura a toda a população eliminando barreiras culturais, sociais e econômicas que se interpõem entre a população e o serviço.

Equidade:

Todo usuário de saúde é igual diante o Sistema Único de Saúde e tendo a garantia de que será recebido e acolhido conforme as suas necessidades nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Os serviços de saúde devem entender que cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas exclusivos, com diferenças em relação ao seu modo de viver, de adoecer e de satisfazer suas necessidades de vida (COSTA; CARBONE, 2010).

Cabendo assim a esses ofícios de saúde, saber as diferenças entre os grupos da população e agir para atender a cada necessidade, oferecendo mais aos mais necessitados, diminuindo as desigualdades existentes. O que determina as ações que serão desenvolvidas em cada pessoa são as prioridades epidemiológicas (pessoas mais fragilizadas, comunidades carentes, etc.) e não privilégios e favorecimentos. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas pois se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter ações de que não necessitam enquanto outras pessoas passam dificuldades sem a atenção à saúde de que tanto necessitam (FIGUEIREDO, 2009).

Segundo Teixeira (2011), a equidade consiste em prestar atenção na saúde de forma desigual, pois há locais em que a saúde é precária e outros onde quase não se percebe doença (a desigualdade se apresenta com o adoecer e morrer das pessoas). Com isso pretende-se alcançar a igualdade na possibilidade de sobrevivência e de desenvolvimento pessoal e social dos brasileiros, garantindo condições de vida e de saúde o mais igual possível. Aqui o sistema de serviço de saúde pode redistribuir a oferta de ações em saúde, redefinindo essa oferta, priorizando a atenção para grupos onde as condições de vida e de saúde são precárias e destacando ações especiais para pessoas ou grupos onde os riscos de adoecer e morrer são maiores.

Integralidade:

Todos os atos realizados para a saúde das pessoas devem ser combinados e de forma contínua para que haja prevenção, promoção e a reabilitação da saúde do indivíduo que esteja no Brasil. Sendo assim as fases da vida do indivíduo não pode

ser vista como divisões ou períodos separados, mas sim como uma continuidade, pois o que ocorre em uma fase da vida reflete nas outras. Pensando assim entende-se que, a pessoas não devem ser atendidas como um amontoado de partes (fígado, pulmão etc.), mas sim como um ser integral e biopsicossocial, que necessita de atenção no seu estado físico mental e social. Dessa forma o atendimento deve ser para a saúde e para a doença, garantindo a integralidade do atendimento com a promoção, prevenção e recuperação da saúde (COSTA; CARBONE, 2010).

Para Teixeira (2011), a integralidade da assistência ocorre quando os profissionais da saúde conseguem atuar na vida das pessoas promovendo sua saúde, prevenindo situações ou ações que possam agredir o seu bem-estar físico mental e social, tratando os doentes e reabilitando aqueles já tiveram sua saúde prejudicada. Para isso, o Sistema Único de Saúde deve estar disponível para atender essas necessidades das pessoas com estabelecimentos adequados, unidades de prestação de serviços, profissionais qualificados, recursos necessários e ações específicas, como vigilâncias epidemiológicas, ambientais, sanitárias, etc., e ações para a atenção primária, secundária e terciária.

Níveis de prevenção:

Primária: ações para remoção das causas e fatores de risco individual ou coletivo, antes da instalação de uma condição clínica. Nela inclui promoção da saúde e proteção específica. Em promoção da saúde ocorre educação geral, educação em saúde, habilitação, vestuário, nutrição e recreação (desenvolvimento social, econômico e ambiental) e em proteção específica ocorrem ações de imunização, saúde ocupacional, aconselhamento genético, regime alimentar, uso de preservativo e controle de vetores (COSTA; CARBONE, 2010). Exemplos de ação são: imunização de crianças, jovens, adultos e idosos, para prevenção de doenças, orientação de atividade física para todas as idades diminuindo a chance de desenvolvimento de obesidade e em consequência outras comorbidades (BRASIL, 2013).

Secundário: diagnóstico e tratamento precoce, para detectar um problema de saúde já instalado que pode estar em estágio inicial ou em estágio subclínico no indivíduo ou em uma comunidade (BRASIL, 2013). Ocorre assim inquérito para descoberta de casos na comunidade, exames periódicos individuais para detecção precoce dos casos, tratamento para evitar a progressão da doença. Nesse nível de atenção

também ocorre a limitação da incapacidade com tratamento para evitar futuras complicações (morte ou sequelas) (COSTA; CARBONE, 2010).

Terciário: a prevenção terciária tem como objetivo diminuir os danos causados pela doença, reabilitando os clientes através da fisioterapia, terapia ocupacional, educação (visando ao máximo aproveitamento da capacidade remanescente) e educação ao público e dos empregadores para utilização dos reabilitados (COSTA; CARBONE, 2010). Segundo Brasil (2013), essa ação reduz nos usuários de saúde e na população danos e problemas agudos ou crônicos podendo reabilitá-los para que possam viver em suas rotinas diárias. Exemplo disso é a prevenção de futuras complicações da diabete e reabilitação de pessoas que sofreram infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

2.1.4 Organizações do SUS

Regionalização:

Segundo Paulino, Bedin e Paulino (2009), os serviços de saúde devem estar organizados de maneira regionalizada pois muitos municípios não conseguem atender a demanda de seu território. Sendo assim deve ter uma base territorial para o sistema de saúde, para facilitar a organização e o planejamento da atenção de acordo com as necessidades de cada região, evitando insuficiência e desperdício de recursos (CHIORO; SCAFF, acesso em 20 mar. 2015).

Hierarquização:

Os serviços de saúde devem ser planejados em níveis de complexidades crescentes, garantindo o processo de referência e contra referência onde o indivíduo é atendido na atenção primária e se necessário é encaminhado para níveis de maior complexidade (secundário ou terciário), podendo retornar para a atenção primária (CARVALHO, 2013). Os pacientes que apresentam situações menos complexas devem ser atendidos nas unidades básicas de saúde e se o estado de saúde piorar ele pode ser atendido numa unidade especializada ou hospital geral ou ainda em um hospital especializado (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Resolutividade:

O sistema de saúde deve estar preparado dentro dos limites de suas complexidades e competência tecnológica, para solucionar os problemas de saúde dos indivíduos nos níveis de assistência necessários para cada usuário de saúde. Além disso, o sistema também deve se responsabilizar a atender problemas relacionados ao impacto coletivo na saúde (CARVALHO, 2013).

Descentralização:

Partindo da ideia de que quanto mais perto da situação, mais fácil e preciso será o acerto, cabe aos municípios a execução da maioria das ações, principalmente a responsabilidade política pela saúde das pessoas de sua área abrangente. Sendo assim todas as ações e serviços que atendem a população de um determinado município é de responsabilidade desse, as ações em saúde que atendem vários municípios é de responsabilidade do estado e as ações que atendem todo território nacional é de responsabilidade da esfera federal (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Participação dos Cidadãos:

O SUS sendo democrático assegura o direito de participação de todas pessoas envolvidas com o sistema, onde todos podem participar de forma igual e com o mesmo poder de decisão. Sendo assim a população através da participação em conselhos e nas conferências de saúde de forma paritária ao governo, aos trabalhadores de saúde e aos prestadores de serviço, poderá participar do processo de desenvolvimento das políticas de saúde e do controle de seu desempenho, em todas as esferas do governo (municipal, estadual e federal) (CHIORO; SCAFF, acesso em 20 mar. 2015).

Complementaridade do Setor Privado:

A constituição definiu que quando necessário, existindo insuficiência do setor público, os governantes podem contratar serviços privados por intermédio de contratos e convênios, dando prioridade aos serviços filantrópicos não lucrativos, com o mesmo conceito de regionalização, hierarquização e universalização (CHIORO; SCAFF, acesso em 20 mar. 2015).

2.1.5 Política de Humanização

Segundo Deslandes e Mitre (2009), a humanização pode ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que defendem e valorizam os usuários, os trabalhadores e os gestores envolvidos no processo de saúde. Esses princípios e diretrizes também agem para a autonomia e a atuação ativa das pessoas em busca de sua própria saúde e da coletividade. Ela opera para que os profissionais de saúde: aumentem a corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos ativos em busca de sua própria qualidade de vida e saúde, estabelecendo vínculos entre usuários e profissionais de saúde, identificando as necessidades individuais, coletivas dos pacientes, suas famílias, comunidade e dos próprios funcionários, além de estabelecendo compromisso com as melhorias das condições de trabalho e de atendimento aos indivíduos.

Quando se pensa em humanização deve-se lembrar que ela é um aprendizado contínuo, vivencial, pouco praticado no dia a dia do trabalho, tendo como desafio as administrações rígidas e burocráticas. Mesmo assim os trabalhadores devem desenvolver suas funções de modo humanizado valorizando a afetividade e a sensibilidade quando for prestar assistência e cuidado à saúde, pois esses encontros de pessoas, essa proximidade desenvolve uma relação saudável de compartilhamento de saberes, poder e experiência de vida. Sendo assim quando esses trabalhadores forem escutar e dialogar, devem manter a ética a solidariedade, a carisma, a doçura da melhor forma possível, não se esquecendo de perdoar quando necessário (JOÃO, 2010).

Segundo Bertachini (2012), a tecnologia e a ciência trouxeram muitos benefícios na assistência à saúde das pessoas, mas também ao mesmo tempo colaborarão para uma assistência fria e objetiva, que desconsidera o sofrimento, as angústias, os temores e expectativas das pessoas. Para mudar essa realidade todos devem ter em mente que as pessoas são seres humanos e que necessitam de outros seres humanos e não de máquinas frias que não possuem pensamentos críticos e sentimentos.

Ainda segundo João (2010), os trabalhadores da saúde são submetidos a trabalhos mecanizados que impedem de serem pessoas críticas e sensíveis. Além disso eles estão em contato com situações de dor, misericórdia, sofrimento e morte, tornando-os pessoas frias e tarefas. Como se não bastasse esses profissionais ainda trabalham em situações desumanas com grandes jornadas de trabalho, número

insuficiente de pessoas na equipe, sobrecarga de atividades, baixos salários e pouco ou nenhum recurso para o seu próprio bem-estar físico mental e social.

Segundo Garuzi e outros (2014), a humanização atua no aumento da responsabilidade das pessoas que constituem o SUS, promovendo mudanças na atenção aos pacientes e na gestão da saúde. Promove vínculos dos trabalhadores com os usuários garantindo os direitos dos pacientes, dos familiares e da comunidade à saúde. Estimula os usuários de saúde, sua família e comunidade a serem ativos em sua própria saúde e vida, com o autocuidado e o controle social (os sujeitos na humanização são seres capazes de transformar a realidade em que vivem e a si próprio). Ela também atua para melhores condições de trabalho, para que os usuários de saúde tenham trabalho digno e humano. Além disso a humanização ainda desempenha ações como projetos individuais e coletivos para usuários da saúde e sua rede social, considerando as políticas e as necessidades de saúde.

Segundo Brasil (2008), a política nacional de humanização na gestão e na atenção à saúde é executada desde 2003, com o propósito de fortalecer o sistema público de saúde, apresentando-se em três princípios:

- ✓ Transversal: atua no carisma e ampliação da capacidade de interação e troca entre sujeitos, através do aumento e ampliação da capacidade de comunicação entre as políticas, programas e projetos e entre sujeitos e coletividade.
- ✓ Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde: atua para que a política (gestão) e a clínica (práticas de saúde) sejam entendidas como elementos inseparáveis que operam nas práticas de saúde. Sendo assim quando se age em uma imediatamente altera a outra.
- ✓ Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos: atua nos sujeitos para que esses desenvolvam ações transformadoras para si próprios.

Segundo Brasil (2010), através desses princípios, algumas das prioridades mais investidas da PNH são:

- ✓ Valorização da dimensão individual e social nas práticas de atenção e gestão dos SUS, garantindo todos os seus direitos principalmente no que se refere

ao respeito de gênero, raça, orientação individual, etnias e povos como os índios, ribeirinhos etc.

- ✓ Desenvolver nos trabalhadores, gestores e usuários do SUS o entendimento das ideias, diretrizes e iniciativas do processo de humanização.
- ✓ Fortalecer o trabalho em equipe abordando o uso da comunicação e a importância do grupo.
- ✓ Construção e desenvolvimento da autonomia das pessoas individualmente e do grupo e sua responsabilidade na gestão e na assistência à saúde.
- ✓ Participação de todas as pessoas no controle social através da participação em todas as instâncias gestoras do SUS;
- ✓ Tem o compromisso de tornar possível para todas as classes, as relações de trabalho, valorizando também os profissionais de saúde e o método de educação permanente.

Segundo Pasche, Passos (2008), através da PNH, foram desenvolvidas ações materiais (reformas e manuais de instrução) e não materiais (conceitos, valores e atitudes) para atuar no desenvolvimento de produção de saúde, através das mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Algumas dessas ações materiais e não materiais são:

- ✓ Acolhimento com classificação de risco: os pacientes quando chegam ao local de atendimento, são recebidos pelo acolhimento e possuem prioridade na atenção de acordo com o seu estado de sofrimento e não pela ordem de chegada.
- ✓ Colegiados gestores: são formados espaços coletivos onde são analisados os contextos, os problemas e as situações da organização e do cuidado à saúde para que assim sejam tomadas decisões que atuem na melhoria da gestão e da assistência à saúde.
- ✓ Equipes de Referência e de Apoio Matricial: são projetos desenvolvidos com a intenção de produzir a saúde e aumentar a autonomia do usuário da família e da comunidade, através do desenvolvimento do autocuidado e corresponsabilidade de sua própria saúde e vida.

- ✓ Direito de Acompanhante e Visita Aberta; os pacientes possuem o direito de terem acompanhantes e visitas quando internados.

De acordo com Bertachini (2012), a assistência à saúde se inicia no acolhimento logo que as pessoas chegam na instituição. Para que ele seja humanizado a comunicação torna-se essencial, pois a capacidade de falar ouvir, dialogar, de estar frente a frente com as pessoas possibilita que essas expressem suas necessidades, angustias, sofrimentos e até suas mesmo realizações, possibilitando que os profissionais realizem a assistência humanizada e de acordo com as necessidades das pessoas.

Segundo Brasil (2011 a), para que as pessoas tenham uma assistência humanizada que atenda suas necessidades, foi elaborada e implantada a Portaria 1.8201:

Artigo 4º, Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (...).

Ainda segundo Bertachini (2012), a humanização, o cuidado e a comunicação interagem para que a assistência à saúde seja precisa. Quando os profissionais estão prestando cuidado ao indivíduo, os dois devem entender que são pessoas dignas, cidadãos e que merecem respeito, isso também vale na comunicação entre os dois mesmo porque a comunicação é essencial para o sucesso da assistência prestada.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

É uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo de assistência à saúde (SUS), organizando a atenção primária à saúde de forma regionalizada, continua e sistematizada. Ela pretende atender a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa ou grupo integrando ações preventivas e curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A estratégia saúde da família teve início a partir da implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em junho de 1991. Esse programa tinha

como objetivo fornecer assistência à saúde nas áreas mais carentes do Brasil como a região norte e nordeste (BRASIL, 2007b).

Com o sucesso do Programa de Agente Comunitário de Saúde o Ministério da Saúde (MS), discutiu a importância dos ACS serem acompanhados por outros profissionais na assistência às famílias, formulando a proposta do Programa Saúde da Família (PSF). Vale a pena lembrar que o olhar sobre a família ocorreu em outros países (Canadá, Inglaterra e outros), o que também contribuiu para a formulação do PSF. Esse programa promovia a promoção e prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, fornecendo assistência integral e contínua à comunidade, domicílio e família e não somente ao indivíduo doente (BRASIL, 2007b).

Segundo Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2008), o PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família em 1997 pois essa estratégia seria agora capaz de consolidar a atenção primária à saúde (APS) e o SUS. Para isso ela agora passaria a desenvolver novas práticas sanitárias, centralizadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e conseqüentemente nos conceitos de saúde, doença, população, territórios e práticas

Com o entendimento de que as práticas de saúde devem ser direcionadas não só para as intervenções curativas, mas também para prevenir a doença e promover a saúde, a ESF desenvolve ações para e com a comunidade de promoção e reorganização das práticas assistenciais. Além disso, a saúde é um conceito construído socialmente onde as doenças e seus agravos estão relacionados diretamente com as condições biológicas, econômicas, sociais e culturais de cada pessoa. Para que a ESF consiga desenvolver o seu papel deve ter como ponto central o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e os indivíduos de sua área, de acordo com os princípios do SUS (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2008).

2.2.1 Objetivos da Estratégia Saúde da Família:

Segundo Costa (2009), a estratégia Saúde da Família desenvolve vários objetivos sendo alguns deles:

- ✓ Proporcionar assistência integral, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população de sua área abrangente.
- ✓ Atuar o mais breve possível sobre os fatores de risco a que a população está exposta, impedindo danos à saúde.
- ✓ Humanizar as práticas de saúde através da formação de vínculo entre a equipe de saúde, indivíduo, comunidade e família.
- ✓ Contribuir para a formação de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais.
- ✓ Colaborar para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- ✓ Fazer com que a saúde seja conhecida como um direito de cidadania e dever do estado, expresso na qualidade de vida.
- ✓ Desenvolver nas pessoas da comunidade o a necessidade de participar do controle social.

Segundo Brasil (2007b), a estratégia saúde da família possui como fundamentos:

Primeiro: possibilitar a toda população a disponibilidade de todos os serviços de saúde em todas as etapas de suas vidas, com qualidade e resolutividade não se esquecendo de que a ESF é a porta de entrada do SUS e que através do conhecimento e registro de sua área de abrangência no que se refere as necessidades de saúde é determinado ações de acordo com os princípios da equidade.

Segundo: realizar a integralidade da assistência por meio do desenvolvimento de ações para atender a população programada e as que surgirem, através do desenvolvimento de ações que promovam a saúde e previnam situações de risco, não se esquecendo de atender da melhor forma possível os pacientes que já estejam com o seu estado de saúde debilitado, por meio de tratamento e de reabilitação.

Terceiro: a equipe da ESF, deve desenvolver vínculo com os pacientes, familiares e comunidade, garantindo uma assistência mais precisa e adequada, aplicando, se necessário, a referência e a contrarreferência fornecendo continuidade da assistência.

Quarto: estimular e valorizar sempre a equipe da estratégia saúde da família para que essa busque conhecimentos que aprimore suas habilidades e capacidades atendendo melhor as necessidades de sua área de atuação.

Quinto: deve-se conhecer, analisar e avaliar de forma sistemática todos aos resultados alcançados com as ações prestadas pela ESF para planejar e promover outras ações que melhorem ainda mais a assistência fornecida a população, sempre visando suas necessidades; e, por último, a equipe da ESF deve fornecer meios e estimular a população a participar das ações desenvolvidas pelo SUS e pelo controle social.

Como a ESF tem como foco a família, vale ressaltar que família é um grupo de pessoas que moram juntas e possuem laços afetivos que proporcionam o bem-estar físico mental e social dos integrantes. Ela desempenha papel fundamental na educação formal e informal, pois passa valores culturais, morais, éticos, e humanitários, que penetram nos comportamentos sociais e de solidariedade humana, atuando direta ou indiretamente na saúde desses indivíduos e de outras pessoas que possam ter contato com essa família. Ao perceber que a família é a principal detentora de maior parte das construções e representações sociais, passou-se a abordar a família em saúde coletiva como uma expansão da atenção primária à saúde, onde colocasse em prática as ações preventivas, educativas e curativas (FIGUEIREDO, 2009).

2.2.2 Equipe da Estratégia Saúde da Família e suas Funções

Segundo Araújo, Rocha (2007), a ESF é composta por uma equipe multiprofissional de no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Essa equipe pode atender de 600 a 1.000 famílias ou 4.500 pessoas. Se houver mais famílias ou pessoas do que o permitido pode haver mais de uma equipe na mesma área.

A equipe multiprofissional deve estar apta a desenvolver algumas atribuições como: identificar os problemas e os riscos em que a população está exposta, planejar e executar ações atuando sobre os fatores que desencadeiam o processo saúde-doença, acolher e atender todas as pessoas de sua área e as que surgirem, atuar no

desenvolvimento da educação em saúde buscando que essas pessoas realizem o autocuidado etc. (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Aos médicos cabe dentre outras ações, prestar assistência integral a todos os componentes da família sem distinção de sexo, idade ou estado de saúde. Valorizar a relação entre médico-paciente e médico-família com o propósito terapêutico, promover qualidade de vida às famílias etc. Os enfermeiros desenvolvem ações na comunidade e na unidade de saúde junto a equipe supervisionado e capacitando os ACS e os auxiliares e técnicos de enfermagem, promove a educação em saúde na área abrangente aproveitando o contato direto com a comunidade, no nível de sua competência se responsabilizam pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológicas etc. (BRASIL, 2007b).

Os auxiliares ou técnicos de enfermagem desenvolvem ações tanto na comunidade como na unidade de saúde e domicílio como, auxiliar os ACS nas visitas domiciliares, acompanhar as consultas de enfermagem, atuar junto aos ACS na identificação de áreas de risco as famílias participar da organização do processo de trabalho da unidade de saúde etc. Aos agentes comunitários de saúde cabe a ajuda na melhora da qualidade de vida da comunidade realizando visitas domiciliares mensalmente, cadastrando e mapeando as famílias de sua área, identificando situações de risco a saúde das famílias, desenvolvendo ações básicas de promoção da saúde e prevenção das doenças etc. (BRASIL, 2011b).

2.2.3 Desenvolvimento de Vínculo na Estratégia Saúde Família

Segundo Gonçalves, Fiore (2011), na estratégia saúde da família, ocorre a todo momento relações interpessoais entre os pacientes e os funcionários devido ao fácil acesso a esse local. Com o tempo forma-se vínculos entre esses profissionais e os usuários o que facilita as ações para prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

Segundo Brasil (2012), um dos fundamentos da atenção básica é o desenvolvimento de relações, vínculos e responsabilidades entre os profissionais de saúde e as pessoas de sua área, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Mas para que esse vínculo ocorra, deve haver encontros, conversas, exposição do corpo e das ideias dos moradores da

comunidade e da equipe da ESF e negociação entre ambas as partes, sobre o que cada um espera e quer do outro (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Na atenção primária à saúde, os vínculos possibilitam laços de confiança e corresponsabilidade entre os funcionários e os clientes. Para que esses profissionais consigam estabelecer esses vínculos, eles formam grupos para educação em saúde, reuniões com a comunidade esclarecendo a importância da ESF para a promoção e a prevenção da saúde tendo como dependência a formação de vínculos entre a equipe e a comunidade e também utilizam o acolhimento para se aproximar das pessoas (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

Os profissionais e os usuários de saúde formam vínculos, pois ambos possuem interesses, interpretações, necessidades, sentimentos e razões, para que essa aproximação ocorra. Os usuários na ESF, buscam assistência em diversas situações na qual muitas vezes se encontram em um momento de fragilidade e os profissionais de saúde atuam atendendo o paciente e resolvendo da melhor forma possível as causas que o aflige (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Para estabelecer vínculos entre ambas as partes deve ocorrer respeito, ajuda e estímulo à autonomia e cidadania do cliente. Através desse vínculo os profissionais de saúde podem identificar as necessidades imediatas e estimular as pessoas a cuidarem de sua própria saúde (OLIVEIRA, 2006).

Ainda segundo Oliveira (2006), com esse vínculo, ocorre a ampliação da eficácia das atividades em saúde favorecendo também a contribuição das pessoas na prestação de serviço a favor da saúde coletiva. Lembrando que, não se pode em momento algum se esquecer de que indivíduos que utilizam a assistência à saúde, devem ser estimulados e tratados por todos como seres autônomos, ou seja, pessoas com desejos, julgamentos, necessidades.

O acolhimento é uma ótima estratégia para se aproximar da população, pois ele possibilita que os profissionais escutem todos aos pacientes resolvendo dez dos problemas mais simples como também os mais graves podendo referencia-los. Além disso, as pessoas ao perceberem isso procuram a ESF além de limites geográficos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Ainda segundo Gonçalves, Fiore (2011), o acolhimento na estratégia saúde da família é uma ação tecnológica desenvolvida para garantir o acesso de todas as

peças da comunidade a profissionais que os escutam. No acolhimento as pessoas são convidadas a falar e a expor suas necessidades. Isso ocorre em diversos locais como na recepção, na sala do médico e enfermeiro, em palestras etc. podendo ainda ser individual ou em grupo. Com a abertura desse espaço as pessoas desabafam sobre seus sofrimentos e suas causas, enquanto isso os profissionais escutam com atenção e reforçam a segurança das pessoas diminuindo sua ansiedade e ajudando-as a buscar soluções para o seu problema. Através dessas ações pode-se prestar assistência integral a pessoa e comunidade.

Segundo Bertachini (2012), o acolhimento é uma estratégia estabelecida para receber bem as pessoas na instituição de saúde ouvindo suas demandas e necessidades, buscando meios para compreendê-las e ajudá-las. Quando se recebe essas pessoas a comunicação estabelecida deve ser de forma humanizada em que a escuta deve ser ampliada possibilitando que a pessoa expresse o real motivo que a levou a procurar a assistência levando em consideração o contexto em que ela está inserida. Com a humanização os profissionais também devem identificar a necessidade de saúde do usuário mesmo quando ele não relata, apresentar e explicar de forma clara e precisa tudo o que será feito para resolver os problemas encontrados certificando-se que ele entendeu todas as possíveis soluções e estabelecer vínculo entre os dois oferecendo segurança, solidariedade, respeito, agilidade no atendimento e disponibilidade dos recursos disponíveis.

2.3 COMUNICAÇÃO

A comunicação pode ser entendida como todos os comportamentos e atitudes expressados pelos seres humanos, com intenção ou sem intenção de emití-la. Nela ocorre a troca de ideias, atitudes, emoções, pensamentos, valores etc. entre as pessoas que estão se comunicando (BRASIL, 2006b).

Pode-se refletir a comunicação como um processo em que o comunicador troca mensagens codificadas (gestos, palavras, imagens), através de um canal, em um determinado contexto, o que geralmente gera uma reação. Ou pensa-se comunicação como uma atitude social, onde as pessoas de uma determinada cultura criam e trocam significados, emitindo dessa forma a realidade de seu

cotidiano. Podendo ainda refletir comunicação como a interação dos dois contextos citados (SOUSA, 2006).

Segundo Stefanelli e Carvalho (2005), a comunicação é uma arte de compreender e compartilhar mensagens (informações) que são emitidas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como são efetuadas acabam por influenciar o comportamento dos indivíduos envolvidos em curto, médio ou longo prazo.

A comunicação pode sofrer algumas influências, que alteram o entendimento da mensagem emitida que é atitude, experiência, habilidade e conhecimento das pessoas envolvidas. Além disso, ocorre também devido as características culturais e étnicas, habilidades de relacionamento, fatores ambientais etc. (BRASIL, 2006b).

2.3.1 Funções da comunicação

Em geral elas são usadas para investigação, afirmação e diversão, estabelecimentos de relacionamentos significativos, mudanças de atitude e de comportamentos, satisfação das necessidades de inclusão, controle de afeição, transmissão de ideias, conhecimento de si mesmo e do outro (STEFANELLI; CARVALHO 2005).

Segundo Cianciarullo (2005), a comunicação tem como principais funções a informação (transição e aquisição de dados de uma pessoa ou grupo), persuadir (através de troca de experiências, desenvolver a capacidade de percepção crítica do certo e o errado), ensinar, discutir, promover relacionamentos entre pessoas.

Para Daniel (2005), a capacidade do homem de perceber e se comunicar com outros seres humanos aumentam seus conhecimentos e habilidades, consegue satisfazer suas necessidades com a obtenção de informações, passa a transmitir sentimentos e pensamentos individuais com outra ou outras pessoas, além de esclarecer, interagir e conhecer o que as pessoas que estão se comunicando pensam e sentem.

2.3.2 Etapas da comunicação:

Segundo Stefanelli, Carvalho (2005), a primeira etapa da comunicação se dá através do emissor, que é alguém que quer ou não quer transmitir uma mensagem a outra ou outras pessoas. Essa mensagem pode ser uma curiosidade, uma necessidade de transmitir ou saber algo ou até mesmo um conteúdo que precisa ser dito a alguém. O emissor é o agente que inicia o processo de comunicação através da transmissão de uma mensagem para uma pessoa ou grupo. Quando ele pensa em transmitir a mensagem ele deve levar em conta as experiências e significados do receptor, para que esse possa decifrar a mensagem enviada.

Segundo Silva (2013), para que o transmissor e o receptor entendam a comunicação que está ocorrendo, eles devem criar uma forma que seja compreensível a ambos, por exemplo, o mesmo idioma ou alfabeto. Sendo assim, a segunda etapa é quando o emissor tende então a iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo, através de que símbolos. A essa ação se dá o nome de codificação.

Para que a mensagem chegue ao receptor, o emissor deve enviar sua mensagem através de um canal que o receptor possui, senão a comunicação será interrompida e o objetivo da mensagem não será alcançado. Sendo assim, a terceira etapa da comunicação é o canal. Existem alguns canais onde as mensagens podem ser enviadas como na fala, em que o canal é a audição; na documentação escrita, tendo como canal a visão e o tato; e na comunicação não verbal, onde o canal são os sentidos básicos como, por exemplo, o paladar em que a captação de informação é azedo, salgado ou doce (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A quarta etapa é quando a mensagem chega ao seu destino final, o receptor, conhecido também como destinatário. Todo processo de comunicação efetuado até agora, tem como objetivo transmitir algum dado a uma pessoa ou grupo. Com esse pensamento entende-se que cada etapa da comunicação deve ser seguida minuciosamente, pois se não o objetivo proposto não será alcançado. A quinta etapa ocorre quando o receptor reage à mensagem transmitida executando uma reação que é a resposta ou feedback (retorno da mensagem) e se ele não realizar essa etapa, pode ser indício de que a mensagem não chegou a ele ou ele não conseguiu entender o que lhe foi enviado (SILVA, 2013).

2.3.3 Tipos de comunicação

Há dois tipos de comunicação, a verbal e a não verbal;

A comunicação verbal:

Ocorre por meio de palavras que podem ser faladas ou escritas, devendo assim ser clara e precisa para que o receptor compreenda a mensagem emitida. Essa comunicação depende da linguagem, que é intensamente influenciada pela cultura. Como as pessoas de diferentes regiões possuem culturas diferentes, possuem também vocabulários diferentes e se essas pessoas migrarem para lugares com outras culturas das suas, a comunicação verbal pode ser comprometida (JÚNIOR; MATHEUS, 2005).

Segundo Aranha (2007), na comunicação verbal ocorre comunicação escrita, oral:

- ✓ Comunicação escrita: as pessoas possuem pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos, que muitas vezes são compartilhados com outras pessoas através do registro em escrita. Para que essa comunicação ocorra de fato, as informações devem ser objetivas, completas e compreensíveis às pessoas destinadas.
- ✓ Comunicação oral: os profissionais de saúde podem efetuar essa comunicação em diversos locais, como em frente ao paciente em congressos, palestras e etc. Uma das formas de se sair bem neste tipo de comunicação é dominar o assunto abordando-o com clareza, objetividade, envolvimento e de forma sequencial.

Segundo Silva (2011), quando as pessoas estão dialogando, elas podem utilizar algumas técnicas para que a comunicação verbal oral ocorra corretamente.

- ✓ Técnicas para facilitar a expressão (transmissão de dados): Quando as pessoas estão se expressando, as outras devem ouvir atentamente, demonstrando que estão prestando atenção, estimular o emissor a continuar e verbalizar interesse no que ele diz.
- ✓ Técnicas para entender o que o emissor realmente quer dizer como: estimular que ele faça comparações, ajudá-lo a desenvolver o raciocínio sobre o assunto que ele quer abordar e solicitar a ele que explique termos que o receptor não conhece sem constrangê-lo;

- ✓ Técnica utilizada pelo receptor para ter certeza de que ele entendeu o que o emissor quis transmitir: repetir resumidamente o emissor disse e ele comprova ou reprova o que o receptor falou.

A comunicação não verbal:

Ocorre quando a transmissão de mensagens se dá sem o uso de palavras, podendo ser emitidas por expressões faciais, gestos, postura corporal, sinais corporais (sudorese, pressão, etc.), organizações dos objetos nos espaços e até mesmo o isolamento social de alguém (JÚNIOR; MATHEUS, 2005).

Nessa comunicação o emissor deve tomar alguns cuidados quando for transmitir alguma informação para que não transmita informação contrária a que queria emitir. Assim, ele deve prestar atenção na mobilidade da cabeça e do rosto, nos olhares, como por exemplo, direcionar para todos ou alguns, nos gestos, postura do corpo, no modo de se vestir etc. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Segundo Sousa (2006) as finalidades da comunicação não verbal são:

- ✓ Complementar a comunicação verbal: fazendo gestos reforçando, complementando ou reiterando a mensagem emitida através da fala ou escrita.
- ✓ Substituir a comunicação verbal: aqui a mensagem emitida deixa de ser dita ou escrita e passa a ser transmitida por gestos, expressão etc.
- ✓ Contradizer o verbal: realizando sinal não verbal que contradiz o que está dizendo verbalmente.
- ✓ Demonstrar sentimentos: em vez de dizer ou escrever os sentimentos para alguém, essa mensagem é emitida por sinais não verbais como pular de alegria.

Na comunicação não verbal ocorre a classificação dos sinais em:

- ✓ Paralinguagem: quando as pessoas emitem sons, elas estão fornecendo sinais de comunicação que possibilitam reconhecer seus sentimentos, como: ansiedade, tensão, insegurança, atitude etc., como também sua idade, seu sexo, nível sócio-cultural etc. Esses sinais são percebidos através dos grunhidos (sons emitidos “ah”, “uh”), entonação (variação do tom da voz),

ritmo, velocidade com que as palavras são emitidas, suspiros, risos etc. (CERON, [201-]).

- ✓ Características físicas: essa comunicação se dá através da forma e a aparência do corpo da pessoa. A forma como as pessoas se vestem, os objetos (como por exemplo, aliança de compromisso) e estado em que o corpo do indivíduo se encontra, informa sua idade, sexo, relação de compromisso ou não, estado de saúde, condições econômicas etc. (SILVA, 2011).
- ✓ Fatores do meio ambiente: as características de um local (tamanho, cor, forma) e os objetos que ali têm e a forma como são colocados, emitem diversas informações no processo de comunicação como sendo a pessoa responsável por esse local (delicada, extravagante, estudiosa, esportista, etc.) (SILVA, 2011).
- ✓ Cinésica: são os gestos corporais e faciais que as pessoas emitem. Esses gestos podem se apresentar sincrônicos (quando as pessoas usam para se comunicar) ou sintônicos (ocorre de acordo com as emoções da pessoa ou sintoma de doença) (CERON, [201-]).
- ✓ Tacêsica: o toque que as pessoas fazem uma nas outras também é uma forma de comunicação não verbal, pois através da força do toque, o local onde foi tocado, quem tocou, a idade das pessoas, indica, por exemplo, a cultura das pessoas que estão se comunicando, o relacionamento, etc. (SILVA, 2011).
- ✓ Proxêmica: é o modo como as pessoas utilizam o espaço em que se encontram. Por exemplo, o modo como as pessoas se sentam à mesa, a proximidade ou a distância em que elas estão, indicam a afinidade entre as duas, o tipo de relação etc. (CERON, [201-]).

2.3.4 Barreiras da comunicação

Segundo Cianciarullo (2005), a comunicação pode não ocorrer por falta de capacidade de concentração dos ouvintes (sem concentração o receptor não entende a mensagem enviada), a afirmação de entendimento por parte do receptor quando isso não ocorre de fato, ausência de significado comum onde os receptores não conseguem entender a linguagem dos transmissores ou

entendem de forma errada, influência de mecanismos inconscientes (fatores psicológicos) e, por fim, as limitações do emissor e do receptor (falta de audição, falta de membros, falta de órgãos da linguagem etc).

Segundo Silva (2011), há várias barreiras que interferem ou impedem a comunicação. Algumas delas são:

- ✓ As barreiras pessoais: na qual ocorre impedimento natural da comunicação, devido ao modo de ser, de estar, e de agir de cada indivíduo envolvido na comunicação.
- ✓ As barreiras psicológicas: as pessoas possuem diferentes personalidades, sentimentos, atitudes, crenças, emoções, o que causa dificuldade ou ausência de comunicação entre essas pessoas.
- ✓ As barreiras físicas: que são obstáculos físicos (corpo) que dificultam ou impedem, por exemplo, o diálogo, como a surdez, mutismo, malformação dos órgãos da fala, gagueira etc.
- ✓ As barreiras educacionais: tendo como exemplo a formação profissional ou cultural, em que as pessoas de diferentes culturas ou profissão, não entendem o código de comunicação um dos outros.
- ✓ As barreiras organizacionais: como o status das pessoas em uma determinada organização, dificultando a comunicação entre os diferentes grupos.

2.3.5 Fatores que interferem na comunicação

Segundo Stefanelli, Carvalho (2005), a comunicação pode ser afetada por vários fatores, que podem trazer benefícios ou prejuízos na interpretação da mensagem. Alguns deles são:

- ✓ Interação entre as pessoas: ambas as partes sofrem influências dos fatores emocionais, físicos, intelectuais, sociais e do seu estado de saúde (raiva, dor estresse etc.), o que afeta a competência comunicacional ou interpessoal e, conseqüentemente, a comunicação um com o outro.
- ✓ Linguajar: as pessoas possuem origem, escolaridade, crenças, valores, experiências e culturas diferentes, levando à existência de diversos

vocabulários, o que dificulta e atrapalha a comunicação, desde que ambas as partes não compreendem o real significado das palavras, gestos, escrita e sinais emitidos.

- ✓ Ambiente: o ambiente engloba o espaço físico utilizado pelos indivíduos, as pessoas presentes no local, iluminação, temperatura, ruídos etc. Tudo isso pode deixar as pessoas intimidadas, com insegurança e até medo, prejudicando a transmissão de informações entre as pessoas envolvidas na comunicação.
- ✓ Disponibilidade: as pessoas estão o tempo todo envolvidas em situações e afazeres, desviando a atenção na hora da comunicação, ou disponibilizando pouco tempo para interagir um com o outro.
- ✓ Senso de oportunidade: as pessoas nem sempre estão preparadas para receber informações que lhe estão sendo passadas, o que dificulta o entendimento.

2.3.6 Comunicação interpessoal

A comunicação interpessoal, ocorre quando há comunicação presencial, isto é, interação entre duas pessoas face a face usando alguma linguagem (gestos, fala, escrita) ou quando ocorre interação entre pessoas distantes, por alguns meios como o telefone, carta, livro etc. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

Segundo Peres e Ciampone (2006), para que a comunicação seja eficaz na comunicação interpessoal, o comunicador deve possuir capacidade de transmitir o que pensa, o que sente e o que precisa para um determinado receptor; e esse também deve ter capacidade e estar aberto para ouvir e interpretar o que está sendo passado a ele.

Nessa comunicação, ambas as partes tentam compreender e ser compreendidos, mas quando isso não ocorre, as possibilidades de conflitos tornam-se relevantes. Um dos motivos para a ocorrência desses conflitos é que as pessoas possuem cultura, crença, valores, ideais etc., diferentes umas das outras, e quando esses indivíduos estão próximos, essas diferenças tornam-se ainda mais significativas devido a situações de estresse que estão sofrendo no momento da comunicação

(SILVA, 2011). Além disso, também ocorrem outros obstáculos na comunicação, como: a falta de articulação e entendimento do problema; os enganos nas relações entre o comunicador e o receptor, gerando falta de confiança e colaboração. Pessoas de diferentes posições e status podem ter dificuldade na percepção, distorcendo a comunicação; fatores pessoais como ódio e outros desafetos do receptor para com o transmissor; diferentes maneiras e estilos de comunicação ocasionados por características pessoais de gênero ou por fatores culturais (PERES; CIAMPONE, 2006).

Comunicação interpessoal na saúde:

Segundo Santos e outros (2014), na saúde a comunicação interpessoal é essencial para a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Pois quando os profissionais prestam assistência à saúde, eles têm que construir uma relação de vínculo, onde eles aceitam e respeitam os valores desses cidadãos, englobando a realidade em que vivem, a sua família, o seu conhecimento sobre sua saúde etc. Mas, para que essa comunicação interpessoal ocorra de forma eficaz, os profissionais devem ficar atentos, observando aspectos verbais e não verbais como a fala, a escrita, expressões faciais, gestos etc., dele mesmo, para que não realize uma comunicação prejudicial à assistência e aos pacientes para saber, por exemplo, se as pessoas estão entendendo, aceitando ou não, gostando ou não do que está sendo emitido.

A comunicação interpessoal também é essencial para o trabalho em equipe na saúde pois, quando se trabalha em grupo, consegue-se organizar e estruturar as práticas assistenciais aproveitando as habilidades de cada indivíduo para uma assistência integral e de acordo com as necessidades dos pacientes. Mas, para isso, os profissionais devem desenvolver um bom relacionamento na equipe e com os pacientes; e se eles não tiverem uma comunicação eficaz, desentendimentos podem surgir comprometendo o principal objetivo do trabalho em equipe que é a assistência adequada ao paciente (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

2.3.7 Comunicação em saúde

Os profissionais de saúde lidam o tempo todo com pessoas, que podem ser da própria equipe ou outros indivíduos que estão necessitando ou não de atendimento.

Assim, quando se pensa em ação de saúde, devem também levar em consideração o processo comunicativo nele inserido, já que a todo momento está ocorrendo a comunicação. Essa comunicação se dá através de mensagens enviadas e recebidas entre os profissionais de saúde e sua equipe e entre os profissionais de saúde e os pacientes, famílias e comunidades. Desse modo, toda a equipe pode influenciar positivamente os usuários da saúde na tomada de decisão de sua própria vida, em um período de curto, médio ou longo prazo de tempo (SILVA, 2011).

Segundo Lefevre, Lefevre e Figueiredo (2010), a comunicação em saúde é uma relação que ocorre entre os profissionais de saúde e pacientes, dentro ou fora das instituições de saúde, formando uma interação que possibilite a troca de ideias e informações que, quando bem-sucedidas, promove consciência no indivíduo ou grupo a respeito do processo saúde-doença. Mas, para isso, esses trabalhadores devem saber se comunicar e gerenciar a comunicação, sendo acessíveis, confiáveis tanto no que é passado para eles como no que eles transmitem para os usuários de saúde e para a equipe.

Quando um profissional estabelece comunicação em saúde com um paciente ou grupo, ele deve considerar o sujeito em sua totalidade, dificuldades, seus anseios e não como um indivíduo carente de informação com termos técnicos da área de saúde. Se esses profissionais, através disso e de outras ações, desenvolverem uma comunicação eficaz, essas pessoas vão ser beneficiadas com informações importantes para sua vida e saúde, ao mesmo tempo em que possibilita o encorajamento e a motivação deles em perguntar, esclarecer e tirar dúvidas sobre assuntos importantes à saúde. Além disso, quando se tem um diálogo confortável, os clientes saem satisfeitos e menos ansiosos (RIBEIRO; CRUZ; MARÍNGOLO, [201-]).

Segundo Peres e Ciampone (2006), uma das necessidades da comunicação eficaz em saúde, é as trocas de informações entre os serviços disponibilizados, as instituições de saúde e a população. Através dessa troca de informações, os profissionais de saúde identificam os problemas individuais e coletivos de um determinado grupo de pessoas, (por meio da apresentação de dados pelos próprios pacientes, por informações entre a equipe a respeito dessas pessoas ou ainda adquirem informações de outro serviço de saúde que prestou assistência

anteriormente), associam todos os dados encontrados e buscam soluções para os problemas sejam resolvidos.

Para que os profissionais de saúde possam atuar na saúde das pessoas, eles devem interpretar, entender, decifrar e perceber o real significado da mensagem transmitida pelo paciente, para só então elaborar planos de cuidado voltados para a necessidade individual de cada pessoa. Além disso, para que essa comunicação ocorra, os profissionais devem levar em consideração os valores, crenças, prezando a autoestima e o autoconceito de cada pessoa (SILVA, 2011).

Ainda segundo Silva (2011) a comunicação adequada na saúde, é aquela em que ocorre interação entre paciente e os profissionais de saúde, diminuindo possíveis conflitos e mal-entendidos, ao mesmo tempo em que possibilita a coleta de informações importantes na prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente.

Segundo Peres e Ciampone (2006), para que essa comunicação ocorra com precisão, esses trabalhadores devem conhecer o seu próprio modo de se comunicar para não transmitir informações indesejadas e para adquirir o que deseja; devem administrar os conflitos que ocorrerem entre os próprios profissionais de saúde e entre os profissionais e os pacientes; devem saber negociar com a equipe e com os pacientes em busca de soluções, saber ouvir quando as pessoas estão falando, saber trabalhar em equipe, diminuindo os conflitos; devem conhecer e entender as normas e padrões da comunicação organizacional (comunicação entre as pessoas de uma instituição, mantendo a ordem e o respeito na equipe); devem se atentar através do sistema de informação na qual também são transmitidas e adquiridas informações pela metodologia da assistência, pois, na assistência, adquirem-se dados importantes à saúde e se transmitem informações para a vida das pessoas; e também devem conhecer e saber lidar com a cultura da cada pessoa com quem está se comunicando para que não ocorram desentendimentos.

Segundo Harada (2011), para que a comunicação entre o paciente e o profissional ocorra corretamente, o profissional de saúde deve: criar um ambiente de interação possibilitando que o usuário consiga expressar o que ele precisa; estar atento à postura que se assume diante do indivíduo; identificar o que o paciente sabe sobre o assunto abordado e o que ele quer saber; utilizar frases e palavras simples para não complicar o entendimento do indivíduo; confirmar o entendimento de tudo o que

foi dito para que não ocorram contradições e, principalmente, ouvir antes de tomar qualquer iniciativa.

2.3.8 Comunicação terapêutica

Comunicação terapêutica pode ser entendida como uma comunicação que possibilita uma assistência atenciosa desenvolvida com empenho, interesse e atenção dos profissionais de saúde aos pacientes. Nela, os profissionais abrem espaço e disponibilizam tempo para a escuta das pessoas (podendo essas expressar suas necessidades, suas aflições, suas conquistas, dificuldades etc.); forma envolvimento com esses indivíduos a ponto de se preocuparem e ficarem inquietos com a situação em que os usuários de saúde se encontram, e desenvolvem uma ligação afetiva onde esses trabalhadores se sentem responsáveis pelo acolhimento dos pacientes através de um cuidado humanizado (BERTACHINI, 2012).

Essa comunicação torna-se um fator de humanização na atenção à saúde porque nela tanto os profissionais de saúde como os usuários se tratam como pessoas dignas onde uma ajuda a outra. Nela corre uma postura diferenciada em que a comunicação e o cuidado à saúde são desenvolvidos sempre e da melhor forma possível, principalmente pela combinação de direitos, responsabilidades e ética na comunicação e na assistência (BERTACHINI, 2012).

Ainda segundo Bertachini (2012), com a comunicação terapêutica na assistência, os profissionais promovem e respeitam a autonomia das pessoas e promovem e aprimoram a capacidade de cada um, bem como sua cidadania e sua saúde de forma digna e humana. Para que essas transformações ocorram dessa forma, a transmissão de informações leva em consideração os vários fatores pessoais de cada indivíduo, como suas emoções, sua cultura, economia, fatores sociais e outros. Além desse tipo de transmissão de dados, a escuta também é muito importante, pois quando os profissionais destinam tempo e prontidão a uma pessoa ela demonstra valorização do paciente e suas particularidades. Além disso, quando se escuta o paciente antes de tomar atitudes, as ações realizadas terão muito mais chance de acerto.

Segundo Valverde, citado por Haddad (2011), a comunicação terapêutica é quando os profissionais de saúde e os pacientes estabelecem uma relação onde ambos podem ajudar um ao outro. Para isso existem alguns elementos essenciais para o alcance dessa comunicação que são: o pensamento terapêutico, a empatia, a escuta, a atenção às emoções do paciente, o respeito, o acompanhamento do paciente em suas reflexões, a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade, a autorreflexão, e a auto-observação.

Ainda segundo Valverde, citado por Haddad (2011), alguns desses elementos são entendidos como:

- ✓ Acompanhar o paciente em suas reflexões: os profissionais, através dessa comunicação, devem proporcionar aos usuários de saúde a reflexão sobre sua própria vida e saúde, ajudando também na busca de medidas que promovam a saúde, previnam situações de risco e ainda medidas para solucionar os problemas e situações apresentados pela pessoa.
- ✓ Empatia: os profissionais de saúde demonstram, através da comunicação verbal e não verbal, que se importam com os problemas e situações demonstrados pelo paciente e que estão fazendo de tudo para entendê-lo em suas complexidades e, ainda, que estão procurando formas de resolver esses problemas e situações.
- ✓ Respeito: os profissionais devem desenvolver sua assistência tratando as pessoas como gostariam de ser tratados; além disso, não podem se esquecer que as pessoas possuem direitos e deveres na sociedade como seres humanos e que elas têm autonomia sobre suas próprias vidas e saúde.
- ✓ Escuta ativa: os profissionais de saúde muitas vezes deixam de escutar os pacientes por diversos motivos, não percebendo a importância dessa ação. Através dela os profissionais estabelecem uma relação de confiança com os pacientes e esses passam a se expressar livremente relatando fatos importantes para a resolução de seus problemas.

Segundo Ceron ([201-]), muitas vezes os pacientes causam incômodo e irritabilidade, por diversos motivos, aos funcionários da área da saúde, podendo induzir esses trabalhadores a cometerem ações que levem a mais problemas, tanto para o próprio funcionário como para o paciente e toda a equipe de saúde. Sendo

assim, todos os que compõem a equipe de saúde devem procurar aspectos positivos nos usuários de saúde, analisar suas sensações e sentimentos, pois muitas vezes esses fazem parte da vida do profissional e não do encontro deles com os pacientes; analisar as expectativas de vínculo entre ele (o profissional) e o paciente para que ambos não se deixem iludir; e também devem ter cuidado com a imagem e a aparência transmitida ao paciente para que essa não passe uma ideia contrária a respeito do profissional. Para isso o profissional deve ser organizado, estar vestido de acordo com as suas funções, ter respeito, bons modos, etc.

Ainda segundo Ceron ([201-]), os profissionais também devem:

- ✓ Não interromper o paciente deixando-o terminar de se expressar para só então começar.
- ✓ Desenvolver sua função de forma assertiva, através de decisões, clareza, atitude sem ser rude.
- ✓ Demonstrar interesse pelo paciente escutando-o (para isso o profissional pode desenvolver: um olhar que mostre interesse, expressões faciais de acordo com o assunto abordado, procurar manter calma, concentração e interesse pelo usuário em relação a suas conquistas, sofrimento, dor etc.).
- ✓ Ter cuidado com a maneira de falar, para não demonstrar insegurança no que faz. (Deve-se dominar o assunto evitando, por exemplo, que o profissional gagueje).
- ✓ Os profissionais de saúde ainda devem: desenvolver uma boa relação com o paciente; cumprimentar o paciente sempre pelo nome e, de preferência, com um aperto de mão; desenvolver junto com o paciente ações para resolver seus problemas; fornecer todas as informações pertinentes ao assunto discutido, encorajá-lo a tomar atitudes e realizar mudanças de comportamento quando necessário e
- ✓ Criar laços com os usuários de saúde para melhor atendê-lo.

Segundo Brasil (2011c, p. 18), são direitos do paciente previstos pela Portaria

1.8201:

Art. 5º, Inciso XI – o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das

ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), quando os profissionais estabelecem comunicação com os usuários de saúde, eles devem ter em mente que todas as pessoas crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos tem o direito de escolher quais serão as medidas para prevenir as doenças, promover a saúde, tratar os agravos já instalados e reabilitar a saúde, cabendo aos profissionais informar quais os meios possíveis para se fazer isso e capacitar as pessoas para a realização dessas ações.

Ainda segundo Nascimento e Oliveira (2010), as pessoas passam por situações desagradáveis desenvolvendo sentimento de insegurança, medo, dúvidas etc. que dificultam o desenvolvimento de ações por elas em prol de sua própria vida e saúde. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver uma comunicação terapêutica para identificar e agir sobre essas situações, para isso eles precisam habilidades de escutar, observar, perguntar e responder de forma que o paciente se sente melhor compreendido e expõem seus sentimentos (dúvidas, anseios, medos etc.) e experiências.

2.4 EDUCAÇÃO

A educação é a transmissão das informações das gerações passadas para as gerações atuais e essas para as gerações futuras. Ela também possibilita a ruptura das informações antigas e captação e formação de novos conhecimentos (ARANHA, 2007).

A educação é a transmissão contínua de conhecimento para o homem. Isso significa que os seres humanos estão a todo tempo se aperfeiçoando e construindo o seu saber, mesmo que às vezes sem perceber. No processo de educação ele é responsável pela busca de seu conhecimento, para o aperfeiçoamento de suas capacidades. Pois ninguém consegue educar, sem que o educando busque aprender o que se está sendo passado. (VICENTE, 2007).

Segundo Reis (2010), a educação pode ser instrumento de reprodução da sociedade ou instrumento de transformação da sociedade;

- ✓ A educação como instrumento de reprodução da sociedade, se apresenta como uma educação não crítica, onde as pessoas aprendem a se adaptar à sociedade como ela é. Aqui não ocorrem mudanças no modo de viver e ser e de atuar das pessoas.
- ✓ A educação como instrumento de transformação da sociedade se apresenta como uma educação crítica, onde as pessoas aprendem a buscar conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos, de forma crítica e reflexiva para atuar na sociedade transformando-a em uma sociedade cada vez melhor.

2.4.1 Abordagens pedagógicas

Segundo Aranha (2007), há três abordagens pedagógicas para que ocorra o processo de educação, sendo elas:

- ✓ **Pedagogia da transmissão:** os educadores transmitem o conhecimento para o aluno, como se ele fosse um pote vazio, não levando em consideração o aluno e o seu conhecimento prévio. Essa abordagem possui como características: a autonomia do educador, sem permitir questionamentos. Dá mais valor à memória do que o desenvolvimento e habilidade individual. Utiliza recursos audiovisuais e de multimídia para transmitir o conhecimento. O conhecimento passado é igual para todos e a transmissão das informações é mais rápida, mas o desenvolvimento educacional fica prejudicado.
- ✓ **Pedagogia do condicionamento:** o educador transmite a informação colocando que, se o aluno não agir de acordo com o conhecimento passando, ele irá sofrer consequências em sua vida. As características dessa abordagem são: faz com que o aluno fique ativo, para aquisição e execução do conhecimento. Aumenta a eficácia da aprendizagem do educando. Induz a competitividade e o individualismo. Não possui questionamento e análises críticos das informações.
- ✓ **Pedagogia da problematização:** os educadores educam fazendo que o aprendiz reflita, raciocinando sobre o que está sendo passado, induzindo o aluno a obter um raciocínio crítico sobre o mundo. Suas características são:

faz com que o educando reflita sobre a realidade que o cerca, incentivando a busca de soluções que possam existir para os problemas encontrados. O professor facilita a análise da realidade e a busca das possíveis soluções. Demonstra para as pessoas a sua própria força e criatividade na promoção da saúde, etc.

Ainda segundo Aranha (2007), pode-se concluir que as duas primeiras abordagens não levam ao pleno desenvolvimento do potencial dos educandos. Já a última abordagem prepara as pessoas para a criação de uma sociedade mais justa, sendo o modelo mais adequado para a execução da educação em saúde.

2.4.2 Educação em saúde

Na República Velha formou-se o primeiro movimento de educação em saúde tendo como objetivo mudar os hábitos de higiene da população que, na época, possibilitava a disseminação de enfermidades, sendo em sua maioria as de caráter infectocontagioso (CHIORO; SCAFF, acesso em 20 mar. 2015).

A partir do Estado Novo, os administradores sanitários decidiram reforçar as campanhas de educação popular unindo modernas técnicas pedagógicas de comunicação, elaborando cartazes e folhetos com ilustrações coloridas, podendo ser entendidas mesmo por pessoas analfabetas (D'ARAUJO, 2011).

Até a metade do século XX, os profissionais de saúde culpavam, ao mesmo tempo em que livravam o povo, dos hábitos errôneos que a miséria trazia. Além disso, os profissionais da saúde eram os únicos detentores do conhecimento em saúde. Contudo, na segunda década desse século, a educação em saúde também foi inserida na população para que eles pudessem ser protagonistas de sua própria saúde (MARCIEL, 2009).

Segundo Alves (2005), a educação em saúde são saberes e práticas destinadas à prevenção de riscos, agravos à saúde e promoção da saúde. Através de seus recursos ocorre a possibilidade dos profissionais de saúde de transmitir os conhecimentos científicos para a população, fazendo com que a compreensão do processo saúde-doença favoreça hábitos e condutas favoráveis à vida das pessoas.

Segundo Cervera, Parreira e Gaulart (2011), a educação em saúde principalmente na Estratégia Saúde da Família, foi desenvolvida para capacitar a população para o autocuidado e o enfrentamento do processo saúde doença, desenvolvendo neles a capacidade de fazer escolhas saudáveis sobre suas vidas, aumentando a consciência de mudanças políticas e ambientais que atuam na melhoria da saúde. Com essa educação, os profissionais conseguem desenvolver um intercâmbio entre o saber popular e o saber científico, reconstruindo o modo de ser e agir das pessoas, mudando suas atitudes no que se refere ações de saúde, para que as pessoas tenham melhores condições de vida e de saúde.

Ainda segundo Cervera, Parreira e Gaulart (2011), a educação em saúde na ESF é um importante facilitador da capacitação dos usuários de saúde, contribuindo para a prevenção dos riscos e para a promoção da saúde. Com ela, as pessoas aprendem a procurar viver melhor da melhor forma possível e, quando necessário, irem em busca de ajuda nos serviços de saúde antes que ocorra a perda da saúde ou vida.

De acordo com Machado e outros (2007), a educação em saúde está associada a promoção da saúde por desenvolver na população a integração e a participação em ações que busque o bem estar físico, mental, ambiental, pessoal e social de toda a comunidade. Mas para que isso ocorra deve ser realizado políticas públicas e ambientais que desenvolvam na sociedade solidariedade e cidadania.

2.4.3 Tipos de educação em saúde

Educação Tradicional

A educação tradicional surgiu na educação sanitária com a implantação das campanhas sanitárias, em que as pessoas das periferias eram obrigadas a seguir regras de higiene e comportamentos julgados pelos ricos como ideais para controle de doenças infecto-contagiosas, mesmo os pobres não tendo condições de realizá-los. Todas as ações executadas para a saúde das pessoas da periferia ocorriam por interesse das classes dominantes, porque algo estava atingindo a saúde e a qualidade de vida deles. Os governantes executavam ações educativas desprezando qualquer conhecimento popular; as informações só eram validas para a saúde quando vindas dos profissionais de saúde onde a população não podia nem questionar. Ao invés dessas ações contribuírem para a saúde pública, muitas vezes

acabavam por piorar ainda mais, principalmente pelo autoritarismo dos governantes (MACIEL, 2009).

Segundo Oliveira (2005), a educação tradicional tem sua atenção voltada para a prevenção de doenças, executando ações que mudem o modo de vida das pessoas de uma comunidade. Essa educação entende que as pessoas adquirem doenças por não se alimentar bem, não praticar atividade física, ingerir bebida alcoólica, cigarros, etc. Sendo assim, as decisões equivocadas, a falha moral das pessoas são as principais causas da perda de sua saúde, elas são culpadas pela sua doença.

Educação Popular

Segundo Alves e Aerts (2011), essa educação contribui para a transformação e reconstrução da sociedade, por conscientizar a população a ser sujeitos construtores de seus próprios conhecimentos a partir das necessidades que forem surgindo em suas vidas e a realidade em que vivem.

A educação popular tende a desenvolver a autonomia das pessoas e fazer do paciente um sujeito ativo, ou seja, ser provedor de sua própria saúde, e não apenas um objeto de atenção dos profissionais no processo de cura (COSTA; CARBONE, 2010).

Através de políticas e ações organizadas do povo é possível desenvolver um processo de formação, capacitação e construção de uma sociedade cidadã onde as pessoas possuem autonomia e direito sobre sua saúde e vida. Essa educação ainda defende o diálogo e a troca de saberes entre a equipe e a população. Aqui o saber popular é valorizado e os movimentos populares em saúde agem para uma vida melhor e mais saudável (MACIEL, 2009).

Segundo Alves e Aerts (2011), muitas vezes os profissionais não conseguiam entender a linguagem, o modo de pensar e agir das pessoas da comunidade porque achavam que eles não eram capazes de construir um conhecimento que os ajudassem a viver (conhecimentos adquiridos na vida cotidiana e nas suas raízes), ou seja, não aceitavam ou respeitavam os conhecimentos das pessoas; e por sua vez os usuários de saúde também não entendiam como funcionava o processo de saúde-doença do SUS, o que gerava um grande desentendimento entre a comunidade e os profissionais de saúde. Com a estratégia Saúde da Família, os usuários de saúde obtiveram mais acesso aos serviços de saúde, tendo mais

contato com os profissionais e suas ações de saúde, como a educação, passando a entender melhor o processo de saúde-doença. Com isso, as pessoas começaram a sentir necessidade de se reorientar para adquirir melhores condições de vida, prevenindo riscos e promovendo saúde. Com essa necessidade de reorientação da população, os profissionais de saúde obtiveram mais força para enfrentar o quadro de saúde encontrado na comunidade, ao mesmo tempo em que fortaleceram suas relações com essas pessoas. A equipe de saúde passou a entender que, para atuar na educação da população, devem refletir sobre as condições e as diferentes culturas, educando de forma humanizada, crítica, reflexiva e voltada para a formação de pessoas íntegras e ativas em sua própria vida e comunidade.

A educação popular aposta na comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, na educação humanizada e em ações que atendam as necessidades das pessoas. Além disso, ela pretende desenvolver nas pessoas e na equipe sentimentos de afeto, caridade e respeito para que elas possam enxergar, entender e respeitar as outras como seres humanos que possuem universos diferentes (ALVES; AERTS, 2011).

Segundo Cervera, Parreira e Gaulart (2011), na estratégia Saúde da Família os profissionais desenvolvem a educação em saúde principalmente voltada para a prevenção e para a promoção da saúde. Como esses trabalhadores abordam todas as pessoas de sua área, eles devem desenvolver uma abordagem educativa, participativa, na qual se estabeleçam vínculos com os usuários de saúde, através de uma comunicação humanizada, em que o diálogo e a escuta terapêutica sejam executados com respeito e valorização da pessoa quanto à sua experiência de vida, sua história e sua visão do mundo. Sendo assim, para desenvolver essa educação, é essencial que se conheça as pessoas que se está educando, o meio em que ele vive, sua família e sua comunidade.

Educação Radical:

Segundo Maciel (2009), a educação radical foi elaborada logo após a implantação da educação popular, tendo como propósito o diálogo entre os profissionais de saúde e a população da comunidade. Ela passou a se chamar radical por ter rompido com todas as práticas educativas tradicionais, como as palestras e os grupos patológicos. Ela valoriza o saber popular ao mesmo tempo em que defende os direitos e a autonomia das pessoas com a sua própria vida e saúde. Além disso,

ela incentiva a participação ativa e a fiscalização pelas pessoas nas ações sociais do Sistema Único de Saúde.

Segundo Oliveira (2005), a educação radical tem como objetivo proporcionar às pessoas condições para que elas busquem viver a vida com mais qualidade promovendo a saúde. Para isso, essa educação procura desenvolver nos indivíduos a reflexão sobre sua vida e a vida de sua comunidade e família, desenvolve nos indivíduos da comunidade a necessidade de buscar as causas da realidade em que eles vivem, o que essa realidade está causando na população e as possíveis alternativas para alterar essa realidade desenvolvendo uma vida mais saudável com bem-estar físico, mental e social.

Ainda segundo Oliveira (2005), essa educação possui como características o trabalho em grupo em busca de soluções para os problemas que podem ser individuais e coletivos, a promoção de mudança social, ao invés de apenas individual, e promove a troca de ideias entre as pessoas que compõem o grupo para que a chance de acerto nas tomadas de decisão seja mais assertiva.

As metodologias da educação popular e da educação radical são as mais adequadas para atender às necessidades de saúde da população brasileira, pois as duas defendem a autonomia, valorizam e respeitam o saber popular e buscam melhorias na qualidade de vida das pessoas. Elas podem ser utilizadas juntas, pois uma completa a outra, enquanto a educação popular, através dos movimentos populares luta da melhor forma possível para uma sociedade mais justa a educação, a radical incentiva a participação das pessoas no controle e fiscalização dos serviços de saúde (MACIEL, 2009).

2.4.4 Importância do conhecimento na produção de saúde

O saber em saúde não deve ser exclusivo dos profissionais de saúde, mas sim de toda a população e para que isso ocorra, a educação é o melhor caminho a ser seguido. Com ela as pessoas vão ter mais capacidade e condições de enfrentar os problemas de saúde que surgirem e de se prevenir com um viver mais saudável. A educação em saúde passou a enfatizar, que quanto mais conhecimento o homem tiver, mais chances de acerto na tomada de decisão sobre sua vida ele terá. Por isso, essa educação incentiva e possibilita todos os meios para que os cidadãos,

familiares e comunidade, reconheçam e atuem sobre os seus potenciais transformadores, tanto para a construção como para a destruição de valores, possibilitando a promoção e prevenção da saúde (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Segundo Costa Carbone (2010), a educação em saúde possibilita, hoje em dia, mais que ações de higiene. Ela promove a autonomia dos pacientes para que possam cuidar melhor de sua saúde. Possibilita a democratização do saber, na qual as pessoas possuem o direito da aquisição de conhecimento em saúde. Adquirem responsabilidades sobre sua própria saúde e da família e comunidade, atuando em prol da saúde coletiva e individual. Através da educação as pessoas possuem consciência dos riscos em saúde e de como evitá-los. Além disso, ela promove a cidadania, inclusão social, aceitação das diferenças e solidariedade entre as pessoas.

Ainda segundo Costa; Carbone (2010), a educação em saúde promove diversas ações como, por exemplo:

- ✓ Provedor da liberdade: desenvolve nas pessoas a capacidade de escolher, de pensar, de ter um olhar crítico sobre a vida, possibilitando às pessoas o poder da escolha para melhores condições de vida.
- ✓ Desenvolver a responsabilidade e solidariedade: as ações realizadas para melhores condições de vida geram resultados na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida de todos. Sendo assim, todos têm a responsabilidade de atuar nessas ações e, se não as realizarem, também serão responsáveis pelos resultados negativos da escolha. Além disso, a força da união e da solidariedade permite ao ser humano a superação da solidão e a construção de um mundo melhor onde as pessoas ajudam as mais necessitadas para que todas possam ter condições mínimas de vida.
- ✓ Ela canaliza para as ações positivas as emoções negativas: quando são reconhecidas e analisadas, as emoções negativas que as pessoas adquirem possibilitam a construção de uma sociedade melhor.
- ✓ Ela cultivar a alegria e a paz: a busca do ser melhor, tanto na equipe como na comunidade, pressiona os indivíduos afetando o seu psicológico, social e físico. Com isso ocorre a dificuldade e até o impedimento dessas pessoas em trabalhar em equipe e realizar ações intersetoriais. Todos os dias os seres

humanos precisam superar seus próprios limites em busca da alegria e da paz interna e externa.

- ✓ Desenvolve a empatia: a situação do paciente direciona o modo de agir dos profissionais de saúde e esses também sensibilizam a comunidade para se unir em busca dos seus direitos em saúde.

Segundo Besen e outros (2007), a educação em saúde atua diretamente na promoção da saúde da comunidade, individualmente e em grupo, pois desenvolve no sujeito o pensar crítico e o fazer em prol de sua qualidade de vida e do coletivo. Mas, para que essa educação ocorra de fato, deve-se considerar e respeitar o saber das pessoas para assim, através do conhecimento científico transmitido pelo profissional, agregar o conhecimento dos usuários de saúde, possibilitando que eles atuem melhor na prevenção e promoção de sua saúde e a da comunidade.

2.4.5 Profissionais de saúde e a educação em saúde

Segundo Costa, Carbone (2010), existem diversas formas pelas quais os profissionais de saúde podem atuar a favor da vida, sendo algumas delas:

- ✓ Promover a autonomia dos pacientes em sua saúde para que eles atuem diretamente na promoção e prevenção de sua saúde mantendo hábitos de vida saudáveis.
- ✓ Atuar nos pacientes desenvolvendo a conscientização dos mesmos sobre os riscos em saúde e como evitá-los, ou evitar os agravos que podem surgir.
- ✓ Promover junto com a comunidade, ações em saúde, como caminhadas, passeios de bicicleta, aulas de alimentação saudável etc.
- ✓ Elaborar junto com as escolas ações de saúde, para mobilizar as crianças e seus familiares, para que atuem em situações que podem agravar a saúde, como a dengue, a violência doméstica e etc.
- ✓ Promover, em dias comemorativos, ações de saúde para as gestantes, homens, mulheres, crianças e idosos, cada um em sua data comemorativa.

Podendo ser palestras, campanha de vacinação, dia de saúde na qual é avaliado o estado geral de saúde das pessoas etc.

- ✓ Promover cursos, sobre situações e ações em que o homem está inserido, que podem prejudicar o seu estado, físico mental e social, como por exemplo, em zonas rurais, quanto ao uso de agrotóxico, animais peçonhentos etc. com as professoras quanto crises epiléticas dos alunos.

A educação em saúde proporciona o desenvolvimento de conhecimentos (a respeito do processo saúde-doença e melhores qualidade de vida), atitudes e comportamentos favoráveis à vida e à saúde. Para que essa educação atinja o maior número de pessoas possível, ela é desenvolvida nas casas, na unidade de saúde, na escola, no trabalho etc. (Besen et al, 2007).

2.4.6 Profissionais que atuam na educação em saúde na ESF

No início do século XX, as ações de educação em saúde eram de responsabilidade dos trabalhadores da saúde e dos pedagogos. Os profissionais de saúde tinham que desenvolver conhecimentos científicos, para intervir sobre a doença, no seu diagnóstico e tratamento, o mais rapidamente possível. E os pedagogos tinham que desenvolver ações educativas capazes de transformar o comportamento das pessoas que era considerado prejudicial à saúde. Mas, além de fragmentar o conhecimento, essa ação não levava em consideração os problemas que surgiam no dia a dia das pessoas (ALVES, 2011).

Na estratégia Saúde da Família todos os profissionais de saúde possuem a responsabilidade de atuar nas ações educativas que interferem no processo de saúde-doença. Tanto para o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, quanto para a busca de melhor qualidade de vida. Sendo assim, o enfermeiro, o médico, o técnico e todos os outros profissionais integrantes da equipe da ESF, devem educar as pessoas em prol de sua saúde, seja na unidade de saúde, nos domicílios ou em outros locais, como em palestras, seminários etc. (Brasil, 2012).

Segundo Machado e outros (2007), os profissionais, partindo do princípio da integralidade, devem desenvolver uma consciência crítica junto à comunidade onde as pessoas adquirem consciência de sua realidade e batalhem para uma vida com

mais saúde e mesmo risco à vida. Mas, para isso, os profissionais de saúde devem estar abertos a diferentes ambientes, meio social, político e cultural dos indivíduos, famílias e comunidade.

2.4.7 Educação em saúde X educação na saúde

Segundo Brasil (2009), existe educação em saúde voltada para a população e educação na saúde voltada para os funcionários:

- ✓ Educação em Saúde é um processo educativo do setor de educação em saúde que busca a construção de conhecimento de saúde pelos usuários, aumentando sua autonomia, principalmente no seu próprio cuidado e na tomada de decisão junto aos profissionais e gestores de saúde, sobre as ações que serão realizadas de acordo com as suas necessidades; além disso, ela possibilita que a população faça um controle social sobre as políticas e aos serviços de saúde para que esses atendam melhor as exigências de cada região.
- ✓ A Educação na Saúde desenvolve ações educativas como práticas de ensino, orientações curriculares e diretrizes curriculares desenvolvidas para os profissionais de saúde para que esses possam atuar com mais capacidade e desenvolver suas funções com mais precisão e eficácia.

2.4.8 Educação na saúde

Para que os profissionais de saúde promovam educação em saúde, também é necessário que eles busquem educação através da produção e sistematização de conhecimentos que envolvam aprendizados de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (FALKENBERG et al, 2014).

Os profissionais de saúde possuem um amplo mercado de trabalho que constantemente se encontra em desenvolvimento, principalmente devido aos avanços da tecnologia. Além disso, esses profissionais são diariamente exigidos por todos, em todos os aspectos de sua profissão. Pensando nisso torna-se necessário, que esses profissionais procurem informação, além da graduação, para serem aptos

a atuarem da melhor maneira possível, garantindo a integralidade do cuidado e a segurança deles mesmos e dos usuários de saúde (BRASIL, 2007 b).

Ainda segundo Falkenbrg e outros (2014), devido a essa importância do conhecimento contínuo dos profissionais de saúde, as empresas tornaram-se fundamentais para o desenvolvimento das capacidades dos funcionários. Tendo em mente que não há idade para aprender e que o aprendizado se estende pela vida, formaram-se duas modalidades de educação no trabalho que é a educação permanente e a educação contínua.

2.4.9 Educação continuada e educação permanente para a educação na saúde

Educação continuada:

Segundo Leticia (2013), a educação continuada pode ser definida como diferentes meios de ensino dinâmico, contínuo individual em grupo, que os profissionais de saúde buscam para: atualização, capacitação, orientação, superação pessoal e profissional; repensar seus conhecimentos suas técnicas e funções; aumentar sua autoestima e desempenho profissional; buscar qualidade de trabalho, postura ética, conscientização, exercício da cidadania, troca de conhecimento e experiência entre os profissionais, entre outros. Além disso, essa educação possibilita que as pessoas que assistem esses profissionais, adquiram também a necessidade de aumentar e atualizar seus conhecimentos.

Segundo Marandola (2009), essa educação possibilita aprimorar a capacidade das pessoas, ou grupo, com um ensino-aprendizado contínuo e permanente. Através do conjunto de experiências, os profissionais mantêm, aumentam e melhoram sua competência. Esse processo sequencial e acumulativo de dados pelos profissionais ocorre por meio de vivências, experiências laboratoriais, participação em instituições etc. (BRASIL, 2009).

A educação continuada permite o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde através da capacitação e obtenção de informações contínuo e eficaz, possibilita o entendimento da importância da união em equipe e dos vínculos estabelecidos entre os profissionais e os pacientes. Tudo isso atua diretamente no atendimento preciso dos profissionais às necessidades de saúde que surgem e seus problemas. As

ações educativas devem estar de acordo com as necessidades locais e regionais, os recursos disponíveis e universidades e instituições de ensino e de recursos humanos vinculados (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Educação permanente:

Segundo Costa, Carbone (2010), a educação permanente é realizada pelos profissionais de saúde, para formar um olhar mais crítico e uma postura reflexiva no processo de saúde e doença, possibilitando um atendimento mais preciso e adequado para cada caso, ao mesmo tempo em que diminui ações negativas à saúde.

Para que os profissionais de saúde possam executar ações educativas e outros cuidados na saúde da população, devem se atualizar, sobre o processo de saúde-doença, buscando o aprimoramento de suas ações para atender os pacientes da melhor forma possível. Sendo assim, essa educação se baseia na problematização do processo de trabalho em saúde, tendo como foco o aprimoramento das capacidades dos profissionais, a organização da empresa e a saúde das pessoas (BRASIL, 2009).

Os trabalhadores possuem a responsabilidade com o campo de atuação, com a equipe e consigo mesmo, de buscar continuamente informações que capacitem e atualizem suas capacidades. As empresas necessitam dessa ação por parte dos funcionários, pois esses devem refletir sobre os problemas e situações que afetam a empresa, os trabalhadores, os clientes e o próprio profissional, para que assim possam buscar a resolução dos mesmos (MARANDOLA, 2009).

Segundo Brasil (2005), essa educação acontece no cotidiano das pessoas e da empresa, onde o primeiro possa em busca da educação permanente e a reflexão dos problemas do local de trabalho. Sendo assim, deve-se observar dentre outras coisas os funcionários e o seu jeito de agir, o trabalho desenvolvido em equipe, a qualidade da atenção prestada etc. Após detectar o problema deve-se procurar capacitar a equipe em busca da resolução e, para isso, é necessário que os assuntos dos cursos e as tecnologias sejam de acordo com a situação.

Segundo Perês e Ciampone (2006), a busca da educação permanente é de responsabilidade dos profissionais associados à política da empresa e à oferta das instituições de ensino. Sendo assim, essa educação faz parte da educação no

trabalho onde os trabalhadores devem ter consciência e responsabilidade de buscar sua educação e treinamento de suas habilidades. A empresa deve atuar junto a eles disponibilizando meios para a busca dessa meta e os campos educacionais devem disponibilizar a oferta de conhecimento. Essa educação também é trabalhada pelo governo federal e pelas Nações Unidas através da política de formação e qualificação de recursos humanos. Essa política tem como foco a educação, a ciência e a cultura dos profissionais, através de um ensino dinâmico, continuado e que traz para os profissionais os avanços tecnológicos e socioeconômicos.

Ainda segundo Perês e Ciampone (2006), essa educação pode ser caracterizada por atender um público multiprofissional, estar envolvida com as práticas desenvolvidas nas empresas, focar nos problemas de saúde, transformando as práticas técnicas e sociais, ser uma educação contínua e possuir seu método de ensino voltado para a resolução dos problemas encontrados no local de trabalho através das mudanças.

Com a educação permanente, espera-se o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os funcionários, a busca de soluções criativas para os problemas diagnosticados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. Na estratégia Saúde da Família esses e outros objetivos são importantes, como garantir assistência à saúde com qualidade e precisão, desenvolver a autonomia da população em relação a sua própria saúde e vida satisfazendo suas necessidades imediatas de saúde e de educação em saúde (Brasil, 2005b).

Educação permanente das equipes da ESF:

- ✓ Segundo Brasil (2007), o processo de capacitação deve ocorrer ao mesmo tempo em que se inicia o atendimento nas ESF. Para que os profissionais estejam preparados ao prestar assistência, essa habilitação deve ocorrer por meio de Cursos Introdutórios onde toda equipe deve estar presente. Sendo assim recomenda-se:
- ✓ Primeiro: A capacitação através do Curso Introdutório deve ocorrer com a equipe em até 3 meses após a implantação da ESF, não excedendo esse prazo.

- ✓ Segundo: É responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizarem cursos introdutórios e curso de educação permanente para as equipes da ESF, em municípios com o número de pessoas inferior a 100 mil.
- ✓ Terceiro: Em municípios que a o número de pessoas excede 100 mil habitantes ficam na responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde as realizações de cursos introdutórios e cursos de educação permanente, podendo ainda a SMS realizar parceria com a SES.

2.4.10 Barreiras da educação

Um estudo realizado por Oliveira e Marcon (2007), demonstrou algumas barreiras que dificultaram e impediram a execução de ações educativas pelos profissionais de saúde na ESF, sendo elas: o grande fluxo de pacientes em busca de consultas, ocupando o tempo que seria disponível para a realização correta da educação em saúde, busca dos pacientes por soluções imediatas, curativas e não de ações educativas de prevenção e promoção de saúde, dificultando e impedindo essa ação, falta de motivação dos profissionais de saúde em desenvolver a educação em saúde, falta de conhecimento dos profissionais da ESF sobre a forma correta de transmitir informações através da comunicação.

Segundo Figueiredo e Tonini (2009), muitos profissionais desenvolvem comunicação ineficaz com os pacientes, criando barreiras que os impedem de desenvolver a educação em saúde com esses indivíduos. Uma das abordagens comunicativas ineficazes relatadas na hora da educação em saúde é aquela onde as orientações são fornecidas de forma autoritária, coagindo os pacientes impedindo que esses adquiram conhecimento. Quando os profissionais da ESF desenvolvem comunicação ineficaz com as pessoas elas perdem a oportunidade de descobrir o problema enfrentado pelo paciente ou pela comunidade deixando de realizar ações para a promoção da saúde e prevenção das doenças, como a educação em saúde.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), para que os profissionais de saúde consigam estabelecer ações educativas eles precisam estabelecer uma comunicação terapêutica com os pacientes, pois assim eles conseguem desenvolver confiança e vínculo dos pacientes com os profissionais de saúde e serviços de

saúde. Sendo assim os profissionais de saúde precisam ter conhecimento científico para ensinar os pacientes o que for necessário e também deve saber se comunicar tanto para adquirir a confiança com o paciente descobrindo suas necessidades como também para transmitir as informações necessárias para esses pacientes, pois muitas vezes os profissionais de saúde sabem a teoria mas não sabem transmitir os conhecimento para o paciente simplesmente porque não sabem estabelecer uma comunicação direcionada para o indivíduo que está na sua frente e quando isso ocorre o paciente recebe a informação mas não entende o que está sendo passado.

Ainda segundo Nascimento e Oliveira (2010), estabelecer comunicação com as pessoas para a educação em saúde não é algo simples pois há vários fatores envolvidos como as diferentes culturas, crenças, valores etc., mas os profissionais devem ter atitude e força de vontade para desenvolver uma comunicação em que a pessoas ou grupo destinado possam entender de forma clara o que fazer para prevenir agravos, promover, tratar e reabilitar a sua saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde brasileira passou por várias mudanças ao longo dos anos em busca de melhores condições de saúde e de vida para a população. Mas foi com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreram mudanças significativas como, o direito de todos à assistência à saúde, o atendimento à população de acordo com as suas necessidades, em todas as faixas etárias e também em todos os níveis de atenção.

Para desenvolver a atenção primária a saúde, a Estratégia Saúde da Família desenvolve várias ações educativas com a comunidade e com os usuários de saúde, mas para desenvolver essas ações os profissionais precisam conhecer as necessidades das pessoas e do local onde elas moram, para isso esses trabalhadores devem desenvolver vínculos com os usuários de saúde através de uma comunicação eficaz.

Após ter descoberto as necessidades das pessoas e sua comunidade, os profissionais precisam desenvolver ações para resolver os problemas existentes e para prevenir que outros ocorram. Para isso eles precisam estabelecer uma comunicação precisa com os pacientes ou com as pessoas da comunidade, para que juntos possam planejar e executar as ações necessárias.

Uma das ações desenvolvida pela ESF para atender as necessidades das pessoas é a educação em saúde. Com ela os profissionais educam, informam e desenvolvem nos indivíduos o autocuidado, a determinação e a capacidade de agir sobre sua própria vida e a da sua comunidade, buscando melhores condições de vida e de saúde. Para isso a comunicação eficaz também é essencial, pois os profissionais precisam dela para transmitir as informações do processo saúde doença para as pessoas. Se eles não souberem como passar o conhecimento que possuem para os usuários, a atenção prestada não ocorrerá corretamente, comprometendo a assistência primária a saúde, possibilitando o adoecimento das pessoas.

Quando as pessoas adquirem conhecimento sobre o processo saúde doença e como ter uma vida mais saudável, prevenindo riscos e promovendo a saúde, elas passam a se policiar e a desenvolver meios para não adoecer. Mas para isso os profissionais quando vão desenvolver ações educativas devem se atentar a

comunicação desenvolvida, pois as pessoas são diferentes umas das outras e cada uma possui suas limitações.

A comunicação eficaz também é muito importante entre a equipe da ESF, pois nessa estratégia todos os trabalhadores contribuem de alguma forma para o bem-estar físico mental e social da comunidade e se não houver uma comunicação eficaz entre os trabalhadores, informações importantes podem não ser transmitidas diminuindo a possibilidade de uma assistência eficaz prestada a comunidade. Além disso quando as pessoas não sabem se comunicar elas aumentam a possibilidade de conflitos e isso também prejudica a atenção a saúde prestada.

Sendo assim, quando os profissionais não sabem como se comunicar, eles prejudicam toda a assistência prestada pelo SUS, pois comprometem a atenção primária à saúde, deixando que os indivíduos e a comunidade adoçam, levando-os a procurar a atenção secundária e terciária o que gera mais custos aos cofres públicos, à superlotação dos hospitais, à carga de trabalho excessiva dos profissionais de saúde e ainda a danos físicos, morais e sentimentais dos indivíduos acometidos e de suas famílias.

A comunicação terapêutica atende as necessidades da comunicação eficaz em saúde pois, possibilita através de seus elementos uma assistência humanizada onde as pessoas se sentem à vontade para expressar os seus problemas e para buscar o entendimento e a solução da situação em que está vivendo, prevenindo novos agravos e promovendo a saúde.

Para que os profissionais possam desenvolver essa comunicação na educação em saúde, eles devem buscar a educação na saúde, através da educação continua e permanente, com elas os trabalhadores da saúde se capacitam e desenvolvem uma assistência mais precisa as necessidades de cada pessoa de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Canoas RS, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2015.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface comunicação, saúde, educação, Botucatu**, Salvador, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- ARANHA, M. L. de A. **Filosofia da Educação**. 3. ed. São Paulo: Editora Moderna Ltda, 2007.
- ARAUJO, M. B. de S.; ROCHA. P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.
- BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 36, v. 3, p. 507-520, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.
- BESEN, C. B. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 1, p. 57-68, jan.- abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.
- BRASIL, **Política nacional de atenção básica**. 4. Ed. Brasília: Editora MS, 2007 b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- BRASIL. A Estratégia Saúde da Família. In_____. **Atenção primária e promoção da saúde**. 1. Ed. Brasília: MS, 2011b. p. 54-70. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>. Acesso em: 25 de abr. 2015.
- BRASIL. **Caderno de textos**: cartilhas da política nacional da humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 03-157 . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2015.
- BRASIL. **Carta dos direitos dos Usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: editora MS, 2011c. p. 03-26. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

BRASIL. Comunicação humana e interação social. In: _____. **Teorias da comunicação**. Brasília: Ministério da Educação. 2006b. p. 18-34. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/10_2_teor_com.pdf>. Acesso em: 10 abr.2015.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 1. ed. Brasília: MS, 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 17 de abr. 2015.

BRASIL. Breve história do sus. In: _____. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: MS, 2006a. p. 23-28. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/sus-avancos-desafios.pdf>>. Acesso em: 10 de abr. 2015.

BRASIL. Principais leis e atos normativos que estruturaram o SUS. In: _____. **Legislação estruturante do SUS**. 1.ed. Brasília: MS, 2011a. p. 17-24. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf>. Acesso em: 25 de abr. 2015.

BRASIL. **Educação permanente entra na roda**. 2. ed. Brasília- DF: Editora MS, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 22 de abr. 2015.

BRASIL. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2. ed. Brasília DF: Editora MS, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BRASIL. **Glossário temático gestão do trabalho e da educação na saúde**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Módulo I - A Construção da Vigilância em Saúde. In: _____. **CBVE Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília – DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005a. p. 11-29. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemio.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2015.

BRASIL. Prevenção. In: _____. **Caderno de atenção primária**. 1.ed.Brasília, 2013. p. 11-14. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 23 de abr. 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.27, n.78, p. 7-26, abr.2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em:18 out. 2014.

CERON, Mariane. **Habilidades de Comunicação**: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo. [201-]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GAULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Uberaba MG, v. 16, n. 1, p.1547-1554, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>>. Acesso em: 25 de mai. 2015.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf>. Acesso em:20 mar. 2015.

COLOMÉ, I. C. D. S.; LIMA, M. A. D. DA S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a06.pdf>>. Acesso em: 18 abr.2015.

COSTA, E. M. A. DA.; CARBONE, H. M. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda, 2010.

COSTA, Jacqueline Lima da. **O cenário da saúde pública brasileira no regime militar**: Uma Análise Sobre a Revista Veja no Período de 1975 A 1981. 2009. Disponível em: <<http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/r0403-4.pdf>>. Acesso em:20 mar. 2015.

D`ARAÚJO, M. C. **Getúlio Vargas**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011.

DANIEL, I. F. A Comunicabilidade na Enfermagem. In: _____. **Atitudes Interpessoais em Enfermagem**. São Paulo: editora pedagógica e universitária LTDA, 2005. p. 65-89.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. DE A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 641-649, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300847&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mai. 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. et al. Programa saúde da família (PSF): a família como um sujeito de intervenção. In: _____. FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: praticas para o cuidado em saúde coletiva**. 1. ed. São Paulo: Editora Ltda, 2009. 157-187.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. São Paulo, v. 35, n. 2. p. 144-149. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. São Paulo: Copyright, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

HARADA, M. DE J. C. S. **Gestão em Enfermagem: Ferramenta Para Pratica Segura**. São Paulo: Editora: Dirce Laplaca Viana, 2011.

JOÃO, W. DA S. J. Humanização na Saúde. **Pharmacia Brasileira**, Brasília. p. 13-14. Jun./ ago. 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/127/013a014_artigo_walter_jorge.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

JÚNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In _____. CIANCIARULLO, T. I. **Instrumento básico para cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 61-73.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; FIGUEIREDO, R. Comunicação e saúde. In: _____. **Instituto de Saúde**. São Paulo: Estação das Artes, 2010. p. 5-10. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

LETICIA, S. P. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista eletrônica trimestral de Enfermería**. Niterói-RJ, n. 29, p. 324-340, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

MACHADO, M. DE F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ceará, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 02 mai. 2015.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**, Fátima do Sul-MS, n. 14, v. 4, p. 773-776. 2009. Disponível: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fojs.c3sl.ufpr.br%2Fojs%2Findex.php%2Fcogitare%2Farticle%2Fdownload%2F16399%2F10878&ei=8xJqVeJKgpyDBJ_dgdAJ&usg=AFQ>

jCNGzllhgUrBIDHGsnh7iLgZdyXQFQQ&sig2=aGjQ6TDYhzEpgMrsUHx82Q&bvm=bv.94455598,d.eXY>. Acesso em 27 de abr. 2015.

MARANDOLA, T. DA R. et al. Educação Permanente em Saúde: Conhecer Para Compreender. **Revista, Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n2/Artigo8.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. DE F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa de saúde da família numa unidade básica de saúde. **Vev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>>. Acesso em: 18 abr.2015.

NASCIMENTO, D. D. G. DO; OLIVEIRA, M. A DE C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

OLIVEIRA, D. L. DE. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 3, p. 423- 431. Mai. / jun. 2005. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/65577/000539415.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

OLIVEIRA, E. M. DE. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 18 abr.2015.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, Maringá – PR., v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/304.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. L. A. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Conhecimentos e Práticas do Enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v.4, n.2, p. 833-844. Nov. / dez. 2011. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO%28OLIVEIRA%3BSANTOS%29.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

OLIVEIRA. M. A., DE C.; PEREIRA, L. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 de mai. 2015.

PAIM, J. S. **O que é o Sus**. 1. Ed. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A Importância da Humanização a Partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde pública**. Florianópolis, v. 1, n. 1, jan. /jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

PAULINO, I.; BEDIN, P. L.; PAULINO, V. L. Reorganização das práticas de trabalho. In: _____. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: editora Icone, 2009. p. 113-121.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. [s.d.]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 20 mar. 2015.

REIS, M. F. de C. T. A Pesquisa e a Produção de Conhecimentos. In: _____. **Caderno de formação; Formação de Professores Educação, Cultura e Desenvolvimento**. São Paulo: cultura acadêmica, 2010. p. 111-145. Disponível em: <http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/192/1/Caderno_mod2_vol3.pdf>. Acesso em: 11 de abr. 2015.

RIBEIRO, C. B.; CRUZ, A. P. C. N. DA; MARÍNGOLO, A. C. DO P. **Comunicação em Saúde**: Conceitos e Estratégias, Rumo à Efetivação de Direitos Sociais. Belo horizonte. [201-]. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20%C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

SANTOS, L. N. M. Relações interpessoais na estratégia saúde da família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 1, p. 155-159. 2014. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F5082%2F8360&ei=VRRqVdfuE8enNq6Cgugl&usq=AFQjCNF4grh68gMkXDEuhfQr-nkEKiNgZw&sig2=cPdWRQLyKstDDW779m8nrg&bvm=bv.94455598,d.eXY>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPIRITO SANTO. Diagnostico situacional. In: _____. **Diretrizes Clínicas Organização da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Vitória. 2008. p. 09-64.

SILVA, G. C. **Comunicação Organizacional e Seus Processos**: Um Estudo de Caso da Companhia de Transmissão de Energia. Elétrica Paulista. 2013. Disponível em:

<<http://www.aems.edu.br/conexao/educacaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/40.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2015.

SILVA, M. J. P. DA, **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

SOUSA, J. P. Comunicação, sociedade, cultura e Ciências da Comunicação. In _____. **Elementos de Teoria e Pesquisa da Comunicação e dos Media**. 2. ed. Porto, 2006. p. 21-94. Disponível em: <<http://bocc.ubi.pt/pag/sousa-jorge-pedro-elementos-teoria-pequisa-comunicacao-media.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2015.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. conceitos teóricos sobre comunicação. In _____. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, 2005. p. 28-46.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**: Bahia, p. 1-10, jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> acesso em: 18 abr. 2015.

VICENTE, Z. A educação para a autonomia em Paulo Freire. In: _____. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/autonomiaeducacao.pdf>>. Acesso em: 11 de abr. 2015.