



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

de Lavor Coriolano-Marinus, Maria Wanderleya; Soares de Andrade, Rebecca; Ruiz-
Moreno, Lidia; Soares de Lima, Luciane
Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de
dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 53, 2015, pp. 311-323
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família*

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus^(a)

Rebecca Soares de Andrade^(b)

Lidia Ruiz-Moreno^(c)

Luciane Soares de Lima^(d)

Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Communication of healthcare workers and users in caring for children under two years old in the context of a family health unit. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(53):311-23.

The study aimed to ascertain the conceptions that health workers and users have regarding communication in caring for children under two years old using the Habermas Communicative Action Theory. This was a qualitative study in which the data-gathering technique consisted of semi-structured interviews with healthcare workers and the caregivers of children under two years old in order to obtain support for studying communication. The data were subjected to thematic content analysis. Two thematic categories were identified an instrumental category, given that its characteristics were geared to the domain and information transfers; and another one called the shared category, since it was understood as communion of knowledge between healthcare workers and users, containing approximations to the assumptions of Communicative Action Theory. It was suggested that changes to the context studied should be made, from the perspective of constructing of communicative dialogue practices.

Keywords: Communication. Family health. Child care. Health education.

O estudo teve como objetivo conhecer a concepção que trabalhadores de saúde e usuários possuem sobre a comunicação no cuidado à criança menor de dois anos, adotando a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Trata-se de estudo qualitativo que teve como técnica de coleta entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde e cuidadoras de crianças menores de dois anos, de modo a obter subsídios para o estudo da comunicação. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Identificaram-se duas categorias temáticas, a partir do referencial teórico proposto: uma instrumental, por suas características voltadas ao domínio e repasse de informações; e outra, denominada compartilhada, por ser entendida como comunhão de saberes entre o trabalhador de saúde e usuário, contendo aproximações aos pressupostos da Teoria da Ação Comunicativa. Sugerem-se mudanças no contexto estudado, na perspectiva de construção de práticas comunicativas dialógicas.

Palavras-chave: Comunicação. Saúde da Família. Cuidado da criança. Educação em Saúde.

* Elaborado com base em "Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família", tese de doutorado da primeira autora, com financiamento do Edital Capes Pró-Ensino na Saúde.

^(a) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Moraes do Rego, s/n, campus da UFPE, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50670-420. wandenf@yahoo.com.br

^(b) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil. rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br

^(c) Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Lidia.ruiz@unifesp.br

^(d) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. Luciane.lima@globo.com

Introdução

O estudo propõe-se ao estudo da comunicação entre trabalhadores de saúde e cuidadoras de crianças menores de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde constitui-se em lócus privilegiado para a construção de práticas que devem possuir, no seu cerne, a troca de informações, a humanização do cuidado, com formação de laços solidários entre trabalhadores de saúde e população^{1,2}.

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde, em 2004, reforça a necessidade de ampliação do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando, dentre os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (2004): a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, a atuação em rede de forma conectada, a valorização da informação, comunicação e educação permanente, na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos².

Neste mesmo ano, amplia, também, o escopo de atenção à criança em linhas de cuidado definidas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com ênfase em ações voltadas à saúde da criança desde o pré-natal, com vistas a garantir um crescimento e desenvolvimento adequados, por meio de várias ações que contemplam o cuidado integral e multiprofissional³.

Compreende-se comunicação como todo e qualquer encontro que se efetiva entre os trabalhadores de saúde da ESF e usuários do SUS (cuidadoras e crianças) como momentos em que esta se efetiva.

Algumas dificuldades têm sido apontadas como entraves para a comunicação ser conduzida de forma horizontal e multidimensional. Craco⁴ aponta a impessoalidade na prestação dos cuidados, o mecanicismo e a rotinização. Estes acarretam uma comunicação na qual o trabalhador de saúde controla e conduz o discursar do "outro" (usuário), guiando sua expressão, interrompendo sua fala e buscando apreender dele o que já lhe é familiar, ou seja, demandas conhecidas e reconhecidas cientificamente.

No universo estudado, adotou-se, como referencial teórico, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas para abordar a concepção de comunicação.

Essa teoria diferencia dois tipos de racionalidade: a comunicativa, considerada emancipatória, e a estratégica ou instrumental. Enquanto a ação estratégica é orientada a partir de um ponto de vista utilitarista, a ação comunicativa dirige-se para a resolução de conflitos, por meio de um acordo mútuo, no qual os falantes desejam harmonizar seus planos de ação⁵.

Em face das recentes políticas de saúde que preveem a humanização da assistência, o vínculo e acolhimento que devem ser estabelecidos entre trabalhadores de saúde e população, enfatiza-se a necessidade de estudos que possam descrever as relações estabelecidas entre esses atores sociais, para implementação de novas práticas em saúde que promovam o compartilhamento de saberes, com vistas ao cuidado integral.

O estudo tem como objetivo conhecer qual a concepção que trabalhadores de saúde e usuários possuem sobre a comunicação no cuidado à criança menor de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Método

Estudo qualitativo, fundamentado nos conceitos da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (2012), como referencial teórico.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de abril a agosto de 2011, em uma Equipe de Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco. A equipe foi escolhida de forma intencional, em virtude de estabelecimento de vínculo entre pesquisadora e membros da equipe, por meio de coleta de dados de uma pesquisa anterior.

O município de Jaboatão dos Guararapes está situado no litoral do Estado de Pernambuco. Tem extensão territorial de 256 quilômetros quadrados. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (RMR). A população do município, segundo estimativas do ano de 2008, é de 678.346 habitantes⁶.

A pesquisadora esteve presente na Unidade de Saúde da Família nos dias de segunda a quinta-feira, em um dos turnos de trabalho da equipe, alternando-se entre o turno matutino e vespertino.

A Equipe de Saúde da Família possuía, no período de coleta, uma população de 1.204 famílias adstritas. O número de crianças de zero a dois anos, no momento da coleta de dados, era de 118, das quais entrevistamos 19 cuidadoras, selecionadas de acordo com a disponibilidade no momento em que aguardavam consultas de puericultura, vacinação; bem como as que se dispuseram a participar mediante a realização de visitas domiciliares pela pesquisadora, conduzida por agentes comunitárias de saúde, compondo uma amostra do tipo intencional.

A equipe era composta pelos seguintes trabalhadores de saúde: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, dois atendentes e uma auxiliar de serviços gerais. Destes, participaram 11 trabalhadores de saúde, sendo: um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, um atendente e seis agentes comunitárias de saúde.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, nas quais foram utilizados roteiros específicos para trabalhadores de saúde e cuidadoras, abordando questionamentos de modo a obter subsídios para o estudo da comunicação. A entrevista abordava questões ligadas: à concepção de comunicação, ao relacionamento entre trabalhador de saúde e cuidadora, a pontos facilitadores e dificultadores de uma comunicação efetiva. O critério para limitação da amostra foi a saturação dos dados.

As entrevistas foram gravadas e, logo em seguida, transcritas para posterior análise de dados, adotando-se a técnica da Análise de Conteúdo na modalidade temática, com as etapas de: leitura de cada entrevista, leitura comparativa entre as entrevistas, identificação de núcleos de sentido, subcategorização e categorização final⁷.

Para interpretação do material analisado, adotou-se a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas^{8,9}.

A pesquisa obedeceu às normas que regem as pesquisas com seres humanos, adotando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os sujeitos participantes.

Os participantes foram identificados por nomes fictícios e por letras: as cuidadoras foram identificadas de C1 a C19; o médico, M1; a Enfermeira, E1; a dentista, D1; as agentes comunitárias de saúde de A1 a A6; a técnica de enfermagem, T1, e o atendente, At1.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Oswaldo Cruz/Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco.

Resultados e discussão

No perfil das cuidadoras, a faixa etária predominante foi a de vinte a trinta anos (13), uma era menor de vinte anos, e cinco possuíam mais de trinta anos. Quanto à renda familiar, a maioria tinha a renda de um salário-mínimo (11), proveniente, sobretudo, do trabalho dos esposos: seis possuíam renda de menos de um salário-mínimo e duas possuíam renda de um a dois salários-mínimos. Tratava-se de uma população de baixo poder aquisitivo, na qual todas as cuidadoras entrevistadas não possuíam atividade remunerada, sendo as atividades ligadas ao cuidado com os filhos e casa. Em relação à escolaridade: uma possuía o Ensino Fundamental incompleto, três possuíam Ensino Fundamental Completo, cinco Ensino Médio Incompleto e dez Ensino Médio Completo. Quanto à idade das crianças cujas cuidadoras participaram do estudo, dez eram menores de um ano e nove tinham idade entre um ano a um ano e 11 meses. O acompanhamento das cuidadoras pela Unidade de Saúde da Família variou de quatro meses a dez anos.

Quanto ao perfil dos trabalhadores de saúde, em relação à faixa etária, a maioria possuía quarenta anos ou mais (sete), três possuíam de trinta a quarenta anos, e um era menor de vinte anos. O tempo de trabalho variou de seis meses a 21 anos, a maioria possuía mais de dez anos de experiência (seis). Em relação à escolaridade, três possuíam pós graduação *lato sensu*; seis, Ensino Médio completo; um, Ensino Médio incompleto, e um, ensino técnico.

A partir da análise dos dados, as falas dos participantes corroboraram as concepções de comunicação exploradas por Habermas, as quais dividimos em duas categorias denominadas:

- 1) A comunicação no aspecto instrumental: o saber científico como verdadeiro;
- 2) A comunicação compartilhada: aproximações à ação comunicativa.

Categoria 1: a comunicação no aspecto instrumental: o saber científico como verdadeiro

A percepção de comunicação no aspecto instrumental abrangeu, na visão das usuárias, o repasse de informações, dificuldades de escuta às suas demandas e falta de diálogo.

A fala da cuidadora 6 exemplifica – na visão do grupo de entrevistadas que entendem a comunicação sob a ótica instrumental – as dificuldades no estabelecimento de uma relação bilateral de troca e escuta às suas demandas durante as consultas.

"tem dúvida que eu quero tirar lá e num consigo, quando chega aqui com minhas amiga eu consigo falar tudo da minha vida [...]. Eles {trabalhadores de saúde} num conseguem, tem gente que eles consegue tirar as dúvida diretin, mas tem gente que não, e a gente fica é cum medo de tirar as dúvida". (C6)

Para C6, a comunicação estabelecida não responde às suas expectativas, pela falta de confiança e dificuldades em estabelecer uma relação de troca, em contraposição ao relacionamento que estabelece com amigas e vizinhas.

Este modelo comunicativo representa características do modelo de comunicação unilinear, caracterizado por práticas comunicativas, que se movimentam de um emissor a um receptor¹⁰.

As falhas encontradas no processo comunicativo do presente estudo se deram no âmbito da escuta e no modo de emissão da fala por parte de alguns trabalhadores de saúde, o que acaba comprometendo a confiança e inviabiliza a abertura de canais comunicativos para que ocorra uma relação dialógica. Esses aspectos terminam reforçando as relações de poder entre os trabalhadores de saúde e a população assistida, a qual se considera apenas demandatária de cuidados, mas não participa de forma proativa na gestão do seu autocuidado.

Para a cuidadora 16, o principal entrave para uma comunicação efetiva estava na dificuldade de escuta do profissional médico e na inviabilização do diálogo.

"[...] cum a minina da vacina e cum o agente de saúde eu num tenho o que dizer não. Cum o médico, o fato dele se expressar melhor, num é que ele seja agressivo, mas ele num sabe se expressar, ele divia ter mais paciência". (C16)

Para a comunicação ser considerada satisfatória, a cuidadora 6 aponta a necessidade de algumas mudanças:

"Uma pessoa cunversar cum eles {trabalhadores de saúde}, né? Explicar que eles tem que tirar as dúvida dos paciente, que eles tão ali já pra tirar as dúvida da gente, que a gente num sabe, porque eles são profissionais, tá ali pra tirar dúvida, né? chamar a atenção, né? Explicar o que tá errado, a pessoa fala, eles já tão com ignorância, acha que sabe de tudo, mas num é assim, né?". (C6)

A precariedade da comunicação é uma problemática que pode resultar em desentendimento, desconfiança, distorção de ideias e situações de dominação¹¹.

Numa situação de fala, existe um **falante** que se comporta como um **eu (ego)**, que faz um proferimento em relação ao mundo, aos outros homens ou a si mesmo, para o qual busca o assentimento de outro **eu (alter)**. Nesse caso, é necessário que **alter** compreenda o que **ego** diz, demonstrando conhecimento do sentido dos termos utilizados por **ego** (que corresponde à dimensão

semântica da linguagem), sendo ainda relevante a dimensão performativa ou pragmática, na qual *alter* assume uma posição de reação ao proferimento de *ego*, e na qual a linguagem assume uma dimensão de ação social, por meio do estabelecimento de uma relação entre atores sociais por intermédio da fala¹².

Contudo, na concepção de alguns sujeitos da pesquisa, a comunicação não tem assumido a função de integração entre os vários atores sociais envolvidos, tendo em vista que, para algumas cuidadoras, existem temores perante o posicionamento dos trabalhadores de saúde que os assistem.

Essa realidade gera reflexos na concretude do princípio doutrinário de controle social do SUS, pois, ao passo que os usuários se intimidam perante o serviço de saúde que os assiste, isso dificulta o alcance do direito à saúde de forma plena, universal, integral e equitativa.

Quando questionamos os trabalhadores de saúde sobre a comunicação, para muitos deles, esta também se revestiu numa visão instrumental, voltada ao repasse de informações dentro do universo biomédico. Foram apontados, como entraves para a comunicação satisfatória, a falta de êxito às recomendações e orientações que são prestadas à clientela, evidenciados nas falas da Enfermeira e da agente comunitária de saúde 6:

"As orientações que a gente dá, elas seguirem, às vezes, o aleitamento materno, a gente fala, quando vê, elas já tão dando outras coisas". (E1)

"Eu acredito que é isso mesmo, o objetivo é esse: trabalhar com prevenção, vacina, gestante, pra elas se interessarem em vir pro pré-natal, o aleitamento materno, que às vezes a vó desvia esse objetivo principal que é amamentar pelo menos seis meses e chega a avó: 'não, criei meu filho sem isso' e a gente tenta fazer isso, num sair do objetivo do programa, porque se deixar sai. As palestra já num tem mais, as crianças num tem mais tanta prioridade, mas o programa é isso, trabalhar com orientação, palestra". (A6)

O posicionamento de E1 demonstra a preocupação com o êxito técnico, enquanto a dimensão relacional poderá estar secundarizada.

Em estudo abordando a comunicação entre médicos e pacientes, por meio de entrevistas e observação das consultas, os autores destacam que, quando os pacientes não conseguem resultados bem-sucedidos, eles consideraram como pontos importantes a compreensão, consolo e encorajamento por parte do médico¹³.

Desse modo, é relevante a motivação do trabalhador de saúde e a compreensão do usuário quando um resultado não é bem-sucedido.

Destaca-se a importância do processo de formação dos profissionais da área de saúde, tendo em vista que as Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁴ enfatizam novas competências e papéis a serem desenvolvidos nos graduandos para o futuro exercício profissional. O objetivo principal constitui levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Para A6, por sua vez, há menção sobre a relevância da ação educativa em saúde, embora essa receba uma conotação prescritiva e tradicional, mencionada sob a forma de palestra. Além disso, as diretrizes da ESF poderão estar recebendo uma interpretação rígida e normativa, com objetivos e metas a serem rigorosamente cumpridos, o que compromete a criatividade, os aspectos de troca e atenção para com os saberes e crenças da população.

Pelos discursos de E1 e A6, representando o grupo de trabalhadores de saúde que enxergam a comunicação de forma instrumental, a relação que é estabelecida junto às cuidadoras visa predominantemente resultados de mudanças de comportamento para adoção de práticas saudáveis, como, por exemplo, a adesão ao aleitamento materno. Na visão das entrevistadas, o modelo de comunicação adotado não se mostra eficaz, por não trazer resultados satisfatórios no que se refere aos aspectos de promoção da saúde da população.

Sob o parâmetro da teoria da ação comunicativa de Habermas, o mundo da vida, em algumas situações, pode ser colonizado, quando ações estratégicas são implementadas em detrimento de atos comunicativos, sendo que, enquanto a comunicação procura o entendimento mútuo, a ação estratégica visa o sucesso, no caso do discurso biomédico, objetiva o diagnóstico e a cura¹⁵. Porém, a missão dos trabalhadores de saúde deverá perseguir a busca de um diálogo horizontal para a conquista de um cuidado humanizado e integral.

Em trabalho¹⁶ sobre concepções de educação em saúde por trabalhadores de ESF, os choques entre culturas que se dão entre trabalhadores de saúde e usuários são fenômenos usuais, já que a consulta ou outros momento de interação, como grupos de educação em saúde e visitas domiciliares, requererem troca de informações. Embora os profissionais encontrem contribuições no conhecimento popular, na maioria das vezes, não estão preparados para lidar com outros saberes, inclusive o popular, sentindo-se pouco reconhecidos e valorizados, quando, na verdade, a não-adesão do usuário ao procedimento explica-se porque o que é proposto não faz sentido ao seu universo de representações.

Percebe-se que, mesmo os Agentes Comunitários de Saúde, que pertencem ao cenário de vida das famílias sob sua responsabilidade, acabam incorporando o saber técnico nas suas visitas domiciliares e no processo de educação em saúde, como menciona a agente comunitária de saúde 4:

“É assim, sempre a gente andar cum a verdade, é isso que eu faço quando eu vou pra minhas visitas, eu vou, informo, se num souber, pergunto a Beth^(e){Enfermeira}, pergunto às colegas {agentes comunitárias de saúde}”. (A4)

^(e) Nome fictício dado à enfermeira.

Para A4 há uma preocupação com um “saber verdadeiro” a ser conduzido durante suas visitas domiciliares, porém é preciso que não esqueçam que estes saberes precisam fazer sentido à população assistida para a incorporação de uma prática solidária e autônoma. Estes conhecimentos vão ser somados a outras fontes, como mídia, vizinhança e familiares.

Reforça-se a importância de uma prática educativa com foco na reflexão crítica sobre a prática exercida, de forma a melhorar as práticas futuras. Desse modo, entendemos a importância da construção do papel crítico do agente comunitário de saúde, de forma a ser o elo entre equipe de saúde e população.

Para D1, o discurso é visto sob o aspecto monológico, no qual o papel dos trabalhadores é repassar a orientação às cuidadoras.

“[...] como elas {mães} vem e se interessam no que a gente tem pra falar, eu acho que a gente sai ganhando, a maioria faz, higienização, escovação, eu acho interessante, eu acho positivo”. (D1)

É relevante que a ação comunicativa resulte em significado para todos os atores que dela participam. O ato comunicativo não pode ser uma via de condução simples, na qual apenas os trabalhadores tenham algo a transmitir e informar, deve ser uma via de mão dupla, que resulte em significados para todos.

Corroborando nossos achados, Araújo e Cardoso¹⁸ abordam essa dificuldade em quebrar a natureza linear e unidirecional da comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários. Quando a comunicação é interpretada de forma unidirecional, esse aspecto contribui para a manutenção de um processo vertical que não consegue captar as singularidades de cada sujeito, dificultando a experiência de um cuidado integral e participativo.

No discurso de A6, por sua vez, percebe-se que uma outra dificuldade está na comunicação que é estabelecida dentro da equipe, a qual ocorre num processo de hierarquização “daqueles que mais sabem” para “aqueles com conhecimentos inferiores”, e que, posteriormente, pode ser reproduzido pelo ACS no exercício do seu trabalho.

“A gente tira logo a dúvida, porque a gente sabe que a turma é ignorante de informação, ou melhor, é humilde de informação, então a gente procura não misturar”. (A6)

Resultados semelhantes foram apontados por outros trabalhos realizados pelos autores¹⁹⁻²¹, nos quais se constatou que a metodologia de trabalho dos ACS tem privilegiado a prescrição comportamental, sem a problematização com os sujeitos sociais, o que pode ser um dos pontos dificultadores para incorporação dos ensinamentos na prática das famílias.

Possíveis causas da unilateralidade da comunicação e educação em saúde são questões externas relacionadas ao modelo biomédico, que possui as características normalizadora, intervencionista, positivista e medicalizadora, que afetam as dimensões cognitiva, moral e afetiva, resultando na não-utilização da comunicação como dispositivo de troca. Além disso, possíveis causas internas estão nas debilidades teóricas e epistemológicas dos trabalhadores de saúde, os quais ainda não compreendem as potencialidades de um modelo dialógico²².

As causas das dificuldades dos trabalhadores de saúde em responder aos desafios e pressupostos do SUS constituem responsabilidade das instituições formadoras em saúde, que ainda reproduzem a lógica fragmentada do cientificismo, deixando de lado o mais rico da educação e da inter-relação: as relações entre professor e aluno, que, mais tarde, vão se refletir nas relações entre profissionais de saúde e seus pacientes²³.

Desse modo, aponta-se a necessidade de abordagem explícita da comunicação e dos aspectos relacionais durante a formação de todos os profissionais de saúde, seja por meio de disciplina específica ou de forma transversal em várias disciplinas, com vistas a modificar a compreensão da comunicação nas práticas de saúde, além de provocar mudanças nas atividades cotidianas junto aos usuários do SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁴ apontam esse caminho ao elencarem algumas competências gerais a serem desenvolvidas nos graduandos da área de saúde: a comunicação, que envolve acessibilidade e confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral, por meio de uma adequada comunicação verbal, não verbal, de escrita e leitura. Além dessa, mencionam a Educação Permanente, que pressupõe a capacidade de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na prática.

Destaca-se, ainda, como papel da Educação Permanente em Saúde, a abordagem e presença da comunicação em todos os encontros relacionais que se efetivam entre os trabalhadores de saúde e usuários, com a proposição e discussão de subsídios compatíveis a cada realidade, de forma a construir, de maneira solidária, laços mais horizontais e bidirecionais, com uma comunicação voltada ao entendimento, na tentativa de superação da comunicação sob a racionalidade instrumental, como atividade meio-fim.

Categoria 2: a comunicação compartilhada: aproximações à ação comunicativa

A comunicação em saúde tem sido interpretada, para alguns entrevistados, como instrumento que conduz: à escuta, esclarecimento, acolhimento, entendimento, partilhamento, troca de saberes e acesso às subjetividades e singularidades do outro envolvido no ato comunicativo.

Os depoimentos das cuidadoras 1 e 15 mencionam a comunicação com a enfermeira e a técnica de enfermagem, respectivamente, como satisfatória, pelo vínculo e acolhimento estabelecidos durante as consultas de enfermagem e as ações de vacinação, o que pode ser considerado como ponto positivo para o relacionamento dentro da proposta da ESF.

"[...] o que eu pergunto e ela {Enfermeira} me responde, se for uma coisa que ela não sabe, ela me diz. Eu pergunto o que eu quero. Eu pergunto tudo, porque se eu num pergunto fico na dúvida [...]" . (C1)

"Comunicação é assim, a pessoa saber conversar com você, você fazer uma pergunta e a pessoa te responder. Você chegar aqui e perguntar: 'ah, eu gostaria de saber sobre a vacina hoje' e ela vai lá e diz: 'ah, peraí fia, eu tenho que ver e a comunicação é assim, perguntar e ter a resposta certa'" . (C15)

O enfermeiro, ao estabelecer uma relação social com o usuário, deve, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em relação ao que é falado pelo cliente, para facilitar a compreensão ampliada de sua história de vida, sendo fundamental algumas características, como a linguagem verbal e não verbal²⁴.

Pelas características do trabalho que se efetiva na Estratégia Saúde da Família, o cuidado longitudinal permite, aos atores sociais, o estabelecimento de vínculos concretos no estabelecimento de planos de ação, porém, ressalta-se que este vínculo necessita apresentar uma via de mão dupla, na qual todos contribuam para a ação comunicativa.

Walseth, Abildsnes e Scgei¹³, ao abordarem a relevância da relação médico-paciente e do aconselhamento nas práticas do cuidado em saúde, destacam a teoria da ação comunicativa de Habermas para a abordagem desta questão, tendo em vista que o comportamento do usuário perante o aconselhamento médico é influenciado por uma gama de fatores, dentre os quais se incluem questões psicológicas, sociais, comportamentais, sendo importantes, neste processo: uma boa relação profissional-paciente, o diálogo respeitoso em busca da compreensão mútua, e o envolvimento do usuário no processo de decisões compartilhadas para o exercício da sua autonomia.

Corroborando a integração do usuário nas tomadas de decisões, para a cuidadora 18, a comunicação foi definida como entendimento e compreensão das mensagens produzidas pelos interlocutores: "Comunicação é quando as pessoa tão cunversando e uma intende o que a outra dá dizendo, é você perguntar e intende o que elas tão falando" (C18).

Habermas^{8,9}, ao estruturar a teoria da ação comunicativa, concebeu que a comunicação estabelecida entre os sujeitos, mediada por atos da fala, diz respeito sempre a três mundos: 1. o mundo objetivo das coisas: que corresponde a pretensões de validade referentes às verdades das afirmações feitas pelos participantes no processo comunicativo; 2. o mundo social: corresponde a pretensões de validade referentes à correção e à adequação das normas; 3. o mundo subjetivo: corresponde às vivências e sentimentos: a pretensões de veracidade, ou seja, que os participantes do diálogo estejam sendo sinceros na expressão dos seus sentimentos.

Na relação comunicativa, é imprescindível o entendimento da mensagem produzida pelos interlocutores, os quais precisam realizar afirmações verdadeiras, dentro de um contexto social coerente, além de serem sinceros na manifestação dos seus enunciados. Possíveis falhas em alguma dessas pretensões conduzirão a ruídos que comprometem o entendimento mútuo e a compreensão entre os falantes.

A natureza interativa do conhecimento científico e popular que se materializam no universo da ESF permite que conhecimentos originados na cultura popular complementem o saber científico, por meio de um processo de ancoragem e de transferência do universo cultural para o universo científico. Essa complementação demonstra a possibilidade de se integrarem diferentes conhecimentos na prática, promovendo uma assistência resolutiva e comprometida com a realidade da população assistida¹⁶. Assim, a comunicação deve ocorrer de forma bidirecional, gerando um compromisso de transformação dos saberes de cada um.

Freire¹⁷ corrobora esta percepção de comunicação ao realçar o ato de educar como um diálogo horizontal que se nutre de amor, humildade, esperança, fé e confiança. O diálogo é visto como uma exigência existencial, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar o conhecimento adquirido, vivido.

Na visão do nosso outro grupo de participantes, os trabalhadores de saúde, a comunicação também foi percebida como possibilidade para trocas, com escuta do usuário na sua singularidade, para apreensão de demandas nem sempre explícitas, como demonstra a agente comunitária de saúde 3: "A gente aprende muito com a comunidade, é um aprendizado, é uma troca de conhecimento, eu acho muito importante" (A3).

Para A3, o processo educativo em saúde é mediado por trocas na construção de um conhecimento compartilhado, sendo reconhecido que, nessa ação, tanto o educador (trabalhador de saúde) como o educando (usuário) sempre têm algo a oferecer na mediação ensino-aprendizagem.

A partir da afirmativa de Freire²⁵ (p. 22), de que "o conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem", entendemos a importância de uma educação emancipatória no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Com essa postura, somos conduzidos ao compartilhamento de saberes, que consiste em respeitar o saber de senso comum e reconhecer a incompletude do saber profissional; o que não significa abdicar do conhecimento científico ou submetê-lo ao senso comum, mas entender que há diferentes saberes, dentre eles, o saber profissional, que também é incompleto e inacabado, pois se mantém em constante construção e necessita ser permanentemente revisto, contextualizado, confrontado e aproximado a outros saberes, sobretudo, o de senso comum, para se transformar em conhecimento útil²⁶.

Para a agente comunitária de saúde 6, a comunicação entre o ACS e a comunidade apresenta algumas particularidades, como maior proximidade e vínculo com as famílias por meio das visitas domiciliares, além de uma linguagem mais acessível e de maior apropriação por parte das famílias.

"Eu acredito que seja boa {a comunicação}, também cum 13 anos que trabalho, elas escutam, elas confiam, elas acreditam muito na gente, nós é que tamo todo dia, todo dia entre aspa, pelo menos uma vez por mês, então, é uma boa comunicação, falar cum elas duma maneira mais clara, talvez a cunversa do médico seja mais diferente, eles falam mais tecnicamente, a gente fala mais a lingua deles". (A6)

Para Habermas, a linguagem enquanto veículo de comunicação interessa do ponto de vista da prática social. Tomando os atos de fala enquanto sentenças de um proferimento, o autor considera a existência de três tipos de atos de fala: 1 atos locucionários (o falante, simplesmente, diz algo, expressa um estado-de-coisas), 2 ilocucionários (realiza uma ação enquanto diz algo), e 3 perlocucionários (causa um efeito sobre o ouvinte, produz algo no mundo)^{8,9,12}.

Nesse caso, a agente comunitária de saúde menciona a realização de atos ilocucionários e perlocucionários, por pertencer ao universo cultural daquela população e conhecer, com profundidade, a linguagem, os costumes e necessidades, tornando-se um trabalhador de saúde apto a produzir uma comunicação mais efetiva dentro da sua prática profissional.

Na compreensão do médico da equipe, entende-se como comunicação efetiva aquela que propicia uma escuta qualificada por parte dos trabalhadores de saúde, tendo em vista as necessidades e carências da população:

"Tudo é comunicação [...] até você ouvir o outro é comunicação, agora uma boa comunicação é você esquecer os seus problemas e procurar compreender quem tá precisando de ajuda, embora tenha gente que queira tá aqui todo dia, não importa, tem que tentar ouvir e só o fato de atender bem, já ajuda". (M1)

No trabalho de Oliveira et al.²⁷, na visão de trabalhadores de saúde e usuários do SUS, a comunicação foi interpretada como habilidade que deveria ser trabalhada entre todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, de forma franca e objetiva, visando a criação de vínculo por meio de uma escuta empática, tendo como objeto final um atendimento resolutivo.

Bastidas Acevedoa et al.²², considerando a pedagogia de Freire como subsídio para uma prática educativa e comunicativa, que ressignifique a comunhão entre educando e educador, apontam o

diálogo como fundamental no processo comunicativo, mediante o qual os participantes devem ter a intenção de compreensão mútua. Esta comunhão implica reconhecer o outro como alguém diferente, com conhecimentos e posições distintas.

Na visão da técnica de enfermagem, há o reconhecimento das diversidades dos sujeitos e situações na sua prática cotidiana, exigindo, consequentemente, o entendimento dessas peculiaridades existentes no cenário da Estratégia Saúde da Família.

A técnica de enfermagem exemplifica uma situação que considerou relevante para demonstrar o papel de uma comunicação bidirecional para práticas em saúde de forma satisfatória. Na situação em que a técnica de enfermagem estava diante de uma condição na qual a cuidadora não queria aceitar a administração de uma vacina a seu filho, o papel da técnica foi o de compreender as angústias e necessidades da mãe, abrindo possibilidades para um consenso entre os interlocutores, que não prejudicasse a promoção da saúde.

"Tem mãe que pergunta, tem mãe que não, tem o choro da criança, tinha uma mãe que não queria vacinar a criança, não por causa da vacinadora, mas porque ela morria de pena, aí eu disse: 'eu vou perder tempo, mas vai valer a pena', aí eu disse: 'olhe, a senhora tem pena dele porque? A gente só faz se o responsável autorizar, mas eu garanto que não vai acontecer nada com ele.' Aí ela: 'não mulher, é porque eu tenho pena de duas, três furadas'. Aí eu disse: 'olhe, pois vamos fazer assim, eu faço uma hoje e outra pra 15 dias'. Aí ela disse: 'não, marque pra 1 mês'. Aí eu explico que a vacina é boa pra isso, quais são as doenças de 6 meses, por exemplo, que a DTP, difteri, tétano, aí a mãe deixou eu fazer, era a DTP e a hepatite, e ela veio depois, o importante é que ela deixou eu fazer". (T1)

Feudner²⁸, ao abordar a comunicação colaborativa no cuidado em saúde, enfatiza a necessidade de substituição da compreensão da comunicação como "transmissão de mensagens" por uma conceituação que incorpore tanto a troca de informações como a natureza da relação de colaboração entre os falantes que estão se comunicando, sendo essencial a reciprocidade e a sinergia. Aborda, ainda, cinco objetivos primordiais, que são: estabelecer um objetivo comum ou um conjunto de objetivos que orientam nossos esforços de colaboração para com o usuário; expor o respeito mútuo e a compaixão pelo outro; desenvolver uma compreensão suficientemente completa das nossas diferentes perspectivas; garantindo a máxima clareza e exatidão do que comunicamos uns com os outros, e gerenciamento de processos intrapessoais e interpessoais que afetam a forma como enviar, receber e processar informações.

Reconhecemos, no nosso estudo, na situação apresentada pela técnica de enfermagem, que, embora a solução da problemática tenha partido, sobretudo, da trabalhadora de saúde, esse comportamento abre perspectivas para novas situações nas quais os usuários se sintam protagonistas e gestores do seu cuidado, apontando um cuidado dialógico, compreendido como encontro amoroso dos homens, que, mediatisados pelo mundo, o transformam, e transformando-o, o humanizam para a humanização de todos²⁵.

Desse modo, a situação apresentada pode ser caracterizada como agir comunicativo, tendo em vista que a coordenação desta ação bem-sucedida dependeu de força racionalmente motivadora para o entendimento e para o consenso entre os atores sociais, resultando em prática efetiva de promoção da saúde.

Conclusão

Os resultados apontaram para concepções distintas de comunicação, com predominância da racionalidade instrumental, com uma compreensão da comunicação enquanto instrumento de repasse de informações para o alcance de êxito técnico nos comportamentos dos indivíduos e nos indicadores de saúde.

Para outros entrevistados, exaltamos a compreensão da comunicação voltada ao entendimento, à escuta e à valorização dos usuários no cuidado em saúde, aproximando-se dos pressupostos da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas.

A Teoria da Ação Comunicativa, já utilizada em outros estudos na área de Educação e Saúde, se mostra relevante para o estudo da inter-relação entre trabalhadores de saúde e usuários (cuidadoras/mães) no contexto da Estratégia Saúde da Família, pela sua aproximação aos pressupostos e diretrizes estabelecidos pelo SUS e pela ESF, fundamentalmente: a integralidade da atenção, escuta qualificada, acolhimento, vínculo e responsabilização, embora constitua um desafio a sua concretude na prática diária dos serviços de saúde.

Aponta-se a necessidade de instrumentalização da comunicação dos profissionais de saúde desde a graduação, além da continuação deste processo por meio da Educação Permanente, de forma a responder as necessidades e demandas propostas pelo SUS.

Diante da realidade apresentada, ressalta-se a necessidade de incorporação da educação em saúde e da comunicação no relacionamento entre trabalhadores de saúde, de forma a aprenderem, no seu cotidiano de trabalho, de forma integrativa, para a produção de uma comunicação que valorize, com maior propriedade, as demandas e necessidades das cuidadoras e crianças, com foco na escuta qualificada e na participação de processos que promovam a emancipação dos sujeitos assistidos.

Sugere-se a realização de estudos posteriores que possam analisar efeitos de intervenções no âmbito da comunicação nas práticas em saúde, de modo a serem concretizadas práticas mais dialógicas voltadas à compreensão e ao consenso entre todos os atores sociais envolvidos nos atos comunicativos.

Colaboradores

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus responsabilizou-se por: concepção da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados, redação da versão final. Rebecca Soares de Andrade participou da coleta de dados, análise dos dados, redação da versão final. Lidia Ruiz-Moreno participou da análise dos dados, redação da versão final, e Luciane Soares de Lima responsabilizou-se por: concepção da pesquisa, orientação da pesquisa, análise dos dados, redação da versão final.

Referências

1. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília (DF): MS; 2000.
2. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): MS; 2004.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): MS; 2004.
4. Craco PF. Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
5. Schaefer M, Heinze HJ, Rotte M, Denke C. Communicative versus strategic rationality: Habermas Theory of Communicative Action and the social brain. *Plos One*. 2013; 8(5):1-7.
6. Jaboatão dos Guararapes. História da cidade [Internet] [acesso 2010 Dez 29]. Disponível em: <http://www.jaboatao.pe.gov.br/jaboatao/historia.aspx>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
9. Habermas J. Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social. Soethe P, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2012. v. 1.
10. Teixeira RR. Modelos de comunicação nas práticas de saúde. *Interface* (Botucatu). 1997; 1(1):7-41.
11. Lima JC, Rivera FJV. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface* (Botucatu). 2009; 13(31):329-42.
12. Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.
13. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29(2):99-103.
14. Ministério da Saúde. Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. 3 Out 2001, Seção 1E: 131.
15. Mikkelsen TH, Soendergaard J, Jensen AB, Olesen F. Cancer surviving patients' rehabilitation – understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(122):1-13.
16. Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(11):4327-35.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
18. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
19. Coriolano MWL, Lima LS. Grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento desse personagem. *Rev Enferm Uerj*. 2010; 18(1):92-6.
20. Coriolano MWL, Lima MM, Sette GCS, Sarinho ESC, Lima LS. Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(3):317-25.
21. Coriolano MWL, Lima MM, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Educação permanente com Agentes Comunitários de Saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. *Trab Educ Saude*. 2012; 10(1):37-59.

22. Bastidas Acevedo M, Becerra FNP, Ospina JNT, Paucar GE, A Córdoba AA, Correa FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm.* 2009; 27(1):104-11.
23. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cienc Saude Colet.* 2011; 16 Supl. 1:1547-54.
24. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface* (Botucatu). 2008; 12(24):125-40.
25. Freire P. Extensão ou comunicação? 7a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
26. Leonello VM, Oliveira MAC. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22:916-20.
27. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MNI. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface* (Botucatu). 2008; 12(27):749-62.
28. Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am.* 2007; 54(5):583-ix.

Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicación entre trabajadores de la salud y usuarios en el cuidado a niños menores de dos años en el contexto de una unidad de salud de la familia. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(53):311-23.

El objetivo del estudio fue conocer la concepción que trabajadores de la salud y usuarios tienen sobre la comunicación en el cuidado a los niños menores de dos años, adoptando la Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas. Estudio cualitativo que tuvo, como técnica de colecta, entrevistas semi-estructuradas con trabajadores de la salud y cuidadoras de niños menores de dos años, para obtener subsidios para el estudio de la comunicación. Los datos se sometieron a análisis de contenido temático. Se identificaron dos categorías temáticas: una instrumental, por sus características enfocadas en el dominio y traspaso de informaciones y la otra denominada compartida, por entenderse como comunión de saberes entre el trabajador de la salud y el usuario, conteniendo aproximaciones a los supuestos de la Teoría de la Acción Comunicativa. Se sugieren cambios en el contexto estudiado, en la perspectiva de construcción de prácticas comunicativas dialógicas.

Palabras clave: Comunicación. Salud de la familia. Cuidado de los niños. Educación en salud.

Recebido em 18/06/13. Aprovado em 10/09/14.