

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DISCUTINDO A COMUNICAÇÃO COMO AÇÃO DE APROXIMAÇÃO
DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO COM A FAMÍLIA DO USUÁRIO**

DÉBORA HELENA RIBEIRO

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS
2010

DÉBORA HELENA RIBEIRO

**DISCUTINDO A COMUNICAÇÃO COMO AÇÃO DE APROXIMAÇÃO
DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO COM A FAMÍLIA DO USUÁRIO**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Zídia Rocha Magalhães

DÉBORA HELENA RIBEIRO

**DISCUTINDO A COMUNICAÇÃO COMO AÇÃO DE APROXIMAÇÃO
DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO COM A FAMÍLIA DO USUÁRIO**

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

Orientadora: Profª Drª Zídia Rocha Magalhães

Banca Examinadora

Profª Drª Zidia Rocha Magalhães - Orientadora

Profª Patricia Da Conceição Parreiras- Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em 16/04/2011

“Falar é completamente fácil, quando se tem palavras em mente que se expresse
sua opinião...

Difícil é expressar por gestos e atitudes, o que realmente queremos dizer.

Fácil é julgar pessoas que estão sendo expostas pelas circunstâncias...

Difícil é encontrar e refletir sobre os seus próprios erros.

Fácil é fazer companhia a alguém, dizer o que ela deseja ouvir...

Difícil é ser amigo para todas as horas e dizer a verdade quando for preciso.

Fácil é analisar a situação alheia e poder aconselhar sobre a
mesma...

Difícil é vivenciar esta situação e saber o que fazer.

Fácil é ditar regras e, Difícil é segui-las...”

Trecho de Reverência ao destino de CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

RESUMO

A comunicação é uma das maneiras pelas quais os homens se ligam uns aos outros. Existe comunicação cada vez que um organismo qualquer, e particularmente um ser vivo pode afetar outro organismo modificando-o ou modificando a sua ação, a partir da transmissão de uma informação. A família como unidade de pesquisa e cuidado, tem recebido crescente interesse por parte da enfermagem, mais ainda é pouco explorada. Os fundamentos da abordagem do cuidado centrado na família enfatizam o papel integral que os membros da família têm de realizar na vida e no bem estar do paciente. Transformar a principal meta a criação de um clima de colaboração entre enfermeiras e famílias, os dois lados podem tentar a confiança mútua, comunicação eficaz e uma cooperação no encontro das demandas de cuidados. O exercício de uma nova prática se enquadra, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio conhecimento. O cuidado complexo envolve as necessidades espirituais e afetivas bio-psico-sócio e que está diretamente relacionada ao processo de comunicação entre os homens e enfermeiro-cliente-família. Para se ter um atendimento eficaz, tanto indivíduos quanto enfermeiros precisam entender os sinais que determinam os relacionamentos interpessoais, sejam para os gestos, expressões ou palavras. A comunicação é um aspecto importante para se estabelecer o cuidado de enfermagem que visa um atendimento de qualidade e comprometida com os usuários de saúde e sua satisfação.

Palavras-chave: Comunicação; família; enfermeiro.

ABSTRACT

Communication is one of the ways in which men are bound to each other. Communication exists whenever any one body, and particularly a human being can affect other body modifying it or modifying its action, from the transmission of information. The family as a unit of research and care, has received growing interest from nursing. The theoretical development of family nursing has demonstrated the importance and the need to increasingly include the family in care. The fundamentals of the approach of family-centered care emphasizes the integral role that family members have to accomplish in life and well being of the patient. Transforming the main goal to create a climate of collaboration between nurses and families, both sides may try to mutual trust, effective communication and cooperation in meeting the demands for care. The exercise of a new practice fits based on other rationale, based on a premise built on solidarity and a democratic and participatory, capable of transforming individuals into real social actors and subjects of knowledge itself. The complex care involves the emotional and spiritual needs of bio-psycho-social and that is directly related to the process of communication between men and nurse-client-family. To have an effective service, both individuals and nurses need to understand the signals that determine interpersonal relationships, whether for the gestures, expressions or words. Communication is an important aspect to establish the nursing care that aims to quality service and committed to the health of users and their satisfaction.

Keywords: Communication; family; nurse.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA	11
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1 SIGNIFICADO DA COMUNICAÇÃO.....	12
4.2 TIPOS DE COMUNICAÇÃO	13
4.2.1 COMUNICAÇÃO VERBAL	13
4.2.2 Comunicação Não Verbal.....	14
4.2.3 Comunicação terapêutica	15
4.2.3.1 Técnicas da comunicação terapêutica.....	15
4.2.4 Comunicação digital	17
4.3 FAMÍLIA	17
4.4 COMUNICAÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA	20
4.4.1 Os elementos-chaves do cuidado centrado na família.....	24
4.4.2 Receptividade	25
4.4.3 Ambiente físico.....	26
4.4.4 Estimulando a falar	26
4.5 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	27
4.5.1 Visita domiciliária.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é uma troca de informações que envolvem o envio e a recepção de mensagens entre dois ou mais indivíduos. É seguida do *feedback* indicativo de que a informação foi entendida ou requer mais esclarecimentos (TIMBY, 2001).

Na área de saúde a comunicação se apresenta de modo essencial para se concretizar os atos neste setor. Na Enfermagem ela é um dos instrumentos básicos de sua prática profissional.

Ela é capaz de provocar mudanças no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional. Sob esse aspecto, a comunicação na Enfermagem, ocorre num relacionamento interpessoal no qual os profissionais influenciam pessoas para mudança via processo comunicativo.

A família ainda é um cliente pouco compreendido nos serviços de saúde e os programas se voltaram a ela com mais intensidade, somente a partir da implantação da estratégia da saúde da família, no Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994. É importante ressaltar que, embora o foco dessa estratégia seja a família, os documentos oficiais têm referido escassamente ou quase nada sobre teorias de família que embasam o projeto (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Recente projeto desenvolvido pela Escola de Governo da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, em parceria com o Ministério da Saúde - MS, buscou levantar os principais problemas que a população enfrenta ao necessitar do Sistema Único de Saúde – SUS - (SOUZA, 2004), na opinião de representantes dos movimentos sociais, parlamentares, ministério público e unidades de saúde de referência regionais em todas as regiões do país. No que se refere ao Programa de Saúde da Família (PSF), foram feitas críticas quanto à sua concepção e sua abordagem familiar. O segmento que representa os movimentos sociais alegou que o PSF adota uma concepção de família não compatível com as formas de relacionamento contemporâneas. A idéia de considerar a família como foco da intervenção social é, na conjuntura presente, mais uma vez enfatizada dada sua capacidade de reproduzir valores

e práticas sociais de modo mais efetivo do que com indivíduos tomados isoladamente. (CAMPOS, 2006).

O Ministério da Saúde lançou, também, o programa Humaniza - SUS que, entre os seus instrumentos que podem levar à humanização da assistência nos procedimentos para o alcance da saúde, prioriza os aspectos da comunicação e da relação interpessoal que deve se estabelecer entre os profissionais de saúde e o usuário do SUS, neste caso, a família.

Vemos no PSF um cenário favorável para a prática reflexiva e humanizada da assistência, pois proporciona oportunidade ímpar de trabalho em equipe e relação direta com as famílias, constituindo-se, nesta perspectiva, em território fecundo a enfrentamentos tanto pessoais quanto profissionais.

Em nossa prática profissional percebemos que a família, apesar da implantação do PSF, ainda é pouco investigada, procurada pelos profissionais de saúde. Sabemos que o trabalho com família tem um papel fundamental no desenvolvimento e na manutenção da saúde, além de proporcionar o equilíbrio emocional dos seus membros. Acreditamos, também, que a comunicação com essas famílias pode esclarecer as dinâmicas de conflito que por ventura estejam afetando as condições de saúde do grupo familiar.

A partir dessas considerações, algumas questões se colocam: a comunicação tem sido objeto de reflexão ou da preocupação dos profissionais do PSF? Utilizar a comunicação em todos os seus aspectos pode resultar na melhoria da qualidade da assistência e aumentar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde?

A comunicação é essencial para se estabelecer uma relação efetiva entre profissionais e família do usuário de saúde.

Estudos que visem identificar como a comunicação, em toda a sua extensão, tem sido utilizada nas equipes do PSF, se tornam necessários, considerando que ela é uma das formas de proporcionar uma relação de ajuda, e, assim, otimizar a assistência de saúde no PSF. Este estudo pretende mostrar que a comunicação é um aspecto essencial por vezes pouco aproveitada no serviço de saúde, e, se for

2 OBJETIVO

O presente estudo tem os seguintes objetivos: a) identificar a importância da comunicação para os profissionais de saúde do PSF; b) refletir sobre como os profissionais de saúde estabelecem comunicação com as famílias nos serviços de saúde.

A comunicação é essencial para se estabelecer uma relação efetiva entre profissionais e família do usuário de saúde.

Estudos que visem identificar como a comunicação, em toda a sua extensão, tem sido utilizada nas equipes do PSF, se tornam necessários, considerando que ela é uma das formas de proporcionar uma relação de ajuda, e, assim, otimizar a assistência de saúde no PSF. Este estudo pretende mostrar que a comunicação é um aspecto essencial por vezes pouco aproveitada no serviço de saúde, e, se for utilizado adequadamente pode vir a humanizar a relação entre enfermeira e a família qualificando a atenção à saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que utiliza a revisão de literatura do tipo narrativa. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, não sistematizada, mediante levantamento de 30 artigos da literatura científica da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) pelo acesso as bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e Scielo, adotando-se seqüência cronológica e temática. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em periódicos nacionais, teses, dissertações e livros que abordaram os assuntos PSF, comunicação e relacionamento enfermeiro/família, indexados nos bancos de dados citados. Tal busca mostrou as obras científicas que fundamentaram o entendimento do estudo proposto. A partir da análise crítica destes, desenvolveu-se o tema em estudo.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 SIGNIFICADO DE COMUNICAÇÃO

O termo comunicar vem do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, do mundo social e humano. Na ausência da comunicabilidade, seria impossível dar-se o conhecimento humano (ORÍÁ et al 2004).

A comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos, é um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas. Observamos ao longo da história quantos desentendimentos ocorreram pela comunicação falha. E atualmente, vivendo o fenômeno da globalização, inserimo-nos num contexto cada vez mais competitivo e dependente da informação em quantidade, qualidade e rapidez no seu fluxo. Isso exige de qualquer profissional um bom preparo na área da comunicação, pois há necessidade de clareza na transmissão da informação e interpretação das mensagens, proporcionando assim, um melhor desempenho das atividades de sua competência (TILIGUINI, 2002).

A comunicação é uma das formas pelas quais os homens se relacionam entre si, e há comunicação cada vez que um organismo qualquer, e particularmente um organismo vivo afeta um outro organismo modificando-o ou modificando sua ação a partir da transmissão de uma informação (CANI, 2005).

Qualquer ser vivo é capaz de se comunicar e “não podemos deixar de notar que os seres humanos são seres humanos pela linguagem, e ao sê-lo, o somos fazendo reflexões sobre o que nos acontece” (MATURANA, 1998).

Para haver uma comunicação é necessário existir a pessoa que fala, o discurso que faz e a pessoa que ouve, ou melhor dizendo, o emissor que envia a mensagem e o receptor que capta a mensagem para o destinatário. Esta mensagem é codificada pelo emissor e decodificada pelo receptor, isto se o

receptor perceber e identificar os signos e compreender as regras que o combinam (CANI, 2005).

A comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelos enfermeiros, não importando sua área de atuação. Para desenvolver o processo comunicacional adequado e eficiente, os enfermeiros devem atualizar seus conhecimentos, relacionados ao comportamento humano, suas ações e interações e relacionamentos interpessoais, adquirir habilidades comunicacionais adequadas para poder assistir/cuidar.

Na área de saúde, especialmente, na Enfermagem, lidar com pessoas não é só atender para o físico, biológico, mas envolve a humanização, responsabilidade, compromisso e respeito para com o outro, com o seu modo de ser e de agir, aspectos estes que se consolidam num fator: a comunicação; a qual influencia no desempenho da administração dos serviços de Enfermagem

Fundamentada mais recentemente no modelo de Gestão pela Qualidade Total a administração dos serviços de saúde é um processo que gera um produto/serviço de "qualidade", apresentando uma filosofia voltada para dois pontos fundamentais: o cliente e o melhoramento contínuo (ANTUNES, ANTUNES,1997).

4.2 TIPOS DE COMUNICAÇÃO

4.2.1 Comunicação verbal

É aquela a partir das palavras. Inclui o falar, o ler e o escrever. É utilizada pela enfermeira e pelo paciente para a coleta de informações. Também é utilizada para instruir, para esclarecer e para trocar idéias.

A capacidade de se comunicar oralmente ou através de um meio escrito é afetada:

- Pela atenção e concentração;
- Pela compatibilidade de linguagem;

- Por habilidades verbais;
- Pela acuidade visual e auditiva;
- Por funções motoras envolvendo a garganta, a língua e os dentes;
- Por atitudes interpessoais;
- Pelo grau de alfabetização;
- Por semelhanças culturais.

4.2.2 Comunicação não verbal

A troca de informações sem o uso de palavras. As pessoas se comunicam não verbalmente através de técnicas descritas como cinestesia, paralinguagem, proxemia e toque (TIMBY, 2001).

- Cinestesia: refere-se à linguagem corporal ou aquelas técnicas não verbais coletivas, como expressões faciais, postura, gestos e movimentos corporais. Alguns ainda acrescentam que o estilo de vestir-se também afeta a comunicação (TIMBY, 2001).
- Paralinguagem: são sons emitidos pela boca que na verdade não constituem palavras, embora comuniquem uma mensagem. Ex: suspiro profundo, chorar, rir e gemer (TIMBY, 2001).
- Proxemia: é o uso e a relação do espaço para a comunicação. A maioria das pessoas tolera, confortavelmente, os estranhos até 60 a 90 cm. A proximidade é comum na enfermagem, pois são muitos os momentos que as enfermeiras e os pacientes estão em contato íntimo (TIMBY, 2001).
- Toque: é um estímulo tátil, feito com o objetivo de contato pessoal com outra pessoa ou objeto (TIMBY, 2001).

Quando pensamos em comunicação logo pensamos em palavras, mas, comunicação não significa apenas o ato de falar, e sim o ato de transmitir suas idéias e passar ao outro o que se pensa a respeito do assunto abordado e saber entender o que o outro tem a transmitir para você.

4.2.3 Comunicação terapêutica

Refere-se ao uso de palavras ou de gestos para atingir um determinado objetivo. A capacidade da enfermeira para incentivar a comunicação é muito importante, especialmente na investigação de problemas com o paciente e no encorajamento da expressão dos sentimentos. Nas situações em que o paciente está silencioso jamais deve pressupor que esse não possui problemas ou que não compreende de tudo. Por outro lado, a resposta da enfermeira a um paciente muito falante e comunicativo também deve ser trabalhada de maneira delicada (TIMBY, 2001).

4.2.3.1 Técnicas da comunicação terapêutica

a) Técnica: Oferecer amplas aberturas.

Utilização: Alivia tensões antes de se chegar ao real motivo da interação

Exemplo: “Que tempo maravilhoso esse nosso”.

b) Técnica: Dar informações.

Utilização: Oferece fatos.

Exemplo: “Sua cirurgia está marcada para o meio dia”.

c) Técnica: Perguntar diretamente.

Utilização: Adquire informações específicas;

Exemplo: “Você apresenta alergias?”.

d) Técnica: Fazer perguntas com respostas abertas e fechadas.

Utilização: Encoraja o paciente a elaborar.

Exemplo: “Como está se sentindo?”.

e) Técnica: Refletir.

Utilização: Confirma que a conversa foi entendida.

Exemplo: Paciente: “Não tenho dormido bem?”. Enfermeira: “Você não anda dormindo bem?”.

f) Técnica: Parafrasear.

Utilização: Reafirma o que o paciente falou para demonstrar que ouviu.

Exemplo: Paciente: “Após cada refeição sinto vontade de vomitar”.

Enfermeira: “Comer provoca náuseas, mas você na verdade não vomita”.

g) Técnica: Verbalizar o que ficou implícito.

Utilização: Partilha a maneira como uma declaração foi interpretada.

Exemplo: Paciente: “Todas as enfermeira estão ocupadas” Enfermeira: Você sente que não deveria solicitar auxílio”.

h) Técnica: Estruturar.

Utilização: Define um propósito e estabelece limites.

Exemplo: “Tenho 15 minutos. Se sua dor diminuiu, posso verificar como seu teste será feito”.

i) Técnica: Dar indícios genéricos.

Utilização: Estimula o paciente a continuar.

Exemplo: “Uh, hum?” ou “continue”.

j) Técnica: Partilhar percepções.

Utilização: Mostra empatia pela forma como o paciente se sente.

Exemplo: “Você parece deprimido?”.

l) Técnica: Esclarecer.

Utilização: Evita interpretações errôneas.

Exemplo: “Receio não entender o que você esta pedindo”.

m) Técnica: Confrontar.

Utilização: Chama a atenção para manipulações, incoerências e falta de responsabilidade.

Exemplo: “Você esta preocupado com sua perda de peso, mas não tomou o café da manhã?”.

n) Técnica: Resumir.

Utilização: Revê as informações discutidas.

Exemplo: “Você me pediu para verificar a possibilidade de aumentar a medicação para dor e para ver se, modificamos sua dieta”.

o) Técnica: Fazer silêncio.

Utilização: Oportuniza tempo para análise de como agir, ou desperta ansiedade do paciente a ponto de estimular mais verbalizações. (CANI, 2005).

4.2.4 Comunicação digital

Ou também, mediada por computador e máquinas; meios (sistemas) de comunicação: rádio, TV, telefone, vídeo, jornais, livros, computador; etc. (VARJÃO et al, 2006).

4.3 FAMÍLIA

A família vem sendo considerada uma instituição social, preenchendo funções históricas, e exercendo influências poderosas sobre o ser humano. A conscientização da família como uma instituição social importante esteve presente ao longo de toda a história. Entretanto, apenas no século XX, foi reconhecida como um sistema e estudada como tal (TAYLOR, 1992).

No entanto, apesar dos avanços teóricos e históricos, ainda temos dificuldades em conceituar a família, pois geralmente ao denominarmos família, estamos levando em conta, composições como laços sanguíneos, relações não formalizadas por parentesco, família conjugal e extensa, núcleo doméstico e família não legitimada juridicamente (SCHNEIDER, 2001).

Ao se falar de família, no entanto, é necessário que essa seja compreendida de uma maneira diferente daquela de alguns anos atrás: pai, mãe e filhos (família nuclear). A definição de família, atualmente, precisa ser revista acompanhando as mudanças ocorridas em nossa sociedade.

O termo família foi definido de diversas maneiras e para inúmeras finalidades de acordo com a própria estrutura de referencia do indivíduo, julgamento de valores ou disciplina. Por exemplo, a Biologia descreve a família como o complemento da função biológica da perpetuação da espécie. A Psicologia enfatiza os aspectos interpessoais da família e sua responsabilidade no desenvolvimento da personalidade. A economia vê a família como uma unidade produtiva que proporciona as necessidades materiais e a Sociologia mostra como uma unidade social que reage com a sociedade maior. A família pode ser definida também em relação às pessoas que constituem a unidade

familiar. Os tipos mais comuns de relacionamento são o consangüíneo (relações sangüíneas), o afim (relações maritais) e a família de origem (unidade familiar em que a pessoa nasceu) (WONG, 1999).

Tradicionalmente, uma família foi conceituada como um grupo, com a crença de que uma mãe e um pai são necessários para criar uma criança. Quase todas as sociedades conferem uma posição muito elevada para o estado marital. Na sociedade moderna, torna-se necessário uma definição bem mais ampla de família, como, “um grupo de pessoas, vivendo juntas ou em contato íntimo, que cuida uns dos outros e propicia orientação para seus membros dependentes” Desta forma, o mais importante é que para determinado sujeito a “família” é aquilo que este considera como tal (WONG, 1999).

Ao falarmos sobre família, encontramos um universo com várias organizações, envoltas em crenças, em valores e em práticas diferenciadas, sempre em busca de soluções para os problemas que a vida vai trazendo. Nesse contexto, a enfermagem, na sua atuação junto ao indivíduo que necessita de assistência, defronta-se com uma realidade familiar que necessita ser compreendida e incorporada no cuidado, tendo em vista um atendimento mais abrangente, no qual o paciente não é visto de forma isolada, mas pertencente a um núcleo familiar e envolto em um contexto social (DURAN et al, 2004).

Os estudos sobre a família vêm despertando cada vez mais o interesse de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, a partir da constatação de que a família desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional dos seus membros.

A função da família refere-se a um dever, um desempenho especial necessário no curso do trabalho ou atividade; também pode referir-se às interações entre os membros desta família. A família desempenha papel vital na economia, porque produz e consome bens e serviços. E também constitui a unidade básica para repor os membros da sociedade que morre. Além disso, para manter sua continuidade, a sociedade deve transmitir conhecimentos, costumes, valores e crenças para os mais jovens e como as crianças não

representam uma necessidade econômica, suas funções primárias são receber e dar amor (WONG, 1999).

A seguir serão explicados alguns exemplos de famílias:

1- Família Nuclear ou conjugal: consiste em um marido, uma esposa e seus filhos (naturais ou adotados) que vivem em um domicílio comum. Uma ou mais pessoas adicionais podem residir no mesmo domicílio.

2- Família de Pai/Mãe Solteiro (a): não constituem um fenômeno novo. São usualmente encabeçadas pela mãe

3- Família Binuclear: é empregado para descrever a situação que permite os pais continuem a função paterna embora encerrem a unidade marital.

4- Família Reconstituída ou progressivas: são aquelas em que um ou ambos os adultos possuem filhos de um casamento prévio que residem no domicílio.

5- Família Estendida: combina as famílias nucleares em unidades maiores da relação pai-filho. A criação das crianças é frequentemente responsabilidade compartilhada.

6- Família Poligâmica: na qual um adulto de qualquer sexo possui mais de um parceiro ao mesmo tempo.

7- Família de sexo idêntico: aquela que existe um laço legal comumente duas pessoas do mesmo sexo que possuem filhos (WONG, 1999).

A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. As evidências teóricas, práticas e investigacionais do significado da família para o bem-estar em saúde de seus membros assim como sua influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerarem o cuidado centrado na família como uma parte integrante da prática de enfermagem (WRIGHT & LEAHEY, 2002).

Sendo a enfermagem uma profissão que cuida do ser humano tentando atender e suprir suas necessidades, ela deve considerar o processo comunicacional de vital importância para o bom relacionamento entre enfermeiros, equipe, pacientes e familiares. (CAMARGOS, 2002)

A comunicação já não pode ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da Enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Ela tem de ser considerada como capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, não importando sua área de atuação (STEFANELI, 1993).

Na Enfermagem, a comunicação deve estar inserida em seu contexto em todos os momentos de suas ações, quer com indivíduos, família e/ou sociedade, pois é por meio dela que o profissional socializa-se e desenvolve sua capacidade de interagir e enfrentar novas situações (WOSNTTRET, 2002).

Essas definições auxiliam os profissionais da saúde a ampliar os conceitos de família que possuem, e também apontam para que os mesmos, ao desenvolver o seu trabalho junto à família, considerem-na, inclusive em sua estrutura e composição, do mesmo modo como seus membros a percebem, destituindo-se de seus próprios valores, preconceitos e crenças, nesse momento, para poder proporcionar uma melhor assistência.

4.4 COMUNICAÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA

O enfermeiro em primeiro plano deve comprometer-se com o paciente e seus familiares estabelecendo um vínculo sólido e contínuo. Em especial, nas situações de emergência, onde a comunicação fica extremamente abalada por conta da própria condição preocupante para os três lados envolvidos: o profissional da saúde que "corre contra o tempo", o paciente que se encontra em situação de perigo, e a família que enfrenta o medo das conseqüências. Isto ressalta que o bom relacionamento interpessoal da equipe de trabalho envolvida é o responsável por um ambiente agradável e pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos clientes (RODRIGUES, 1990).

A família do paciente não deve ficar fora dessa esfera e merece toda atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a quem eles reportam seus medos, angústias e conflitos. A enfermagem é o elo entre o paciente e seus familiares, com outros profissionais de saúde. (FERREIRA, 2000).

Mas família hoje já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo processo profissional de cuidar/curar, de forma a resultar cada contato com os profissionais de saúde em subsídios utilizados pela família na ampliação de seu referencial sobre o processo de cuidar (MARCON e ELSESEN, 1999).

É a família que nos fornece elementos extremamente importante tais como hábitos de vida, gostos, particularidades, aspectos que se mostram fundamentais para que na relação enfermeiro/paciente esteja presente a vertente do cuidar em enfermagem.

É o envolvimento e a presença da família nos cuidados de enfermagem que contribuem para que os enfermeiros prestem bons cuidados, isto é, os cuidados que o paciente e a sua família esperam que lhes sejam prestados.

Não basta ao enfermeiro ter pretensão ou boa vontade de comunicar-se com os pacientes, com sua equipe de trabalho, com outros profissionais. Não basta ainda conhecer o ser humano tanto biológico como psiquicamente no seu desenvolvimento natural. Ele precisa ter conhecimento das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao comportamento do paciente, como também naquilo que tange à sua própria, pois, a intercomunicação ocorre entre dois seres que agem, reagem e influenciam-se mutuamente (RODRIGUES, 1990).

O cuidar da família como unidade básica de saúde exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças. Só assim o profissional, com seu saber técnico, científico e humanístico, podem ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros. Neste contexto e em pleno funcionamento, em alguns municípios, o PSF poderá constituir, de forma eficaz, a porta de entrada no sistema de saúde, que se pretende, seja eficiente no atendimento das necessidades de saúde da população (MARCON e ELSESEN, 1999).

Cumprir se reconhecer que trabalhar com famílias se mostra hoje aos profissionais das mais diferentes áreas, como a “saída” possível para que melhores resultados a médio e longo prazo sejam alcançados. Aos

profissionais da área da saúde, portanto, resta o compromisso, ético inclusive, de aos profissionais buscarem atualizar seus conhecimentos e ao mesmo tempo aos profissionais para assistir adequadamente a este “novo” objeto da assistência: a família que necessita de cuidados e ou de instrumentalização necessária para cuidar de seus membros e desta forma alcançar o viver-ser-estar-saudável em um mundo em transformação (MARCON e ELSESEN, 1999).

A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar, e muitas vezes recuperar sua confiança no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação (CAMARGOS, 2002).

A problemática familiar é bastante complexa e sua compreensão requer que se leve em conta sua inserção no contexto sócio-econômico e o estágio do ciclo familiar que vivencia. Estudar a situação evolutiva de uma família pode ajudar esclarecer dinâmicas de conflito que por ventura estejam afetando as condições de saúde de seus membros. As famílias vêm, há tempos, vivendo conflitos internos e dificuldades sócio-econômicas que lhes conferem pouca credibilidade em seu poder de ação. Acabam ficando à mercê dos doutores do conhecimento, não porque lhes falte potencial ou boa vontade, mas porque são subestimadas. Os estudos sobre a família vêm despertando cada vez mais o interesse de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, a partir da constatação de que a família desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional dos seus membros. (OLIVEIRA et al, 2003).

Embora a enfermeira seja responsável por si mesma, pela profissão e pela instituição empregadora, a principal responsabilidade é para com os usuários do serviço de enfermagem, e a família. A enfermeira deve trabalhar com os familiares, identificando suas metas e necessidades e planejando as intervenções que melhor atendam aos problemas definidos (MALDONADO, 1993).

A assistência à família é permeada por um caráter imprevisível, uma vez que é a situação vivida pela família no hoje e agora que determina a necessidade do cuidado. Isto por sua vez, exige do profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas a cada situação, e reatualização e reorganização de seu papel enquanto educador, além de uma constante

revisão da própria postura profissional. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde representa, por um lado, a preocupação do Estado em voltar suas políticas públicas a este segmento da população e, por outro, o empenho em manter suas políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da vida familiar (MARCON e ELSEEN, 1999).

Fica claro a importância de se valorizar a percepção e a experiência da própria família ao vivenciar determinadas situações relacionadas ao processo de viver/ser/estar saudável e do adoecer, como estratégia para subsidiar o cuidar/assistir a família. Trata-se de um reconhecimento do papel da família enquanto co-participante do cuidado.

4.4.1 Os elementos-chaves do cuidado centrado na família.

a) Incorporar na política e na prática o reconhecimento de que a família é a constante da vida do indivíduo, enquanto os sistemas de serviço e o pessoal de suporte, dentro daqueles sistemas flutuam.

b) Facilitar colaboração da família/profissional em todos os níveis do hospital domicílio e cuidados comunitários.

c) Troca completa e imparcial de informações entre os familiares e os profissionais como forma de suporte em todos os momentos.

d) Incorporar na política e na prática o reconhecimento e o respeito à diversidade cultural, potencial e individualidades dentro e através de todas as famílias, incluindo aspectos étnicos, raciais, espirituais, sociais, econômicos, educacionais e geográficos.

e) Reconhecer e respeitar os diferentes métodos de enfrentamento e implementar políticas abrangentes e programas que ofereçam suporte educacional, emocional, ambiental, financeiro e de desenvolvimento para atender as diversas necessidades das famílias.

f) Encorajar e facilitar o suporte família à família e a rede de suporte.

g) Garantir que os serviços no domicílio, no hospital e nos sistemas de suporte sejam flexíveis, acessíveis e abrangentes á diversas necessidades identificadas na família.

h) Considerar as famílias e o paciente reconhecendo que eles possuem uma ampla faixa de potencialidade, preocupações, emoções e aspirações, além de suas necessidades de atenção especializada á saúde e serviços e suporte ao desenvolvimento (MALDONADO, 1993).

Ainda em relação à comunicação da enfermeira com a família, esta deve funcionar como uma relação de ajuda sendo um recurso valioso para a prática de enfermagem, uma vez que pode tornar determinada experiência difícil em uma experiência positiva. Ela contribui diminuindo o estresse e a ansiedade a família diante de situações adversas, evitando traumas psíquicos, auxiliando na aceitação de limitações e frustrações inevitáveis, promovendo o desenvolvimento da confiança em si e no outro, e estimulando os para o autocuidado (MIRANDA e MIRANDA, 1983).

Incluir família no cuidar do enfermeiro exige estar aberta e atenta às interações, ao impacto das vivências, exige conhecer dinâmicas, crenças, e formas de adaptação a situações diversas.

Quando se trata de uma criança, é necessário ouvir atenta e objetivamente a criança e família, buscando esclarecer os significados contidos nessas através da compreensão da situação, apresentada a partir do ponto de vista deles. Esta forma de ouvir consiste em uma escuta empática que permite identificar, explorar e buscar alternativas de solução para o problema (MALDONADO, 1983).

Além de aconselhador, o enfermeiro tem um papel de educador, na medida em que dá informações ou esclarecimentos ao ajudado, quando necessário. Isto decorre do fato de o enfermeiro dispor de conhecimentos específicos que podem auxiliar o ajudado a trilhar seu próprio caminho. Entendemos então que o enfermeiro é um companheiro ou um acompanhante de criança e sua família em seu processo de crescimento enquanto cidadãos (MIRANDA e MIRANDA, 1983).

A família sem duvida nenhuma é um grande aliado dos profissionais de enfermagem, no cuidado ao paciente, sendo assim, quanto mais importância

dermos a estes familiares, melhor resultado teremos no tratamento e na qualidade da assistência prestada.

4.4.2 Receptividade

Nos primeiros contatos de cada contato entre o ajudador e o ajudado, alguns cuidados auxiliam a demonstrar a receptividade do primeiro em relação ao segundo. A enfermeira destaca o outro como pessoa única e torna o encontro pessoal, ao se apresentar ao paciente e familiar pelo nome, ao cumprimentá-los e ao comunicar-lhes mudanças percebidas neles. Para conquistar a confiança do ajudado, é importante informá-lo sobre o compromisso de sigilo profissional quanto ao conteúdo da conversa. (MALDONADO, 1993).

Não há quem não goste de ser bem tratado, são pequenos gestos que tornam o atendimento de enfermagem mais produtivo e agradável para ambos.

4.4.3 Ambiente físico

O ambiente físico expressa a preocupação com o bem estar do ajudado, transmitindo-lhe interesse, aceitação e disponibilidade de ajudar. Por isso deve ser aconchegante e caloroso, observando-se: cores suaves e combinadas; cadeiras dispostas uma para outra, em mesmo nível de altura e de conforto; ausência de barreiras que dificultem o contato visual e tátil; limpeza e organização; temperatura e iluminação agradáveis, além de ausência de ruídos; oferecimentos de lenço de papel, água ou café e biscoitos; garantia de privacidade através da vedação acústica e visual; ausência de interrupções e afastamento dos acompanhantes a menos que seja solicitada sua presença (MALDONADO, 1993).

4.4.4 Estimulando a falar

Para compreender o ajudado, é fundamental escutá-lo. Ao fazê-lo, as mensagens verbais são captadas sob dois aspectos: a forma (que abrange a entonação, o timbre, o volume, o ritmo e as pausas das palavras) e o conteúdo. Enquanto escuta a enfermeira busca identificar os pontos mais relevantes à experiência do outro. Para tanto, seleciona tópicos que se repetem diversas vezes na fala do ajudado e que são ditos acompanhados de alterações da forma discursiva, da expressão facial, dos gestos, das posturas e do ritmo respiratório. Algumas atitudes do ajudador que favorecem a escuta efetiva são: silenciar-se, não interromper, evitar distrações externas, estar com disponibilidade interna, deixar de lado os próprios valores e não emitir julgamento durante a conversa. É necessário ouvir atenta e objetivamente o paciente e a família, buscando esclarecer os significados contidos em sua fala através da compreensão da situação, apresentada a partir do ponto de vista deles. Esta forma de ouvir consiste em uma escuta empática que permite identificar, explorar e buscar alternativas de solução para o problema (MIRANDA e MIRANDA, 1983).

É extremamente importante que façamos uma coisa de cada vez, quando estivermos escutando, que só façamos isto, para que, o outro se sinta valorizado e seus questionamentos sejam esclarecidos devidamente.

Para obter êxito em um processo comunicacional, faz-se necessário que exista uma fidelidade da mensagem, tanto na emissão quanto na recepção. Para isto, temos que determinar os fatores que interferem na fidelidade da mensagem, tais como a efetividade e as barreiras e/ou ruídos, os quais podem distorcer o conteúdo da comunicação. Eles interferem na fidelidade da emissão e recepção de mensagens, causando os distúrbios comunicacionais, sejam causados por falhas de interpretação, ambigüidade, excesso de informação, falta de clareza ou alguma das habilidades comunicativas prejudicadas. Por outro lado, a habilidade comunicativa, o nível de conhecimento, a interação com os meios sócio-culturais, são fatores que produzem uma comunicação efetiva (WOSNTTRET, 2002).

Para que a comunicação possa fluir bem, a enfermeira deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas,

ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades.

4.5 PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2004).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios (BRASIL, 2004).

O Programa de Saúde da Família desenvolve ações articuladas, interdisciplinares, as noções ampliadas de saúde, visualizando e abordando o

indivíduo de forma contextualizada, como ser integrante e construtor de seu meio, englobando tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais produtiva (HOFFMANN et al., 2005).

Para o PSF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (OLIVEIRA & MARCON, 2005).

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo da produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais da saúde e, assim, aumentam o limite e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades, novos pensamentos (tratar a família ao invés de somente o usuário).

O Programa saúde da Família constitui uma estratégia de ação da equipe de saúde que tem uma proposta substitutiva, ou seja, de reestruturação do modelo de assistência vigente tendo em vista a consolidação de outro tipo de cuidado à saúde, traduzido por uma maior integração da equipe de saúde com a população. São previstas ações de tratamento e promoção à saúde, através de práticas educativas participativas, inclusive no próprio domicílio das pessoas. Vale ressaltar que o Programa Saúde da Família procura tratar o indivíduo como sujeito integrado em seu entorno e busca a integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada, ao invés de centrar a atuação na doença com ênfase na

medicina curativa, como ocorre ainda atualmente dominante nas práticas de saúde (MARCON e ELSEEN, 1999).

O Programa de Saúde da Família (PSF) elegeu o núcleo familiar como o foco de suas ações, contribuindo, pois para a busca do conhecimento acerca do tema, e para a reorientação do modelo assistencial, exigindo assim novas práticas de saúde e a construção de um novo modo de trabalho. (OLIVEIRA, 2003).

A abordagem familiar é, na maioria das vezes, realizada segundo o senso comum, carecendo de fundamentos conceituais mais consistentes. As práticas acabam via de regra, por se basearem na intuição e nas visões que cada um tem sobre esta instituição social. As visões dominantes reproduzem geralmente concepções monolíticas (família estruturada), moralistas (família como bem em si mesmo), ou de cunho fundamentalista (instituição sagrada). Além do uso de conceitos imprecisos, tais abordagens privilegiam uma lógica individual e subjetiva, do tipo: “O que penso sobre família, inspira-me a valorar os casos que atendo e decidir sobre a melhor conduta a ser empregada” Campos (2006, p.2). Sob esta perspectiva, a premissa da riqueza derivada da multiplicidade de saberes e práticas existem apenas do ponto de vista formal, distante do processo real de intervenção do trabalho em equipe. (CAMPOS, 2006).

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Neste novo modelo de assistência, o processo de trabalho deveria ganhar contornos específicos. O profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não é nos procedimentos técnicos, mas sim na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/ equipe. No entanto, os treinamentos introdutórios propostos pelo Ministério da Saúde (MS) não contemplavam adequadamente a abordagem e o cuidado à família, pois discutiam aspectos como conceito, funções, papel na comunidade, influência no processo saúde doença, excluindo temas como estratégias e intervenção (OLIVEIRA e MARCON, 2005).

4.5.1 Visita domiciliária

A história do surgimento das visitas domiciliares (VD) permite observar o quanto ela se confunde com o nascimento da enfermagem em saúde pública e sua relação com a história da saúde pública no mundo, o que nos leva a refletir sobre novos desdobramentos do cuidado em enfermagem. O aparecimento do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil é marcado com o objetivo da prevenção. Em 1920, Amaury de Medeiros introduz na escola de enfermagem da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço referido fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública (SOUZA, 2004).

O Programa Saúde da Família - PSF, proposta estratégica de reestruturação do modelo assistencial dominante muda o objeto de atenção, que passa a ser a família, a partir do espaço em que ela vive, ou seja, o domicílio. A inserção da família como foco, de atuação na política de saúde, como propõe o PSF, entende a família como sujeito do processo assistencial de saúde, definindo o domicílio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extras familiares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (EGRY e FONSECA, 2000).

Além do atendimento a consultas na Unidade de Saúde, os profissionais de saúde, percorrem os bairros, visitando as casas, dentro de sua área de abrangência, pois, a VD permite aproximar a equipe de saúde da comunidade, propiciando-lhe um acompanhamento mais particularizado das famílias. Os profissionais passam, então, a conhecer não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas, também, as suas condições de vida, em termos econômicos, culturais, sociais e familiares. A visita domiciliar é fator essencial ao processo de vigilância à saúde e interação entre a equipe e comunidade, tendo por finalidade acompanhar a situação de saúde das famílias, esperando-se, assim, resultados positivos através da antecipação do diagnóstico personalizado do

atendimento e de uma maior orientação ao indivíduo e sua família (TÚLIO, et al, 2000).

Nessa perspectiva, a atenção à saúde no domicílio através da Visita Domiciliar e as demais práticas extra-muros subordinadas ao novo paradigma tem especial sentido e lugar como instrumentos imprescindíveis para a intervenção no processo saúde-doença da população. Ao vislumbrar a renovada possibilidade, a enfermagem pode constituir prática social de excelência dado o seu lastro histórico de prática e produção de saber neste campo (EGRY & FONSECA, 2000).

A VD é um método de trabalho de enfermagem junto às famílias, tendo como vantagens: proporcionar, ao indivíduo, o conhecimento no seu próprio meio ambiente, atentando-se para as condições de habitação, relações afetivas, sociais da família; facilitar a adaptação e planejamento da família conforme seus próprios recursos; proporcionar melhor relacionamento do profissional com a família, pois ela é menos formal do que as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde; proporcionar maior liberdade para que os clientes explorem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior do que no contexto institucional, além de outros (TÚLIO et al, 2000).

Mattos, (1995) evidencia a amplitude da VD na área da saúde, permitindo avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias. A VD também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida (SOUZA, 2004).

O relacionamento com o familiar pode se tornar terapêutico, ou seja, a família começa a confiar e ajudar os profissionais que estão promovendo a assistência ao seu ente, favorecendo o diálogo e o respeito mútuo (SIQUEIRA, et al, 2006).

Em relação ao posicionamento da VD no contexto da Enfermagem de Saúde Pública, a visita domiciliar constituiria um dos instrumentos mais eficientes para se trabalhar com a comunidade e com as famílias na promoção e na detecção de suas necessidades de saúde. De acordo com Araújo (2000, citado por Souza, 2004, p.3), são da enfermagem de saúde pública, as funções que visam assistir à família, no desempenho de atividades que contribuam para promover e recuperar a saúde de seus membros.

Na atualidade, o PSF, através da VD, propicia maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida. De acordo com Fonseca e Bertolozzi (1997), a VD permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a VD é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (SOUZA, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À análise da literatura selecionada, neste trabalho, é possível notar que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação à expressão verbal (através do uso das palavras) ou não-verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebido dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e conseqüentemente comprometendo o cuidado.

Há emergente necessidade de investir na prática humanizada de enfermagem, objetivando a melhor condição de vida possível para o paciente e seu familiar. A comunicação é o grande fator positivo na relação equipe–paciente–família. O equilíbrio emocional deve permear a assistência e possibilitar o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde.

O enfermeiro não pode deixar de incluir a comunicação em todos os momentos de suas ações, quer com indivíduos, família e/ou sociedade, pois é por meio dela que o profissional socializa-se e desenvolve sua capacidade de interagir e enfrentar novas situações. A família do paciente não deve ficar fora dessa esfera e merece toda atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a quem eles reportam seus medos, angústias e conflitos. A enfermagem é o elo entre o paciente e seus familiares, com outros profissionais de saúde.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares.

A forma tradicional de atendimento em saúde sempre conduziu ao atendimento individualizado, o usuário fora do seu contexto familiar e dos seus valores sócio-culturais. O PSF vem a ser uma forma de substituição deste

modelo vigente, em sintonia com os princípios de universalidade, equidade de atenção e da integralidade, e, acima de tudo, a defesa do cidadão. A família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho do PSF.

Faz-se necessário resgatar o que é importante no processo comunicacional entre os profissionais de saúde e o paciente e seus familiares. Devemos considerar que para atingirmos uma comunicação efetiva entre os elementos que participam do processo, temos que romper barreiras, quebrar paradigmas e mudar estigmas. Só assim conseguiremos êxito em nosso processo comunicacional.

Nesse contexto, o enfermeiro tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O significado que a família tem para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de Enfermagem.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, paciente e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de Enfermagem, com interação entre os cuidadores familiares.

Reconhecendo que a comunicação é um instrumento fundamental para humanizar o cuidado de enfermagem espera-se que:

- A humanização do cuidado de enfermagem seja uma ação que leva o homem a refletir sobre amar e ser amado, pois cuidar é suportar o outro;
- A instituição procure motivar os profissionais de enfermagem para garantir a humanização do cuidado, incentivando os cuidadores a participarem de treinamento em conteúdos de comunicação;
- O enfermeiro procure propiciar um ambiente agradável para favorecer a humanização do cuidado de enfermagem;
- Os profissionais de enfermagem, mesmo reconhecendo a importância da tecnologia para garantir a sobrevivência do

paciente, não permitam que esta substitua a comunicação humana;

- A abordagem do paciente seja marcada pela valorização do contexto familiar no processo diagnóstico e prognóstico e pela afirmação da importância da inserção da família nos cuidados de saúde de seus membros.

A promoção de cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo entre enfermeiro, cliente e família. Todavia, entende-se que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas e que, para haver comunicação à expressão verbal ou não-verbal de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e conseqüentemente comprometendo o cuidado.

Nesse sentido o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los.

É interessante ainda ressaltar a permanência de 'lógicas assistenciais' advindas da forte tradição dos programas de saúde especializados por doenças ou ciclo de vida. Estas priorizam o agendamento dos indivíduos sem considerar a unidade familiar. Assim verifica-se, com freqüência, a prática do atendimento exclusivo às crianças em determinado turno, aos hipertensos em outro, às mulheres em um dia, aos idosos em outro, etc. É raro constatar tentativas de se realizar, no espaço da assistência e do cuidado, consultas familiares integradas. Isto pode denotar uma dificuldade em operar na lógica familiar.

A família deve ser considerada como grupo social a ser cuidado. Entre os conceitos identificados como úteis para os profissionais da saúde sobressai o de tarefas de desenvolvimento individual para o grupo familiar. Além disso, a abordagem para as crises maturacionais oferece subsídios para a atuação do

profissional de saúde no trabalho preventivo junto às famílias, pois facilita a elaboração de estratégias juntamente com a família para a promoção da saúde familiar e prevenção de problemas futuros. Surge, assim, a necessidade de focar o processo saúde-doença a partir do referencial e o aprofundamento do conceito de crise situacional relacionado à morte, doença, hospitalização, temas inerentes ao trabalho em saúde.

Para que um trabalho seja denominado de cuidado familiar é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família e de todo o instrumental da comunicação, pois cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro. Nesses casos, não basta boa intenção, é necessária uma revisão de postura e inclusive reflexão sobre o conceito de comunicação, o qual não deve se restringir ao que é verbalizado. Por essa razão, para conhecer a família é preciso, além de saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e conhecer o que está implícito.

A comunicação com familiares de forma mais clara, e em uma linguagem acessível, pode diminuir a ansiedade, os medos e preocupações, contribuindo para tornar o momento de contato com a família menos tenso, fazendo com que a família sintam-se mais seguras e a relação com a equipe se fortaleça, ajudando, na eficácia das ações da equipe.

Ocorre que estabelecer diálogo efetivo não é uma tarefa fácil, ao contrário, exige esforço, desprendimento, envolvimento e, acima de tudo, disponibilidade para escuta verdadeira, o que possibilita o compartilhar de objetivos, interesses e desejos, por mais diferentes que sejam.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, ANTUNES, A.V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem.** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, p.247.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **DAB/Programa Saúde da Família.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 5 de novembro. 2009.

CAMARGOS, Anadias Trajano; DIAS, Luciana de Oliveira. **Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** Simpósio Brasileiro Comunicação Enfermagem. São Paulo: maio/ 2002.

CAMPOS, C.E.A. **Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família.** Faculdade de Medicina da Univ. Federal do Rio de Janeiro:UFRJ, 2006.

CANI, Fabíola Maria Millis. **A comunicação na Terapia.** Formação em Terapia Familiar Sistêmica-Instituto e Clínica Sistêmica de Florianópolis, Florianópolis. 2005 (folheto 7p).

DURAN, Solânia et al. **Discursos de alunos de Enfermagem sobre Família.**

Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Maringá: 2003.

EGRY, Emiko Yoshikawa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.34, n.3, pp. 233-239, set.2000. Disponível em [www..scielo.br](http://www.scielo.br) , acessado em 20 setembro de 2009.

FERREIRA, D. A. **Enfermagem no apoio à família de pacientes graves ou terminais.** In: Fórum Mineiro de Enfermagem, II, Anais, Uberlândia, 2000. p.170-179.

FONSECA,R.M.G.S. da & BERTOLOZZI,M.R. **A epidemiologia social e a assistência.** Hucitec, 1997.

HOFFMANN, Ana Cristina Oliveira da Silva. **A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde.** Família Saúde Desenvolvimento, v 7, n 01. p.75-88, Curitiba. jan./abr 2005.

MALDONADO, M.T. **Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir.** 3ªed. Petrópolis: Vozes, 1983.

MARCON, Sonia Silva, ELSEN, Ingrid. **Família, Saúde e Desenvolvimento.** Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1999.

MATTOS, T.M. Visita domiciliária.e KAWAMOTO, E.E.;SANTOS,MCH.;T.M. Enfermagem Comunitária. São Paulo: 1995.

MATURANA, Humberto. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política.** Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda.** Belo Horizonte: Crescer, 1983.

OLIVEIRA, R.G; SIMIONATO, M.A.W;ANTUNES,R.M. **Acolhimento, escuta e responsabilidade como princípios norteadores da pratica do PSF.** (Dissertação de Mestrado) Maringá: em Ciência da Saúde da UEM, 2003.

OLIVEIRA, R.G; MARCON, S.S; **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro.** Maringá: Editora da UEM, 2005.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

RODRIGUES, A. R. F. A. **A comunicação intrapessoal e a enfermagem.** In: **Simpósio Brasileiro de Comunicação Em Enfermagem**, 2º, Anais, Ribeirão Preto, 1990. p. 73-85

SCHNEIDER, J. F. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: Edunioeste, 2001.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al, **Relacionamento enfermeira, paciente e família: fatores comportamentais associados á qualidade da assistência.**São Paulo: Faculdade de Medicina do ABC, 2006.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino. 2ª ed.São Paulo: Robe, 1993, 200p.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de Mereness.** 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.2004.

TILIGUINI, Regiane de Sousa, MELLO, Márcia Regina Antonietto da Costa. **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. (In: Anais ?)** Simposio Brasileiro Comunicação Enfermagem. São Paulo: maio/ 2002.

TIMBY, Bárbara Kuhn. **Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem.** 6ªed. São Paulo: Artmed, 2001.

TÚLIO, E.C.; STEFANELLI, M.C.; CENTA, M.L. **Vivenciando a Visita Domiciliar apesar de tudo.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul./dez. 2000.

WONG, Donna. **Enfermagem Pediátrica, Elementos essenciais e intervenção efetiva.** 5ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WONSTTRET, Luiz Eduardo et al. **Relacionamento interpessoal e as comunicações na sala de pré parto e parto.** São Paulo: Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP, 2002.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família.** 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.