

Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família*

COMMUNICATION PROCESS: A GROUP ACTIVITIES TOOL IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

PROCESO COMUNICACIONAL: INSTRUMENTO DE LAS ACTIVIDADES EN GRUPO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Leticia Silveira Cardoso¹, Marta Regina Cezar-Vaz², Clarice Alves Bonow³, Cynthia Fontella Sant'Anna⁴

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os instrumentos do processo comunicacional desencadeado em atividades grupais na estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada com 51 enfermeiros e pela observação não participante em situações naturais, não sistemática e pública de 19 atividades em grupo analisadas segundo abordagem qualitativa de conteúdo. Do discurso dos profissionais emergiram duas categorias: diálogo-ação e diálogo-interação, que evidenciam o processo comunicacional como meio instrumental das atividades grupais na estratégia Saúde da Família. O primeiro pelo uso predominante da linguagem verbal como meio operacional para o desenvolvimento dos procedimentos específicos de cada profissional na relação com o acompanhamento do estado de saúde do cliente, e o segundo como instrumento, no qual coexiste, segundo os enfermeiros, a utilização da comunicação verbal e não verbal.

DESCRIPTORES

Comunicação
Comunicação não-verbal
Programa Saúde da Família
Processos grupais
Enfermagem familiar

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze the communication process tools triggered in group activities in the Family Health strategy. Data collection was performed using semi-structured interviews recorded with 51 nurses and through non-participating, non-systematic public observation in natural situations of 19 group activities analyzed according to content qualitative approach. Based on the reports of the professionals, two categories emerged: dialogue-action and dialogue-interaction, which evinced that the communication process is an instrumental means of group activities in the Family Health strategy. The former by the predominant use of verbal language as a means for developing operational procedures specific to each professional in relation to monitoring the health of the client, and the latter as an instrument in which, according to the nurses, there is a simultaneous use of verbal and nonverbal communication.

DESCRIPTORS

Communication
Nonverbal communication
Family Health Program
Group processes
Family nursing

RESUMEN

El estudio objetivó analizar los instrumentos del proceso comunicacional desencadenado en actividades grupales, en la estrategia Salud de la Familia. Datos recolectados mediante entrevista semiestructurada grabada con 51 enfermeros y por observación no participativa en situaciones naturales, no sistemática y pública de 19 actividades grupales analizadas según abordaje cualitativo de contenido. Del discurso de los profesionales emergieron dos categorías: diálogo-acción y diálogo-interacción, que evidencian el proceso comunicacional como medio instrumental de las actividades grupales en la estrategia Salud de la Familia. El primero por el uso predominante del lenguaje verbal como medio operacional para desarrollar los procedimientos específicos de cada profesional en relación al seguimiento del estado de salud del paciente, y el segundo como instrumento, en el que coexiste, según los enfermeros, la utilización de la comunicación verbal y no verbal.

DESCRIPTORES

Comunicación
Comunicación no verbal
Programa de Salud Familiar
Procesos de grupo
Enfermería de la familia

* Extraído da dissertação "Trabalho em Saúde da Família: um estudo do processo comunicacional das atividades em grupo na perspectiva dos enfermeiros", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, 2010. ¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Professora da Universidade da Região da Campanha – URCAMP/Bagé. Coordenadora do Comitê Técnico-Científico do Centro (CTCCe). Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA. Bagé, RS, Brasil. lsc_enf@yahoo.com.br ² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Profª Associada III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Coordenadora do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde - LAMSA. Rio Grande, RS, Brasil. cezarvaz@vetorial.net ³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde - LAMSA. Rio Grande, RS, Brasil. clara_bonow@hotmail.com ⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Professora Assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do PAMPA (UNIPAMPA). Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde - LAMSA. Uruguaiana, RS, Brasil. cynthiafs_enf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este estudo está centralizado na produção de conhecimentos acerca do processo de trabalho efetivado no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Aborda especificamente o processo comunicacional nas atividades em grupo desenvolvidas na estratégia Saúde da Família. Estas podem ser denominadas como processos grupais, nos quais há um trabalho característico que se almeja apreender por meio das relações interpessoais desencadeadas no sentido de compreender a comunicação entre os participantes.

A comunicação, por sua vez, constitui-se em um fenômeno sócio-histórico de ações cotidianas do viver, de modo a produzir relações recíprocas entre os indivíduos que compartilham de um estereótipo, ou seja, de um conjunto de conceitos, práticas e valores validados por meio da troca de significados construídos no contexto das interações humanas. Tais significados representam a decodificação dos signos com base na referência do contexto de interação. Assim, os signos são representações que constituem o significante e atribuem seu significado imbricados em uma existência única⁽¹⁾.

A decodificação dos signos constituintes de uma mensagem imprime ao indivíduo a necessidade de interpretação. Para tanto, o conteúdo emitido deve ser capaz de envolver ou despertar o interesse daquele⁽²⁾. De maneira geral, a interpretação congrega uma parcela do processo comunicacional, a partir da qual se apreende a existência de um emissor e de um receptor como as fontes produtoras das mensagens proferidas. Estas apresentam um sentido bidirecional, o que expressa a continuidade da interação em um formato de ação-reação e vice-versa⁽³⁾.

A continuidade da interação está sob influência do grau de interpretação dos interlocutores – emissor e receptor – e tem como componentes a familiaridade, a competência e o conhecimento que os mesmos têm do conteúdo da mensagem. Tal conhecimento torna-se dinâmico, pois é constituído da interpretação momentânea da realidade⁽²⁾.

A concreticidade desse conhecimento atrela-se à decodificação dos signos expressos de forma verbal e não-verbal no contexto interacional em que se desenvolveu o diálogo⁽³⁾. O diálogo como instrumento do processo comunicacional permite aos interlocutores manifestarem objetivamente seus sentimentos e emoções, dessa forma, a compreensão do conteúdo da mensagem verbal e não-verbal torna-se o único meio de entendimento entre eles⁽⁴⁾.

De acordo com a perspectiva adotada, o processo comunicacional delineado pelo diálogo permite aproximar os interlocutores em um prisma de participação⁽⁴⁾, pois favorece a compreensão dos mesmos acerca das diversas situações produzidas pelo viver em um cotidiano sócio-histórico

em constante transformação⁽¹⁾. Tal compreensão torna-se evidente ao se entender que o processo comunicacional dialógico orienta-se pela linguagem emitida pelos interlocutores, que deve ser produzida de modo consciente para, assim, atuar como um meio de transformação⁽³⁾.

De todo modo, a linguagem na dinâmica interativa das relações interpessoais que estabelecem o viver em sociedade permite aos indivíduos apreender coerentemente os significados e os interpretar de uma maneira e não de outra⁽¹⁾. Essa apreensão interpretativa relaciona, na particularidade do estudo aqui apresentado, o processo comunicacional ao de trabalho desencadeado nas atividades em grupo da estratégia Saúde da Família. Assim, a comunicação concretiza o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família, na particularidade das atividades em grupo, em direção à produção da mercadoria saúde, que expressa a coexistência vital do processo comunicacional e o de trabalho.

De modo geral, o processo comunicacional torna-se o instrumental para o desenvolvimento do trabalho das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. Consecutivamente, o diálogo como instrumento do processo comunicacional permite o desenvolvimento das ações de prevenção da doença e promoção da saúde, compreendendo desde os procedimentos técnicos até a educação em saúde⁽⁵⁾.

A partir disto, o diálogo revela o fazer dos profissionais que, para desempenharem suas funções, necessitam impreterivelmente comunicar-se e, assim, fazer uso da linguagem verbal e não-verbal, pois a comunicação é fundamental e essencial à vida⁽⁴⁾, de modo que sua existência independe do ambiente de inserção dos indivíduos.

A existência dominante da comunicação deve-se ao fato de que até um singelo silêncio constitui-se em um signo que, ao ser interpretado, recebe um status de significante e revela um significado. Reforça-se, então, que o processo comunicacional contempla as expressões verbal, com a representatividade da linguagem no diálogo, e também a não-verbal, que representa a essência da construção das relações humanas. A última pode reiterar, completar o sentido da primeira ou, ainda, apresentar sentido contrário, somente podendo ser decifrada no processo de interação que valida a mensagem por meio da confirmação da interpretação produzida pelo receptor⁽³⁾.

O processo comunicacional, no presente estudo, constitui-se em meio de produção das atividades em grupo da estratégia Saúde da Família. Sob tal condição, ele viabiliza o trabalho como uma mercadoria e representa uma forma de subsistência para os indivíduos⁽⁶⁾. Nessa perspectiva, se investigou como o processo comunicacional possibilita a participação comunitária nas atividades em grupo na estratégia Saúde da Família.

...o diálogo como instrumento do processo comunicacional permite o desenvolvimento das ações de prevenção da doença e promoção da saúde, compreendendo desde os procedimentos técnicos até a educação em saúde.

MÉTODO

Delineamento do estudo: estudo exploratório, descritivo e analítico, transversal ao processo comunicacional desencadeado nas atividades em grupo, entre profissionais e clientes, da estratégia Saúde da Família.

Local do estudo: Teve como cenário a rede básica de atenção à Saúde da Família da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS-RS), no extremo sul do Brasil. Contemplou 49 Unidades de Saúde da Família dos 12 municípios adstritos à 3ª CRS-RS.

População: constituiu-se de 65 enfermeiros das respectivas equipes de Saúde da Família, dos quais houve quatro perdas pela vigência do período de férias de alguns profissionais e dez pelo não-desenvolvimento de atividades em grupo, totalizando uma amostra de 51 enfermeiros.

Procedimentos de coleta de dados: inicialmente realizou-se um levantamento do número de equipes de Saúde da Família da região do estudo. Posteriormente, encaminhou-se uma solicitação formal à 3ª CRS-RS e às Secretarias Municipais de Saúde explicando os objetivos e finalidades do estudo, garantindo-se o anonimato das instituições e indivíduos e evidenciando-se a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), parecer nº 02/2004. Após a anuência das instituições que forneceram o nome do enfermeiro de cada equipe e o endereço das unidades, realizou-se um encontro com as equipes em nível municipal para explicação das atividades do estudo para os profissionais, informando e assegurando o direito à desistência da participação sem qualquer ônus e à preservação do anonimato da identidade pessoal, dos locais de trabalho e dos municípios. Consecutivamente, fez-se contato telefônico com os enfermeiros e as entrevistas e observações foram agendadas conforme a disponibilidade da equipe.

O questionário que compõe a entrevista e o roteiro de observação foi testado por meio do estudo-piloto, junto a uma equipe não pertencente ao grupo selecionado.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a julho de 2006 por meio de entrevistas semiestruturadas

gravadas com 51 enfermeiros da estratégia Saúde da Família selecionadas a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: atuação em uma das seguintes formas de gestão: Plena do Sistema Municipal ou Plena da Atenção Básica e adesão à estratégia Saúde da Família; tempo de formação da equipe superior a seis meses e tempo de atuação do profissional na estratégia Saúde da Família de, no mínimo, seis meses; existência de todos os profissionais da equipe básica (enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), desde que se disponibilizassem e consentissem a realização das etapas de investigação.

Posteriormente, foram realizadas observações, de julho de 2006 a junho de 2007, em 17 equipes alocadas em nove unidades de Saúde da Família, durante a realização de 19 atividades em grupo de modo não-participante, nas quais observou-se o processo comunicacional produzido nas atividades em grupo já planejadas pela equipe, priorizando o registro dos diálogos com a anuência dos participantes⁽⁷⁾. Para tanto, foram estabelecidos critérios de seleção pautados nas informações da etapa de entrevista, quais sejam: maior número de observações em município com maior número de unidades de saúde da família; abrangência das populações urbanas e rurais; integração entre os profissionais e deles com a comunidade e aderência e persistência na realização das atividades em grupo, segundo relato dos profissionais entrevistados.

Nesse sentido, ao final de cada entrevista e registro da observação, assinalou-se entre parênteses o número fictício do município (M), da equipe (Eq), e do profissional enfermeiro (Enf) ou do registro da observação (Obs). Com isso foram asseguradas as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Desenvolveu-se a análise qualitativa do conteúdo⁽⁸⁾ das entrevistas e observações, utilizando-se o software Nvivo 7.0 a partir da leitura do material e compilação do conteúdo segundo semelhanças de sentido. Consecutivamente, ficaram esclarecidas as ambiguidades e organizado o conteúdo, em categorias e subcategorias. Em seguida, produziu-se uma síntese do material, uma análise explicativa e, por fim, uma análise estruturada (Figura 1).

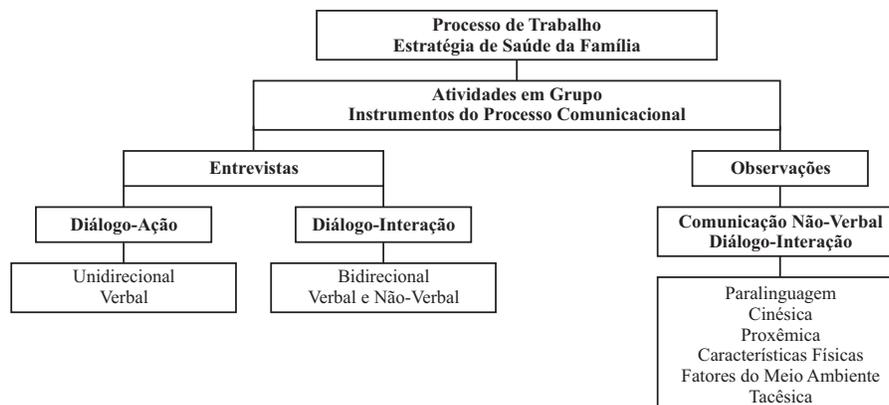


Figura 1 – Estrutura analítica das categorias e subcategorias emergidas do processo comunicacional nas atividades em grupo da estratégia Saúde da Família”

Do processo de análise das entrevistas emergiram as categorias, não excludentes, *diálogo-ação* e *diálogo-interação*, as quais representam respectivamente a compilação dos sentidos do desenvolvimento de uma comunicação unidirecional, predominantemente verbal e de uma comunicação bidirecional, não-verbal e complementar. As subcategorias que definem a comunicação não-verbal foram apreendidas de modo não excludente no processo de análise de sentidos dos registros das observações do processo comunicacional desencadeado nas atividades em grupo da estratégia Saúde da Família.

No intuito de expressar as possibilidades do campo de comunicação não-verbal, descreve-se a classificação de Silva⁽³⁾: *Paralinguagem* – constitui-se pelas variações de intensidade na expressão verbal, pela produção de sons não codificados na língua utilizada, os quais caracterizam sentimentos, atitudes, personalidade, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. *Cinésica* – caracteriza-se pela interpretação dos gestos produzidos pelos movimentos das partes do corpo dos interlocutores. *Proxêmica* – constitui-se pela utilização que os interlocutores fazem do espaço de interação. *Características físicas* – atreladas aos interlocutores e visualizadas por meio da imagem dos objetos neles presentes. *Fatores do meio ambiente* – concretizam-se pela disposição dos objetos no espaço e por suas características quanto à cor, forma e tamanho. *Tacésica* – compreende as características dos interlocutores e dos objetos do espaço de interação apreendidos sob a perspectiva tátil.

RESULTADOS

Instrumentos do Processo Comunicacional

Neste item apresenta-se as duas categorias de sentido emergidas nos relatos dos enfermeiros entrevistados e observados no trabalho desenvolvido nas atividades em grupo da estratégia Saúde da Família: *diálogo-ação* e *diálogo-interação*, representando, respectivamente, o desenvolvimento de um processo comunicacional unidirecional predominantemente verbal e outro bidirecional, em que coexistem a forma verbal e não-verbal de comunicação.

O *diálogo-ação* constitui-se pelo desenvolvimento das ações de trabalho centralizadas na produção de um processo comunicacional com o objetivo de obter-se resolutividade para problemática em nível das alterações e/ou manifestações orgânicas dos clientes, de modo que esta interação estabelecida não será explorada para além da prática clínica do enfermeiro. Consequentemente, os aspectos não-verbalizados não serão valorizados/considerados/investigados, mesmo que possam estar presentes no trabalho desencadeado pelo contato entre enfermeiro e cliente.

O *diálogo-interação* representa o reconhecimento e a utilização do não-verbal concomitantemente ao processo comunicacional verbal, de modo que os enfermeiros

usam as diversas possibilidades de interação não-verbal para produzir bem-estar e qualidade de vida para os clientes participantes das atividades em grupo sem deixar de investigar os aspectos orgânicos.

A partir desse contexto, o diálogo apresenta-se como um instrumento que, para 35 dos 51, enfermeiros, tem a finalidade de efetivar o cumprimento das ações técnicas do processo de trabalho por meio da utilização direta da comunicação verbal, a qual contempla palestras, orientações, esclarecimentos, verificação de sinais vitais, entre outros, conforme relato a seguir:

[...]a gente dá orientações, conversa, fala sobre alimentação, sobre exercício, verifica a pressão arterial de todos [...] entrega os medicamentos[...] (M08 Eq02 Enf74).

Para os outros 16 enfermeiros, o diálogo produz a interação dos profissionais com os clientes quando, além do verbal, desenvolve-se ações lúdicas com a utilização complementar da comunicação não-verbal, tais como: teatro, pintura, dança, brincadeiras, entre outros, o que pode ser evidenciado pelo relato transcrito:

[...] utilizo brincadeiras, técnicas de grupos, discussões, a gente treina teatros, fantoches, essas coisas para trabalhar com eles (M08 Eq11 Enf89).

Os registros das 19 atividades em grupo desenvolvidas na estratégia Saúde da Família sustentam os relatos dos enfermeiros, uma vez que o diálogo-ação predomina em 13, enquanto observações e as seis atividades restantes contemplam o diálogo-interação. Apresentam-se, a seguir, exemplos registrados do diálogo-ação e do diálogo-interação.

[...]profissional começou o grupo questionando sobre o bem-estar da cliente, informa os objetivos da realização do grupo [...]agradece a presença de todos e pede que a gestante vá até sua sala para que ele faça exame físico. [...] (M05 Eq93 Obs13).

Enfermeira solicita que encham o balão, levistem e o joguem ser o deixar cair.[...] Solicita que cada um pegue um balão e sente-se, pede que estourem o balão e peguem o papel de dentro. Solicita que cada um faça o que está escrito no papel. Então eles se abraçam, sorriem e falam coisas boas. Após isso distribuem os pratos e os refrigerantes, que cada um trouxe, sobre a mesa e iniciam uma confraternização (M08 Eq100 Obs14).

Outro aspecto relevante das atividades em grupo relatado pelos 51 entrevistados refere-se ao objeto de intervenção. A partir disso, há o desenvolvimento do diálogo-ação em três relatos, nos quais o tempo disponibilizado às atividades em grupo supre a necessidade de atendimento à demanda clínica individual, conforme o relato que segue:

O técnico de enfermagem pega uma ficha de SIASUS e o prontuário da cliente e dirige-se para a sala de espera, onde preenche a ficha.[...] pesa a primeira cliente do grupo, verifica a pressão arterial da cliente e diz: Quatorze por oito (M09 Eq69 Obs05).

Outros 36 enfermeiros relatam atuar no coletivo, produzindo um diálogo-interação pela permanência dos profissionais e clientes durante o desenvolvimento das atividades em grupo, em um mesmo espaço, do início ao término da ação.

A enfermeira retorna para a sala de espera às 10h e continua medindo e pesando as crianças do grupo de puericultura para maiores de um ano (M05 Eq92 Obs08).

Alguns ainda relatam a fluidez no modo de desenvolvimento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família, que, para oito enfermeiros, inicia no coletivo e termina com a realização de procedimentos no individual e para os quatro restantes ocorre o caminho inverso: partem do individual para o coletivo.

[...]nós falamos assuntos gerais, assuntos que eles querem saber, nós tiramos dúvidas e depois tem a verificação da pressão arterial, da glicose, dependendo de cada grupo. Tem a distribuição de medicamentos[...] (M11 Eq91 Enf101).

Em um espectro de complementaridade, o registro das 19 atividades em grupo evidencia os relatos dos enfermeiros, já que, em seis observações, as mesmas são desenvolvidas individualmente. Em nove, as atividades são desenvolvidas prioritariamente no coletivo; duas iniciam no coletivo e evoluem para o individual e duas do modo inverso.

Destaca-se o sentido de coletivo apreendido no discurso dos enfermeiros e evidenciado nas observações das atividades em grupo como uma particularidade deste trabalho, capaz de condicionar a direcionalidade do processo comunicacional desenvolvido. Dessa forma, o termo coletivo representa o agrupamento dos clientes em um espaço, os quais têm como interesse comum o atendimento de suas necessidades pessoais de saúde, de maneira a produzir uma comunicação bidirecional.

Diálogo-Interação observado segundo a classificação da Comunicação Não-Verbal⁽³⁾

Este tópico constitui-se em uma inferência da análise do processo comunicacional não-verbal, por não ser relatado pelos enfermeiros entrevistados. Nesse sentido, os dados das observações permitiram investigar, no espectro do diálogo-interação, a comunicação não-verbal de acordo com a classificação⁽³⁾.

De modo geral, identificou-se a tacética como forma predominante nas atividades em grupos com os crônicos, com as crianças e com as gestantes observadas tanto nas atividades desenvolvidas individual quanto nas coletivas. Ela concretiza-se por meio do contato entre profissionais e clientes nos procedimentos necessários para o acompanhamento de saúde dos clientes, como pode ser constatado neste registro:

Ele verifica os batimentos cardíofetais, mede altura uterina, verifica posição da criança [...] (M05 Eq93 Obs13).

A cinésica destaca-se em consecutivo nos grupos de crônicos, de pré-natal, caminhada e primeira infância melhor, nos quais se evidencia a atitude de sorrir em 17 constatações. Elas expressam sentimentos de agradecimento por elogios recebidos, uma forma de cumprimento, de dar continuidade à expressão verbal, de satisfação com a produtividade das ações e de despedida entre os profissionais e clientes, conforme demonstrado no registro transcrito a seguir:

A paciente sorrindo agradece e se despede (M05 Eq16 Obs03).

Existem ainda quatro constatações para o ato de beijar e para o de apertar a mão, ambas com sentido de cumprimento, agradecimento e despedida, expressos em registro como este

[...]Em seguida, o médico agradece a presença de todos e todos se despedem com aperto de mão e beijos (M05 Eq93 Obs02).

Além da relação de colocar-se em pé ou sentado na condição de emissor-receptor, há a utilização dos membros superiores e inferiores para produzir uma comunicação complementar à verbal, conforme é possível perceber no registro que segue:

A enfermeira fala para uma cliente: Pode entrar ali. E aponta com o dedo indicador da mão esquerda para a Sala de Curativo (M05 Eq92 Obs08).

A proxêmica está presente nos grupos de crônicos, pré-natal e primeira infância melhor. Nestes grupos, evidencia-se a utilização dos assentos e da mesa como principais aspectos para expressar o distanciamento entre profissionais e clientes, ou seja, a sua utilização pode estar expressando uma relação de maior proximidade, verificada em nove observações, ou de manutenção de diferenças, observadas em cinco atividades em grupo. Apresentam-se dois registros para elucidação das informações expostas.

A escrivainha do médico encontra-se escorada na parede e as duas cadeiras em que eles estão sentados (médico e cliente) apresentam-se dispostas uma ao lado da outra (M05 Eq93 Obs13).

Os profissionais põem-se atrás da mesa sentados e os clientes são dispostos em cadeiras enfileiradas na outra extremidade (M05 Eq93 Obs01).

Os fatores do meio ambiente estão contemplados prioritariamente nos grupos de crônicos, de pré-natal e caminhada como aspectos para entretenimento e distração dos clientes e que possibilitam ainda o desenvolvimento do trabalho da equipe. Estes aspectos concretizam-se pela presença de música, de brinquedos, aparelho de TV, DVD, do próprio espaço de realização da atividade, o qual pode ser na ambiência da unidade ou de locais da comunidade, entre outros, apreendidos em registros como este:

Na Sala de Espera um menino brinca com um carrinho da caixa de brinquedos da Unidade Básica de Saúde da Família (M09 Eq02 Obs05).

As características físicas são enfatizadas nos grupos de pré-natal, primeira infância melhor e de puericultura. Elas são especialmente constatadas pela utilização de uniformes pelos profissionais,

[...] a enfermeira chega a UBSF e dirige-se a Sala de Enfermagem/Vacinas, na qual coloca o jaleco [...] (M08 Eq02 Obs16)

como também pela utilização de aparelhos eletrônicos de uso pessoal dos mesmos,

13h46 - O técnico de enfermagem sai da Sala de Procedimentos com fones de ouvido ligados a um mp3 e com uma carteira de controle nas mãos e pergunta[...] (M09 Eq02 Obs05)

e pelos próprios recursos utilizados no desenvolvimento dos procedimentos e ações em saúde,

A auxiliar de enfermagem utiliza luvas ginecológicas para realizar o teste de HGT (M08 Eq02 Obs06).

A paralinguagem apresentou-se somente nas atividades em grupo com os crônicos e na puericultura caracterizada por manifestações dos clientes,

Passam as fotos, todos riem lembrando-se do dia do encontro e se apontam [...] No término, todos produzem um barulho diferente (M05 Eq03 Obs01)

e por alteração no tom da expressão verbal dos profissionais:

A senhora que faz parte do grupo de hipertenso retorna a UBSF e tenta consultar hoje. A enfermeira [...] diz: *Se a senhora sai do grupo eu lhe marco*, em um tom de voz alto (M08 Eq92 Obs08).

A cliente mostra a intimidação para depor por negligência no cuidado da filha. Enfermeira diz que se necessário irá até o Conselho Tutelar para falar que a cliente realiza os cuidados com a filha [...] (M05 Eq11 Obs07).

Nas últimas citações, pode-se apreender sentidos atrelados à satisfação com o grande número de atendimentos; à confirmação das ações a serem realizadas para tranquilizar os clientes quanto a problemas do âmbito legal e para informar outros profissionais a respeito de onde se encontram os materiais necessários ao desenvolvimento das atividades; ao pouco número de participantes; à limitação no acesso dos clientes ao atendimento quando não está no dia das atividades de seu grupo, entre outros.

DISCUSSÃO

A partir daí, a investigação do diálogo desse processo comunicacional, revelado pelos enfermeiros entrevistados e constatado pelas observações, destaca a complementaridade do diálogo-ação pelo diálogo-interação, ou seja, a utilização do lúdico por meio da comunicação não-verbal em favorecimento do uso da linguagem verbalizada, presente em ambas categorias.

Nesse sentido, o processo comunicacional deve ser um impulso na direção da realização de um cuidado integral em saúde. Para tanto, a assistência desenvolvida na estratégia Saúde da Família necessita intervir na tomada de decisões, nas perturbações interacionais e no enfrentamento dos problemas da clientela, a fim de solucioná-los ou amenizá-los⁽⁹⁾. Assim, o foco do cuidado estará dirigido a propiciar os caminhos e a descoberta de recursos locais, o que produz crescimento e apoio mútuo entre os profissionais e clientes em busca de um maior nível de saúde.

O cuidado dos clientes e de seus familiares deve ser desenvolvido de forma a apreender além do verbalizado, exigido dos profissionais uma postura que os impulse a buscar nas entrelinhas, como também de ser sensível e assumir, em alguns momentos do processo comunicacional, a função de ouvinte, na intenção de compreender o implícito⁽¹⁰⁾.

Para o alcance dessa compreensão, torna-se primordial entender que o conhecimento não é estático, mas, ao contrário, ele é dinâmico em uma sociedade na qual as mensagens produzidas perpassam por um prisma constituído de interpretações que os indivíduos produzem em cada momento de seu viver⁽²⁾. Assim, [...] *comunicar não é apenas trocar informações. É agir, interferir na ação e modificar atitudes em diferentes escalas*⁽¹⁾.

Esse conjunto de ações requer um processo comunicacional que promova a redução de conflitos, mal-entendidos e ruídos no campo de diálogo produzido entre os interlocutores⁽³⁾.

Em tal perspectiva, na análise do lúdico referido pelos entrevistados, vislumbra-se a comunicação não-verbal e o diálogo-interação como estratégia complementar ao diálogo-ação, na qual ele se torna um instrumento do processo comunicacional para suprir as necessidades interpessoais dos participantes das atividades em grupo.

As necessidades interpessoais são apresentadas como a representação dos sentimentos de aceitação e valorização de cada cliente enquanto integrante fundamental do grupo e também o de responsabilidade pela concretização das ações e o desejo inflamável de ser único⁽³⁾.

Ainda na dimensão das atividades em grupo, os enfermeiros revelam a fluidez de tais atividades confirmando a coexistência da comunicação verbal e não-verbal em um processo de complementaridade. Assim, o processo comunicacional observado contempla a interação de interlocutores em um tempo-espaço específico, no qual há compartilhamento das necessidades pela produção de mensagens carregadas de sentidos. Estes podem influenciar o comportamento em um espectro de ação-reação, no qual experiências previamente vivenciadas, fatores culturais, religiosos e socioambientais atuam sobre a decodificação e interpretação da mensagem⁽¹¹⁾.

Esse conjunto de fatores experimentado pelos interlocutores, quando compartilhado nas atividades em grupo,

garantindo sua identificação no tempo sócio-histórico dos acontecimentos, produz um estereótipo. Este permite um (re)conhecimento imediato da situação, pela agilidade de interpretação dos fatos, ganhando status de veracidade quando perpetuado por um coletivo representado por um agrupamento de indivíduos com interesses comuns⁽¹⁾.

Por outro lado, o contingente caracterizador do trabalho nas atividades em grupo como um espaço de relações que abarca interlocutores em permanente (re)construção social pela capacidade criativa, participativa e interativa⁽¹²⁾ independe do quantitativo, na mesma medida em que o processo comunicacional necessita tão somente de dois interlocutores.

No entanto, a ênfase relatada pelos enfermeiros e constatada nas observações para o desenvolvimento das atividades em grupo em presença de um maior número possível de clientes, denominado de coletivo, pode ser ou estar relacionada a fatores como a facilitação do acesso aos serviços de saúde e o cumprimento das metas da estratégia pela agilização do processo de trabalho⁽¹³⁾. Em contrapartida, o processo comunicacional como instrumental do trabalho nas atividades em grupo sofre influências direta e indireta em sua qualidade e eficácia, uma vez que as mensagens emitidas necessitam ser validadas para que ocorra uma interpretação perspicaz do conteúdo^(1,3).

Nessa direção, os fatores do ambiente e as subjetividades dos interlocutores necessitam de uma supervisão permanente para que os seus ruídos não distorçam a interpretação pretendida pelo emissor ao proferir sua mensagem.

A linguagem corporal, cinésica, observada nas atividades em grupo, congrega o conjunto de gestos manifestados durante as interações interpessoais demonstrando a afetividade construída entre profissionais e clientes que favorece a decodificação das mensagens⁽¹¹⁾.

Ressalta-se, ainda, que a observação da comunicação não-verbal no diálogo-interação, permite apreender, por meio da paralinguagem, a satisfação dos profissionais na realização do trabalho. No entanto, essa classe de manifestação talvez possa representar a mais significativa e evidente forma de prejudicar-se uma relação interpessoal, tanto entre profissionais quanto, especialmente, deles com os clientes.

Dessa forma, a paralinguagem permite perceber a agressividade manifestada nas ações dos profissionais, que pode ter como causa diversos fatores tais como a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de funções, problemas de saúde, econômicos, entre outros⁽¹⁰⁾.

A disposição dos objetos nos ambientes interacionais observados – proxêmica - revela uma organização do trabalho que privilegia a proximidade e a cumplicidade entre a maioria dos profissionais e clientes nas atividades em grupo. Nelas, pôde-se observar que a atitude dos profissionais primou por um desempenho ético das ações, o qual buscou

atender o princípio de equidade ao ordenar os assentos lado a lado tanto em momentos coletivos quanto nos individuais, além de favorecer a participação dos clientes para a exposição de suas necessidades e recursos.

Outros estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ demonstraram que um trabalho que considere a diversidade dos participantes e busque construir um ponto de convergência a partir da escuta das necessidades dos clientes só é possível pelo compromisso mútuo dos participantes e pelo estabelecimento de relações pautadas na honestidade e na sinceridade das atitudes e do diálogo.

Para o estabelecimento dessas relações e interações, considera-se que a postura dos profissionais em consultar os clientes e de inseri-los nos acontecimentos da unidade posiciona-os como corresponsáveis, importantes e implicados, no processo de mudança de comportamentos⁽¹⁶⁾. Os fatores do meio ambiente observados revelaram que objetos contidos na Unidade de Saúde da Família foram utilizados para entretenimento e distração dos clientes e que possibilitaram ainda o desenvolvimento do trabalho em equipe. As características físicas dos profissionais da equipe revelaram suas condições de trabalho e sua preocupação com a segurança no desenvolvimento das atividades em grupo. Assim, a comunicação entre esses profissionais torna-se um denominador comum para o desenvolvimento de um trabalho em equipe com relações recíprocas e interativas. As mesmas refletem uma articulação comunicativa constante e intrínseca no decorrer das ações de trabalho e uma fragmentação deste, que torna a comunicação extrínseca a ele⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

O processo comunicacional apresenta-se como um instrumental viabilizador do processo de trabalho desenvolvido nas atividades em grupo da estratégia Saúde da Família.

O diálogo-ação está representado pela utilização predominante da linguagem verbal como instrumento da prática assistencial, ou seja, como meio operacional para o desenvolvimento dos procedimentos específicos de cada profissional na relação com o acompanhamento do estado de saúde do cliente. Por outro lado, o diálogo-interação caracteriza-se também como instrumento, no qual coexiste, segundo os enfermeiros, a utilização da comunicação verbal e não-verbal.

O objeto de trabalho nas atividades em grupo permanece prioritariamente individual, pois o sentido de coletivo atrela-se ao ambiente compartilhado de desenvolvimento das ações.

Nesta direção, as observações das atividades em grupo no âmbito coletivo e individual permitem identificar os enfermeiros como os responsáveis pela organização do trabalho em Saúde da Família para o alcance das metas de produção da estratégia. Assim, eles atuam de modo a asse-

gurar os recursos necessários para a manutenção das ações de trabalho, ou seja, priorizam o diálogo-ação em um processo comunicacional que abrange as atividades de grupo.

Em contrapartida, nos momentos em que são os articuladores do processo comunicacional com os clientes, os enfermeiros produzem um diálogo-interação, que tem a finalidade de produzir espaços momentâneos de lazer tanto para os clientes como para os profissionais participantes.

Além disto, promovem o trabalho da equipe de saúde da família, já que os clientes passam a usufruir a estratégia Saúde da Família como uma opção não somente para a realização de procedimentos de controle e acompanhamento da saúde mas também de interação e formação social capaz de produzir entretenimento, diversão e laços de amizade.

A partir disso, as atividades em grupo representam um espaço privilegiado para o alcance do cuidado integral dos clientes. No contexto em que o processo comunicacional põe-se como instrumental consciente ou não para os profissionais da saúde, a assistência em Saúde da Família pretende intervir nas necessidades verbalizadas pelos

clientes, mas também ir muito mais além, em busca da descoberta de novos horizontes na abrangência dos signos, conteúdo das mensagens eminentemente emitidas pelo não-verbal dos clientes nos mais diferentes ambientes sócio-culturais de inserção do trabalho da estratégia de Saúde da Família.

Frente aos aspectos abordados, entende-se que o processo comunicacional está presente no cotidiano do trabalho dos profissionais da estratégia Saúde da Família e na especificidade das atividades em grupo.

Entende-se ainda que o processo comunicacional implica em uma ação de complementaridade, na qual a expressão não-verbal torna-se a forma mais perspicaz de entender, com maior profundidade, as relações interpessoais produzidas no trabalho em Saúde da Família.

Dar visibilidade à comunicação não-verbal no processo de trabalho da estratégia Saúde da Família, por meio da educação permanente, permite fortalecer as relações interpessoais, implicando em maior participação comunitária nas atividades grupais da referida estratégia.

REFERÊNCIAS

1. Martino LMS. Teoria da comunicação: ideias, conceitos e métodos. Petrópolis: Vozes; 2009.
2. Hernández F. Transgressão e mudança na educação: os projetos de trabalho. Porto Alegre: Artmed; 1998.
3. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
4. Faria EM. Comunicação na saúde: fim da assimetria? Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; 1996.
5. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares MCF, Soares JFS, Costa VZ, Keber NPC, et al. System of meanings about the purpose of family health work: a qualitative analysis. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2010 Mar 19];43(1):915-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a25v43n4.pdf
6. Marx K. O capital. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1982.
7. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com família no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):65-72.
10. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):312-8.
11. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino Am Enferm. 2000; 8(4):52-8.
12. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):71-9.
13. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(3):777-88.
14. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de São Carlos, SP. Interface Comum Saúde Educ. 2008;12(27):749-62.
15. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Adis das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. Saúde Soc. 2008;17(2):140-52.
16. Camargo-Borges C, Mishima SM. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. Saúde Soc. 2009;18(1):29-41.
17. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.