

Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista

Cássio de Almeida Lima¹, Ana Paula Soares Oliveira², Beatriz Ferreira Macedo³, Orlene Veloso Dias⁴, Simone de Melo Costa⁵

Resumo

A relação entre profissionais de saúde e usuários é tema desafiador para a reorganização dos serviços de saúde pública. Objetivou-se discutir a relação profissional-usuário nas questões do cuidar e da educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizando a perspectiva da bioética contratualista. Como método, realizou-se uma revisão narrativa e crítica em periódicos da Biblioteca Virtual de Saúde. O modelo contratualista é o mais desejável por envolver compromisso de ambas as partes. Diferentemente, os modelos sacerdotal, engenheiro e colegial devem ser evitados por caracterizar dominação, acomodação, negociação e submissão. O acolhimento foi sugerido como instrumento de enfrentamento aos modelos relacionais indesejáveis. Concluiu-se que o processo de cuidar e a educação em saúde devem se pautar no modelo contratualista entre profissional-usuário. A relação interpessoal verdadeira impacta positivamente para trabalhadores e usuários, pois sugere empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho de saúde da família.

Palavras-chave: Bioética. Relações profissional-paciente. Relações profissional-família. Programa Saúde da Família. Atenção primária à saúde.

Resumen

Relación del profesional con el usuario de la salud de la familia: perspectiva de la bioética contractualista

La relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios es un reto para la reorganización de los servicios de salud pública. El objetivo fue discutir la relación del profesional con el usuario, en los temas del cuidado y de la educación en salud en el contexto de la Estrategia y Salud de la Familia (ESF), haciendo uso de la perspectiva de la Bioética contractualista. Como método de llevar a cabo una revisión narrativa y crítica en periódicos de la Biblioteca Virtual en Salud. El modelo contractualista es el más aconsejable en la relación del profesional con los usuarios de los servicios de salud, por tener un compromiso por parte de ambos. Diferentemente, los modelos sacerdotales, ingeniero y colegial debe evitarse pues caracterizan dominación, acomodación, negociación y sumisión. La recepción fue propuesta como herramienta para hacer frente a los modelos de relación indeseables. El proceso de cuidar y la educación en salud deben basarse en el modelo contractualista del profesional con el usuario. La relación interpersonal verdadera causa un efecto positivo para trabajadores y usuarios, pues sugiere la participación de los involucrados en el proceso de trabajo y salud de la familia.

Palabras-clave: Bioética. Relaciones del profesional con el enfermo. Relaciones del profesional con la familia. Programa Salud de la Familia. Atención primaria de salud.

Abstract

Professional-user of family health relationship: perspective of contractualist bioethics

The relationship between health professionals and users is a challenging theme for the reorganization of public health services. The objective was to discuss the professional-user members on care and health education issues in the Family Health Strategy (FHS) context using the Contractualist Bioethics perspective. As for the method, a literature and critique review was done in the Virtual Library of Health Ethical journals. The ethics issues are part of the care and health education in the FHS. The contractualist model is the most desirable related to the professional and users of the health services, since it involves commitment of both parts. Unlikely, the priest, engineer and high school models should be avoided because they characterize domination, accommodation, negotiation and submission. The host was suggested as a tool for confronting the undesirable models. The care process and health education should be based on the Contractualist model between the professional and a user. The real interpersonal relationship impacts positively to workers and users, since it suggests empowerment of those involved in the family health work process.

Key words: Bioethics. Professional-patient relations. Professional-family relations. the Family Health Program. Primary health care.

1. **Graduando** cassio-enfermagem2011@hotmail.com 2. **Graduanda** anapaulas.o@hotmail.com 3. **Graduanda** bmacedo43@yahoo.com 4. **Mestre** orlenedias@yahoo.com.br 5. **Doutora** smelocosta@gmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros/MG, Brasil.

Correspondência

Cássio de Almeida Lima – Rua Rodrigues Alves, 243 Centro MG CEP 39400-062. Montes Claros/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) e a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) desencadearam modificações na organização dos serviços e na atuação dos profissionais de saúde¹. Contudo, a mudança do processo de trabalho em saúde só é possível se houver a compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e de aderir à nova forma de agir na relação com o usuário².

A ESF propôs reorganizar a Atenção Primária à Saúde a partir da família e seu ambiente físico e social, possibilitando maior compreensão do processo saúde-doença, com intervenções além das práticas curativas³. No contexto cotidiano de atenção à saúde a temática ambiente saudável e qualidade de vida devem ser considerados, por influenciar na qualidade do serviço prestado e repercutir em promoção de saúde. Ainda, com relação à qualidade do serviço prestado em saúde pública, a Constituição brasileira legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, é orientado por diretrizes que valorizam práticas em saúde voltada aos direitos humanos⁴.

As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS. Por mais que o Sistema esteja ancorado em leis com *status* de políticas de Estado, a sua concretização também depende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários¹. A organização do processo de trabalho da equipe na ESF, a relação com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar buscando o equilíbrio entre autonomia e responsabilidade não estão sendo pautados pelos gestores e profissionais de saúde⁵.

Os aspectos éticos integrantes do cotidiano do cuidar na ESF muitas vezes não são percebidos, resultando em danos à atenção, especialmente no que se refere ao vínculo e corresponsabilização pela saúde. Para atuar na saúde da família, o profissional, além de redirecionar sua prática clínica, precisa redimensionar sua sensibilidade para perceber, compreender e ponderar acerca de situações eticamente significativas ou problemáticas⁶. Assim, se a construção do SUS implica em reviravolta ética, a reorganização da Atenção Primária amplia e aprofunda o trajeto desse giro. Isso porque sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas ao novo processo de trabalho marcado pela prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania⁷ e que favorece a qualidade da relação interpessoal no âmbito do SUS.

Este artigo justifica-se pela importância de que o profissional de saúde possa refletir acerca das questões éticas integrantes do processo de trabalho junto à ESF, no sentido de subsidiar o enfrentamento dos problemas estabelecidos nas relações interpessoais entre profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde. Diante do exposto, objetivou-se discutir o estado da arte acerca da relação profissional-usuário nas questões integrantes ao cuidar e da educação em saúde no contexto da ESF, e analisar os padrões relacionais utilizando o modelo contratualista. Em adição, propôs-se sugerir instrumento para o enfrentamento dos conflitos éticos de relação profissional-usuário do serviço na ESF.

Percurso metodológico

Trata-se de pesquisa de revisão narrativa e crítica da literatura. O estudo se caracteriza como reflexão teórica acerca do tema relacionamento profissional e usuário na ESF, sendo a discussão motivada pela pergunta *“quais as questões éticas integrantes da relação usuário/comunidade e profissional da saúde da família?”*. Utilizou-se como marco teórico o modelo contratualista em bioética, por ser aquele que mais se enquadra na discussão da relação profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde⁸.

O modelo contratualista em bioética é uma corrente que considera a complexidade de relações na sociedade. Entre essas se destacam as relações em três níveis: entre profissional médico e paciente; entre médico e sociedade e entre médico-paciente e a sociedade⁹. Neste estudo a discussão dos conflitos éticos relacionais será embasada nos quatro modelos de relação médico-paciente propostos por Robert Veatch em 1972: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista⁸.

Quanto aos modelos relacionais, o modelo sacerdotal se refere à dominação do profissional sobre o usuário do serviço, diferentemente do modelo contratualista em que profissional e usuário compartilham o poder. No modelo engenheiro o poder de decisão é exercido pelo usuário, apesar de o profissional preservar sua autoridade. Por último o modelo colegial, que se refere à indefinição dos papéis, tanto do usuário como do profissional, nas relações entre esses atores sociais⁸.

Embora a teoria contratualista tenha, pioneiramente, sido proposta para discutir as relações envolvendo o médico e o paciente, neste trabalho a compreensão da teoria será ampliada para todos os profissionais da equipe de saúde da família, assim

como para todos os usuários, doentes ou saudáveis. Cabe ressaltar que neste estudo a discussão foi também ampliada para as situações de conflitos entre profissionais e família, vez que o enfoque da discussão ocorreu a partir dos problemas identificados no âmbito de saúde da família.

A busca de material literário foi efetuada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Aplicou-se a combinação dos seguintes descritores: relações profissional-paciente; relações profissional-família; profissional de saúde; programa saúde da família; atenção primária à saúde; bioética; ética; autonomia pessoal; participação comunitária; promoção da saúde e empoderamento. No total, foram encontrados 79 artigos, sendo 8 na base BDENF, 10 na Lilacs e 61 na SciELO.

A seleção dos artigos envolveu avaliação dos títulos e resumos, quando incluídos nos requisitos, e a leitura era cumprida na íntegra. Os critérios de inclusão foram: publicações a partir de 2003; artigos científicos disponíveis na íntegra e abordagem do tema em questão. Excluíram-se os trabalhos que só disponibilizavam os resumos, assim como aqueles que não tratavam especificamente da relação interpessoal usuário e profissional de saúde e conflitos éticos. O recorte temporal foi utilizado com base no ano de promulgação da Política Nacional de Humanização, em 2003, que reforçou a necessidade de práticas humanizadas no âmbito do SUS. Dessa maneira, após a seleção, 14 artigos foram selecionados para leitura na íntegra.

Os resultados foram apresentados em três categorias de análise: 1) questões éticas integrantes do cuidar na saúde da família; 2) questões éticas integrantes da educação em saúde na saúde da família; 3) acolhimento: enfrentamento das questões éticas integrantes do cuidar e da educação em saúde na saúde da família. As duas primeiras categorias apresentam as questões éticas decorrentes do processo de trabalho no âmbito da ESF e a última categoria sugere o acolhimento como ferramenta de enfrentamento aos conflitos éticos relacionais no âmbito da ESF.

Questões éticas integrantes do cuidar na saúde da família

Os problemas éticos decorrem de preocupações corriqueiras da atenção à saúde, como as questões relacionadas aos usuários e famílias: dificulda-

de em estabelecer os limites da relação profissional-usuário; prejulgamento dos usuários pela equipe; desrespeito do profissional para com o usuário; indicações clínicas imprecisas; prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar; prescrição de medicamentos mais caros com eficácia igual a dos mais baratos; falha na informação ao usuário para conseguir a adesão ao tratamento; omissão de informações ao usuário; acesso dos profissionais a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal dos usuários; dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares e compartilhamento do diagnóstico do usuário com os demais membros de sua família⁶. Todas essas questões remetem ao modelo sacerdotal de relação profissional-paciente, baseado na tradição hipocrática. O modelo sacerdotal conduz o profissional à dominação e conseqüentemente impõe ao usuário a submissão⁸.

No contexto da ESF a relação entre profissionais da equipe multidisciplinar e usuário não deve se restringir somente ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como ser biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido nas necessidades físicas, emocionais e sociais¹⁰. Desse modo, o usuário dos serviços de saúde torna-se sujeito autônomo em suas escolhas e coparticipante da construção da assistência à saúde¹¹, possibilitando uma relação interpessoal fundamentada no modelo contratualista. Nesse modelo, o profissional mantém a responsabilidade pelas decisões técnicas, embasando-se na competência profissional. Ao usuário cabe decidir conforme seu estilo de vida, valores morais e pessoais. A tomada de decisão ocorre em processo de troca de informações e negociação, possibilitando vantagens a todos os sujeitos envolvidos na relação interpessoal⁸.

A ESF prevê a formação do vínculo entre a equipe e os usuários e suas famílias. Pressupõe relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. O desrespeito pode ameaçar a relação e comprometer o vínculo de corresponsabilização pela saúde dos usuários³. Se o que se pretende é a participação do usuário na tomada de decisão, esforços conjuntos de toda a equipe e gestores serão necessários¹², inseridos em clima de troca de informações e de compromisso entre os envolvidos⁸. Contudo, os problemas éticos entre a equipe de saúde com os usuários, tais como as barreiras que se interpõem nessa relação, sejam por representação social negativa, discriminação ou excesso de poder do profissional,

tendem a ser maiores na saúde da família, pelas peculiaridades que cercam esse contexto de trabalho.

E nesse contexto de exercício profissional podem-se avaliar as duas vertentes, o usuário/família e o profissional. Se, por um lado, os usuários e suas famílias buscam a resolução de um problema, de saúde ou não, considerado importante, e trazem consigo segredos, medos, crenças e expectativas, por outro, a equipe, ainda inexperiente para lidar com situações decorrentes da contínua proximidade com esses sujeitos, mantém-se presa a procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda a seu entendimento técnico do que é melhor para os mesmos⁷, perpetuando, dessa maneira, a postura paternalista em relação aos usuários⁸ e a relação verticalizada em que o profissional de saúde manda e o usuário dos serviços de saúde obedece, passivamente.

Outra questão bioética a ser discutida nas relações interpessoais, estabelecidas nos serviços de saúde da família, diz respeito às representações sociais negativas dos profissionais com relação à comunidade assistida na ESF. Nessa perspectiva, se a população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida e desrespeitada, após um tempo a própria equipe de saúde se sentirá assim. Esse mecanismo explica a produção de impotência, em série, de que adoecem muitas equipes¹³.

Também pode acontecer que, na tentativa de se defender desse reflexo desagradável, a equipe se feche ao tentar impor discriminação maior entre ela e os usuários. Assim, os profissionais montam fortes barreiras e evitam se colocar em contato com a realidade que os aflige ou podem se tornar agressivos e retaliadores em suas relações com os usuários¹³, mantendo comportamentos profissionais embasados no modelo sacerdotal, em relação de dominação por parte dos profissionais⁸ e passividade por parte dos usuários. Cabe ressaltar que nos casos de relação desgastada, com prejuízos para os usuários, esses, no geral, não possuem autonomia para buscar outro profissional de saúde. Isso porque não conquistaram o empoderamento, que lhes poderia garantir o direito de escolha do profissional de sua preferência na sua assistência.

A palavra empoderamento se refere ao termo inglês “empowerment”, ou seja, a aquisição de poder técnico e político pelos indivíduos e pela comunidade¹². Então, retornando à questão do direito do usuário escolher o seu profissional de saúde, a discussão se dá na avaliação de acesso geográfico e funcional. Deve-se considerar que o usuário está disposto a se deslocar para ser atendido em local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem

recebido pela equipe e onde vivenciou experiências bem-sucedidas¹⁴. Desse modo, a qualidade da relação interpessoal apresenta maior valor para os usuários dos serviços de saúde quando comparada à facilidade de acesso geográfico aos serviços.

A ação de cuidar deve se pautar na autonomia dos usuários e no reconhecimento de que, frequentemente, requer construção em ajuda mútua e solidária, superando a vulnerabilidade de quem cuida e de quem é cuidado⁶, por meio do compartilhamento do poder, como preconizado pelo modelo contratualista da relação entre profissional e usuário⁸. Por conseguinte, a prática na equipe de saúde da família tem de ser marcada pela humanização, cuidado, exercício da cidadania, respeito à dignidade e liberdade humana, bem como na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença-cuidado das famílias⁶.

A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado nas indagações feitas, nas orientações oferecidas e na resolubilidade das condutas adotadas¹⁴. Nessa relação, o toque, contato físico, por exemplo, pode ser aplicado na conquista da confiança do usuário e, a partir dele, o ouvir, o conversar e o olhar carinhosamente podem fluir naturalmente, sem inviabilizar a técnica necessária ao atendimento. Sendo assim, esse toque pode ser compreendido como *toque terapêutico*, num significado físico e psíquico que não age só no corpo da pessoa, mas atinge suas emoções, promovendo cura e bem-estar¹⁰.

Além de ser mecanismo propício a liberar as tensões e medos do usuário, provenientes da incerteza do diagnóstico, o toque simboliza a criação ou manutenção da relação entre os envolvidos¹⁰. O exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente. Para o usuário isso significa maior precisão no diagnóstico e tratamento¹⁴ e sinaliza a preservação da autoridade do profissional, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, mas também da participação ativa do usuário em sintonia com o seu estilo de vida e valores morais e pessoais, conforme o modelo contratualista⁸.

Dessa maneira, tendo como norteador o modelo contratualista⁸, a participação do usuário deve ser incorporada, por fazer parte da própria filosofia da ESF. Nesse sentido, o deslocamento do atendimento para o âmbito da residência possibilita o rompimento dos entraves à formação do vínculo, que aproxima e estabelece confiança entre usuário

e profissional. Inibem-se, assim, os elementos opostos à participação, como a autoridade do profissional sobre o usuário¹², conforme atitude paternalista que caracteriza o modelo sacerdotal⁸.

As visitas domiciliares e a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) trazem novos desafios para a preservação da confidencialidade. Compete ao usuário estabelecer o que, de seu âmbito privativo, deseja e autoriza que seja revelado à família, vizinhos ou amigos próximos, mesmo que estes sejam profissionais de saúde⁶. A dificuldade para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares e de definir em que medida as informações privadas dos usuários e das famílias devem ser compartilhadas no domínio da equipe, especialmente em relação ao ACS, que reside nas vizinhanças, são problemas decorrentes das particularidades que permeiam as relações na saúde da família^{7,3}. Daí a importância de pactuação entre profissional e usuário dos serviços de saúde e profissional-usuário e comunidade para saber que informações deverão ser mantidas em sigilo. E a pactuação é característica importante do modelo contratualista.

A privacidade não fica restrita apenas às atitudes dos trabalhadores que têm acesso às informações da intimidade dos usuários e das famílias, mas também à estrutura arquitetônica, às relações diárias e aos procedimentos e rotinas da unidade de saúde e da equipe. Na organização interna dos fluxos da unidade, a privacidade física e moral dos usuários e famílias devem ser preservadas. Os serviços devem ser estruturados de modo que as situações que afetem a privacidade dos sujeitos possam ser evitadas³.

Nesse sentido, o respeito pela autonomia do usuário se expõe ao se preservar a confidencialidade e privacidade. Advoga-se o acesso do usuário à informação, para assegurar decisões substancialmente autônomas e efetivar a cidadania na atenção à saúde. Mas isso só será possível com domínio de habilidades para a condução da comunicação dialógica e emancipatória⁶. Ao demonstrar pouca preparação para as tecnologias leves e relacionais e pouco domínio de habilidades de comunicação emancipatória, os profissionais se enquadram em relação de poder marcada pela acomodação, presente no modelo engenheiro⁸.

No modelo engenheiro, o profissional de saúde preserva sua autoridade, apesar de abrir mão do poder, que nesse caso é exercido pelo paciente. O modelo se caracteriza pela tomada de decisão com baixo envolvimento do profissional de saúde, que preserva a atitude de acomodação diante dos usuários dos serviços. O paciente é visto apenas como

cliente, alguém que demanda a prestação de serviços profissionais⁸. Nesse modelo a decisão fica concentrada nos usuários após todo repasse de informações do profissional, que não se envolve nas decisões, apenas vende seus serviços.

O simples repasse de informações não caracteriza envolvimento por parte do profissional, haja vista que o modelo engenheiro pressupõe que o profissional apenas assume o papel de repassador de informações, quase como se fosse um manual de instrução de equipamento. Embora a oferta de sugestões e alternativas sem pressionar contribua para conquistar a confiança dos usuários, que manifestam objeções, medos ou preocupações⁷, o modelo caracteriza-se por seu baixo envolvimento e, até mesmo, pelo fato do profissional assumir atitude de acomodação⁸. Assim, frente à divergência de opiniões com o usuário ou a família, os profissionais de saúde deveriam tentar alcançar um acordo por meio da explicação das decorrências da ação escolhida pelo usuário e das razões pelas quais indicam outra alternativa⁷.

As perguntas que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas e a valorização do seu modo de vida conferem-lhe segurança. Dessa forma, pode enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades, além de aumentar a relação de confiança interpessoal¹⁴, conforme preconizado no modelo contratualista⁸. Em outros casos, apesar das boas condições materiais da unidade de assistência à saúde e do bom atendimento, inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção. Ou, pelo contrário, monta-se bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta, mas estes culminam em consultas pautadas por relações frias e desumanizadas¹⁴ não previstas no modelo contratualista, mas presentes de forma mais comum no sacerdotal⁸.

As questões éticas do cuidar no âmbito da saúde da família são muitas, como destacadas anteriormente – atitude paternalista, representação social negativa dos profissionais quanto aos usuários/comunidade, atitudes agressivas e difamadoras de profissionais contra os usuários –, e reiteram a urgência de se pautar a relação profissional-usuário em processo de comunicação que vise compartilhar decisões e projetos de vida e não se limite a esclarecimentos sobre tratamentos e exames³. A incipiente experiência no campo da participação social, tanto dos profissionais quanto dos usuários, aglutinada à insuficiente capacitação tanto de uns quanto de outros, delinea quadro conflitante no âmbito da ESF no espaço de relações estreitas entre esses atores¹⁵. Nesse cenário,

culmina-se no modelo colegial, ou seja, em relações em que não se diferenciam os papéis do profissional e do usuário⁸. Apesar do poder de decisão ser compartilhado entre profissionais e usuários, a crítica que se faz a este modelo é que iguala os indivíduos naquilo que – necessariamente – deveria ser distinto: o conhecimento técnico acerca dos processos saúde-doença. Perde-se, assim, a finalidade da relação profissional e usuários dos serviços.

Questões éticas da educação em saúde na ESF

No que diz respeito à capacitação de usuários para prevenir as doenças e promover a saúde, a educação em saúde tem sido a prática utilizada no âmbito da ESF. Contudo, nem sempre ela acontece na perspectiva democrática que vise o empoderamento das pessoas. É preciso amplo plano de educação em saúde, orientado para despertar nas pessoas habilidades para o cuidado de si, da família e da comunidade¹², desenhado a partir da perspectiva do modelo relacional contratualista.

A promoção da saúde requer esforços e exercícios coletivos para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis. Tais esforços e exercícios se inserem numa perspectiva democrática que inclui os membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos. A educação em saúde é processo que, ao fazer uso da comunicação, busca conferir às pessoas conhecimentos e aptidões para que possam fazer escolhas sobre sua saúde¹².

A educação em saúde também desperta a consciência crítica, reconhece os fatores que influenciam a saúde e estimula o usuário a mudar o *status quo*, com embasamento na interação respeitosa com a cultura popular. Entretanto, muitas vezes a educação em saúde se torna um fracasso por ser prática comumente alicerçada no autoritarismo paternalista¹², pautada no modelo sacerdotal⁸. Nesse panorama, se insere a necessidade de buscar o *empowerment*, configurando poder e controle das pessoas sobre o seu destino na produção de ações concretas e efetivas na tomada de decisão às prioridades, na definição e implementação de táticas com vistas à melhoria das condições de saúde¹².

Quando as relações se ancoram no modelo contratualista⁸, a mudança consciente ocorre com a participação efetiva do usuário e da família nos meios de produção de conhecimentos e habilidades para agir na promoção da saúde, o que se define como participação habilitadora. Essa participação

é instilada por processo consciente, crítico, no qual a mudança de comportamento se dá pela aprendizagem sobre saúde, pelas habilidades aprendidas, pelo entendimento das condições de saúde articuladas ao estilo de vida e como os serviços de saúde da ESF operam¹².

A prática educativa é indissociável da ação laboral do trabalhador. Tem a meta de promover mudanças tanto para os usuários quanto para o profissional e para o processo de trabalho em saúde. Acredita-se que a educação em saúde tem o potencial para transformar o modelo de saúde vigente. A educação em saúde realizada na relação profissional-usuário é determinada a partir do agir cotidiano, o qual reflete a produção de sentidos acarretada nas relações das práticas de cuidado¹¹.

Em tais práticas as estratégias educativas se dão de forma não estruturada, mas com intencionalidade. Contudo, esse modo diferenciado de fazer a prática educativa não atinge todos os profissionais, que na sua maioria prendem-se ao repasse de informações, no qual o trabalhador procura transferir e informar, o que reforça sua atitude de controle e imposição do saber que julga ser correto. Isso retrata a ausência de escuta por parte do trabalhador, que insiste numa postura de repetição e cobrança como tática de comunicação, na tentativa de domesticar e treinar, não valorizando o encontro com o usuário como oportunidade de diálogo, negociação e aprendizado¹¹.

Nesse cenário, o que se observa é que muitas vezes a educação em saúde, em suas interfaces com a relação profissional-usuário, ainda continua sendo médico-centrada, norteada pela queixa biológica e pela perpetuação do modelo curativista, estabelecendo relação hierárquica de repasse da informação e controle¹¹, na qual o profissional se prende ao repasse de informações, à dominação e ao papel de único detentor do poder e da autoridade, caracterizando a postura sacerdotal⁸. Para alterar esse modelo os usuários devem ter acesso às informações esclarecedoras pertinentes, receber orientações ou ser persuadidos à mudança de estilos de vida não saudáveis. A persuasão é eticamente defensável, ao contrário da coerção. Da mesma forma que o autoritarismo, o paternalismo, mesmo pautado por ações de caráter beneficente, é contrário à promoção da autonomia e cidadania das pessoas⁷.

Nas relações e interações cotidianas entre trabalhadores e usuários, ambos devem se colocar na posição de atores e sujeitos ao produzir as atividades educativas respaldadas no diálogo e vínculos construídos conforme visão de mundo, sociedade e saúde. Na ESF, a proximidade do profissional ao

ambiente e dinâmica familiar propicia o contato com as necessidades dos usuários, permitindo praticar ações educativas condizentes com a realidade vivenciada pela comunidade ¹¹, como pressupõe o modelo contratualista ⁸.

A educação em saúde efetivada na informalidade da relação profissional-usuário ocorre nas conversas e orientações do cotidiano e permeia os variados temas que abrangem as realidades dos usuários ¹¹. Deve estar transversalizada no eixo da prática profissional e ser veículo para estimular participação e mudanças comportamentais. Nesse âmbito, a participação comunitária e a educação em saúde constituem atividades intrínsecas ao processo de trabalho dos profissionais, os quais devem atuar na promoção da saúde do usuário, da família e comunidade ¹². Dessa maneira, é preciso maior investimento na educação permanente dos trabalhadores de saúde como instrumento propício para mudanças, implementações e reforço das ações educativas concretizadas nos momentos de interação usuário-trabalhador e em seus discursos durante o atendimento em saúde ¹¹, a fim de que os mesmos desempenhem comportamentos fundamentados no modelo da bioética contratualista ⁹.

Acolhimento: enfrentamento das questões éticas do cuidar e da educação em saúde na ESF

Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de saúde de se colocar no lugar do usuário para perceber suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto mais adequado do sistema de saúde ¹⁴. Trata-se de processo dinâmico e inacabado, o que faz necessárias a avaliação e reorientação permanentes ².

Os estudos em torno da temática *acolhimento* estão basicamente delineados no domínio estrutural e organizacional com vistas às transformações propostas pelo SUS. As pesquisas que retratam o acolhimento na perspectiva ética são incipientes. O acolhimento é considerado dispositivo de humanização dos serviços de saúde. Ele traduz a ação humana de reconhecimento da dimensão subjetiva do ser humano, reconhecendo-o como sujeito histórico e sociocultural. A atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações estabelecidas no âmbito da saúde coletiva e a consciência de cidadania ¹⁶.

O acolhimento torna a relação menos verticalizada, mais contextualizada e humanizadora, na qual o profissional utiliza linguagem menos técnica

e mais acessível, fortalecendo o vínculo da responsabilização e da cidadania. Embora ainda exista longo trajeto a percorrer, o acolhimento não é o único, mas é importante recurso no esforço para tornar as relações mais humanizadas e horizontais, à medida que o usuário é ouvido e considerado em sua subjetividade e não apenas como sintoma ², em consonância com os pressupostos do modelo contratualista de Veatch ⁸.

Nesse contexto, o acolhimento constitui estratégia de superação das dificuldades no processo de trabalho em saúde, que traz novos significados na relação profissional-usuário. A estratégia, que visa o acolhimento, é algo novo, desconhecido e origina conflitos, por fomentar mudanças na dinâmica laboral. Contudo, há usuários que encontram espaço de escuta, boas vindas, atenção, direcionamento de seus diversos problemas e solidariedade ². Nas situações de diversidade no protocolo de acolhimento e na dificuldade de acesso nos cenários de atenção à saúde, revela-se fragilidade na organização das equipes de saúde da família e na superação do desafio de se solidarizar pela necessidade dos usuários em sua integralidade ^{5,1}.

Profissionais de saúde com personalidade voltada para a comunicação e o acolhimento, sensíveis, envolvidos e comprometidos deveriam integrar a saúde da família para superar a hegemonia da visão biologicista e fragmentada ^{5,1}. Esperam-se atitudes de compromisso compatíveis com o modelo contratualista. Assim, a acomodação do modelo engenheiro, a perda da finalidade da relação profissional-usuário do modelo colegial ou a dominação e imposição do modelo sacerdotal ⁸ deveriam ser atitudes descartadas.

Atuar na ESF requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também do equacionamento ético, desfocando-o do hospitalocentrismo que marca a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais, requerendo discussão ética das relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários ⁷.

Nessa perspectiva as discussões bioéticas se distanciaram do modelo contratualista em bioética ⁹. Isso reforça a necessidade de aguçada sensibilidade e compromisso ético por parte dos profissionais da ESF. Os profissionais devem se guiar pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e se embasarem na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias ⁷.

Sob tal ótica, torna-se necessária a mudança de atitude e valores daqueles que trabalham nos

serviços públicos de saúde, a fim de estimular o usuário a conhecer efetivamente o contexto da saúde e relacioná-lo aos seus direitos. O diálogo estabelecido entre profissionais da ESF e usuários pode ser canal para possível conquista da participação e, ainda, poderá ser capaz de reduzir assimetrias nesse cenário¹². Sendo que o diálogo inicia-se durante o acolhimento do usuário na ESF, prevenindo prejuízos no processo do cuidar e na educação em saúde.

Considerações finais

A relação profissional-usuário, especificamente no cenário da Estratégia Saúde da Família, é ampla e permeada por aspectos de caráter ético. Tal relação não se restringe ao encontro no ambiente clínico, mas envolve também as práticas de educação em saúde. As questões bioéticas relacionais na ESF apresentam interfaces com a família, comunidade e membros da equipe de saúde da família.

Os profissionais de saúde da família devem se pautar na relação humanizada, no cotidiano de trabalho, na busca do modelo relacional contratualista embasado no compromisso com a saúde dos usuários dos serviços. Apesar de preservar a autoridade do profissional, devido a seu conhecimento técnico específico, o modelo contratualista garante ao usuá-

rio a participação ativa no processo de decisão, conforme seus valores morais. Assim, esse modelo contratualista estimula o compromisso do profissional e dos usuários.

Essa base de compromisso pode ser estabelecida desde o início do contato pelo processo de acolhimento, como estratégia de enfrentamento à adoção de modelos relacionais inadequados como o sacerdotal, o engenheiro e o colegial, que apresentam características de dominação, submissão, acomodação e negociação na relação profissional de saúde e usuários da ESF. Assim, o processo de cuidar e a educação em saúde devem se pautar na autonomia dos usuários e em seu empoderamento, bem como na construção da promoção da saúde, em ajuda mútua e solidária, superando a vulnerabilidade de quem cuida e de quem é cuidado, no processo de acolhimento. O acolhimento torna a relação menos verticalizada, mais contextualizada e humanizada.

Vale ressaltar que se a relação profissional-usuário se efetivar verdadeiramente, gradativamente serão fomentados impactos positivos não só para os usuários e a comunidade adscrita, mas também aos próprios trabalhadores. Isto porque, com base na leitura crítica dos artigos consultados nesta revisão, concluiu-se que a relação contratualista estimula o empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho de saúde da família.

Referências

1. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(3):479-503.
2. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. *Rev APS*. 2009;12(2):19-30.
3. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm*. 2006;11(2):133-42.
4. Delfino MRR, Karnopp ZMP, Rosa MRQP, Pasin RR. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. *Trab Educ Saúde*. 2012;10(2):315-33.
5. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1.487-94.
6. Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):316-20.
7. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1.690-9.
8. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? *Hastings Cent Rep*. 1972;2(3):5-7.
9. Veatch RM. *A theory of medical ethics*. New York: Basic; 1981.
10. Fulalio MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. *Rev Gaúch Enferm*. 2009;30(4):708-15.
11. Pinafo E, Nunes EPPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1.825-32.
12. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2.133-43.

13. Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):573-83.
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
15. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface Comum Saúde Educ*. 2010;14(35):797-10.
16. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3.569-78.

Participação dos autores

Cássio de Almeida Lima trabalhou na concepção do estudo, levantamento bibliográfico, redação do artigo e revisão final da versão a ser publicada. Ana Paula Soares Oliveira e Beatriz Ferreira Macedo trabalharam no levantamento bibliográfico e na redação do artigo. Orlene Veloso Dias trabalhou na orientação, concepção do estudo e revisão final da versão a ser publicada. Simone de Melo Costa trabalhou na orientação, concepção do estudo, delineamento do marco teórico, redação do artigo e revisão final da versão a ser publicada.

Recebido: 28. 8.2013

Revisado: 5.11.2013

Aprovado: 26. 2.2014

