



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELLE LUSTOSA ARAUJO

**O PAPEL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA UM ATENDIMENTO EM
SAÚDE MAIS HUMANIZADO À LUZ DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE
SAÚDE**

Brasília/DF
2013

DANIELLE LUSTOSA ARAUJO

**O PAPEL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA UM ATENDIMENTO EM
SAÚDE MAIS HUMANIZADO À LUZ DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^aDr^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Brasília/DF
2013

DANIELLE LUSTOSA ARAUJO

O PAPEL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA UM ATENDIMENTO EM
SAÚDE MAIS HUMANIZADO À LUZ DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Clélia Ferreira Parreira
Universidade de Brasília

Prof.^a Larissa Grandi Vaitsman Bastos
Universidade de Brasília

Prof.^o Sérgio Ricardo Schierholt
Universidade de Brasília

Brasília, _____ de _____ de 2013

DEDICATÓRIA

À minha mãe;
Aquele que comemorou todas as minhas
conquistas e a qual eu amo de forma
insubstituível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pelo amparo concedido nos momentos em que eu achei que nada daria certo e por ter me ungido todos os dias dessa árdua caminhada;

Aos meus pais, pela luta diária a fim de que esse sonho, tanto meu quanto deles, se fizesse real, o meu mais profundo agradecimento.

Aos meus tios, tias, avós, primos e amigos, pela preocupação, pelas orações em meu favor, por cada palavra de orientação e incentivo.

Aos amigos companheiros de longa jornada: Rafaela Vilasboa, Giuliane Braga, Sergio Souza, Juliana Menezes e Iara Victória (in memoriam), que com muita lealdade, me ajudaram a enfrentar esses anos de obstáculos, alegrias, tristezas, lágrimas, sorrisos, estudos e farras. Obrigada pela paciência, pelos sorrisos, abraços e pelas mãos que se estenderam nos momentos em que eu precisei. Absolutamente nada, teria sido a mesma coisa sem vocês. Obrigada pela cumplicidade!

À minha orientadora, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, pela competência, pela paciência e atenção, pela dedicação ao me orientar a cada passo desse trabalho.

Enfim, a todos, que mesmo não citados aqui, contribuíram de alguma forma para a conclusão dessa etapa.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Considerando que o “comunicar” em saúde transcende passar uma informação e entendendo este como um processo social bem mais complexo que envolve relações entre pessoas, identidades, diferenças de saber e poder, fica evidente a relevância da ampliação do diálogo entre os profissionais e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a influência da informação e comunicação, quando bem efetivadas, no processo de Acolhimento. É de suma importância para o usuário receber, da forma menos burocrática possível, as informações que lhe são necessárias e que a sua comunicação com o profissional seja qualificada, com interação humanizada, cidadã e solidária. Reconhecendo as Conferências Nacionais de Saúde como um espaço destinado a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, buscou-se justamente levantar como o assunto “informação e comunicação”, na perspectiva de um atendimento mais humanizado, tem sido discutido desde a 8ª Conferência de Saúde. Foi possível identificar que foi a partir da 10ª Conferência que se obteve ideias mais claras a respeito do tema proposto e que a partir dessa Conferência, aspectos, como por exemplo, uma interação qualificada entre profissionais e usuários, seguiram uma linha de discussão e foram sendo retomadas a cada Conferência, mudando talvez a linguagem e aprofundando o debate em relação às conferências antecedentes.

Palavras-chaves: Informação; Comunicação; Humanização; Conferências Nacionais de Saúde.

ABSTRACT

Whereas the "communicate" health transcends give information and understanding this as a social process that involves more complex relationships between people, identities, differences in knowledge and power, it is evident the importance of broadening the dialogue between professionals and users the Unified Health System (SUS), as well as the influence of information and communication, as well as effect, the process of Hospitality. It is very important for the user to receive, the less bureaucratic way possible, information that are necessary and that their communication with the professional is qualified with humanized interaction, and caring citizen. Recognizing the National Health Conferences as a space to analyze the advances and retreats of the SUS and propose guidelines for the formulation of health policies, sought to raise just as the subject "information and communication", the goal of a more humane has been discussed since the 8th Conference of Health was identified that was from the 10th Conference that got clearer ideas about the proposed theme and that from this Conference, aspects, such as interaction qualified among professionals and users, followed a line of discussion and were resumed every conference, perhaps changing the language and deepening the debate concerning the conference record.

Keywords: Information, Communication; Humanization; National Conferences on Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;

CNS - Conselho Nacional de Saúde;

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de saúde;

IEC - Política de Informação, Educação e Comunicação;

PNH - Política Nacional de Humanização;

SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde;

SUS - Sistema Único de Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Conferências Nacionais de Saúde anteriores à Nova República – Temas

Tabela 2. Conferências Nacionais de Saúde depois da Nova República – Temas

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo I – As ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde para o SUS	14
1.1. Informação e Comunicação em Saúde: Práticas Humanizadas.....	15
1.2. As Conferências e os Conselhos de Saúde: Fortalecendo o Controle Social.....	17
Capítulo II – Justificativa, objetivos e metodologia do estudo.....	23
2.1. Justificativa.....	23
2.2. Objetivo Geral.....	24
2.3. Objetivos Específicos.....	24
2.4. Metodologia.....	24
Capítulo III – Análise e discussão dos resultados.....	26
3.1. A comunicação e informação nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.....	26
3.2. Frequência com que o tema é discutido.....	31
3.3. Status do tema.....	32
3.4. Aspectos de destaque da temática nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.....	33
Considerações Finais.....	34
Referências Bibliográficas.....	36

INTRODUÇÃO

Uma questão bastante pertinente é a respeito da falta de informação, por parte dos usuários, e seus acometimentos que estão intimamente ligados aos processos efetivos de Acolhimento dos usuários desde a recepção dos serviços de saúde. É muito incômodo o fato de saber que existem usuários, que apesar de muitas vezes repetirem o mesmo trajeto diariamente, em um determinado hospital, por exemplo, se perdem a cada ida. Quase sempre, não tem um profissional da saúde que os recebam, tarefa essa que, hoje está a cargo dos “guardinhas” ou não sabem a quem procurar e, muitas vezes, enfrentam filas desnecessárias no primeiro guichê que encontram em busca de uma informação apenas ou se deparam com profissionais irritados que não estão dispostos ou, simplesmente, não sabem informá-los, sem contar os cartazes das portas das unidades de saúde, informando qualquer coisa e restringindo o acesso de grande parte dos usuários. A partir daí, se buscou saber qual a importância de um usuário bem informado e de uma comunicação, na perspectiva do diálogo e das relações interpessoais no processo de um atendimento que visa qualidade e humanização. Essa discussão talvez venha mostrar o que pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido. Ser acolhido é ser bem recebido, é sentir que seu problema está merecendo a devida atenção. O bom acolhimento não depende de uma Unidade de Saúde bonita, com estrutura física perfeita. O mais importante é a atenção e a escuta atenta ao sofrimento ou à queixa da pessoa que procura por cuidados de saúde, ou mesmo, somente, por informações relacionadas à organização do Sistema de Saúde. Isto independe da condição social, opção religiosa ou cor de pele; todos, sem exceção, merecem e têm o direito a um atendimento digno e humanizado, que corresponda às suas expectativas. Todos os profissionais da Unidade são responsáveis por este bom acolhimento, e a consciência desta responsabilidade deve ser de toda a equipe.

O presente estudo busca justamente levantar como o assunto “informação e comunicação” na perspectiva de um atendimento mais humanizado, vem sendo discutido desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é um espaço destinado a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. As Conferências contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade.

O trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro trata das ações de

Informação, Educação e Comunicação em Saúde para o SUS, fazendo um levantamento teórico acerca das relações destes com um atendimento mais humanizado, bem como o papel dos Conselhos e Conferências Nacionais de Saúde como fortalecedores do Controle Social. O segundo capítulo traz a justificativa, metodologia e objetivos do estudo e, por último, o terceiro capítulo, que apresenta a forma como os temas comunicação e informação aparecem nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, a frequência e o status com que o tema foi discutido e constam nos Relatórios Finais das Conferências estudadas. Além desses capítulos, o trabalho traz, ainda, as considerações finais e a bibliografia que serviu de base para as análises realizadas.

CAPÍTULO I – AS AÇÕES DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS

Neste trabalho, adota-se como conceito de informação e comunicação na saúde, o mesmo usado por Donato (2003), quando esta coloca o processo comunicacional como um diálogo, transcendendo uma simples compreensão linguística e considera como sendo um possível grande articulador da relação entre Comunicação e Educação em qualquer âmbito, inclusive no da Saúde, os valores humanos que permeiam cada uma dessas atividades sociais (p. 24).

A informação, a educação e a comunicação, nessa mesma perspectiva, estão relacionadas à superação de algumas situações que dizem respeito às condições de saúde, como destacam Parreira e Sousa (2008):

“A extensão populacional e geográfica do Brasil, sua diversidade sociocultural, sua marcada pobreza, seu processo de urbanização tardio e desorganizado, e a falta de políticas públicas sociais que favoreçam a promoção da igualdade de oportunidades, fez emergir – no seio dos movimentos sociais – propostas alternativas de formação e de qualificação das pessoas para que fossem inseridas no mundo letrado, social e do trabalho, ainda que de forma dispersa e, aparentemente frágil. A pluralidade das metodologias resultantes dessas iniciativas desenvolvidas sinalizou para a busca por possibilidades de superação da pobreza, da falta de informação das precárias condições de vida e saúde que comprometiam o desenvolvimento e a vida das populações” (PARREIRA e SOUSA, 2008, p.133)

De um lado, o usuário, movido pelo sentimento, muitas vezes, de dor, sofrimento e de outro (profissionais), a racionalidade que guia as práticas e relações. Trata-se de um encontro de diferenças, visto que as informações não se constituem através de um ponto de vista único. Olhando pela perspectiva de o cuidado ir muito além das regras impostas pelos profissionais, o cuidado vai muito além das regras impostas por eles, que acabam minimizando o tempo de escuta, sem reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde.

A questão da informação, educação e comunicação em saúde vem sendo debatida há muito. Para Ferreira e Saraiva (2008), esse debate teve lugar, de forma mais expressiva, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e deve estar sintonizado com as necessidades do próprio Sistema Único de Saúde:

“Assim como o SUS é um sistema em permanente mudança e constante pactuação entre os diversos setores que o compõem, o

debate e as ações para a melhoria da qualidade da comunicação e da informação em saúde e sobre o próprio SIUS no país também devem seguir essa dinâmica de mudança e pactuação” (p.33)

1.1. Informação e Comunicação em Saúde: Práticas Humanizadas

Segundo a própria Política Nacional de Humanização (PNH), o Acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva.

No Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2003), quando se discute a Política de Informação, Educação e Comunicação (IEC), o tema é colocado da seguinte forma:

“Há necessidade, também, de um melhor diálogo entre os serviços, os profissionais de saúde e os usuários, que transmita segurança e confiança nos diagnósticos e tratamentos adotados. Entre as causas dessa má comunicação e mesmo da falta de respeito aos usuários, destaca-se o descompasso entre o aparelho formador de recursos humanos e os princípios do SUS (Relatório Final da 11ª CNS, 2003, p. 47).

Os usuários quando são bem informados, estão mais suscetíveis a participarem de forma ativa de seus cuidados de saúde (Epstein, Alper e Quill, 2004, apud Müller). Segundo Müller (2009) os profissionais de saúde não podem ser colocados como os principais responsáveis pela má qualidade desta comunicação, pois muitas vezes os usuários estão numa situação de desespero, ansiosos por informações ou exposição de suas dúvidas e expectativas. Além disso, eles podem compreender de forma imprópria as informações fornecidas pelos profissionais, daí a importância de se utilizar uma linguagem clara e acessível para o usuário. Moraes e Vasconcellos (2005), ao discutirem a Política de Informação, Educação e Comunicação (IEC), colocam que “o acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos atores sociais nos processos de pactuação e participar da definição sobre qual informação a sociedade quer é ampliar ainda mais as possibilidades de intervir sobre a realidade”.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2004), outro instrumento de base teórica para o trabalho e já citada anteriormente, define Humanização como:

“Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2004, p. 49).

A PNH também destaca a importância da ampliação do diálogo entre os profissionais e os usuários e possui como diretriz o acolhimento, que discute bem a importância da comunicação e da informação, quando bem efetivadas, na vida dos usuários dos serviços de saúde públicos, principalmente.

O acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. O acolhimento “não se constitui como uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e serviços de saúde” (BRASIL, 2009). Nesse processo de acolhimento, é fundamental entender que é de suma importância para o usuário receber da forma menos burocrática possível, as informações que lhe são necessárias e que, a sua comunicação com o profissional seja qualificada, com interação humanizada, cidadã e solidária.

Nessa interface entre os campos da comunicação e informação em saúde, Cardoso (2006), quando discute a comunicação e saúde e os desafios que trazem para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social, afirma que:

[...] qualquer modelo de comunicação é uma simplificação da realidade, mas esse deixa de fora, ou dá muito pouca importância a aspectos que são fundamentais em qualquer prática comunicativa: os contextos, as situações concretas em que a comunicação acontece, as pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, ideias, interesses, preocupações, disposições, indisposições. Aliás, tudo que o SUS quer considerar em primeiro plano com as propostas de descentralização, municipalização, humanização da atenção. Comunicar não é apenas passar uma informação, porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder. Precisamos de outros modelos que lidem com os múltiplos discursos existentes na sociedade e considerem a força dos contextos nos processos de comunicação (p.50).

Nessa mesma direção, outra colocação pertinente da autora é a sua afirmação de que:

[...] também é preciso garantir o direito a ter informações claras,

confiáveis e acessíveis. Mas também é preciso ir além, investindo em práticas e relações nas quais os participantes, reconhecendo suas diferenças, possam falar e ouvir, mudar ou acrescentar, influenciando na produção de algo que lhes seja comum. Mais do que transmitir informações e conhecimentos, recuperar esse sentido de comunicar, que envolve disposição para o diálogo e abertura para a diferença (p.50).

Tal mudança do processo de trabalho possibilita melhorias na relação com os usuários, estreitando-se os vínculos e levando a uma ampla reflexão das equipes locais sobre a sua responsabilização com os mesmos.

Moraes e Vasconcellos (2005), em um artigo publicado pela revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), intitulado “Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído”, colocam que:

A inclusão do direito de procurar, receber e transmitir informações como um dos direitos humanos é um marco na história da construção da democracia nas sociedades contemporâneas. Esta declaração ilumina diferentes movimentos sociais e políticos que adotam em suas lutas reivindicatórias o seguinte princípio: A informação é um direito de todos! (p.88).

É muito importante que os profissionais reconheçam tanto esse direito quanto a Política de Humanização, como sendo fatores relevantes no processo de saúde e doença. Haja vista que é por meio de um atendimento humanizado que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ter uma maior confiabilidade nos profissionais de saúde, vínculo este, de extrema importância para a qualidade assistencial desse usuário.

1.2. As Conferências e os Conselhos de Saúde: Fortalecendo o Controle Social

As Conferências e os conselhos de saúde representam, hoje, uns dos principais espaços para a prática da participação popular e do controle social para a efetivação das políticas de saúde em todos os níveis governamentais.

As Conferências foram iniciadas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas e eram tidas como mecanismos do governo federal para articular e conhecer as ações que vinham sendo desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Eram espaços puramente intergovernamentais, com a participação exclusiva de deputados, senadores e autoridades do setor.

As sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde aconteceram anterior à Nova República, período caracterizado pelo fim da ditadura militar e pela ampla democratização

política no Brasil. A primeira conferência foi realizada em 1941 e a sétima em 1980, foi a última das realizadas durante o regime militar e já manifestava a necessidade de mudanças tanto no SUS quanto nas conferências de saúde. O quadro a seguir mostra os temas discutidos pelas primeiras Conferências Nacionais de Saúde.

Tabela 1: Conferências Nacionais de Saúde anteriores à Nova República – Temas

Conferência	Ano	Temas
1ª	1941	I. Organização sanitária estadual e municipal. II. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. III. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. IV. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	I. Situação sanitária da população brasileira. II. Distribuição e coordenação das atividades médico- sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. III. Municipalização dos serviços de saúde. IV. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. II. Programa de Saúde Materno-Infantil. III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. IV. Programa de Controle das Grandes Endemias. V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	I. Situação atual do controle das grandes endemias. II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. III. Interiorização dos serviços de saúde. IV. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Fonte: As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1986, já no período da Nova República, período em que o país estava tomado por uma população destemida que reivindicava seus direitos, afim da redemocratização e da queda daquele regime opressor. Em meio a esse momento político e social, os militantes da saúde pública, com Sérgio Arouca, à frente do movimento, ocupavam um espaço de destaque. O então “Movimento Sanitário” foi usado para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, tendo por objetivo a melhoria das condições de vida da população. O grupo não se constituía como partido, sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social. Arouca, pela

sua história na militância, pela força de seus argumentos e utopias, indicado pelo ministro Carlos Sant'Anna como presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, faria desta Conferência um marco histórico para o setor saúde no país. O consenso que se obteve em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS, a consolidação da Reforma Sanitária e a participação popular (porque da primeira à sétima, os debates se restringiam a membros do governo) foram os legados mais importantes da 8ª Conferência.

Após o início da Reforma Sanitária, a Lei nº. 8.142, de 28 de novembro de 1990, estipulou que cada esfera governamental, além de organizar e manter conselhos de saúde teria que realizar conferências com reuniões a cada quatro anos. A primeira a ser realizada a partir da lei foi a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior.

Tabela 2: Conferências Nacionais de Saúde depois da Nova República – Temas

Conferência	Ano	Temas
8ª	1986	I. Saúde como direito. II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. III. Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: I. Sociedade, governo e saúde. II. Implantações do SUS. III. Controle social. IV. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	I. Saúde, cidadania e políticas públicas. II. Gestão e organização dos serviços de saúde. III. Controle social na saúde. IV. Financiamento da saúde. V. Recursos humanos para a saúde. VI. Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. I. Controle social. II. Financiamento da atenção à saúde no Brasil. III. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. IV. Recursos humanos. V. Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
12ª	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: I. Direito à saúde. II. A Seguridade Social e a saúde. III. A intersetorialidade das ações de saúde. IV. As três esferas de governo e a construção do SUS. V. A organização da atenção à saúde. VI. Controle social e gestão participativa. VII. O trabalho na saúde. VIII. Ciência e tecnologia e a saúde. IX. O financiamento da saúde. X. Comunicação e informação em saúde.
13ª	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: I. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. II. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. III. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

14 ^a	2011	<p>Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social.</p> <p>I. Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS.</p> <p>II. Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS.</p> <p>III. O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde.</p> <p>IV. Gestão pública para a saúde pública.</p> <p>V. Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde.</p> <p>VI. Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços.</p> <p>VII. Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.</p> <p>VIII. Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção da saúde.</p> <p>IX. Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral.</p> <p>X. Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis.</p> <p>XI. Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS.</p> <p>XII. Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para a saúde mental, deficiência e dependência química.</p> <p>XIII. Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador.</p> <p>XIV. Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as).</p>
-----------------	------	--

Fonte: As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Conferências e conselhos de saúde constituem o espaço estabelecido no marco legal para a participação social. Como visto, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado. É a partir da Lei n. 8142/1990, que delibera sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: conferências de saúde e conselhos de saúde. A participação nos conselhos de saúde é vista segundo a ideia de controle social como campo político cidadão, de alta intensidade democrática (PEREIRA, 2010). O controle social tem amparo legal e diz respeito à participação social na gestão pública. É um compartilhamento de responsabilidades (Estado e Sociedade) a fim de discutirem nós e tornarem mais eficazes algumas políticas públicas. Essa participação democrática nos conselhos são experiências de controle social e são avaliadas como algo inovador no campo da saúde. Porém, questões como a evidência da desigualdade social, a mudança na consciência popular, uma cultura política de

mobilização social, por exemplo, devem ser mais bem trabalhadas para que a participação popular seja cada vez mais ativa.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a máxima instância de deliberação do SUS, possui caráter permanente e deliberativo, tem como função a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CNS é um órgão ligado ao Ministério da Saúde, constituído por representantes do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários. Com o propósito de manter o equilíbrio entre os diferentes interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Dentre outras, é competência do Conselho, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao CNS a realização a cada quatro anos das Conferências Nacionais de Saúde.

As conferências objetivam analisar a situação de saúde e designar diretrizes, o que significa apontar caminhos para atingir prioridades, áreas que merecem ser objetos de uma atenção especial, atendendo, dessa maneira, as necessidades manifestadas pela população. Segundo o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), apesar da importância dos relatórios das conferências nacionais especificarem com clareza o rumo que a política de saúde deve seguir, não significa que as ações devam ser detalhadas, mas mostrar a situação a ser obtida futuramente, apontar a rota a ser seguida de modo a orientar os conselhos na análise de planos e orçamentos. Vale ressaltar que “a transformação dessas diretrizes em ações efetivas, permitindo que a vontade social expressa nas recomendações se converta em realidade, é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde” (CONASS, 2009).

CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. Justificativa

Muitas pessoas chegam às Unidade de Saúde e não sabem a quem se dirigir. É preciso encontrar alguém com boa vontade que lhe ajude a encontrar a pessoa certa para solucionar o seu caso. Por vezes, o usuário desiste do atendimento porque não recebeu a atenção que merecia. Essa dura realidade é sentida pelos usuários, vítimas de práticas desumanizadoras e não acolhedoras e na maioria das vezes ineficazes. A maioria delas são bem conhecidas e se caracterizam por: pessoas exaltadas, reclamando pelos longos períodos de espera; a desculpa de que os recursos humanos são escassos para atender a demanda; a falta de informação; profissionais irritados e mal humorados; a distribuição de senhas que garantem o atendimento por ordem de chegada dos usuários, sem ofertar outras alternativas, como: a escuta das necessidades trazidas pelos usuários, a avaliação da gravidade, o risco, além de tomadas por retornos; os guichês burocráticos treinados para dar o doloroso "não tem vaga", "acabou a ficha", não se responsabilizando pela necessidade do usuário; o entendimento simplista de que o problema trazido pelo usuário é sempre de ordem biológica, sem perceber as outras dimensões (mental, epidemiológica, cultural e social), definindo, portanto, um fluxo unidirecional de resposta, tornando o acesso restrito e direcionado para um ato médico, pobre, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, sem ação de vínculo e responsabilidade.

Assim, uma grande barreira se forma entre os profissionais e os usuários, o que reflete negativamente na qualidade da assistência e na capacidade de resolutividade da equipe. É neste ponto que os profissionais devem estar atentos, trabalhando o conceito de acolhimento e exercendo sua prática de forma que, com o tempo, o vínculo e a confiança na relação profissional/usuário imperem nas Unidades de Saúde e nas ações desenvolvidas fora dela, viabilizando, assim, o acesso, a integralidade e a humanização da assistência, os quais constituem o alicerce para a boa qualidade da assistência e para a conquista de um processo de trabalho resolutivo e eficaz.

Para que isto ocorra, não são necessários grandes esforços, muito menos aborrecimentos e conflitos entre os profissionais da equipe. Bastaria uma concepção de que tratar bem, respeitar e responder às necessidades dos usuários, são funções básicas de quem

trabalha com o público, que nesse caso é um público especial, pois, na maioria das vezes, se encontra fragilizado, na busca de soluções para os seus problemas de saúde.

A Saúde Coletiva usa de técnicas e conhecimentos para intervir nos problemas e situações relacionados à saúde da população em geral ou de determinado grupo, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Dentre suas competências está a de dirigir, planejar, administrar e supervisionar as políticas sociais de saúde de órgãos públicos, por exemplo. O objeto do estudo realizado visou o mesmo, visto que se propõe a analisar o papel da informação e comunicação para um atendimento em saúde humanizado, tendo como umas de suas bases teóricas a Política Nacional de Humanização, a Política de Informação, Educação e Comunicação, e a análise dos relatórios finais das conferências nacionais de saúde, com destaque para aqueles nos quais se faz referência à informação, educação e comunicação em saúde.

Objetivos:

2.2. Objetivo Geral

Compreender o papel da informação e da comunicação para um atendimento em saúde mais humanizado à luz das Conferências Nacionais de Saúde.

2.3. Objetivos Específicos

- Descrever o tema “comunicação e informação” nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde;
- Levantar a frequência com que o tema é discutido;
- Levantar o status do tema nos Relatórios Finais;
- Levantar os aspectos de destaque da temática nos Relatórios.

2.4. Metodologia

Trata-se de uma Análise Documental no que se diz respeito às discussões em torno do papel da informação e comunicação para um atendimento em saúde mais humanizado à luz dos Relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde em diante.

Segundo Saint-Georges (1997), a pesquisa documental é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas. Ela é indispensável porque a maior parte das fontes escritas ou não escritas são quase sempre a base do trabalho de investigação. A Análise Documental pode ser interpretada como sendo constituída basicamente por duas etapas: uma primeira de recolha de documentos e uma segunda de análise, como a análise de conteúdo.

A partir da escolha dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde como documentos a serem analisados, partiu-se para recolha de todos os relatórios disponíveis, em versão eletrônica, pelos sítios do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde.

Neles se buscou a descrição do tema "comunicação e informação"; a frequência com que o tema fora apresentado e discutido; o status que tiveram nos relatórios analisados e os aspectos que foram destacados sobre os temas em questão, que nortearam a análise de conteúdo.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados levantados a partir da análise dos Relatórios permitiram a identificação dos temas relacionados à comunicação e à informação para o SUS, a frequência com que o tema foi discutido, o status tais temas alcançaram em cada uma das Conferências Nacionais, bem como os aspectos de destaque dado à temática.

Os conceitos de comunicação e informação adotados no estudo realizado não incluem a informação como dado utilizado na alimentação de sistemas de informação em saúde, assunto predominante nos relatórios analisados. O sentido da informação, educação e comunicação privilegiados na pesquisa, diz respeito aos aspectos educativos implicados na relação interpessoal, mediada pela comunicação, e a informação voltada ao controle social e a maior participação popular nas políticas de saúde.

3.1. A comunicação e informação nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada o grande marco da história das conferências de saúde no Brasil e representou um rico avanço para o SUS, pelo fato de ter expandido o debate, exigindo uma reformulação mais profunda, em relação as que vinham sendo discutidas e ampliando, inclusive, o conceito de saúde e sua ação institucional. A 8ª Conferência também revisou a legislação quanto à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Foi a primeira vez que a população participou das discussões e mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, participaram dessa conferência.

Três temas foram discutidos nessa conferência: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Quanto à questão “informação e comunicação” na perspectiva proposta pelo trabalho, a 8ª Conferência não traz nenhum informe. No tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, o assunto Informação é discutido no sentido de um “Sistema Nacional de Informação”, onde o relatório aborda que “é indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços”.

A 9ª Conferência de Saúde, realizada em 1992, teve por tema central a

“Municipalização é o caminho” e como temas específicos: Sociedade, governo e saúde; Implementação do SUS; Controle social e outras deliberações e recomendações. Uma das principais contribuições da 9ª conferência para a Política Nacional de Saúde foi a descentralização e a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS.

Ainda nessa Conferência, no tema específico “Controle Social”, em relação à informação, é destacado que para viabilizar o pleno funcionamento dos conselhos, as informações sobre saúde aparecem como proposta de garantia para que sejam vinculadas para o público em geral através dos meios de comunicação, instituições e movimentos sociais, sem que, no entanto, haja referência à informação e à comunicação como vinculadas ao diálogo profissional/usuário, por exemplo.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, tinha como temas, “Saúde, cidadania e políticas públicas”, “Gestão e organização dos serviços de saúde”, “Controle social na saúde”, “Financiamento da saúde”, “Recursos humanos para a saúde” e “Atenção integral à saúde”.

Foi nesta Conferência que, como subtema de “Saúde, cidadania e políticas públicas”, a informação, educação e comunicação em saúde começaram a ganhar espaço para discussão. Foi decretado que o Ministério da Saúde deveria criar, sessenta dias a contar com a divulgação do relatório final, uma Comissão Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, contendo a participação do Fórum Nacional pela Democratização da Informação, para que fosse definida uma Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que considerasse o interesse dos usuários, centros de pesquisa em ciência e tecnologia e produtos de informação. Ao discutir a “Organização e Funcionamento do Sistema Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde”, o relatório aborda a integração das ações e programas de Educação e Comunicação em saúde de forma a assistir não apenas ações técnicas, administrativas e gerenciais, mas, ainda, a capacitação e o desenvolvimento de trabalhadores, de educação para a cidadania, além de ações educativas com os usuários, visando à reorientação das práticas dos trabalhadores, dando indícios da importância de discutir a interação qualificada desses atores (profissional/usuário). No tema “Recursos humanos para a saúde”, o relatório destaca o papel de estratégias contínuas para o desenvolvimento do compromisso ético e solidário dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de humanizar e melhorar a qualidade no atendimento ao usuário de SUS, o que remete, indiretamente, ao tema proposto.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, teve por tema central,

“Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e por subtemas: Controle social; Financiamento da atenção à saúde no Brasil; Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; Recursos humanos; e Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS.

Nela, a “Informação, Educação e Comunicação” (IEC) já aparecem como subtema e são discutidos em forma de políticas. Nesse eixo, o relatório final destaca que as políticas de IEC devem incluir “o fortalecimento da cidadania e do controle social visando à melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde”. Como desdobramento desse eixo, a discussão de “Programas Específicos”, que dizem respeito à necessidade de garantia de, nos currículos dos cursos de formação dos profissionais da área da saúde, constarem conteúdos de comunicação interpessoal, visando melhorar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os usuários. Também é colocado que existe a necessidade de um melhor diálogo entre os serviços, os profissionais de saúde e os usuários, que passe segurança e confiança nos diagnósticos e tratamentos adotados. Entre as causas dessa má comunicação e mesmo da falta de respeito aos usuários, o relatório destaca a discordância, no sentido da desconexão, entre a formação de recursos humanos e os princípios do SUS. Outro aspecto interessante destacado pelo relatório ao discutir a respeito é a questão de acentuar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) como profissionais estratégicos na Política de IEC do SUS.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde Nacional, realizada em 2003, teve como tema central “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos específicos: Direito à saúde; A Seguridade Social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde.

Comunicação e informação em saúde são discutidas como um dos eixos temáticos do tema principal e, assim como na 11ª Conferência, é considerado como fundamental para o reforço de estratégias sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS. Mais uma vez, é colocada a questão da presença de disciplinas de informação e informática em saúde e comunicação social nos cursos de ensino superior da área da saúde, além de proporcionar, com urgência, e em parceria com as instituições públicas de formação, a garantia de cursos técnicos, de extensão e de pós-graduação em informação, educação e comunicação para os

profissionais que atuam na área da saúde, nos três níveis governamentais.

A 12.^a Conferência Nacional de Saúde, além de propor a realização até 2005 da 1.^a Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde, deliberou a favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais. Essa deliberação, em termos da estruturação da área de IEC em saúde para o SUS, reforça as decisões da 11.^a Conferência Nacional de Saúde, que também havia situado a comunicação, a educação e a informação como componentes essenciais para se alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS.

A 13.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, tinha como tema central “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, e como eixos temáticos, discutia-se os Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. Foi a primeira vez que uma Conferência é coordenada pelo presidente eleito do CNS, o que representa uma grande conquista social.

Quanto ao tema, no eixo “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde”, o relatório da 13.^a Conferência apresenta, de maneira discreta, a importância em fortalecer uma nova cultura de atenção ao usuário, garantindo para os mesmos, os direitos à informação integral. Nesse mesmo eixo discute-se a introdução, nos cursos de formação em saúde, de conteúdos referentes à humanização e também a pactuação com os diferentes atores (trabalhadores, gestores e usuários) da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), garantindo, um atendimento humanizado e de qualidade, pelos profissionais inseridos no setor público, aos usuários que buscam atendimento, com o intuito de discutir junto com profissionais e usuários a melhoria nas relações interpessoais e de trabalho nos serviços de saúde. Em outro tópico, o relatório também traz a proposta de aprimorar o processo de humanização da atenção à saúde, efetuando mudanças nas relações entre os gestores, os profissionais de saúde e os usuários, assegurando que os profissionais de saúde tenham condições de desenvolver suas ações com base no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado e de qualidade. Nesse sentido, também citam a criação de um programa de integração na admissão

dos trabalhadores no SUS e na promoção de capacitações continuadas e sistemáticas em humanização e acolhimento de todo os profissionais da rede do SUS, qualificando-os para um cuidado respeitoso e digno, com vista à humanização dos serviços por meio de cursos e encontros sobre relações interpessoais de trabalho, ética profissional e integração intersetorial.

Dentre as propostas inéditas desse mesmo eixo, o relatório destaca o tema, ressaltando a ideia de possibilitar através dos fundos de saúde das três esferas de gestão do SUS, o financiamento de planos, programas e projetos de informação, educação e comunicação em saúde, para compor atividades e serviços qualificados de atendimento aos usuários. Além de propor, nessa lógica, que o CNS e os conselhos estaduais e municipais certifiquem mais recursos financeiros para a efetivação das ações de comunicação e informação em saúde, para a melhoria da formação de recursos humanos e da conscientização dos usuários. Já no eixo “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”, destacam-se a garantia da Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde favoreçam a intersetorialidade no exercício de suas atividades, além da criação e prática de comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde.

A 14ª Conferência Nacional de saúde, realizada em 2011, teve, como tema central, “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, e propôs quinze teses: 1) Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social; 2) Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS; 3) Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS; 4) O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde; 5) Gestão pública para a saúde pública; 6) Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde; 7) Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços; 8) Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família; 9) Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção da saúde; 10) Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral; 11) Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis; 12) Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS; 13) Consolidar e ampliar as políticas e

estratégias para a saúde mental, deficiência e dependência química; 14) Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador; e o 15) Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as).

A sexta tese, “Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde”, traz, a respeito a qualificação dos trabalhadores nas três esferas de atenção sobre os temas da Política Nacional de Humanização, a exemplo do acolhimento, entre outros, a humanização da atenção e a corresponsabilização na relação profissional-usuário do SUS. Já na décima tese, “Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral”, de forma discreta ao tema, discute a efetivação dos serviços de acolhimento aos usuários do SUS com qualidade. Apesar da décima segunda tese desse relatório final ser específica para o tema “informação e comunicação”, não traz o assunto na perspectiva de interação interpessoal, por exemplo, proposta nesse estudo.

3.2. Frequência com que o tema é discutido

Analisados os sete relatórios propostos, nota-se que o tema “informação e comunicação” são discutidos na maioria das vezes em um sentido atrelado às tecnologias, produção de *softwares* e/ou sistemas de informação, que correspondem a ferramentas, que sem dúvidas são de extrema importância para que haja um planejamento das ações, afim de um sistema eficaz na disseminação de suas informações, orientando de tal modo, indivíduos e coletividades, fortalecendo, por exemplo, o Controle Social. Como bem expõe o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que possui como um de seus eixos temáticos a “Comunicação e Informação em Saúde”, é necessário superar a imagem que restringe a comunicação às suas tecnologias. Comunicação inclui informação e manifestações que colaboram para a construção e a transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, internet –, mas não se limita a nenhum deles. Engloba interlocução, busca do diálogo, relações interpessoais, entre outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção da saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados por eles.

Nesta linha, observa-se que foi a partir da 10ª Conferência que se obteve ideias mais claras. A partir dessa Conferência, os aspectos discutidos seguiram uma linha de

aprofundamento e foram se repetindo a cada Conferência seguinte, mudando por vezes a linguagem e aprofundando o debate acerca da temática. Os aspectos identificados em praticamente todas as Conferências que sucederam a oitava são: a interação qualificada, atrelada à reorientação das práticas dos trabalhadores; o compromisso dos profissionais em oferecer um atendimento humanizado; a inserção de disciplinas, durante o processo de formação dos profissionais, que abordem comunicação interpessoal e humanização, por exemplo; o fortalecimento do controle social e a importância do diálogo entre os principais atores envolvidos (profissionais/usuários).

3.3. Status do tema

A 8ª e a 9ª Conferência não trazem informes consideráveis acerca do tema discutido. Como dito anteriormente, foi a partir da 10ª Conferência que a Informação, Educação e Comunicação em Saúde começaram a ganhar espaço para discussão. A 10ª Conferência contava com cinco temáticas, dentre elas a “Gestão e organização dos serviços de saúde”, a qual contava com os tópicos “Política Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde” e “Organização e Funcionamento do Sistema Nacional de Informação, Educação e Comunicação em Saúde”, que abordavam o proposto de forma mais clara e direta. Porém, nesta mesma Conferência, o tema “Recursos humanos para a saúde” também levantou questões pertinentes quanto ao discutido.

Na 11ª Conferência, tem-se como subtema “Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS”, trazendo a inclusão do fortalecimento da cidadania e do Controle Social, visando à melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde. Como desdobramento desse eixo, a discussão de “Programas Específicos” aborda outros pontos relevantes.

Há um avanço na 12ª Conferência na qual a “comunicação e informação em saúde” são discutidas como um dos eixos temáticos do tema principal, trazendo debates mais aprofundados quanto ao que foi discutido na Conferência anterior.

Na 13ª Conferência, a “comunicação e informação em saúde” no sentido proposto, são discutidas no eixo “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde”, dando destaque para a questão do atendimento humanizado de qualidade. O eixo “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”

desta mesma Conferência, também traz contribuições consideráveis a respeito.

A 14ª Conferência que, como enfatizado anteriormente, conta com quinze teses para debate, aborda o tema, mas voltado à questão das práticas acolhedoras, em duas delas: “Por uma Política Nacional que valorize os trabalhadores de saúde” e “Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral”. Apesar da décima segunda tese desse relatório final ser específica para o tema “informação e comunicação”, ela não traz o assunto na perspectiva de interação interpessoal, por exemplo, proposta pelo trabalho.

3.4. Aspectos de destaque da temática nos Relatórios

Quanto aos aspectos de destaque, percebe-se uma forte discussão a respeito da institucionalização da Política Nacional de Humanização, principalmente no que se refere à diretriz “Acolhimento”. Porém, atualmente, percebe-se que é um conceito aplicado em uma lógica muito atrelada a classificação de risco, esquecendo que o Acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (2009), “não se constitui como uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e serviços de saúde”. Outro aspecto bastante citado foi a presença nas grades curriculares dos cursos de saúde, de disciplinas que ofertassem conteúdos que trabalhassem tanto a questão da humanização quanto as relações interpessoais e atendimento ao público. É uma questão interessante e que tem avançado. Outro aspecto interessante, surgido na 13ª Conferência, que ressalta a ideia de possibilitar através dos fundos de saúde das três esferas de gestão do SUS, o financiamento de planos, programas e projetos de informação, educação e comunicação em saúde, para compor atividades e serviços qualificados de atendimento aos usuários.

Já a 11ª Conferência traz, como destaque a questão de acentuar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde como profissionais estratégicos na Política de IEC do SUS, assunto este que volta a ser discutido na 12ª Conferência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do acolhimento significa a possibilidade de resgatar princípios e, no cotidiano dos serviços, responder concretamente com a ampliação do acesso e humanização das relações. Tal mudança do processo de trabalho possibilita melhorias na relação com os usuários, estreitando-se os vínculos e levando a uma ampla reflexão das equipes locais sobre a sua responsabilização com os mesmos. O acolhimento associa o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal tecnicamente potente, permitindo a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Para que haja a real efetivação do acolhimento é necessário, primeiramente, que todos os profissionais conheçam o verdadeiro sentido de acolher; é preciso compreender que ser atendido na Unidade de Saúde não significa, necessariamente, ser bem acolhido. Ser acolhido é ser bem recebido, é sentir que seu problema está merecendo a devida atenção. O bom acolhimento significa a importância da atenção e escuta atenta ao sofrimento ou queixa da pessoa que procura por cuidados de saúde, ou mesmo, somente, por informações quaisquer. Isto independe da condição social, opção religiosa ou cor de pele; todos, sem exceção, merecem e têm o direito a um atendimento digno e humanizado, que corresponda às suas expectativas. Todos os profissionais da Unidade são responsáveis por este bom acolhimento, e a consciência desta responsabilidade deve ser de toda a equipe. Muitas pessoas chegam à Unidade e não sabem a quem se dirigir. É preciso encontrar alguém com boa vontade que lhe ajude a encontrar a pessoa certa para solucionar o seu caso. Por vezes, o usuário desiste do atendimento porque não recebeu a atenção que merecia. Assim, uma grande barreira se forma entre os profissionais e os usuários, o que reflete negativamente na qualidade da assistência e na capacidade de resolutividade da equipe. É neste ponto que os profissionais devem estar atentos, trabalhando o conceito de acolhimento e exercendo sua prática, de forma que, com o tempo, o vínculo e a confiança na relação profissional/usuário imperem na Unidade Básica de Saúde e nas ações desenvolvidas fora dela, viabilizando assim, o acesso, a integralidade e a humanização da assistência, os quais constituem o alicerce para a boa qualidade da assistência e para a conquista de um processo de trabalho resolutivo e eficaz. Para que isto ocorra, não são necessários grandes esforços, muito menos aborrecimentos e conflitos entre os profissionais da equipe; basta obter uma concepção de que tratar bem, respeitar e responder às necessidades dos usuários são funções básicas de quem trabalha com o público, que nesse

caso é um público especial, pois, na maioria das vezes, se encontra fragilizado, na busca de soluções para os seus problemas de saúde.

O estudo realizado, de compreender o papel da informação e da comunicação para um atendimento em saúde mais humanizado à luz das Conferências Nacionais de Saúde, nos mostra que o acolhimento perpassa uma boa comunicação interpessoal e o acesso às informações que são pertinentes à autonomia e à garantia de bom atendimento aos usuários.

Além disso, o estudo mostrou, ainda, que a temática vem sendo objeto de debate nas Conferências Nacionais de Saúde, e em algumas delas, de forma destacada.

De uma forma direta, a implementação da Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) poderá trazer contribuições efetivas para a humanização do atendimento em saúde porque estabelece termos importantes de participação e de controle social, com implicações importantes para o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biblioteca Virtual em saúde. Dicas em saúde. **Acolhimento**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário de comunicação, informação e informática em saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.90 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.– Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/index.htm>. Acesso em: junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Sanitarista. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Sanitarista. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Profissional e gestor. **Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: junho de 2013.

CALADO, Sílvia dos Santos; FERREIRA, Sílvia Cristina dos Reis. **Análise de Documentos: Método de recolha e análise de dados**. Mestrado da Educação/Didáctica das Ciências, 2004/2005.

CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social**. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 156 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

DONATO, Ausonia Favorido; ROSENBERG, Cornélio Pedroso. **Algumas idéias sobre a relação Educação e Comunicação no âmbito da Saúde.** Saúde e Sociedade v.12, n.2, p.18-25, jul-dez 2003.

FERREIRA, A. E SARAIVA, J.C. Comunicação em saúde em órgãos governamentais. In: MENDONÇA, V.; SOUSA, M.F. de; PARREIRA, C.M.S.F. e SIMEÃO, E. **Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade.** Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2008.

MALTA, D. C., FERREIRA, L. M., REIS, A. T., MERHY, E. E. Acolhimento - um relato de experiência de Belo Horizonte. In: **Textos de apoio ao Projeto Prioritário Acolhimento.**

MOTA, P. P. **O Acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família: Relato de Experiência.** Minas Gerais: Formiga, 2009.

MÜLLER, Mônica Rocha. **Aspectos Relevantes na Comunicação em Saúde.** Psicologia IESB, 2009, VOL. 1, N°. 1, 72-79.

PARREIRA, C.M.S.F e SOUSA, M.F. de. As ações de informação, educação e comunicação em saúde: das práticas populares ao uso de novas tecnologias. In: MENDONÇA, V.; SOUSA, M.F. de; PARREIRA, C.M.S.F. e SIMEÃO, E. **Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade.** Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2008.

PEREIRA, Márcio Florentino. **O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da Ride-DF.** 2010. 202 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

_____. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

_____. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SAINT-GEORGES, Pierre de. **Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios econômicos, social e político.** In: ALBARELLO, Luc et al. Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva Publicações Ltda, 1997.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; MORAES, Ilara Hämmerli S.de; CAVALCANTE, Maria Teresa Leal. **Política nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 86-98, jan./abr. 2005.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: **o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**: relatório final/Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.