

Ensaio

Tecnologia e comunicação no Programa Saúde da Família

Technology and communication in the Family Health Program

Janaína Aparecida Covas¹

Assista ao vídeo produzido
pela autora:



Link de acesso ao vídeo:
<https://youtu.be/vK5NhJ4LYfA>

Resumo

A comunicação entre os profissionais que fazem parte do Programa Saúde da Família (PSF) inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus pacientes, que vivem em regiões vulneráveis e enfrentam condições precárias de vida diária, é uma questão bastante desafiadora. Pensar em estratégias de comunicação diante de tantas tecnologias existentes em pleno século XXI, parece ser simples e logo se apresentam várias possibilidades. As tecnologias de transmissão de dados estão sempre sendo aprimoradas permitindo que a Internet atinja velocidades cada vez maiores. A nossa comunicação, que já ultrapassa fronteiras jamais pensadas por nossos antepassados, atualmente ocorre em questão de segundos. Essa facilidade nos beneficia possibilitando a otimização do nosso tempo e nos proporcionando maior qualidade de vida. O ensaio a seguir é uma reflexão sobre quem tem acesso a essas tecnologias e como ocorre a comunicação inicial no Programa Saúde da Família do Sistema Único de Saúde, em um país com tantas desigualdades sociais. Em sua maior parte, os pacientes do SUS, residem em regiões vulneráveis em que a precariedade das condições de vida diária são visíveis aos olhos. Diante de tamanha dualidade, é necessário que o primeiro contato entre os profissionais do Programa Saúde da Família e as pessoas atendidas seja realizado de maneira direta e pessoal, usando a visita domiciliar como estratégia de atendimento.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Communication between professionals of the Family Health Program (PSF) - inserted in the Unified Health System - SUS, and their patients who live in vulnerable regions and face precarious conditions of daily living, is a very challenging issue. Thinking of communication strategies in the face of so many technologies in the 21st century seems to be simple, and soon there are several possibilities. Data transmission technologies are always being improved, allowing the Internet to reach ever higher speeds. Our communication, which already crosses borders never thought of by our ancestors, currently takes place in a matter of seconds. This facility benefits us by enabling the optimization of our time and providing us with a better quality of life. The following essay is a reflection on who has access to these technologies and how the initial communication occurs in the Family Health Program, in a country with so many social inequalities. Most SUS patients live in vulnerable regions where the precariousness of daily living conditions is visible to the eyes. In the face of such duality, the first contact between the professionals of the Family Health Program and the people served is carried out in a direct and personal way, using home visits as a service strategy.

Keywords: Communication, Health, Family Health Program, Unified Health System.

¹ Assistente Social, Sistema Único de Saúde – Programa Saúde da Família, São Paulo, SP, Brasil. (janainacovas@yahoo.com.br)*

*Janaína Aparecida Covas é Assistente Social, com especialização em Política e Relações Internacionais. Atuou por dois anos como docente no curso de Serviço Social, trabalhou em diferentes ONG atendendo diretamente crianças, adolescentes e idosos. Desde 2009 atua especificamente na Saúde Pública Primária de São Paulo, atendendo diversas situações e demandas de vulnerabilidade social.

Introdução

Refletir sobre a comunicação na saúde pública no momento atual é instigante, pois estamos em um tempo em que as tecnologias avançam a cada dia. Até há poucos anos não tínhamos a Internet e muito menos aplicativos de comunicação direta. Para conversarmos com alguém em regiões mais afastadas levávamos horas, ou por vezes, dias.

Vivemos em uma era em que ligamos o rádio e ouvimos notícias sobre os primeiros testes com drones para a realização de entregas particulares em nossas residências. Há poucos dias, enquanto eu dirigia, ouvi uma radialista informar que o início das avaliações com drones/ táxis começaram a ser realizados nos Estados Unidos. Logo será possível solicitar o serviço com a mesma faixa de preço dos táxis atuais, a diferença é que não haverá pilotos.

Ouvir essa notícia às 06h30min da manhã, enquanto dirigia, me fez acordar, literalmente. Por segundos imaginei o cenário e me perguntei se terei coragem de usar o serviço. Estamos mesmo em uma fantástica era da comunicação e novas tecnologias.

Atualmente, uma pessoa que possui um aparelho celular com mais recursos consegue realizar uma chamada remota de vídeo e logo aparecerá em nossa tela a figura do profissional de saúde que a orientará sobre os fluxos necessários para coletas de exames ou até mesmo realizar uma consulta mais detalhada. Tudo isso, no conforto da sua casa ou aproveitando o tempo de intervalo entre uma atividade ou outra no trabalho. Mas, será que todos têm acesso às novidades tecnológicas? Como será que ocorre a comunicação inicial na saúde pública brasileira, mais especificamente no Programa Saúde da Família?

Sou assistente social, formada em 2004, atuo na saúde pública desde 2009, no município

de São Paulo. Atualmente trabalho na sétima Unidade Básica de Saúde, campo de atuação em que minha carreira se fortaleceu. Eu estava, justamente, a caminho do meu trabalho, quando ouvi a referida notícia acima. Logo após pensar se terei coragem de utilizar um transporte aéreo sem um comando humano direto, não pude deixar de refletir como a disparidade social assola o nosso cotidiano. Se para mim ainda é complexo compreender um cenário com tamanho avanço tecnológico, como será que um indivíduo, que não possui acesso a esgoto na própria residência, assimila tal fato?

Fundamentação

Para discorrer sobre isso precisamos lembrar que historicamente o Brasil é um país que possui condições sanitárias precárias o que agravou as epidemias ocorridas até meados da implantação do período republicano. Fato esse que afetou a economia brasileira durante o século XIX, pois poucos eram os trabalhos assalariados e os estrangeiros não queriam se arriscar em terras sem saneamento.

Esse cenário observa um começo de melhora quando o Congresso Nacional aprovou as primeiras regras de reforma sanitárias em 1852, legitimando ao Estado sua responsabilidade e interferência na saúde. Proporcionando posteriormente, abertura para outras medidas de reconhecimento da saúde da população, entre elas, a criação do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em 1970.¹

Nesse período, os atendimentos de saúde ainda não eram assegurados a todos brasileiros de maneira integral e a assistência estava reservada aos que podiam pagar, aos que possuíam registro em carteira de trabalho e consequentemente, aos que contribuía com o INAMPS (órgão extinto em 1993). Aos demais cidadãos

os atendimentos eram ofertados de maneira filantrópica, caritativa e geralmente ligado a uma ordem religiosa.¹

Essa realidade começa a sofrer uma mudança no ano de 1988, quando foi decretada a nova Constituição Brasileira.² Pela primeira vez na história, o Brasil compreendeu a saúde como direito social, fundamentado nos direitos humanos. Dois anos depois, entra em vigor o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080-90) que garante o princípio da integralidade e universalidade no direito ao acesso à saúde pública.³

Nesse momento, todos perante a lei, passam a ter disponibilidade aos programas de prevenção de doenças, vacinação e aos tratamentos especializados.

Existem três patamares de atendimentos do SUS: a saúde primária, a secundária e a terciária. A primária é composta por equipes que realizam atendimentos individuais, compartilhados, em grupos e preventivos (Unidade Básica de Saúde - UBS). Na saúde secundária, os pacientes recebem os atendimentos especializados e na terciária ocorrem os atendimentos mais complexos (hospitais).²⁻³

O Programa Saúde da Família está inserido na saúde primária, foi instituído em 1994 e ainda não abrange todas as Unidades de Saúde Básicas. As unidades que possuem esse programa, se organizam em Equipes de Saúde da Família (ESF). Em uma UBS existe mais de uma equipe de ESF e cada uma é composta por: um(a) médico(a); um enfermeiro(a); um(a) auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde.⁴

Algumas das Unidades de Saúde Básica possuem também atendimentos de profissionais que compõem uma outra equipe denominada, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Os profissionais do NASF, atuam apoiando as equipes de ESF e realizando atendimento direto à

população de maneira individual, compartilhada ou em grupo. Geralmente, o NASF é composto por: fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; assistentes sociais; psicólogo e outros, dependendo da necessidade do território.

Nas Unidades Básicas de Saúde, cada equipe de PSF recebe uma cor para sinalizar, comunicar e demarcar o território de atuação perante os pacientes - equipe verde; equipe vermelha; equipe azul, por exemplo. Dessa forma, quando recebemos um caso conseguimos identificar através do endereço, qual é a cor da equipe e os profissionais responsáveis pelo paciente e pelos seus familiares. Cada equipe realiza um acompanhamento específico articulando as redes de apoio públicas, respeitando o histórico e o núcleo familiar. No entanto, como se comunicar com um público que aprendeu em suas bases o real significado da exclusão?

Na maioria dessas áreas, a reforma sanitária, promulgada entre final do século XIX e o decorrer do século XX, não consta na prioridade do planejamento das cidades, em pleno século XXI. Ao mesmo tempo em que falamos em tecnologias 5G e atendimentos de saúde remotos, muitos não possuem canalização do próprio esgoto, água limpa nas torneiras ou alimentação diária.

Diante dessa realidade, o trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS), se tornou de fundamental importância para a realização da atuação das ESF. São elas, aqui tratadas na versão feminina, por dominarem a profissão, que realizam os primeiros contatos com as famílias através das visitas domiciliares, tornando-se responsáveis por captarem as demandas e problemáticas físicas, psicológicas e sociais, de cada atendido(a). Posteriormente, as ACS informam as equipes de ESF e NASF sobre a situação vivenciada pelos pacientes e continuam a realizar a mediação da comunicação entre eles e os profissionais. É comum observar que algumas famílias

sentem desconforto e se negam a participar do programa, mas outras, a grande maioria, compreendem a importância do apoio à saúde prestado pelas equipes.

Entendemos que realmente é complexo para as pessoas conversarem sobre suas dificuldades com uma alguém que aparece em sua casa oferecendo apoio. Como nós reagiríamos se alguém batesse no nosso portão, se identificando como um profissional da saúde, perguntando quem somos, quem são as pessoas que residem conosco e principalmente, quais são os nossos problemas? Certamente geraria uma desconfiança inicial, não é mesmo? No entanto, uma vez que a primeira comunicação se estabelece e a confiança é conquistada, observamos um grande avanço nos territórios e melhor acesso à saúde.

Assim, identificamos que aqueles que estavam isolados em suas casas, começaram a ser vistos e acompanhados com cuidado por uma equipe composta por vários profissionais especializados. Isso é o que ocorre com muitos idosos, por exemplo. Essa técnica nos remete ao passado pouco distante, em que tínhamos a figura do médico amigo da família, aquele generalista que de todas as doenças compreendia e por vezes estava em nossas casas, ao qual confiávamos nossas vidas, servindo um bom café. Algumas dessas famílias, conseguem nos ofertar um café, nos dias de hoje. Mas, fato é que a

grande maioria não possui a bebida para o próprio consumo.

Mesmo com tamanha disparidade social e de acesso, percebemos, ao longo do tempo, que as barreiras estão sendo quebradas e que apesar de tanta tecnologia, a comunicação mais humanitária e, talvez a mais arriscada e complexa, é a pessoal. É aquela em que uma pessoa bate à sua porta, aperta a sua mão e diz que está ali para te apoiar.

Declaração de conflito de interesses

A autora declara não haver conflitos de interesse, em relação ao presente estudo.

Referências

01. Teixeira SF, coordenadores. Antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1988.
02. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
03. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
04. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.