

## RELAÇÃO PROFISSIONAL–USUÁRIO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES PARA A REFLEXÃO DA PRÁTICA COTIDIANA

### PROFESSIONAL-PATIENT AT BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SERVICES: SOME CONTRIBUTIONS FOR REFLECTIONS ON DAILY PRACTICE

Daniela Tavares Gontijo <sup>1</sup>

**Resumo :** A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido alvo de inúmeras discussões no âmbito científico e social. A relação profissional-usuário neste contexto tem sido identificada como um dos fatores determinantes para a consolidação da assistência integral à saúde, que implica na adoção de práticas que endereçam o cuidado como campo privilegiado de atuação profissional. Neste texto, construído a partir de uma revisão bibliográfica, objetivamos refletir sobre a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário no contexto da saúde pública brasileira. Para isso, buscamos estabelecer um paralelo dessas relações no modelo biomédico e no contexto da assistência integral à saúde, discutindo-as com base nas concepções dos paradigmas da simplificação e da complexidade. Esperamos que nossas reflexões contribuam para o processo de construção do conhecimento acerca do modelo assistencial preconizado pelo SUS, bem como forneça subsídios para que os profissionais analisem, de forma crítica, suas práticas cotidianas.

**Palavras–chave:** Profissional da saúde. Sistema Único de Saúde.

**Abstract:** *The implementation of Unified Health System (SUS) has been an object of innumerable arguments from both a scientific and a social perspective. The relationship professional-user in this context has been identified as one of determinant factors for the consolidation of the integral assistance to health, which implies the adoption of practices that address care as a privileged field of professional work. In this paper, we sought to reflect on the relationship that has been established between health services professional and patients in the context of the Brazilian Public Health System. Thus, in this bibliographic survey, we aim to establish a parallel of these relationships in the biomedical model and in the context of integral health care, discussing them in terms of the conceptions of paradigms of simplification and complexity as proposed by Edgar Morin (2002; 2005). We expect that our reflections contribute to the process of construction of knowledge concerning the assistance model praised by SUS, as well as offering data able to allow professionals to critically analyze their daily practice.*

**Keywords:** *health professionals. Unified Health System. Health professionals-user relationships.*

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Ciências da Saúde (Convênio Rede Centro-Oeste- UnB/UFG/UFMT). **Endereço: Filiação Institucional:** Professora Adjunta do curso de Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Endereço:** Rua Monte Alverne, 246, apto 401 Bairro Estados Unidos- Uberaba- MG. **Email:** [daniela@uftm.edu.br](mailto:daniela@uftm.edu.br) ; [danielatgontijo@gmail.com](mailto:danielatgontijo@gmail.com)

## Introdução

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido alvo de inúmeras discussões no âmbito científico e social. De uma forma geral, o SUS traz em si um modelo assistencial que tem princípios e concepções diferentes daqueles empregados no Brasil até então (OLIVEIRA et al, 2008).

Estes princípios e concepções permeiam não somente a elaboração e a gestão do sistema público de saúde, mas também as relações que se estabelecem no encontro clínico, ou seja, entre os profissionais e a população a qual se destinam as suas ações (PORTO, 2006).

A relação profissional-usuário no contexto do SUS tem sido identificada como um dos fatores determinantes para a consolidação da assistência integral à saúde, que implica na adoção de práticas que endereçam o cuidado como campo privilegiado de atuação profissional (ALVES, 2005; SOUZA et al, 2008).

Neste sentido, objetivamos refletir sobre a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário no contexto da saúde pública brasileira, construindo um paralelo dessas relações no modelo biomédico e no contexto da assistência integral à saúde preconizado pelo SUS.

É importante salientar que embora discutidos separadamente neste texto, a fim de possibilitar uma análise mais aprofundada das concepções presentes em cada um dos modelos assistenciais, na prática diária nos serviços de saúde, observamos a co-existência destas em diferentes intensidades e manifestações. Assim, esperamos que este texto, caracterizado como uma construção crítico-reflexiva e sistematizado a partir de um estudo bibliográfico sobre o tema, forneça subsídios para que os profissionais analisem, de forma crítica, suas práticas cotidianas em busca da melhoria da qualidade da assistência oferecida à população.

### *Relações profissional usuário no modelo hegemônico*

A implantação do SUS foi precedida por um amplo movimento de diferentes grupos sociais em defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado (MACHADO, 2006).

Estes movimentos, conhecidos na luta pela Reforma Sanitária, apontavam a necessidade de reorientação do modelo assistencial em saúde, caracterizado até então pela dicotomização entre assistência e prevenção, por situações de extrema desigualdade no acesso aos serviços de saúde, assim como uma inadequação e qualidade insatisfatória desses serviços, com ausência da integralidade das ações (ALVES, 2005).

O processo de construção da integralidade têm sido um dos fatores norteadores da reorganização do SUS, assim como para o redirecionamento da formação profissional na área da saúde.

A integralidade, assim como a universalidade e a equidade formam a base do SUS. De acordo com Machado (2006, p.10) a integralidade é entendida na Lei 8080/90 como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

O desenvolvimento dessas ações implica em uma visão do homem como um todo, único e indivisível, inserido em seus contextos de vida (CARVALHO, 2006). Esta visão não se compatibiliza com o modelo de assistência hegemônico até então.

De acordo com Alves (2005) um modelo assistencial se caracteriza pela combinação de técnicas e tecnologias direcionadas à resolução de determinados problemas, de acordo com necessidades individuais e coletivas. Esta combinação orienta a ação dos serviços assistenciais e a formação dos profissionais que vão atuar nestes, e está intrinsecamente relacionada aos paradigmas predominantes em uma determinada cultura.

Os paradigmas são caracterizados por Morin (2002, p.10) como um certo número de noções e categorias mestras que apresentam algum tipo de relação lógica, e que controlam a lógica do discurso, são os “princípios ocultos que governam nossa visão das coisas e do mundo sem que tenhamos consciência disso”.

O modelo assistencial hegemônico no país foi construído, constituído e consolidado em um contexto social, cultural e histórico, nos quais o paradigma da simplificação, conforme nomeia Morin (2002), é o norteador dos pensamentos e das ações.

O paradigma simplificador se caracteriza pela busca de uma ordem, de leis e princípios deduzidos a partir de um pensamento lógico que adquirem status de verdade na explicação da realidade, sendo expulso dele qualquer coisa que remeta à desordem. Para sua sistematização, o pensamento simplificador fragmenta, reduz a realidade em unidades passíveis de quantificação e formalização, provocando o isolamento dos diferentes campos do saber, que ao hiperespecializar-se perdem a dimensão da totalidade. Neste paradigma, observamos uma separação do sujeito pensante da coisa entendida, sendo adotada uma postura de neutralidade frente ao objeto do conhecimento (MORIN, 2002; MORIN, 2005, MENOSSI, 2004).

Nas ações de saúde este paradigma se reflete na adoção do modelo biomédico. De acordo com Porto (2006, p. 4) “no modelo biomédico o ser humano é visto e estudado em partes que podem ser medidas e quantificadas”, refletindo a fragmentação e a matematização características do paradigma simplificador explicitados por Morin (2002; 2005). Além disso, no modelo biomédico, somente o profissional detém o conhecimento acerca da saúde do indivíduo, sendo este conhecimento fruto da racionalização do método científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos (CAPRA, 1982).

Morin (2005) discute as diferenças entre racionalização e racionalidade. Para o autor as duas expressões se referem à razão, que pode ser entendida como uma vontade de ter uma visão coerente dos fenômenos.

Esta visão coerente pode ser fruto de um processo que consiste “em querer prender a realidade em um sistema coerente” (MORIN, 2005, p. 70). Nesta visão, tudo o que contradiz essa coerência, pré-determinada, não é considerada, sendo esquecida. Assim, no modelo biomédico, tudo o que foge ao biológico, ao quantificável, é desconsiderado na assistência à saúde.

Por outro lado, a visão sustentada pela racionalidade, presente no paradigma da complexidade (discutido posteriormente), possibilita o diálogo da nossa mente com o mundo real. Permite a criação de estruturas lógicas para a explicação da realidade, mas pressupõe a aceitação da insuficiência do sistema lógico para a compreensão da totalidade do real, sendo possível apenas a explicação de uma parte deste e o diálogo com essa situação de incompletude (MORIN, 2005).

Retomando o modelo biomédico e o paradigma simplificador do qual faz parte, as relações que se estabelecem entre profissional e indivíduo, com base nestas visões, impedem a adoção de práticas que busquem a integralidade.

No modelo biomédico, a relação entre profissional e o indivíduo que procura assistência apresenta características que refletem a visão de homem e ciência que lhe são subjacentes. Neste sentido, de acordo com Porto (2006) o homem é visto como uma máquina, para a qual o profissional olha em busca da doença, sendo o doente esquecido neste processo.

A cisão entre doença e doente dota a doença de uma existência própria independente do doente. Nas palavras de Guedes et al. (2006), na visão biomédica:

“as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção”.

Nestas intervenções, o profissional se relaciona com a doença, com o corpo doente, e não com o doente como um todo, caracterizando uma relação de poder essencialmente assimétrica, preenchida pela voz do trabalhador, que detém o saber técnico-científico, e o silêncio do doente, objeto da intervenção (ALVES, 2005; MERHY, 2004; BRASIL, 2005).

No entanto, este tipo de relação resulta em uma intervenção que não atende às necessidades dos doentes, que buscam o cuidado e acabam por encontrar diagnóstico e tratamento para a doença (BRASIL, 2005)

#### *A integralidade e a promoção do cuidado*

Conforme pontuamos anteriormente, a construção da integralidade no SUS perpassa pela substituição do modelo assistencial hegemônico, e, isso implica também em uma outra forma de se ver o mundo e o homem, ou seja na adoção de um novo paradigma.

Morin (2002; 2005) contrapõe o paradigma da complexidade ao da simplificação. No paradigma da complexidade, o pensamento complexo, com base na racionalidade permite uma visão integradora e multidimensional da realidade. De acordo com Morin (2005, p.50) “o discurso multidimensional é não totalitário, teórico, mas não doutrinário, aberto para a incerteza e a superação,

não ideal/idealista, sabendo que a coisa jamais será totalmente fechada no conceito, o mundo jamais aprisionado no discurso”.

Morin (2002; 2005), ao propor o pensamento complexo, não pretende negligenciar o conhecimento científico decorrente o pensamento simplificador, no entanto pontua que ele não é suficiente para a compreensão da complexidade da realidade, considerando que esta também é constituída por aspectos não mensuráveis que se articulam entre si. De acordo com o autor (2002, p. 564),

“o princípio de separação não morreu, mas é insuficiente. É preciso separar, distinguir, mas também é necessário reunir e juntar. O princípio de ordem não morreu, é preciso integrá-lo na dialógica ordem-desordem-organização. Quanto ao princípio da redução, encontra-se morto, porque jamais chegaremos ao conhecimento de um todo a partir do conhecimento dos elementos de base. O princípio da lógica dedutivo-identitária deixou de ser absoluto, e é preciso saber transgredi-lo”.

Na sistematização do pensamento complexo, Morin (2002; 2005) identifica três princípios. O princípio dialógico associa dois termos que sejam complementares e antagônicos, permitindo a dualidade no seio da unidade. O segundo princípio, o da recursão organizacional vem quebrar com a concepção de causa/efeito de forma linear, uma vez que diz respeito a uma retroação de um efeito sobre as condições geradoras. Assim, de acordo com este princípio, os fenômenos se estruturam em um “processo onde os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que os produz” (MORIN, 2005, p. 74). O terceiro princípio, denominado como hologramático, traz a concepção que relaciona a parte com o todo, sendo que para Morin (2002, 2005) a parte está no todo, mas o todo também está na parte. Assim, conforme pontua Menossi (2004, p. 35) “cada um dos elementos básicos de um conjunto, contém a totalidade das informações do fenômeno maior por este representado”.

Com a utilização destes princípios é possível ter uma compreensão mais ampla do fenômeno, com a recusa do estabelecimento de relações de causa e efeito unidimensionais que não refletem a complexidade da realidade. Para isso, preconiza-se a articulação entre os diversos campos de saber, a fim de contextualizar o conhecimento físico ou biológico, em uma cultura, sociedade, história e na humanidade (MENOSSI, 2004).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) a saúde tem como determinantes e condicionantes fatores relacionados à

alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a serviços essenciais. A adoção deste conceito implica na aceitação da saúde como um campo caracterizado pela complexidade, não podendo ser reduzido aos seus aspectos biológicos.

A sistematização do pensamento complexo na saúde permite entender como cada sujeito traz em si as características do meio no qual se insere (princípio hologramático), assim como é possível entender e aceitar, como estes mesmos sujeitos apresentam, ao mesmo tempo, significados e comportamentos contraditórios (princípio dialógico), que não podem ser explicados com base em relações de causa e efeito lineares (princípio da recursão organizacional).

É nesse contexto que se insere a possibilidade de um novo modelo assistencial, para além do biomédico, orientado pela integralidade. Neste modelo, a assistência procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, na busca pelo atendimento das necessidades mais abrangentes dos sujeitos, entendido agora como sujeito biopsicossocial (ALVES, 2005).

De acordo com Pinho et al. (2006) o cumprimento da integralidade pode contribuir muito para a qualidade de vida do usuário, em decorrência da melhoria na qualidade da atenção. Os autores pontuam que a mudança na assistência deve ser realizada em dois níveis: no institucional e nas práticas dos profissionais de saúde, alvo de nossas reflexões.

Segundo Brasil (2005, p. 56):

“o momento de encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que podem mudar esse processo” .

No encontro clínico, de acordo com Porto (2006) o elemento essencial é a relação que se estabelece entre o profissional e o usuário. Essa relação representa o encontro entre duas pessoas, no qual se opera um jogo de subjetividades, expectativas e produções (MERHY, 2004, ALVES, 2005).

Na assistência baseada na integralidade o profissional de saúde não deve restringir a sua atenção à ação curativa (ALVES, 2005). A assistência integral implica em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação no âmbito do processo de cuidar por parte dos profissionais de saúde (PINHO et al, 2006; FERREIRA et al , 2008).

De acordo com Pinho et al (2006) o cuidado se refere às ações que assistem, dão suporte, facilitam ou melhoram a condição humana de vida, englobando aspectos biológicos, espirituais, sociais e políticos.

O cuidado, tradicionalmente discutido no campo da enfermagem, tem sido entendido como prática pertinente à todos os profissionais de saúde que buscam uma ação integral (MERHY, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2005; GOMES, 2005).

Ayres (2006) em busca de uma compreensão maior sobre o discurso do cuidar na saúde pública realizou um estudo que abordou o cuidado partindo de seus pressupostos e fundamentos filosóficos até a crítica da prática do cuidado no cotidiano profissional. Nesse sentido, foram analisadas três categorias conceituais acerca do cuidado: ontológica, genealógica e crítica.

O cuidado, inicialmente é analisado enquanto um constructo filosófico que faz parte da ontologia do ser humano, dizendo respeito à atitude de alívio do sofrimento e/ou alcance do bem estar, mediada por saberes específicos. Com base em Heidegger, Ayres (2006) identifica elementos que considera as bases filosóficas que se fazem presentes ou são discutidas nas práticas do cuidado em saúde. Estes elementos dizem respeito ao movimento de construção da identidade, à interação, à identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade e responsabilidade.

Em seguida, o autor analisa o cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental, denominado como categoria genealógica, a partir do trabalho de Foucault. Foucault, ao longo de sua obra História da Sexualidade, aborda a temática do cuidado de si enquanto um dispositivo que tem nos séculos I aC a II dC o período de maior desenvolvimento. O cuidado de si, entendido como uma prática social que se desenvolve na perspectiva de uma vida melhor, sendo precocemente correlacionado à Medicina. Segundo o autor é a partir de Galeno que a saúde, o cuidado de si, passa a depender não só das práticas individuais mas, também, das intervenções médicas.

Finalmente, Ayres (2006) analisa o cuidado como categoria crítica referenciando-o como modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos moldes contemporâneos. No modelo hegemônico de saúde, o cuidado é visto como sinônimo de cura, sendo centrado na racionalização científica, sustentado



pela gestão individual dos riscos à integridade e desempenho funcional do corpo. Analisando de forma crítica esta prática de cuidado, ou melhor dizendo de cura, característico do modelo biomédico, o autor pontua as suas limitações (já discutidas anteriormente) apontando a necessidade de uma maior participação do indivíduo nas construções dos projetos de cuidado a eles destinado, aproximando as práticas de saúde da dimensão ontológica do cuidado.

Neste sentido, o autor enfatiza que “é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida em sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2006, p.85).

Assim, o cuidado passa a ser entendido enquanto categoria reconstrutiva, possibilitando ao profissional a utilização de seus conhecimentos e tecnologias como parte do processo de assistência, e não mais a centralidade destes (AYRES, 2006) .

O momento do encontro clínico passa a se constituir em um momento de trocas, no qual técnica e ciência se aliam a outros saberes, onde a pessoa assistida tem participação ativa no processo, passando a ser sujeito das ações desenvolvidas. Neste sentido, conforme pontua Ayres (2006, p.86) o cuidar nas práticas de saúde envolvem “o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde”.

Considerando tudo o que foi discutido, acreditamos, consoante outros autores (MERHY, 2004; BRASIL, 2005; GOMES, 2005), que a implantação efetiva do cuidado nas práticas de saúde exige do profissional o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que lhe permitam atuar para além do biológico. Retomando a complexidade da saúde, os conhecimentos provenientes de outros campos do saber possibilitam ao profissional a ampliação da compreensão do fenômeno, o que se traduz em uma maior aproximação á realidade vivenciada pelos sujeitos e conseqüentemente mais efetividade nas intervenções.

Além da ampliação técnicocientífica, o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades para o estabelecimento de interações intersubjetivas é vital para a produção do cuidado. Merhy (2004) alega que no conjunto das ações de saúde o

profissional mobiliza diferentes dimensões tecnológicas. O autor compreende a tecnologia como qualquer tipo de conhecimento aplicado, não a limitando ao uso de máquinas.

Considerando essa concepção conceitual, Merhy (2004) identifica três dimensões tecnológicas no encontro clínico.

A primeira dimensão, denominada “tecnologia dura”, refere-se às máquinas e ferramentas utilizadas no processo clínico representadas por exames e fichários para anotações, por exemplo. Na segunda dimensão, ou “tecnologias menos duras”, encontramos os conhecimentos profissionais, estruturados, que caracterizam e organizam o pensamento clínico destes. Enfim, na terceira dimensão, nas “tecnologias leves”, encontramos as habilidades que o profissional desenvolve para lidar com os aspectos relacionais.

Nas práticas sustentadas pelo modelo biomédico, observamos uma priorização no desenvolvimento das “tecnologias duras e menos duras” em detrimento das “tecnologias leves”. No entanto, quando pensamos na complexidade da saúde sob a ótica do cuidar, o desenvolvimento de habilidades para as relações intersubjetivas adquire extrema importância.

O desenvolvimento das “tecnologias leves” vai ao encontro das habilidades necessárias para a assistência baseada na integralidade. Conforme pontua Gomes et al. (2005; p.290) a integralidade além de estar presente no modo de organizar os serviços e nas políticas de saúde, está “no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde”. Além disso, a integralidade está “também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos” (GOMES et al, 2005, p. 290).

Para isso, as práticas profissionais devem abarcar o exercício do acolhimento, do estabelecimento de vínculos e responsabilização. Para Brasil (2005, p. 97) o cuidado não dispensa competências e habilidades técnico-científicas, que são vitais, mas também não se resume a elas. É necessário que os profissionais sejam preparados e estejam disponíveis para o diálogo com interesses que apresentam natureza estética, emocionais e morais, entre outras,

que compõem a complexidade dos sujeitos, possibilitando, na atenção à saúde a realização de “bons encontros” mais do que práticas curativas de doenças.

Nestes encontros, uma maior disponibilidade para a percepção e compreensão de sentimentos, afetos e valores está intrinsecamente relacionada às habilidades para a escuta e para a leitura de mensagens corporais, e para o estabelecimento do diálogo entre as subjetividades do usuário e do profissional.

O estabelecimento de espaços de conversação, de diálogo, possibilita uma participação ativa dos sujeitos que se relacionam, favorecendo o processo de protagonismo nos serviços assistenciais. Assim, de acordo com Merhy (2004, p.127):

“quando em um dado serviço de saúde há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde, qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo, forma-se um jogo de necessidades no qual o usuário coloca pelo menos a sua perspectiva de que naquele processo de consumir atos de saúde vai haver um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução”.

### **Considerações Finais**

Os avanços na política de assistência à saúde trazidos pelo SUS desde a sua implantação são notáveis. No entanto, conforme nos lembra Oliveira et al (2008), observa-se a co-existência de aspectos inovadores e conservadores no cotidiano dos serviços, sendo que um dos maiores desafios refere-se a transformação efetiva das práticas de saúde, e neste campo, das relações entre profissionais e usuários.

Este texto não tem a pretensão de esgotar a discussão acerca do fenômeno da relação profissional- usuário, pois este é entendido como um fenômeno complexo não sendo possível abarcar a completude do mesmo.

No entanto, buscamos ampliar a nossa compreensão, relacionando as relações que se estabelecem nos serviços públicos de saúde às dimensões para além do momento do encontro em si. Acreditamos que neste momento estão em jogo não só as características dos profissionais e dos sujeitos atendidos, mas também toda a lógica que direciona a assistência em saúde.

Esta lógica, ou os paradigmas, direcionam o olhar e a ação do profissional e dos sujeitos, de acordo com as visões de homem, de ciência, de saúde e doença que lhe constituem.

Assim, o encontro clínico construído sob a égide do paradigma simplificador, com base no modelo médico, se reveste de um olhar reducionista, fragmentado, separador e direcionado para a doença. Neste encontro, o usuário é entendido como objeto das ações do profissional, ao qual cabe a utilização de todo o conhecimento científico e formalizado a que tem acesso em busca do processo de cura.

No entanto, qualquer visita aos serviços de saúde pública no Brasil, denuncia a insatisfação tanto de usuários como de profissionais, tolhidos em sua subjetividade, com essa lógica de assistência ainda presente nos atendimentos, apesar de todos os princípios preconizados pelo SUS.

Os princípios de assistência do SUS, que tem na integralidade do atendimento um de seus pilares, necessitam para a sua efetiva implantação, de uma ruptura com a visão historicamente construída de homem e saúde e doença. Esta ruptura representa uma mudança de paradigma que não é realizada de forma tranqüila e muito menos rápida. Uma das possibilidades para isso, apontadas por pesquisadores da área, é a adoção do paradigma da complexidade para a compreensão da realidade social. Com base neste paradigma, a saúde passa a ser entendida como um fenômeno complexo, na qual se interrelacionam fatores de diferentes dimensões (biológicas, psicológicos, emocionais, culturas, antropológicos, sociais) que refletem de maneira mais abrangente a realidade vivenciada pelos usuários.

Com base neste paradigma, a ação profissional se reverte do curar para cuidar, envolvendo neste processo conhecimentos científicos e tecnológicos, mas também conhecimentos de outros campos do saber e o desenvolvimento de habilidades para o estabelecimento do acolhimento e do vínculo.

Acreditamos que essa mudança de posturas, de olhares, de vivências, apresenta-se como um desafio diário no cotidiano dos profissionais e usuários do sistema de saúde pública brasileira por depender de mudanças de todo um sistema de pensamento fortemente consolidado em nossa sociedade. No entanto vislumbramos com ela o enriquecimento dessas experiências e uma melhoria

efetiva na qualidade de vida dos usuários e profissionais envolvidos neste processo.

### Referências Bibliográficas

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic, Saúde, Educ.**, vol. 9, n. 16, 2005, p.39- 52.

AYRES, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface-Comum., Saúde, Educ.** vol. 8, n. 14, 2006, p.73-92.

BRASIL, MS. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL, MS. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo:Cultrix, 1982

CARVALHO,G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. . **Radis.** n. 49. 2006, p.16

FERREIRA, MLSM; COTTA, RMM; OLIVEIRA,MS. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização a distância. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 291-300.

GOMES, MCPA, Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comum., Saúde, Educ.**, vol 9, n. 17; 2005, p. 287-301

GUEDES, CR, NOQUEIRA, MI, CAMARGO JR, KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Rev C S Col** [periódico na internet] 2006 jan. [Citado em 18 de novembro de 2006]; [cerca de 11 p.] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

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; 19 set.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Radis** n. 49. 2006, p.10-15.

MENOSSEI, MJ. **A complexidade da dor da criança e do adolescente com câncer hospitalizados e as múltiplas dimensões do seu cuidar. (dissertação)**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004

MERHY, EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In:BRASIL, MS. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002

OLIVEIRA, DC et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n. 1, pp. 197-206.

PINHO, IC; SIQUEIRA, JCBA, PINHO, LMO. Percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (periódico na internet), vol 8, n. 1 , 2006 (citado em 18 de novembro de 2006), (cerca de 14 p.). Está disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_05htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05htm)

PORTO,CC. **O encontro clínico: uma abordagem multiprofissional**. Monografia preparada para o curso da disciplina “Relação dos profissionais de saúde com o paciente” do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Goiânia, 2006

SOUZA, ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, suppl. 1, PP. S100-110.

---

Recebido para publicação em: 30/08/2008

Aceito: 20/12/2008