UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RITA TEREZA DE ALMEIDA

**“Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família no
Município de Porto Feliz-SP: Acesso à Integralidade?”**

São Paulo
2012

<p>Rita Tereza de Almeida</p>	<p>“Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família no Município de Porto Feliz: Acesso à Integralidade?”</p>		<p>MESTRADO EEUSP 2012</p>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RITA TEREZA DE ALMEIDA

**“Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família no Município de
Porto Feliz-SP: Acesso à Integralidade?”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a. Suely Itsuko Ciosak

São Paulo
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Almeida, Rita Tereza de

Comunicação do idoso e equipe de saúde da família
no município de Porto Feliz - SP: acesso à integralidade? /
Rita Tereza de Almeida. -- São Paulo, 2012.

103 f.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Comunicação 2. Idoso 3. Saúde da família I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rita Tereza de Almeida

Título: “Comunicação do idoso e Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: acesso à integralidade?”

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus Pais, João (in memoriam) e Thereza (in memoriam)
que me educaram com amor e sabedoria.*

*Aos meus irmãos, Francisco Geraldo e Benedito Inácio, vínculos de
amor e união fraterna.*

*Aos meus filhos, Andrew Lucas e Douglas Henrique que me
proporcionam a alegria plena do ser mãe.*

Ao Amauri, companhia e cumplicidade em minhas conquistas.

Agradecimentos

A Deus que me capacitou para esta caminhada depois de tantos anos vivenciados como enfermeira assistencial, dando-me neste importante momento da minha vida muita coragem, força, determinação e persistência.

*Com profundo afeto e gratidão agradeço à Professora Doutora **Suefy Itsuko Ciosak**, por sua dedicação, incentivo, pelos momentos que pacientemente me ouviu e sabiamente me orientou. Os momentos que presenciei sua competência foram importantes para ter a convicção de que a Enfermagem Brasileira é representada por profissionais que como ela, contribuem com excelência para a grandiosidade desta profissão.*

*Às professoras doutoras, **Emiko Yoshikawa Egry, Maria Amelia de Campos Oliveira e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca**, docentes do Departamento da Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) que me proporcionaram momentos de profundo aprendizado durante minha participação nas disciplinas por elas ministradas.*

*Às professoras doutoras do Grupo de Pesquisa Modelo Técnico-Assistencial e a Promoção de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, **Anna Maria Chiesa, Lislaine Aparecida Fracolli, Elma Lourdes Campos Pavoni Zolobi e Sayuri Tanaka Maeda**, que com relevante empenho e dedicação contribuem para a formação de futuros Mestres e Doutores desta Instituição.*

*À minha querida amiga **Elaine de Jesus Pereira**, companheira e aliada na iniciação deste rico aprimoramento do conhecimento.*

*À minha querida colega de pós-graduação **Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad**, pela partilha e contribuição nesta conquista.*

*Agradeço à todos os **Funcionários e Pacientes** do Centro de Desenvolvimento do Portador de Deficiência Física e Mental, Hospital em que trabalhei durante doze anos, na cidade de Itu-SP, os quais proporcionaram-me a motivação necessária para retomar à busca do conhecimento, culminando com o Curso de Mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.*

*Agradeço a generosidade e cordialidade com que a Doutora **Márcia Regina Pacóla**, Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica XVII – Campinas me recebeu, compreendendo minhas ausências quando era necessário estar cumprindo o cronograma curricular na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Minha eterna gratidão por todo apoio e incentivo.*

*Aos eficientes funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (FEUSP), especialmente, **D^a Terezinha** (Secretária do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva), **Dayse Fazzolaro** e **Sílvia Maxímiano** (Secretárias da Pós-Graduação da FEUSP), **Juliana Akie Takarashi** (Bibliotecária da FEUSP).*

*À Secretária de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Feliz-SP, Doutora **Claudia da Costa Meirelles**.*

*À Coordenadora Técnica da Estratégia Saúde da Família da
Prefeitura do Município de Porto Feliz-SP,
Doutora Francies Regyanne Oliveira.*

*Enfim, aos Idosos do Município de Porto Feliz-SP assim como à
todos que com sua contribuição tornaram esta pesquisa realidade,
desculpando-me por alguma omissão eventual, mas que aos olhos
do Criador apresento o meu pedido para que todos
indistintamente sejam recompensados por Ele, expressando assim
minha eterna gratidão.*

"A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão, buscam saber mais".

Paulo Freire

Almeida, RT. Comunicação do idoso e Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: acesso à integralidade? [dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. 103 f.

RESUMO

Este estudo, teve como objetivo, verificar as formas de comunicação utilizadas nas Unidades Básicas de Saúde para o atendimento aos idosos e suas consequências no controle da saúde. Buscou-se através da pesquisa qualitativa, apreender como ocorria a comunicação, entre esta população e os profissionais de saúde em quatro Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Feliz-SP, que atuam com equipes da Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas 20 entrevistas com idosos de ambos os sexos, sendo 14 idosos, do sexo feminino e com idade entre 60 a 69 anos, 11 idosos. Chama a atenção que os idosos participantes da pesquisa na faixa etária entre 70 à 79 anos de idade, tenham um número maior de homens: 5 homens e 3 mulheres. Na faixa etária de 80 à 89 anos apenas uma mulher e nenhum homem. Os idosos entrevistados apresentaram baixo grau de escolaridade. Quanto às formas de comunicação utilizadas nas Unidades Básicas de Saúde, pudemos apreender através das observações e dos discursos dos idosos, duas categorias centrais de análise classificadas em: comunicação assertiva e comunicação bloqueada, das quais emergiram duas unidades temáticas: elemento verbal e elemento não verbal. Na unidade temática, elemento verbal da comunicação assertiva, emergiram as seguintes unidades de registro: tonalidade da voz, reciprocidade de intenção e tecnologia. Na unidade temática, elemento não verbal, emergiram as seguintes unidades de registro: gestual, escuta e olhar. Quanto à comunicação bloqueada, foi desvelado na unidade temática elemento verbal, as seguintes unidades de registro: barreira psicossocial e rotinas de agendamento; na unidade temática elemento não verbal, as seguintes unidades de registro: barreira física, ausência da escuta e gestual. Neste estudo, a subjetividade que envolve o processo de comunicação, a cultura local e os fatores psicossociais revelaram aspectos positivos e negativos, sentimentos de satisfação e insatisfação vivenciados pelos idosos. Estes aspectos apreendidos nas formas de comunicação utilizadas pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Feliz-SP, mostraram não trazer consequências totalmente prejudiciais ao controle da saúde dos idosos, porém os aspectos negativos devem ser evitados, objetivando maior facilidade e agilidade no atendimento ao idoso. A conscientização da equipe de saúde sobre a importância da comunicação em saúde, através do aprimoramento constante, fortalece e permite a criação de tecnologia inovadora para o atendimento em saúde, favorecendo ao controle da saúde dos idosos, sua eficácia e consequentemente melhor qualidade de vida para esta população.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação, Idoso, Saúde da Família.

Almeida, RT. Communication of the elderly and Family Health Team in the city of Porto Feliz-SP: Access to integrality? [written essay]. São Paulo (SP), Brazil: Nursing School of the University of São Paulo; 2012. 103 f.

ABSTRACT

The present study aimed to verify the forms of communication used in Basic Health Units for elderly care and its consequences in health management. The intention of using qualitative research was to learn how the communication among this population and health professionals occurred in four of the Basic Health Units of the city of Porto Feliz, São Paulo, by working with teams from the Family Health Strategy. Twenty interviews were conducted with elderly of both genders, the majority of which (14) were female. 11 elderly aged between 60-69 years old were interviewed. The fact that men outnumbered women by 5 to 3 in participants aged between 70 and 79 years old must be emphasized. At the age of 80 to 89 years old there was only one woman and no men. The elderly interviewed presented low educational level. In regard to forms of communication used in Basic Health Units, two central categories of analysis were observed through comments and speeches of the elderly, classified as: assertive communication and blocked communication, from which emerged two thematic units: verbal and nonverbal elements. In the thematic unit, verbal element of assertive communication emerged as the following recording units: tone of voice, reciprocity of intention and technology. In the thematic unit, nonverbal element appeared as the following recording units: gesture, listening and looking. As for blocked communication, the following recording units were unveiled in the thematic unit for verbal element: psychosocial barrier and scheduling routines. And for thematic unit for nonverbal element: physical barrier, lack of listening and gestures. In this study, the subjectivity regarding the communication process, local culture and psychosocial factors revealed positive and negative aspects, pleasant and unpleasant feelings experienced by the elderly. These aspects learned through forms of communication of the Basic Health Units of Porto Feliz – SP did not show to cause harmful consequences to control the elderly health, however, negative aspects should be prevented in order to achieve a more prompt and agile attendance to the elderly. The health team awareness about the importance of health communication, through constant improvement, strengthens and promotes the creation of innovative technology for health attendance, enabling to control the elderly health, its effectiveness and, consequently, a better quality of life for this population.

KEY WORDS: Communication, Elderly, Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS -Agente Comunitário de Saúde

AB- Atenção Básica

AEM – Ambulatório de Especialidades Médicas

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

ESF - Estratégia Saúde da Família

GM - Gestão Ministerial

IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH - Política Nacional de Humanização

PNI - Política Nacional do Idoso

PNPI - Política Nacional da Pessoa Idosa

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNACS - Programa Nacional de Agente Comunitária da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PSI - Programa de Saúde do Idoso

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNECE - United Nations Economic Commission for Europe

LISTA DE TABELA, ILUSTRAÇÃO E QUADROS

Quadro 1 – Fatores relacionados às dimensões da comunicação.....	38
Ilustração do Local de Estudo	50
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos entrevistados nas UBS de Porto Feliz. Porto Feliz, SP, 2011.....	60
Quadro 2 – Distribuição dos temas centrais, unidades temáticas e unidades de registros identificados. Porto Feliz, SP, 2012.....	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A população Idosa no Brasil.....	21
1.2 O SUS e a População Idosa.....	24
1.3 Idoso e a Comunicação em Saúde.....	32
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
2.1 Modelos Tecnoassistenciais.....	40
3. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	45
3.1 Objetivo Geral.....	46
3.2 Objetivos Específicos.....	46
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	47
4.1 Tipo de Estudo.....	48
4.2 Local de Estudo.....	50
4.3 População do Estudo.....	53
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	54
4.5 Coleta de Dados.....	54
4.6 Aspectos Éticos.....	56
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Características Sociodemográficas.....	58
5.2 Formas de Comunicação Utilizadas nas UBS.....	62
5.2.1 Comunicação Assertiva.....	63
5.2.2 Comunicação Bloqueada.....	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
Referências.....	90
Anexos.....	96
Apêndices.....	100

APRESENTAÇÃO

Graduada e com Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 1978, em janeiro de 1979, iniciei minhas atividades profissionais, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Candelária em minha cidade natal, Itu, estado de São Paulo, como Chefe da Enfermagem, em substituição a uma Atendente de Enfermagem que até então, por vários anos ocupava esse cargo no período vespertino.

O início foi desafiador, pois jovem como eu era, recém-formada, haveria de substituir um profissional que até aquela época, era reconhecido pelo COREN para a assistência de enfermagem, porém não poderia exercer a chefia da enfermagem.

Foi necessário muito esforço, equilíbrio e postura ética para enfrentar este primeiro desafio, frente às situações relacionadas ao gerenciamento, assim como a assistência de enfermagem.

Os meses foram passando e no final daquele primeiro ano de trabalho, recebi uma proposta para trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Itu. Assim passei a trabalhar nesta instituição como Enfermeira Chefe e a ministrar aulas para o curso de Auxiliar de Enfermagem do Instituto Borges de Artes e Ofício, mantida pela instituição hospitalar.

Em 1982 após prestar concurso público, firmei contrato de trabalho com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, prestando serviços no Projeto de Integração e Ampliação da Rede Básica de Saúde, das cidades de Sorocaba e Votorantim, estado de São Paulo.

Posteriormente fui assumindo novos desafios, como o de Responsável Técnica da enfermagem, como enfermeira assistencial, prestando serviços no Centro de Saúde

de Salto, na rede básica de saúde da Prefeitura da Estância Turística de Itu, no Centro de Desenvolvimento do Portador de Deficiência Física e Mental, assim como na Prefeitura da Estância Turística de Porto Feliz, deparando-me com uma inquietação intrigante ao analisar o desempenho das equipes de saúde, tanto na atenção básica como na área hospitalar, observando diferentes situações relacionadas à comunicação em saúde.

Assim, em 1986 participei do curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e nos anos subsequentes, em que houve a implantação do Sistema Único de Saúde, ampliei a experiência profissional. Durante esses anos de trabalho sustentei um discurso crítico relacionado às práticas de saúde e a problemática da Comunicação em Saúde que podem, a meu ver, tanto qualificar como desqualificar as práticas de saúde.

Frente a esta evolução, para compreender melhor o contexto relacionado à melhoria da qualidade da assistência à saúde, assim como melhores condições de trabalho, busquei meu aprimoramento profissional.

Em 2007 ingressei no Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Enfoque no Programa Saúde da Família, promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), onde para a conclusão do curso, juntamente com outra colega e, incentivadas pela Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak, do Departamento de Saúde Coletiva da EEUSP, realizamos o trabalho de conclusão do curso cujo tema, que já nos vinha inquietando, foi o Processo da comunicação com o idoso na Estratégia Saúde da Família.

Com o ingresso no mestrado em 2010, vi a oportunidade de aprofundar esta temática aproveitando outros saberes que fui adquirindo durante o curso, considerando que a comunicação em saúde continua sendo um assunto relevante para o desenvolvimento das práticas em saúde e no aprimoramento de modelos

tecnossistencias, visto que, é através dela que podemos promover a transformação na produção do cuidado em saúde, quer facilitando o acesso, quer criando vínculos ou fortalecendo-os, melhorando o controle e tratamento dos agravos, com isso contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos, população em franco crescimento, mas pouco visível aos olhos dos cuidadores em saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

1.1 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

O reflexo do aumento da expectativa de vida é o crescimento da população idosa, sendo este fenômeno observado, nos últimos anos, não só nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento.

Assim sendo a população idosa tem sido a de maior crescimento em grande parte do mundo. Nos países em desenvolvimento observa-se um envelhecimento populacional acelerado, com incremento da população idosa maior do que nos países desenvolvidos¹.

Estima-se que no ano de 2050 haverá no mundo cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, vivendo na sua grande maioria em países em desenvolvimento, o que nos leva a concluir que o mundo está envelhecendo.

A Organização das Nações Unidas (ONU) divide os idosos em três categorias: os pré-idosos (entre 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre 65 e 79 anos ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do Pacífico); e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos)².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso todo o indivíduo com 65 anos ou mais, que reside em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais, os residentes em países em desenvolvimento³. No Brasil, são consideradas idosas todas as pessoas a partir dos 60 anos de idade⁴.

O ritmo de crescimento da população idosa no Brasil tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2009, o País contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais

de idade, sendo que no período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%⁵.

No Brasil, a evolução da população idosa tem sido acompanhada e analisada para o conhecimento das necessidades deste segmento populacional, a fim de orientar políticas sociais e de saúde.

Com os dados da PNAD 2009, é possível traçar um breve perfil socioeconômico, sendo que 55,8% dos idosos são mulheres, assim como 55,4% são brancos, e 64,1% ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio. A escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados⁵.

As chances de contrair uma doença crônica à medida que a pessoa envelhece, são maiores. Segundo os dados da PNAD 2009, 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade, declararam não possuir doenças.

Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Doenças como dores na coluna (ou costas), e artrite ou reumatismo aparecem também, com bastante frequência entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade: 35,1% e 24,2% respectivamente⁵.

Os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. Quando são analisadas as causas específicas, a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar.

Envelhecer com qualidade de vida é um privilégio que envolve mudanças na sociedade e em concepções sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. Nesse

aspecto, o envelhecimento saudável é uma interação entre saúde física e mental, independência econômica e nas atividades de vida diária e integração social com suporte familiar (Motta e Aguiar, 2007) ⁶.

A atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente, se não houver acompanhamento médico⁵.

O crescimento deste segmento da população tem aumentado a preocupação e o interesse por medidas que atendam às demandas das pessoas com mais de 60 anos, sendo portanto, necessárias a implantação de políticas públicas adequadas, visando a promoção do envelhecimento com qualidade de vida.

O IBGE vem alertando por meio dos indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que a estrutura etária do País está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social⁵.

O envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade no último século, o que não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida. O envelhecimento da população brasileira é uma conquista que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POPULAÇÃO IDOSA

No Brasil, o SUS tem sido alvo de muitas críticas, porém, apesar de tantas controvérsias internas, no cenário mundial, o sistema de saúde brasileiro tem atraído os olhares de políticos e estudiosos internacionais.

As políticas de saúde no Brasil sofreram grandes transformações com o processo da Reforma Sanitária desencadeado por trabalhadores e intelectuais, bem como alguns partidos políticos que representavam o pensamento progressista brasileiro e que impulsionaram à realização da VIII Conferência Nacional da Saúde.

Os debates que se travaram no decorrer da VIII Conferência Nacional da Saúde colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que foi definido um Programa para a Reforma Sanitária⁸.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 foi criado o SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Está escrito no artigo 198: “As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,” e o inciso II acrescenta “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil

– a; 1988)⁹”.

Os princípios que regem o SUS, são também reconhecidos como pilares de sustentação que norteiam todas as ações de saúde, às quais são desenvolvidas tanto na Atenção Básica (AB) como na rede de serviços de saúde especializada de média e alta complexidade.

A relação existente entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade formam uma base de sustentação que possibilita uma porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, assim como o desenvolvimento das ações de saúde, sendo fundamental o conhecimento e o reconhecimento destes princípios tanto pelos profissionais da saúde como pelos usuários do SUS.

Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e em nenhuma circunstância pode ser restringido, sendo oferecido a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁰.

Quanto ao princípio da equidade, na Constituição Brasileira⁹, encontramos que ela deve ser garantida pela gratuidade no acesso aos serviços de saúde, pressupondo desta forma, não só uma divisão quantitativa de recursos, mas também sua orientação à redução das desigualdades sociais.

Desta forma, a equidade em saúde remete-se a equidade social que deve ser observada nos diversos grupos sociais que apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde.

Desde os anos 80 a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção em todo discurso do

movimento sanitário¹¹.

Cecílio (2001)¹² refere que não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantido, que a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensar a organização dos processos de trabalho, gestão, planejamento e de construção de novos saberes e práticas em saúde.

Nesse sentido, pensamos que não há universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde sem que haja uma comunicação efetiva e eficiente para o atendimento de cada usuário do SUS.

A questão da integralidade representa hoje o maior desafio nas práticas em saúde, porque diz respeito diretamente à esfera da prestação dos serviços. Pode-se pensar a integralidade como forma de atender as necessidades de populações específicas, com ações de prevenção e de assistência junto aos indivíduos, famílias e coletividades¹³.

O princípio da integralidade no SUS prevê que o Estado deve garantir o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Desta forma, existe em ato e pode ser debatida na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades¹².

No processo de implantação do SUS, a integralidade foi definida como dispositivo jurídico institucional que buscava assegurar aos “indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como, a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividade em sua singularidade” (Brasil, 1993)¹⁴.

Segundo Mattos (2001) dada a pluralidade, a integralidade caracteriza-se melhor como “o modo” como as instituições realizam suas praticas e, neste sentido, revelam suas intenções, valores e noções, ou seja, está sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, através das intervenções que consolidaram o SUS¹⁵.

Em sua perspectiva mais restritiva, considera-se integralidade como o elenco de serviços e o estabelecimento de arranjos para que o usuário receba todo tipo de serviço de atenção à saúde, incluindo o encaminhamento para consultas especializadas e internação. Numa perspectiva ampliada, pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos além do reconhecimento de problemas anteriores e novos, do encaminhamento e acompanhamento de atendimentos em serviços especializados¹⁶.

A institucionalização do SUS tem sido avaliada como uma reforma de estado, de caráter democrático, que definiu direito e responsabilidades estatais com a saúde, promoveram a descentralização, criou mecanismos de integração governamental na gestão e espaços de participação social legitimado para o exercício do controle público sobre a gestão política e do sistema de saúde¹⁷.

A descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil é tida como uma das experiências mais bem sucedidas de descentralização no campo da gestão pública pelas características e dimensões em que foi operada num tempo relativamente entre as esferas de governo¹⁸.

Sendo assim, a municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no SUS, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal¹⁷.

Ainda na década de 1990, mais precisamente em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF)¹⁹, com a finalidade de reorganizar o modelo assistencial, operacionalizado com implantação de equipes multiprofissionais, sendo um projeto para dinamizar o SUS, estando este Programa condicionado pela evolução histórica e organização de saúde no Brasil, nos primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas à sua proposta, conforme aponta Paim (2001)²⁰.

Cabe destacar, que o PSF, além das ações de prevenção, inclui a de recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Este programa prevê implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada⁵.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas⁷.

Desta forma, o crescimento demográfico da população idosa brasileira acionou movimentos para preparar o País em atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade e, assim, o grande marco foi à publicação pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 1.395 em dezembro de 1999, que instituiu a PNSI, apresentando “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”²¹.

Em 2002, é proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de

Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002). Como parte de operacionalização das redes, são criados os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso⁷.

Em 2005 uma agenda de compromisso foi estabelecida pelo Ministério da Saúde, compreendendo três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destacamos aqui o Pacto em Defesa da Vida que tem como prioridade o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços, com ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF)²².

Sustentado pelos princípios e diretrizes do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria MS/GM nº 648, de 28/03/2006, define a ESF como modelo de Atenção Básica (AB) para a assistência à saúde da população brasileira.

Considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, a AB busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, assim como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável²².

Desta forma a PNAB define os princípios gerais que caracteriza a AB:

.... por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável²².

A Estratégia Saúde da Família traz como proposta a criação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, por meio de uma relação de diálogo que se desenvolve entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. Neste cenário, a comunicação, além de meio de veiculação das ações educativas, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço²³.

Hoje, muitos municípios já dispõem de ESF, cuja abordagem ao idoso, consiste em mantê-lo na comunidade, com o apoio social junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível, assim como referencia uma publicação do Ministério da Saúde²⁴.

(...) a equipe de saúde da família precisa estar atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e a sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineira (Ministério da Saúde, 2002)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade⁷.

A Integralidade no processo de trabalho em saúde no atendimento ao idoso deve ser pautada em um processo de formação e educação permanente dos profissionais da saúde, conhecendo e descobrindo formas de comunicação em saúde na operacionalização da ESF.

A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde²⁵.

Assim sendo, na abrangência do SUS, a equipe de saúde da ESF também deve assumir o compromisso da promoção da atenção básica ao idoso e diante desta responsabilidade esta equipe de saúde deve conhecer as necessidades específicas dessa população.

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência maior expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à saúde²⁶.

Para o atendimento integralizado ao idoso, destacamos a escrita como uma das formas de comunicação para a documentação e promoção da informação em saúde, sendo uma ferramenta importante para a continuidade da assistência à saúde do idoso, que pode ter dificuldades para a comunicação verbal no que se refere a verbalização das suas necessidades em saúde e que estão relacionadas a evolução clínica do seu tratamento.

Portanto, a equipe de saúde deve conscientizar-se da importância de estar atenta ao idoso, compreendendo suas necessidades de saúde e promovendo atendimento integral em conformidade com o princípio da integralidade.

As necessidades de saúde dos idosos estão afetadas, principalmente pela falta de autonomia para sair desacompanhados de suas casas, necessidades de ajuda para caminhar e para subirem escadas, necessidades de cuidados domiciliares regulares e do tratamento das doenças crônico-degenerativas como ocorre com os portadores de

hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que demandam cuidados de saúde permanente²⁷, agravadas ou não pelos determinantes sociais responsáveis pelo processo saúde-doença.

É nesse contexto relacionado ao atendimento das necessidades em saúde da população idosa, que se torna imprescindível conhecer e aprimorar as formas de atender essas necessidades que se inicia com a comunicação da equipe de saúde na ESF e o idoso.

A equipe de saúde na ESF, composta por Agentes Comunitários da Saúde, Médico, Enfermeiro, Dentista, Auxiliar de consultório Odontológico, além de outros profissionais da saúde, devem ter conhecimento das formas de comunicação na dinâmica do atendimento em saúde .

De acordo com o exposto, consideramos importante a comunicação em todas as suas modalidades no atendimento a saúde, em especial na terceira idade, que pode interferir na adesão do tratamento, na frequência às consultas e na adesão às prescrições e controles de saúde, pois tanto o processo de envelhecimento como a falta de compromisso do profissional, pode interferir na comunicação, dificultando a promoção da saúde, o tratamento e o controle dos pacientes.

1.3 IDOSO E A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

O processo de comunicação é um assunto que desperta interesse dos profissionais da área da saúde, especialmente da enfermagem, porém em se tratando de um fenômeno complexo tanto quanto o próprio comportamento humano e sendo de caráter mutante é por natureza um processo multifacetado que suporta uma variedade de

tipos de análise.

Mendes, Trevisan, Nogueira²⁸ expõe uma definição teórica da comunicação:

...um comportamento que visa a reflexão, o relacionamento, a troca de informações, de ideias, de imagens e de sentimento objetivando o entendimento humano e o exercício da influência intencional. É composta por elementos implícitos ou explícitos, que são o emissor, a mensagem, o receptor e o contexto. Sua função é a de transmitir mensagens incorporadas por significado com sentido. Sendo um comportamento canalizador de pensamento, a comunicação se caracteriza como um processo:

- a) Dinâmico e evolutivo – uma vez que envolve uma série de ações contínuas e interdependentes;
- b) Complexo e variável – porque depende de fatores circunstanciais, emocionais, mentais e físicos;
- c) Essencial para o desenvolvimento do indivíduo;
- d) Probabilístico, porque sempre existe um grau de incerteza subjacente ao processo da comunicação; não se pode garantir o tipo de comportamento que uma mensagem vai produzir no receptor;
- e) Interativo, porque depende da interação entre dois seres

Para Silva²⁹, comunicar é tornar comum, é trocar. Salienta que comunicação não é só o que é trocado entre as pessoas de maneira verbal, mas são todos os sinais transmitidos através de nossas expressões faciais, do nosso corpo, da nossa postura corporal, da distância que mantemos entre as pessoas; a nossa capacidade e jeito de tocar, de usar determinada roupa, isso tudo é comunicação, isso tudo significa troca entre as pessoas.

Pluckhan³⁰ afirma que não existe uma única teoria da comunicação humana, mas a maioria das teorias propostas inclui substâncias dos campos da psicologia, sociologia, antropologia, linguística e cibernética.

De acordo com King³¹, a análise da literatura mostra que o conceito de comunicação pode ser categorizado em quatro áreas de inquirição:

- 1-Teorias matemáticas;
- 2-Teorias relacionadas à comunicação não verbal;
- 3-Teorias relacionadas à comunicação verbal;
- 4-Teorias de comunicação intrapessoal e interpessoal dentro dos seres humanos e comunicação entre seres humanos e o ambiente.

A definição operacional do conceito de comunicação, a nosso ver, é o desenvolvimento das formas de comunicação de maneira efetiva e eficaz, levando-se em conta os aspectos biopsicossociais relacionados à cada grupo populacional.

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação³³.

A comunicação verbal está representada pelas palavras, expressas por meio da linguagem escrita ou falada. A interação pode ocorrer utilizando técnicas de comunicação verbal que auxiliam na expressão, clarificação e validação da mensagem³⁴.

Por meio da comunicação verbal e não verbal expressamos nossos sentimentos, sentidos, emoções e pensamentos. O acolhimento como espaço privilegiado desta troca intersubjetiva, de princípios e de atitude materializa-se no processo comunicacional³⁵

Silva²⁹, salienta que a função básica da comunicação nas relações humanas, é, além de tornar alguma coisa comum, também nos ajuda a expressar nossos sentimentos; nós nos expressamos e nos fazemos entender principalmente através de nosso corpo, que é nosso instrumento de comunicação com o mundo, é o responsável por mostrar o que nós estamos sentindo em relação aos assuntos e às pessoas que estão à nossa volta.

Tendo em vista que o homem não reage simplesmente a estímulos do meio, mas atribui um sentido às suas ações e, graças à linguagem, é capaz de comunicar percepções e desejos, intenções, expectativas e pensamentos, Habermas vislumbra a possibilidade de que, através do diálogo, o homem possa retomar o seu papel de sujeito (Gonçalves, 1999)³⁶.

Na perspectiva de Habermas³⁷, a interação é uma prática comunicativa da qual participam pelo menos dois sujeitos, que através da linguagem buscam compreensão e consenso mútuo em torno de um projeto comum. Nesse agir comunicativo, os atores sofrem influência, simultaneamente, de algo no mundo objetivo, no mundo social ou normativo e no mundo subjetivo.

Esse conceito tríplice de mundo foi construído a partir das proposições popperianas, para as quais o mundo objetivo está relacionado ao mundo físico ou ao estado das coisas existentes; o mundo social ou normativo refere-se às normas sociais e culturais e o mundo subjetivo é o mundo interno de cada sujeito ao qual este tem acesso privilegiado³⁸.

É por meio da comunicação que as relações se estabelecem, exercendo seu papel não só na informação e educação e é, também através dela que o outro se revela. É através das nossas ideias, da nossa fala, das nossas ações e das nossas intenções que expressamos o que somos³⁹.

Segundo Mendes, Trevisan, Nogueira²⁸ a confiança permite maior efetividade da comunicação na medida em que, a depender dela, a pessoa sente-se mais à vontade para externar de modo sincero o que pensa e o que sente, portanto, quando a efetividade da comunicação está estabelecida, os interlocutores podem obter melhores resultados para os seus objetivos e necessidades.

A comunicação faz parte da vida do ser humano e na área da saúde torna-se essencial, pois por meio dela são obtidas valiosas informações para a condução terapêutica, embora, no cotidiano, muitas pessoas têm dificuldade de expressar ou de interpretar a linguagem da comunicação.

Percebemos que a equipe de saúde e particularmente a equipe da enfermagem precisa exercer a verdadeira comunicação, estando atenta na interpretação da linguagem

verbal e não verbal principalmente esta última, nem sempre valorizada, mas com muita influência nos interlocutores. Quando é eficaz é uma ferramenta importante para a busca do atendimento integral das necessidades de saúde, principalmente a do idoso.

Nas relações orientadas para o entendimento mútuo, o ser humano é visto como pessoa capaz de estabelecer relações e cujo modo de agir está orientado para a comunicação, interação e participação, tendo como principal motivação a solidariedade e o sentido comunitário³³.

O idoso ao buscar assistência à saúde espera algo para além da atenção à doença. Ele quer acolhimento, visando estreitar vínculos entre os sujeitos envolvidos em um ambiente de comunicação, com autonomia, resolubilidade e responsabilização⁴⁰.

Considerar que muitas vezes o idoso precisa falar sobre as suas experiências como uma forma de se fazer respeitados e até útil em determinado contexto, o que implica que nesse processo de comunicação com o idoso a participação da equipe de saúde consiste em *ouvir, ouvir e...ouvir*. Dizem até que não foi na construção da nossa natureza, na natureza do rosto humano, que Deus errou, quando nos fez com dois ouvidos e...uma só boca; talvez tenha um significado importante, principalmente na nossa relação com o idoso, quando ele espera e quer ser ouvido²⁹.

Quanto à comunicação não verbal, esta geralmente é esquecida ou pouco valorizada, porém envolve aspectos importantes que a equipe de saúde deve estar atenta, como a movimentação do corpo, os gestos e a postura, que dizem mais que palavras e podem ser interpretados, tanto positivos como negativamente. A linguagem do corpo vale tanto para a equipe de saúde como para os usuários. O idoso de modo geral, é mais espontâneo, tanto na movimentação corporal como nas expressões faciais.

A distância mantida entre as pessoas ou espaço interpessoal representa outra dimensão da comunicação não verbal. No processo de comunicação essa "distância" não

deve ser ultrapassada sem permissão, pois podem provocar reações de defesa, tais como⁴¹:

- desviar os olhos e virar a cabeça;
- virar o corpo em outra direção;
- enrijecer a musculatura;
- cruzar os braços;
- dar respostas monossilábicas às questões feitas;
- afastar-se, se o espaço permitir.(p.19)

Em outros aspectos, a distância também, pode ser interpretadas como medo e descaso, daí a importância de se conhecer o idoso no estabelecimento destas relações que deve ainda, incluir o toque, na manutenção de uma comunicação efetiva.

Algumas alterações no sistema auditivo, podem comprometer a comunicação do idoso, dificultando o desempenho do seu papel na sociedade e consequentemente as relações interpessoais no âmbito do cuidado em saúde.

Nos sinais de perda auditiva e da visão, assim como nos casos de suspeita de acometimentos neurológicos o processo de comunicação do idoso pode ficar prejudicado, sendo necessário avaliações e condutas de profissionais da saúde especializados para elucidar as alterações na comunicação.

Lembrar, ainda, que além dos pontos levantados acima, devido ao envelhecimento é comum encontrar pessoas que apresentam alteração na memória ou raciocínio que requer paciência dos profissionais de saúde, para que a comunicação se estabeleça.

Portanto, a comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais sendo que para torná-la mais efetiva com a pessoa idosa, deve-se⁴¹:

Usar frases curtas e objetivas; chamá-los pelo nome ou de forma como ele preferir; evitar infantilizá-los utilizando termos inapropriados como “vovô”, “queridos”; sempre se deve validar a informação e repetir quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão; falar de frente, sem

cobrir a boca, não se virar ou se afastar enquanto fala e aguardar a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois a pessoa idosa pode necessitar de tempo maior para responder e não interromper a pessoa idosa no meio da fala, demonstrando pressa ou impaciência (p.16).

Considerando-se as limitações impostas à pessoa idosa nos planos biológicos e socioeconômicos, que refletem na sua comunicação com os demais, para comunicar-se com eles deve-se, sempre, fazer uso de linguagem clara, acessível, simples e preocupar-se com a validação da compreensão das mensagens⁴².

No Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁴¹, encontramos que a comunicação é um processo complexo que sofre interferências em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual (Quadro 1), que devem ser considerados nas relações como usuários, principalmente, se idoso.

Quadro 1: Fatores relacionados às dimensões da comunicação:

Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/o Espiritual
Integridade dos órgãos sensoriais Integridade do sistema locomotor Ausência de déficits cognitivos Processo de Senescência	Inteligência Percepção Personalidade Emoções	Pessoas ao redor Ambiente adequado	Educação e cultura Status social

Tendo em vista a expansão da ESF nos municípios nos últimos anos, consideramos relevante estudar a comunicação com o idoso inserido na ESF e como ela tem influenciado no controle de saúde, na adesão dos idosos aos programas de saúde oferecidos a esta população, assim como contribuir com subsídios às equipes de saúde e aos gestores na implementação da assistência efetiva e com qualidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFENCIAL TEÓRICO

2.1 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS

O modo de produção do cuidado sob o eixo dos modelos tecnoassistenciais pressupõe o atendimento das necessidades de saúde na dimensão dos modelos tecnoassistenciais.

Segundo Donnangelo (1976)⁴³, o perfil tecnológico que opera no modo de produção de trabalho, orienta-se pela idéia-força segundo a qual há um processo de construção social da produção da saúde, que se revela na ideia geral de “medicalização da sociedade”, efeito obtido mediante a predominância do saber médico, algo como um contágio no interior da sociedade, do pensamento que domina os saberes e fazeres da saúde.

Para Mendes-Gonçalves⁴⁴, a tecnologia no processo de trabalho em saúde abarca o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe, ao mesmo tempo, um sentido social articulado. A tecnologia, então, inclui saberes, procedimentos, equipamentos e suas formas de articulação nos processo de trabalho.

Merhy (1997)⁴⁵ usa como foco de suas análises da formação dos modelos tecnoassistenciais na organização do processo de trabalho e faz uma tipificação das tecnologias de trabalho em saúde, onde as tecnologias duras correspondem à maquinaria, as leve-duras dizem respeito ao conhecimento técnico e as leves, as relações.

Nas instituições de saúde, as tecnologias, leve, leve-duras e duras se sobrepõem. O trabalho em saúde perpassa a utilização de equipamentos e a articulação dos saberes tecnológicos estruturados que expressam a lógica do trabalho morto, pois o seu objeto

não é plenamente estruturado. Os processos de intervenção em ato, as configurações das tecnologias de ação operam as tecnologias de relações, de encontros de subjetividades⁴⁵.

O trabalho em saúde opera com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, que não pode ser expresso apenas por equipamentos e saberes estruturados⁴⁶. Requer incorporar recursos para transitar no campo das relações interpessoais³⁵.

Para cada grupo populacional pressupõe particularidades inerentes a cada um desses grupos, e devem ser levados em conta os aspectos biopsicossociais para a incorporação de recursos tecnoassistenciais.

Portanto, os modelos tecnoassistenciais devem ser conhecidos e avaliados para o cuidado em saúde no atendimento das necessidades do idoso sendo o eixo norteador desse atendimento, o princípio da integralidade do SUS.

Como sendo um instrumento para a organização da atenção à saúde da população idosa, destacamos a Caderneta de Saúde da pessoa idosa, criada em 2007 pelo Ministério da Saúde como uma importante ferramenta de identificação de riscos potenciais para o idoso.

A implantação da caderneta, que se deu inicialmente a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi acompanhada por um manual de orientação para os profissionais de saúde, que receberam treinamento e capacitação na grande maioria dos Municípios, para o correto preenchimento e orientação sobre o manuseio da caderneta⁷.

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca da produção de coisas (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são

materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos, que satisfaçam necessidades⁴⁵.

Mattos (2003: 57)⁴⁷ refere-se ao “modo de organizar as práticas” e parte da crítica à dicotomia criada no âmbito do sistema de saúde brasileiro entre saúde pública e assistência e a partir daí sugere que a integralidade “emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”.

Em qualquer área, o relacionamento entre “prestadores” e “consumidores” é um processo altamente complexo, com inúmeras implicações na forma como esse serviço é organizado e oferecido. À medida que nos aproximamos dos momentos de encontros, por exemplo, entre usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores para verificarmos o processo de interação, deparamo-nos com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde. Constrói-se, nesse momento, a necessidade de intervenção dos serviços de saúde, na busca de fins relacionados com a manutenção e/ou recuperação da saúde do usuário⁴⁸.

Sendo assim, o Ministério da Saúde em 2004 propõe um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços, para o atendimento integral e humanizado, criando a Política Nacional de Humanização (PNH)⁴⁹, com a elaboração da Cartilha PNH – Projeto Terapêutico Singular.

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes, com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de

comprometimento com a felicidade humana, estes últimos recursos também vistos como uma forma de tecnologia de tipo relacional⁵⁰⁻⁵¹.

O acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde⁵².

Segundo Fracoli e Zoboli⁵³, as ações que compõem o processo de trabalho desenvolvido no “acolhimento” compreendem:

Identificar o problema do usuário e propor uma resposta para o que ele está sentindo; realizar encaminhamento dos usuários para outros serviços, como pronto socorro, consulta médica, etc.; realizar anamnese dirigida para a queixa; realizar triagem para encaminhamento imediato ou mediato, segundo vagas preestabelecidas e gravidade da queixa; realizar exame físico e verificar os sinais vitais, com enfoque na queixa; supervisionar o auxiliar de enfermagem quando este realiza o acolhimento; supervisionar a porta de entrada do posto; distribuir senhas para atendimento; realizar consulta médica ou de enfermagem; trocar prescrições de medicamentos; realizar orientações sobre saúde; realizar curativos; administrar medicamentos; realizar escuta humanizada do usuário para atender sua necessidade; dar apoio às pessoas que procuram o serviço.

Em relação ao grupo populacional composto pelos idosos, ao passar pela recepção/acolhimento da Unidade de Saúde deve-se iniciar através da interação com os profissionais de saúde a utilização de um atendimento especializado, integralizado e humanizado.

Entretanto, para a efetivação de um atendimento com essa configuração, o uso da tecnologia do tipo relacional, tem como principal ferramenta, a comunicação.

No contexto assistencial da atenção básica, a comunicação veicula informações, valores e emoções²². Gera e mantém vínculos quando bem conduzida; corrompe-os quando se compromete pela má qualidade³⁵, ou seja a comunicação é uma das mais importantes ferramentas para o atendimento integral.

Destacamos como exemplo, a ESF que traz como proposta a criação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, por meio de uma relação de diálogo que se desenvolve entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos.

Neste cenário, a comunicação, além de meio de veiculação das ações educativas, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço²³.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Verificar as formas de comunicação utilizadas nas UBS do município de Porto Feliz para o atendimento aos idosos e suas consequências no controle da saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos entrevistados,
- Conhecer as formas de comunicação utilizadas com os idosos na UBS,
- Verificar como as informações fornecidas pela equipe de saúde são compreendidas pelos idosos.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, por entender que o objeto em estudo é histórico e socialmente determinado. Serão utilizadas também algumas evidências quantitativas de caráter sociodemográfico para caracterizar os indivíduos entrevistados.

Para a pesquisa observacional será utilizado o método etnográfico, decorrente das práticas da antropologia, mas que tem ultrapassado nos últimos anos, as fronteiras desta área do saber, sendo utilizado, entre outras áreas, pelas ciências da saúde.

O método etnográfico tem crescido entre os profissionais de diversas áreas de conhecimento, como na Educação, Planejamento Urbano, Enfermagem, Direito, Ciências Políticas, entre outras. Trata-se de ferramenta útil para a compreensão das sociedades multiculturais do mundo pós-moderno. Para os profissionais de saúde, o estudo etnográfico fornece a possibilidade de compreender a saúde e a doença sob os diversos pontos de vista dos pacientes (Spradley; McCurdy, 1972)⁵⁴.

Uma variedade de estudos etnográficos tem sido realizada na área da Enfermagem buscando compreender e interpretar os significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências nos processos de saúde e doença. Essas investigações trazem contribuições para a atuação dos profissionais considerando os aspectos culturais dos atores envolvidos⁵⁵, principalmente na área de enfermagem.

A etnografia é antes de tudo uma imersão total, um mergulho numa verdadeira aculturação, em que se deve compreender uma sociedade não nas suas evidências exteriores, mas nas significações que os próprios indivíduos expressam por meio de seus próprios comportamentos (Fetterman, 1998; Laplantine, 2004)⁵⁶.

O interesse das enfermeiras em aperfeiçoar as suas práticas e buscar maneiras mais efetivas de desenvolvê-las, tem trazido contribuições para as pesquisas e cuidados em Enfermagem. Para isso, os conhecimentos antropológicos têm conduzido a novas perspectivas a respeito do cuidado aos seres humanos em contextos socioculturais específicos⁵⁵.

De acordo com Spradley (1980)⁵⁷, a etnografia é o trabalho de descrever uma cultura. A abordagem sistemática revela o que as pessoas pensam e mostra os significados culturais que utilizam em seu cotidiano. As pessoas utilizam constantemente um complexo sistema de significados – o qual constitui sua cultura - para organizar o seu comportamento e para compreender o mundo em que vivem.

No campo científico da saúde coletiva, o reconhecimento e o entendimento das práticas sociais compreendem fator importante na orientação dos serviços de saúde, assim como na estruturação de políticas públicas, sendo relevante para este estudo, a utilização do método etnográfico.

Outro aspecto a ser considerado é a linguagem. A necessidade de convivência em sociedade fez com que o ser humano desenvolvesse formas de comunicação tendo como base a linguagem⁵⁸.

A linguagem é mais do que um meio de comunicação sobre a realidade, ela cria e expressa diferentes realidades e mostra como as experiências são categorizadas pelas pessoas. Uma meta inicial do etnógrafo é aprender a linguagem do local para descrever a cultura em seus termos e conceitos próprios⁵⁵.

Segundo a definição psicolinguística de Muma⁵⁹, a linguagem é formada por três componentes altamente inter-relacionados e interligados:

1. Cognitivo: refere-se à maneira pela qual o indivíduo adquire e processa o conhecimento de mundo. Entre os processos cognitivos, os mais importantes envolvidos na linguagem adulta são o pensamento e a memória.

O pensamento é o ato ou processo de raciocínio ou de concepção de ideias, e a memória é o poder, ato ou processo de lembrar ou recordar.

2. Linguístico: refere-se à forma ou ao conteúdo da linguagem. A forma é um sistema de regras para comunicar um significado. Os três sistemas de regras da linguagem são a fonologia, a morfologia e a sintaxe. O conteúdo da linguagem é o significado, tópico ou intenção do sujeito envolvido em uma situação comunicativa.

3. Comunicativo: é o uso, propósito ou função que uma expressão assume em determinado momento. Por exemplo, o mesmo conteúdo e forma. “Tudo bem?” pode ser usado para questionar o estado do outro ou para cumprimentar alguém.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Porto Feliz está situado na região de Sorocaba-SP a pouco mais de 100 Km da capital do estado de São Paulo, com a qual se conecta por meio de uma das principais autoestradas do País, a Rodovia Castelo Branco.

Historicamente⁶⁰ Porto Feliz está ligado ao antigo povoado de Ararituaba, fundado em 1721, cuja formação se deu em uma região à margem esquerda do Rio Tietê, onde se encontrava, primitivamente, uma aldeia dos índios guaianases. O vocábulo indígena Ararituaba faz alusão aos paredões sobre os quais a aldeia se assentava, e significa “pedra onde as araras comem” ou “pedra onde as araras bicam”. A ocupação desse lugar foi marcada pela abertura de uma fazenda, em 1693, por Antônio Cardoso Pimentel, que anos mais tarde, em 1700, conseguiu uma autorização para a construção de uma capela em homenagem a Nossa Senhora da Penha.

O arraial, entretanto, permaneceu estagnado até que a “Monções de Cuiabá”, expedições fluviais com destino a Cuiabá em busca das minas de ouro, lhe imprimissem nova movimentação. Muitos desses aventureiros se fixaram na região, contribuindo para que o povoado fosse elevado a freguesia do município de Itu em 1728, com a denominação de Nossa Senhora da Penha de Ararituaba.

Nesse período, como consequência do crescimento propiciado pelo movimento das monções, a freguesia apresentou, por meio da agricultura e do comércio, um considerável desenvolvimento. Mais tarde, em 27 de novembro de 1744, teve seu nome alterado para Nossa Senhora Mãe dos Homens de Ararituaba, em razão da construção de uma nova igreja para onde foram transferidos os pertences da antiga. Em 13 de outubro de 1797, quando foi elevada a vila, recebeu finalmente sua atual denominação.

Desde meados do século XIX, o plantio da cana-de-açúcar tornou-se a principal atividade econômica de Porto Feliz. Recebeu foros de cidade em 16 de abril de 1858.

Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁶⁰,

o município de Porto Feliz em 2011, contava com 49.222 habitantes, dos quais 11,73% idosos. Índice de envelhecimento em 2011 foi de 53,74%.

Com relação aos serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Feliz, atualmente existe um Hospital de média complexidade, três Ambulatórios de Especialidades Médicas, um Ambulatório de Saúde Mental, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que em 10 UBS existem equipes da ESF totalizando 9 equipes da ESF localizadas na zona urbana e um EACS (Estratégia de Agente Comunitário de Saúde) na zona rural, 5 Equipes de Saúde Bucal, um Centro de Controle de Zoonoses, uma Unidade Vigilância em Saúde.

Em 2011, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do município de Porto Feliz foi de 6,06 classificando-se em segundo lugar entre os municípios que compõem do Colegiado Gestor de Sorocaba (20) e acima da média nacional que foi de 5,47. Para o cálculo do IDSUS utilizou-se as bases de dados referentes aos anos de 2007 a 2010.

Para este estudo, foram selecionados quatro UBS, tendo todas elas em sua composição, as equipes de saúde da ESF:

- UBS do Jardim Vante,
- UBS da Vila América,
- UBS do Centro
- UBS do Jardim Angélica

Cada ESF está composta por 6 Agentes Comunitários da Saúde (ACS), por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário.

A UBS do Jardim Vante é uma unidade de saúde situada em uma região da

periferia da cidade.

As demais UBS estudadas, estão localizadas na região central da cidade.

No site da Estância Turística de Porto Feliz podemos encontrar uma breve descrição da atuação da ESF que atua na cidade⁶¹:

A ESF trabalha especialmente na saúde preventiva da população. Criado pelo Governo Federal e executado em parceria com a Prefeitura, o programa dispõe de agentes comunitários de saúde, que visitam as famílias pelo menos uma vez por mês. Os agentes fazem o cadastro das famílias. Além de levantar nome, idade, condições de moradia, escolaridade e profissão, eles identificam o histórico de saúde dos moradores da casa. Este trabalho é fundamental para saber, por exemplo, se alguém se enquadra num grupo de risco de determinada doença. Após efetuar o cadastro da família, a equipe do ESF passa a acompanhar as pessoas com hipertensão e diabetes, além das gestantes e crianças...

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população em estudo foi composta de idosos de ambos os sexos, cadastrados na UBS situada em área urbana de Porto Feliz-SP, que atua com a Estratégia Saúde da Família. Cinco idosos foram selecionados aleatoriamente de cada equipe de saúde da ESF, totalizando 20 idosos.

Foram considerados critérios de inclusão:

- Ter 60 anos ou mais,
- Estar cadastrado nas UBS,
- Ser capaz de expressar sentimentos e percepções,
- Concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro para a observação não participante (diário de campo - Apêndice 2), contendo os elementos apreendidos, durante o atendimento ao idoso em cada uma das quatro UBS, sendo observada a presença ou não das formas de comunicação verbal e não verbal dos modos de agir e interagir e das linguagens .

Foi elaborado, também, para esta pesquisa, um instrumento para ser aplicado junto aos idosos (Apêndice 3), com questões fechadas sobre as condições sócio demográficas dos idosos e questões abertas com foco no atendimento, buscando apreender como a comunicação entre ele e o profissional da saúde tem interferido no atendimento a sua assistência à saúde.

Foi utilizado gravador para registro das entrevistas dos idosos.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de observações participantes (Apêndice 2) e entrevistas semi-estruturada (Apêndice 3) no segundo semestre de 2011, entre os meses de junho a setembro, após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo no. 1032/211/CEP-EEUSP) .

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem etnográfica e consiste na inserção do

pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação⁶².

Segundo Minayo³², a observação participante é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma intervenção científica, na qual o observador está face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por eles.

Sendo assim, os elementos foram elencados tendo como base as formas de comunicação verbais e não verbais observadas durante o atendimento ao idoso na recepção/acolhimento, na visita domiciliária, consulta de enfermagem, orientações, dentre outros.

A entrevista foi realizada conforme o agendamento e atendimento dos idosos nos programas de Hipertensão e Diabetes, assim como nas Consultas de Enfermagem em cada UBS selecionadas para este estudo.

Para fins do estudo, entendeu-se por “atendimento aos idosos” as formas de encontro de cuidado entre a equipe de saúde e o idoso na atenção básica: consulta de enfermagem, visitas domiciliárias, orientações, acolhimento, dentre outros.

Durante a coleta de dados nas UBS selecionadas, realizamos observação participante sobre o processo de comunicação em relação ao idoso, foco da entrevista, utilizando-se o diário de campo para serem escritas impressões pessoais que podem se modificar com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos³².

Os dados obtidos foram organizados e agrupados, sendo inicialmente

analisados os registros da observação participante durante o atendimento aos idosos para verificar as formas de comunicação utilizadas nas UBS para o atendimento aos idosos.

Para a análise qualitativa, foram adotados os passos operacionais propostos por Minayo³²: ordenação, classificação e análise final dos dados.

Em seguida foram descritos e analisados os conteúdos dos discursos dos idosos, obtidos nas entrevistas que permitiram compreender como ocorre e as implicações da comunicação entre os idosos e a equipe da ESF.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob o processo nº 1032/211/CEP-EEUSP, sendo aprovado em 29 de abril de 2011.

Os idosos que consentiram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após leitura e concordância quanto à finalidade e objetivo do estudo, sendo garantidos os aspectos referentes à privacidade, confidencialidade de dados, o anonimato, assim como a liberdade de retirar o consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento.

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação dos resultados e análise dos dados optou-se por fazê-lo em dois tópicos: características sociodemográficas da população e formas de comunicação utilizadas na UBS, que serão descritos a seguir.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO

Dos 20 idosos que participaram da pesquisa, **14** eram do sexo feminino e **6** do sexo masculino, destes na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, **10** eram mulheres e apenas **um homem**, já entre a faixa de 80 a 89 anos, encontramos **uma mulher** e nenhum homem (Tabela 1).

A longevidade feminina pode ser atribuída a fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal e estrógeno, à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade, à inserção diferenciada no mercado de trabalho, ao menor uso ou abuso do álcool e tabaco e, também a diferença de atitude durante a vida em relação à saúde e a doença⁶³.

Chama a atenção que os idosos participantes da pesquisa que estavam na faixa etária entre 70 a 79 anos de idade, tenham um número maior de homens, **sendo 5 homens e 3 mulheres** (Tabela 1).

Observamos uma maior concentração do grupo de idosos na faixa etária entre 60 a 69 anos com **11** dos idosos, seguido do grupo 70 a 79 anos, com **8** dos idosos (Tabela 1). O predomínio de mulheres (**14**), nesta população está de acordo com a composição demográfica de idosos no Brasil⁵. Considerando, principalmente o local em que

ocorreram as entrevistas, as UBS, verificamos que há um predomínio, de mulheres que buscam o atendimento em saúde pelo SUS, sendo este significativamente maior que os homens.

Estudos realizados por Figueiredo, 2008; Couto et al., 2010⁶⁴, demonstraram que na área da saúde, comumente caracterizada em termos de uma proximidade das mulheres (e “suas crianças”) em relação às práticas de cuidado e aos serviços de saúde, tem oposição a uma distância entre os homens e tais dimensões. Por trás dessa caracterização senso comum, se disfarça uma desigualdade na atenção, refletida no reconhecimento das questões femininas e das práticas de cuidado realizadas pelas mulheres e invisibilidade das dos homens.

Porém, um estudo realizado no Departamento de Epidemiologia da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade masculina, revelou que a baixa procura pelos serviços de saúde, não está atrelada apenas ao consumo dos serviços de saúde, mas sim ao fato de os hábitos de cuidados estarem mais presentes em mulheres do que em homens⁶⁵.

Os idosos que residem em domicílios próprios perfizeram um total de **15 idosos** (Tabela 1), reforçando o padrão observado nos dados da PNAD 2009⁵, em que 73,1% dos domicílios urbanos no Brasil, foram declarados como próprios, sendo um dos indicadores considerados na dimensão “segurança da posse”.

A conformação da vida familiar dos idosos entrevistados, continua sendo centralizado no casamento, sendo que **15** dos idosos são casados, demonstrando que o padrão de formação familiar é a da união estável, conferindo um aspecto histórico e cultural relacionado ao padrão de formação familiar.

Atualmente o padrão de formação familiar dos brasileiros tem se modificado. Os padrões de formação, dissolução e reconstituição da família tornam-se cada vez mais

heterogêneos e seus limites mais ambíguos. Segundo os estudiosos da United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), o casamento tornou-se menos central na conformação da vida das pessoas, diferentemente do que ocorria em um passado recente, por vezes caracterizado pelo preconceito em relação às pessoas que não se casavam⁵.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos entrevistados nas UBS de Porto Feliz. Porto Feliz, SP, 2011.

Variáveis	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Idade (anos)				
60 a 69	10	50,0	01	05,0
70 a 79	03	15,0	05	25,0
80 a 89	01	05,0	-	-
Situação Conjugal				
Divorciado e não convive com parceiro	01	05,0	-	-
Solteiro	01	05,0	01	05,0
Casado	11	55,0	04	20,0
Viúvo e não convive com parceiro	02	10,0	-	-
Pessoas residentes no domicílio				
1 a 3	11	55,0	05	25,0
4 a 6	02	10,0	01	05,0
10	01	05,0	-	-
Moradia				
Casa própria	11	55,0	04	20,0
Casa alugada	02	10,0	01	05,0
Casa emprestada	01	05,0	01	05,0
Renda Familiar (em salário mínimo)				
< 1	01	05,0	-	-
1 a 3	13	65,0	06	30,0
Escolaridade				
Não alfabetizado	02	10,0	02	10,0
Alfabetizado até 4ª série do Ens. Fund.	10	50,0	04	20,0
Ensino fundamental completo	02	10,0	-	-
Aposentadoria				
Com aposentadoria	05	25,0	06	30,0
Sem aposentadoria	09	45,0	-	-

Quanto à escolaridade dos idosos que participaram da pesquisa, **4** declararam serem analfabetos e **14** alfabetizados até a 4ª série do Ensino Fundamental, revelando baixa escolaridade dos idosos (Tabela 1).

Os dados encontrados confirmam os de Berquó que havia demonstrado que quanto à escolaridade da população idosa, remete a períodos em que as chances de acesso à educação eram mais difíceis e se davam de forma bastante assimétrica por classe social e gênero⁶⁶.

Outro ponto importante, segundo Garcia e Mansur⁶⁷, se refere ao declínio das habilidades comunicativas no envelhecimento que é potencializado em indivíduos menos escolarizados, os quais desenvolvem menos estratégias funcionais para “contornar” os efeitos de perda.

De fato a interferência da baixa escolaridade, dificultam o entendimento da pessoa idosa, tanto quanto a realização por parte do profissional da saúde, das orientações relacionadas ao cuidado em saúde do idoso, seja quanto as orientações sobre a administração de medicamentos, assim como orientações relativas a dietas, exames, agendamentos, encaminhamentos para o controle e tratamento terapêutico especializado, sendo, neste caso, muitas vezes necessária a presença do acompanhante/familiar.

A renda familiar declarada por **19** dos idosos entrevistados está entre 1 a 3 salários mínimos, sendo um total de **11** aposentados (**6** idosos e **5** idosas), em contrapartida **9** das idosas declararam não terem aposentadoria (Tabela 1).

Dados da PNAD 2009⁵ demonstraram a importância da renda per capita domiciliar revelando que à medida que aumenta a renda familiar decresce a ocorrência de incapacidade em idosos.

Uma possível explicação para essa diferenciação reside no fato de que maiores níveis de renda permitem aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa⁵.

Os resultados aqui apresentados revelam que os idosos participantes deste estudo tem um perfil semelhante aos encontrados em outros estudos com idosos.

5.2 FORMAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS NAS UBS

Durante a coleta de dados pudemos observar várias situações envolvendo o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e os idosos, usuários das UBS. Assim, verificamos como ocorreu a comunicação em diversas oportunidades tanto na própria unidade tais como: no acolhimento, na recepção, consulta de enfermagem, na sala de espera; como em visitas domiciliares.

Dos discursos resultantes das entrevistas, de suas leituras repetidas, acrescidas das observações diretas, emergiram os conteúdos de análises, classificados em dois temas centrais relacionados às formas de comunicação e que se desvelaram como **comunicação assertiva e comunicação bloqueada**, sendo estas escolhidas como objeto de análise.

Os discursos dos idosos foram identificados pela letra E, seguido de um número de ordem da sequência de entrevistas.

A partir da classificação de cada tema central, foi possível identificar as unidades temáticas e unidades de registros, como pode ser melhor visualizadas no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos temas centrais, unidades temáticas e unidades de registros identificados nos discursos dos idosos. Porto Feliz, SP, 2012.

Temas Centrais	Unidades Temáticas	Unidades de Registros
Comunicação Assertiva	Elemento Verbal	<ul style="list-style-type: none"> •Tonalidade da voz •Reciprocidade de intenção •Tecnologia
	Elemento Não Verbal	<ul style="list-style-type: none"> •Gestual •Escuta •Olhar
Comunicação Bloqueada	Elemento Verbal	<ul style="list-style-type: none"> •Barreira psicossocial •Rotinas de agendamento
	Elemento Não Verbal	<ul style="list-style-type: none"> •Barreira Física •Ausência da escuta •Gestual

5.2.1 COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Uma comunicação assertiva significa emitir uma mensagem seguindo um objetivo, uma coerência entre sentimentos, pensamentos e atitudes. Foi com esta visão que observamos o relacionamento entre o idoso e profissional da equipe de saúde, nos diversos momentos e atendimentos quer nas UBS, quer no domicílio, assim como através dos discursos, onde emergiram as seguintes unidades temáticas: elemento verbal e elemento não verbal.

Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação não verbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida⁴¹, como se revela no discurso do idoso E4:

“Vou falar uma coisa aposentei com 5 salários e não to recebendo nem 2 agora... trabalhei 39 anos...eu tenho carteirinha amarela, a de menor... paguei 39 anos ...é essa coisa que eu sinto porque ta tão defasado eu sinto remorso (ficou com semblante triste e chora) eu sinto com isso, ainda bem que eu tenho minha casa. Eles (agente comunitário da saúde)...vão em casa, eu e minha mulher tem isto aqui (mostra o cartão de agendamento) que eles marcam e eu uso pra não esquecer quando eu tenho que vir...” E4

A necessidade do idoso de falar sobre suas experiências, como uma maneira até mesmo de contestação e indignação frente às adversidades sofridas ao longo de sua vida, relacionado ao seu trabalho, sua aposentadoria, desvelam que a realidade psicossocial vivenciada pelo idoso, é um aspecto relevante que deve ser considerado no cuidado em saúde dessa população, pois a comunicação é mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações⁴¹.

Para Schütz⁶⁸, a bagagem de conhecimento é algo herdado dos nossos predecessores, é algo que podemos acrescentar à nossa própria experiência vivida, que só pode ser compreendida por meio de ações exteriorizadas que constituem a base da comunicação e da relação social.

Sendo assim, a equipe de saúde deve estar atenta ao usar as formas de comunicação verbal e não verbal adequadamente, para o atendimento das necessidades de saúde da população idosa, visando à integralidade e que poderá ser melhor viabilizada através de uma comunicação assertiva.

5.2.1.1 COMUNICAÇÃO ASSERTIVA VERBAL

Nesta unidade temática identificaram-se as seguintes unidades de registros: tonalidade da voz, reciprocidade de intenção e tecnologia.

a) Tonalidade da voz

Este elemento da forma de comunicação verbal, está relacionado à audição e as características auditivas apresentadas por cada idoso, assim como com os membros da equipe da saúde.

Desta forma, a entonação, bem como o ritmo da voz, a intensidade e ruídos vocais de hesitação, tosses provocados por tensão, suspiros, foram considerados.

Durante a observação sobre a interação entre o idoso e a equipe de saúde, a tonalidade da voz pode ser apreendida, sendo verificado que os profissionais das equipes de saúde de três UBS, empregaram uma entonação da linguagem adequada, estabelecendo um diálogo acolhedor com o idoso, falando de forma clara, pausada, olhando de frente para cada idoso.

Nessas três UBS, não foram verificados ruídos ambientais em excesso, que pudessem interferir na tonalidade da voz, sendo verificada uma melhor compreensão, por parte dos idosos, das informações dadas pelos profissionais da equipe de saúde, facilitando o atendimento e o controle de saúde dos idosos, ao se usar a tonalidade de voz adequada, demonstrando calma e tranquilidade.

b) Reciprocidade de intenção

Na relação de cuidado em saúde é preciso reconhecer as necessidades de saúde do idoso e identificar quais ações este requer. A equipe de saúde e os idosos vivenciam uma relação social que se dá no mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação ocorre na interação da relação face a face, que é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado e que Schütz⁶⁸ denomina de reciprocidade de intenção.

Para que a reciprocidade de intenção ocorra é necessário o uso da **linguagem apropriada**, que constitui um instrumento facilitador no processo da comunicação. Este fato foi apreendido, desvelando uma validação da compreensão por parte do idoso, das mensagens feitas pelos profissionais da equipe de saúde, como se revelou nos seguintes discursos dos idosos:

“...Ah compreendo, consigo compreender tudo sim...” E10

“Falo, falo tudo...compreendo. Eles são muito atenciosos pra atender eu gosto muito do serviço deles...atendem direitinho, com educação e respeito”.E13

Na dinâmica da comunicação do idoso e os profissionais da equipe de saúde, observou-se que a linguagem empregada pelos idosos, ainda que, utilizando uma linguagem própria originária de sua região, não interferiu no processo de comunicação e que foi respeitada pela equipe de saúde e considerada no atendimento das necessidades desta população.

A linguagem é a essência humana, é a qualidade que distingue o homem de outros animais. É também a essência da maturidade e se define como uma habilidade

em se relacionar intimamente com o outro, levando-se em conta os objetivos, aspirações e desejos⁵⁹.

Outro ponto importante para que esta reciprocidade de intenção ocorra é o **esclarecimento das dúvidas**.

O esclarecimento de dúvida no atendimento em saúde é uma importante estratégia para o processo de comunicação em saúde, pois além de promover o estabelecimento de um canal de comunicação efetivo, pode ser utilizada para o melhor controle da saúde, sendo essencial que haja uma receptividade dos interlocutores, capaz de dizimar todas as diferenças e obstáculos que podem gerar bloqueios ou inibições.

Cabe ainda salientar que a **facilitação da verbalização do idoso**, por parte dos profissionais da equipe de saúde, foi apreendida durante a observação, onde o idoso pode se expressar de maneira a relatar suas necessidades de saúde, sem bloqueios ou inibições revelando uma assertividade da comunicação, o que pode ser confirmados nos seguintes depoimentos:

“Sim, falo tudo, peço tudo, já aproveito se eu não entender peço pra repetir, eu tenho que perguntar né...eu pergunto”. E16

“Falo, eu compreendo, alguma coisa que não compreendo eu pergunto pro médico e ele explica muito bem”. E12

“Falo, falo sempre sim, às vezes as meninas vão em casa também e eu falo com elas também. É bom o atendimento com as meninas e com a médica. Elas atende muito bem aqui (UBS)”. E3

Vários estudiosos apontam a fala como a forma de comunicação mais privilegiada para a sociedade humana, pela possibilidade de ela conter a experiência,

permitir o entendimento intersubjetivo e social e por sua densidade, constituir-se em si, em fato social: “no princípio era o verbo” diz a Bíblia evidenciando que a humanidade nasce com a fala que, ao mesmo tempo, cria a comunidade e reflete sobre suas condições, possibilidades, sonhos, e desejos³².

A baixa escolaridade dos idosos participantes do estudo, visto que **4** idosos declararam serem analfabetos e **14** idosos alfabetizados até a 4ª série do Ensino Fundamental e que demonstra uma diferença cultural entre os idosos e profissionais das equipes de saúde participantes do estudo, parece não constituir obstáculo para o entendimento dos idosos, pois estes esclarecem suas dúvidas, como pode ser constatado nos discursos dos idosos:

“...a gente compreende né, alguma coisinha a gente pergunta né, mas é normal a gente perguntar, pra mim não tenho o que falar deles, é gente boa, todo mundo atende bem pra mim...” E15

“Sim, falo tudo, peço tudo, já aproveito se eu não entender peço pra repetir, eu tenho que perguntar né...eu pergunto”. E16

“Eles procuram ajudar a gente no que for preciso e as orientação deles a gente entende também né e quando não consigo compreender e eu tenho essa coisa de poder perguntar né” E12

c) Tecnologia

Em geral, as tecnologias são recursos que atuam como facilitadores, estendendo as capacidades do indivíduo, conferindo segurança e agilidade, preservando e organizando dados, produzindo informações. Assim a tecnologia não é meramente um

recurso do indivíduo, mas também, do grupo social⁶⁹.

Segundo Mendes-Gonçalves⁴⁴, a tecnologia no processo de trabalho em saúde abarca o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe, ao mesmo tempo, um sentido social articulado. Os processos de intervenção em ato, as configurações das tecnologias de ação operam as **tecnologias de relações**, de encontros de subjetividades⁴⁵.

Para criar vínculo com o idoso e induzi-lo ao compromisso do comparecimento na UBS para o controle da sua saúde, a equipe de saúde estabelece estratégias de comunicação assertiva, como a apresentação do cartão de agendamento sendo utilizado como uma tecnologia facilitadora para o comparecimento do idoso a UBS.

Esta rotina de atendimento que é o agendamento prévio das consultas tanto para o atendimento com a enfermeira como para o médico, os idosos comparecem às consultas periodicamente, conforme afirmam nos discursos:

“aqui é assim...eles marcam a consulta tal dia pode vir, aí eu venho.” E1

“eu e minha mulher temos este cartão de agendamento que eles marcam e eu uso pra não esquecer quando eu tenho que vir.” E4

A Caderneta de Saúde da pessoa idosa traz ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde⁷.

Outro meio utilizado pela equipe de saúde foi o uso do contato telefônico, para o estabelecimento da comunicação com o idoso sendo observado, seja para efetuar um reagendamento do atendimento como para agendar o comparecimento do idoso para

avaliação de resultado de exames, mostrando que o bom uso dessa tecnologia, promoveu uma estratégia bem aceita pelos idosos, como demonstram estes discursos:

“Venho sempre, nunca faltei e se o atendimento não for possível naquele dia, eles me ligam desmarcando e isso é bom porque a gente não perde tempo de ir lá.” E16

“O atendimento aqui tá muito bom pra mim sempre que eu chego sou bem atendida me ligam em casa quando eu tenho exame . Ah faz muito tempo que eu venho pelo SUS”. E11

Verificamos que a maioria dos idosos tem uma boa compreensão das informações dadas pela equipe de saúde, correspondendo com a adesão ao tratamento e ao controle da saúde.

Cumpramos lembrar que a tecnologia se define basicamente pelo conhecimento que representa e não pelo artefato criado a partir de sua aplicação, o que se contrapõe ao conceito dado pelo senso comum ao termo. Na esfera humana a tecnologia não é vista apenas como um recurso, mas como um agente transformador, mantendo uma conexão íntima com os seres humanos⁶⁹.

O melhor meio utilizado pela equipe de saúde, particularmente a enfermagem, para o conhecimento e atendimento das necessidades de saúde dos idosos, foi no acolhimento, como pode ser verificado durante a observação e nos discursos apresentados pelos idosos:

“Eu passei com a enfermeira na quarta-feira porque eu tava com pouco remédio da pressão . Eu sempre vou nos dias certo do agendamento, como eu falei, eu gosto do atendimento deles...é, eles procuram também ajudar a gente no que for preciso e a orientação deles a gente entende também”. E12

“Falo, compreendo, eu compreendo alguma coisa que não compreendo eu pergunto pro médico explica muito bem, é... isso, eu venho cada três meses quando to boa, faço acompanhamento cada 3 meses aí eu venho quando não to boa venho antes. A enfermeira vê o resultado do papanicolau, da mamografia se precisar passo com o médico, já passei com a nutricionista também”. E11

O acolhimento tem sido um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde⁷⁰. O emprego de tecnologia inovadora para o agendamento e acompanhamento nos programas de saúde dos idosos, deve estar também na pauta do diálogo com os mesmos, na tentativa de se descobrir como melhor ajudar o idoso no seu tratamento, assim como promover e facilitar seu acesso ao atendimento integral à saúde.

5.2.1.2 COMUNICAÇÃO ASSERTIVA NÃO VERBAIS

Nesta unidade temática identificaram-se as seguintes unidades de registros: expressão facial, gestual, escuta, olhar.

a) Gestual

Sabemos, pelos estudos da comunicação não verbal, que através das expressões faciais podemos identificar alegria, tristeza, raiva, indiferença, desprezo, vergonha, interesse, medo e que essas expressões todas podem nos auxiliar a perceber como anda a nossa interação nossa relação com o idoso²⁹.

As expressões faciais, são as formas mais sutis da linguagem do corpo, conhecida por cinésica, que envolve todos os movimentos do corpo ou seja desde os gestos manuais, movimentos de membros e maneios da cabeça³⁵.

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa³³.

As expressões faciais como sorriso, interesse, atenção, foram observadas durante o atendimento nas UBS e no atendimento domiciliar, sendo que essas formas de comunicação não verbal foram expressas tanto pelos idosos como pelos profissionais da saúde, havendo demonstração de reciprocidade, emergindo sinais de vínculo, afeto e respeito entre os interlocutores. A linguagem adequada foi reforçada por essas expressões faciais demonstradas.

O gestual, principalmente os gestos de apoio é uma forma de comunicação não verbal que promove a comunicação assertiva e pode ser verificada durante este estudo nas diversas oportunidades de atendimento ao idoso realizado por profissionais da equipe de saúde na UBS e na visita domiciliar.

Na sala de espera de uma das UBS, observamos uma auxiliar de enfermagem, demonstrando gestos de apoio ao realizar o controle da pressão arterial de uma idosa, que ao explicar o procedimento de controle da pressão arterial orientado pelo médico, segurou o braço da idosa com cuidado, colocando-o apoiado na mesa auxiliar, sempre a olhando de frente, buscando certa reciprocidade de intenção no atendimento.

O toque instrumental constitui o contato físico necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Porém o toque expressivo ou afetivo é aquele espontâneo, afetivo com a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em

relação ao paciente³⁵.

No final deste mesmo atendimento observamos que a recepcionista e a auxiliar de enfermagem da equipe de saúde da UBS, procuraram e receberam o marido e o filho da idosa, para que estes a acompanhassem para o atendimento médico na unidade de saúde de média complexidade da cidade, orientando-os sobre o motivo do encaminhamento feito pelo médico, apoiando-os e acompanhando-os até o carro, que iria transportar a idosa.

Os gestos de apoio, assim como a expressão facial reforçam o uso de linguagem adequada, ao mesmo tempo em que reforça o vínculo dos idosos com a UBS.

c) Escuta

A escuta é um dos elementos da forma de comunicação não verbal que validaram a comunicação assertiva sendo apreendida por diversas vezes, durante a observação em alguns dos atendimentos aos idosos tais como: no acolhimento, na recepção, consulta de enfermagem, na sala de espera e em atendimentos específicos em visitas domiciliares.

Segundo Ayres⁷⁰ é no contínuo da interação entre usuário e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

A demonstração de acolhimento, receptividade e interesse ao ouvir com atenção o idoso pode ser apreendida durante a observação direta, efetivando uma comunicação assertiva.

A escuta inclui o ouvir reflexivamente, incentivando o idoso a continuar falando, demonstrando interesse em saber mais sobre o que está verbalizando, bem como

permanecer em silêncio procurando ouvir o que o outro tem a dizer, principalmente porque a tendência é falar demais e ouvir de menos ³⁵.

Estar em silêncio enquanto o interlocutor fala, pode não significar estar simplesmente calado, se esse tempo for de participação no ato de comunicação em presença, se isto significar uma oportunidade para reencontrar o equilíbrio pessoal, se for à forma escolhida para dar espaço ao interlocutor e a “janela” de abertura para um relacionamento saudável.

d) Olhar

No Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁴¹, nos recomenda para falar de frente ao idoso, sem cobrir a boca e, não virar nem nos afastar enquanto falamos. Refere que a comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

Ao realizarmos a observação dos interlocutores, idosos e profissionais da equipe de saúde, constatamos que estes permaneciam olhando de frente um para o outro enquanto dialogavam.

Enquanto o idoso falava seu olhar estava voltado de frente para o profissional de saúde que o atendia, observamos que este da mesma forma o olhava de frente. Esta forma de comunicação não verbal foi apreendida em várias oportunidades de atendimento, consolidando a assertividade da comunicação.

Assim, observamos que, de maneira geral, a comunicação assertiva prevaleceu nas formas de comunicação utilizadas nas UBS do município de Porto Feliz-SP, onde há uma boa interação entre idosos e profissionais da equipe de saúde nas UBS, evidenciando aspectos positivos para o atendimento da população idosa e trazendo

consequências satisfatórias, para o controle de saúde dos idosos.

5.2.2 COMUNICAÇÃO BLOQUEADA

Este tema central denominado como comunicação bloqueada, está relacionado ao processo de comunicação entre idoso e profissional da equipe de saúde, em que os interlocutores não estabeleceram uma comunicação efetiva interferindo na apreensão e no atendimento das necessidades de saúde do idoso, conseqüentemente no controle da saúde.

As unidades temáticas que emergiram foram igualmente os elementos verbais e não verbais. Nos elementos verbais foram identificadas as seguintes unidades de registro: barreira psicossocial e rotina de agendamento.

5.2.2.1 COMUNICAÇÃO BLOQUEADA VERBAL

Da mesma forma que a comunicação assertiva, a negativa pode direcionar toda a trajetória de um acompanhamento ao idoso, porém de forma a criar bloqueios quer em relação ao tratamento, quer em relação à própria unidade de saúde em si, podendo interferir no processo de comunicação conforme emerge neste discurso:

“Falo, falo, compreendo até certo ponto eu compreendo alguma coisa eu questiono entendeu é... porque a gente entende quando não é um mau atendimento quando é excesso de trabalho, falta de algum funcionário mas a gente percebe quando é má vontade e a gente questiona”. E6

Estudos sobre comunicação enfatizam a importância de se identificar as barreiras existentes que possam interferir nesse processo. Nesta unidade temática identificaram-se as seguintes unidades de registros: barreira psicossocial, rotinas de agendamento.

a) Barreira psicossocial

Uma das principais barreiras existentes na comunicação é a humana, que compreende a cultura, o temperamento, regionalismos, a classe social, emoções, percepções, etc., que podemos definir por barreiras psicossociais.

Vários discursos deixaram clara a diferença cultural existente entre a maioria dos idosos e dos profissionais de saúde participantes do estudo, principalmente relacionada à figura do médico e que parece ter interferido na integralidade do cuidado em saúde.

O “mito ligado à figura do médico”, parece dificultar a fidelização do idoso a UBS, bem como a busca para os acessos a outros níveis de assistência, e, conseqüentemente dificultando a integralidade do cuidado em saúde e a promoção da saúde do idoso.

Ainda relacionado à barreira psicossocial, pudemos apreender uma comunicação bloqueada, quando o idoso referiu estar com vergonha e constrangido perante o profissional médico, denotando estar com medo e com dificuldade para a verbalização de suas necessidades, quer pela postura do profissional quer pela barreira social existente, como mostram os seguintes depoimentos:

“Às vezes eu sinto até envergonhada da médica... às vezes eles tratam bem a gente, às vezes não... é ...fico constrangida, mas muitas vezes eu já saí de lá

com dúvida ...não, não, não, de perguntar não... eu vou de dois em dois meses pegar a receita que eu tenho enxaqueca alimentar...é com a médica”. E13

“Eu nem falei nada para o médico que me encaminhou, eu nem passei mais com ele porque...geralmente um médico não gosta que fale do outro eles não gostam não comentei nada com outro médico essas coisas assim que a gente é mais de idade e é já fica mais sensível e continua com os mesmos problemas ...conforme o médico eu consigo fazer isso, se o médico me deixa a vontade eu consigo perguntar se não, não”. E3

Neste caso, ficou explícito a necessidade de conscientização por parte do profissional de saúde quanto à utilização das formas de comunicação assertiva para viabilizar a verbalização do idoso, facilitando o tratamento terapêutico e consequentemente criando vínculo e o controle da saúde.

Portanto, na humanização das ações, os profissionais da saúde, devem estar atentos para perceberem os usuários do SUS com suas subjetividades, carências e medos de verbalizar anseios, ou de dizer algo que o profissional não goste, atitude que resulta em aceitar passivamente o que lhe é imposto⁷¹ e que na maioria das vezes, pode levar a efeitos nocivos para a saúde.

A comunicação pode ser bloqueada, levando em conta que o tipo de linguagem que estabelecemos com os idosos é definido a partir da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações, e por isso, é necessário avaliar o contexto e individualizar as informações⁴¹.

Assim, observamos no discurso do idoso com diagnóstico de Alzheimer, durante uma visita domiciliar feita pela enfermeira da ESF de uma das UBS participante do estudo:

“Tudo bem, tudo bem, tudo beemmm...o que eu faço durante o dia? Faz o que...Ah vá...(idoso fala um palavrão para a enfermeira, sendo repreendida pela cuidadora, sua filha)”. E20

E ainda, como no discurso de outro idoso, durante a entrevista na UBS:

“É tudo o que a gente tem para falar né, a gente consegue lembrar naquela hora a gente fala. Às vezes a gente vai embora e... esquece de falar isso pra médica, tudo isso acontece né. Isso já aconteceu comigo varias vezes, chego em casa, nossa precisava falar isso com a Dra não falei esqueci , daí fica pra próxima”. E14

Difícilmente alguém fala tudo o que pensa ou sente, principalmente devido a estas barreiras existentes, mas precisamos aprender a valorizar a comunicação nas suas formas verbal e não verbal, buscando “ver” o outro de uma forma holística. É importante quando entendemos o outro de uma forma mais inteira como sendo alguém que emite mensagens através de seu corpo todo, o que melhora nossas relações, considerando que o ser humano precisa e merece ser entendido na sua totalidade²⁹.

Identificar as barreiras é necessário, mas não o suficiente para a comunicação eficaz. Faz-se necessário também, uma ação que possa eliminar ou minimizar os efeitos das barreiras, facilitando a recepção que se iniciam com o acolhimento, visando estreitar vínculos entre os sujeitos envolvidos em um ambiente de comunicação, com autonomia, resolubilidade e responsabilização⁴⁰.

b) Rotinas de agendamento

Percebemos que a rotina do agendamento pode ser um fator favorável à organização dos serviços de saúde, em contrapartida parece ser um obstáculo para alguns idosos, gerando insatisfação do atendimento criando, muitas vezes uma barreira

na adesão ao controle de saúde do idoso, que não gostam de ter um dia determinado para comparecerem à unidade de saúde, preferindo, vir a UBS, quando não estão bem, como mostram os discursos abaixo:

“ah sei lá sou muito apressada... quero resolver, falar o mínimo, ser atendida e ir embora...não sou muito de estar procurando o médico e de ficar perturbando... aí só mesmo quando não estou me sentindo bem, só mesmo quando é coisa urgente. Por exemplo, tenho que passar com o médico. Aí tem que passar na recepção pra marcar...isso pra mim é muita burocracia...pra mim tinha que chegar e passar pelo médico, aí tudo bem...isso de voltar pra casa pra depois voltar pra passar no médico, isso complica bastante (risos).”
E8

“Às vezes não venho na consulta e eles ficam bravo porque eu não compareci, eles perguntam tudo porque não venho... às vezes estou mexendo com a água (corte de fornecimento da água), com a luz (corte de fornecimento da energia elétrica), eu sou a cabeça lá em casa, porque meu filho trabalha e eu tenho minha filha que é doente e que teve 7 filhos e eu assumi”. E5

A falta de conscientização dos idosos a respeito da necessidade do controle periódico da saúde, assim como o desconhecimento da equipe de saúde da necessidade de criar estratégia de comunicação eficaz, revelou uma prática do cuidado em saúde, que deve ser modificada para melhoria do controle da saúde dos idosos, de forma que os levem a uma mudança de atitude.

Na nossa relação com o idoso, se queremos provocar alguma alteração de hábito ou mesmo de comportamento, precisamos estar muito atentos para não desrespeitar o território que ele mesmo delimita, lembrando que na casa dele o limite é colocado e identificado através das suas próprias coisas e não adianta achar que estaremos “ajudando a procurar alguma coisa” quando, sem autorização abrimos a gaveta dele, pois isso é invasão de território, a gaveta é dele, a casa é dele²⁹, assim como as situações e dificuldades psicossociais que envolvem a sua vida e de seus familiares, só devem ser abordadas com a permissão ou solicitação dos idosos.

Portanto, a comunicação em saúde deve ser pensada como instrumento para a criação de novas tecnologias, pois o trabalho em saúde opera com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, que não pode ser expresso apenas por equipamentos e saberes estruturados⁴⁶. Requer incorporar recursos para transitar no campo das relações interpessoais³⁵.

5.2.2.2 COMUNICAÇÃO BLOQUEADA NÃO VERBAL

Juntamente com as barreiras humanas, as barreiras mecânicas, físicas e ambientais interferem no processo de comunicação. Nesta unidade temática identificaram-se as seguintes unidades de registros: barreira física, ausência da escuta e o gestual.

a) Barreira física

Em algumas dessas interações, a comunicação foi prejudicada por fatores ambientais, em relação à planta física de uma das UBS, onde por exemplo, a recepção e a sala de espera, ficavam muito próximas da rua, cujos ruídos interferiam na dinâmica da comunicação com os idosos.

Os ambientes ruidosos interferem no processo de comunicação em geral, mais ainda no atendimento em saúde, particularmente no atendimento ao idoso, que podem apresentar déficit da audição com o processo do envelhecimento.

Da mesma forma a iluminação, ou a falta dela, a existência de escadas, podem dificultar a interação do idoso com a unidade de saúde.

b) Ausência da escuta

É no contínuo da interação entre usuário e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde, o qual deve ter entre outras qualidades essa capacidade de escuta⁷⁰.

Assim, a ausência da escuta pode gerar barreira na comunicação, como revelou este discurso do idoso:

“...é com a médica... ela só passa receita, ela não pergunta nada e aí às vezes estou precisando até de um remedinho, lá alguma coisa que eu to sentindo, às vezes nem peço pra ela porque fica estranho”. E13

Como já descrito anteriormente, o silêncio pode ser facilitador da comunicação, quando se espera uma reação ou um estímulo a reflexão do idoso, porém em outras situações como a descrita acima, representa falta de interesse para as suas necessidades, ou até descaso em relação à sua pessoa.

O atendimento em saúde, respeitando o princípio da integralidade, desloca a prática em saúde da intervenção/medicalização para o cuidado, mediado pela interação profissional-cliente, não significando que tais práticas não sejam importantes e necessárias, mas que devem vir em um contexto de aproximação e escuta⁷¹.

Eis que, o cuidado integral na sua forma ampla, deve estar voltado para a garantia de melhores condições de vida e de saúde, no contexto da coletividade, onde o

idoso está inserido, buscando através de formas de comunicação assertivas, uma interação entre idoso e a equipe de saúde, com resolutividade e eficiência.

Porém, o modelo de atenção à saúde apresentado pela ESF, a verticalização do sistema cria alguns óbices favorecedores da fragmentação do trabalho, porque ainda falta comunhão de esforço da atenção básica com a média e a alta complexidade, favorecendo a falta de diálogo entre os profissionais e dificultando a percepção do resultado do trabalho⁷¹, como apreendemos neste discurso:

“Eu vim aqui com um médico novo e ele me encaminhou pra fazer uma cirurgia, mas eu acho que o cirurgião estava mal-humorado... ele olhou o papel (guia de referência e contrarreferência) e falou... aquele moleque faz essas coisas não sabe nem nada...”E3

A comunicação interpessoal entre a equipe de saúde e os idosos, deve consolidar a interação que estabeleça vínculo, compromisso de ambas as partes, tendo em vista a saúde do idoso. Implica que nesse processo de comunicação com o idoso a participação da equipe de saúde consiste em *ouvir, ouvir e...ouvir*²⁹.

As necessidades de saúde apreendidas pelos idosos, e que emergiram em seus discursos foram: o controle de pressão arterial, realização de exames, aquisição de medicamentos, guias de encaminhamento para atendimento especializado, consulta médica e de enfermagem para o controle da saúde, dentre outros, revelado neste discurso:

“Eu venho mais medir a pressão, é assim quase toda semana, uma vez por semana eu venho medir a pressão. Hoje eu vim consultar para pedir ao médico, uma guia pra mim consultar, pra ver os rins”. E1

c) Gestual

Em todo o processo de comunicação interpessoal, o corpo expressa um sentimento subjacente à mensagem, essa expressão é inconsciente e percebida, também de forma inconsciente e, muitas vezes interfere mais na comunicação que o verbalizado.

Gestos de agressividade, expressa pelo profissional da saúde de uma unidade de média complexidade, no município de Porto Feliz-SP, através da linguagem inapropriada, acompanhada de gestos de irritação, foram fatores que geraram comunicação bloqueada, interferindo na dinâmica da comunicação e consequentemente no controle da saúde, como ficou exposto neste discurso:

“...e o cirurgião rasgou a guia de encaminhamento na minha frente eu acho que ele estava mal- humorado... eu levei um susto e saí de lá... essas coisas assim que a gente é mais de idade e já fica mais sensível e continua com os mesmos problemas”.E3

Esta demonstração de agressividade, revela a inabilidade deste profissional da saúde, expondo a idosa, levando-a ao constrangimento durante o atendimento e a descontinuidade do seu tratamento.

A ESF contribuiu sobremaneira para a ampliação da rede de atenção básica, mesmo ainda distante das condições ideais de cobertura da demanda reprimida por atenção⁷¹ e da falta de conscientização por parte de alguns profissionais da saúde quanto ao uso das formas de comunicação, que podem tanto promover a qualidade do atendimento em saúde, como não, quando estes se utilizam das formas de comunicação que promovem bloqueios e consequentemente, a interrupção do tratamento terapêutico.

Assim sendo, acreditamos que o profissional da saúde deve demonstrar interesse pelo cuidado em saúde ao idoso e isso requer cordialidade, afeto, respeito e ética, contribuindo para a efetivação do processo de comunicação, da eficácia do tratamento e promovendo a qualidade de vida para a população idosa.

O ser humano demonstra através de suas expressões faciais o que está sentindo, mesmo sem nada verbalizar²⁹, porém a utilização de uma linguagem inadequada acompanhada de gestos inadequados, desencadeiam simultaneamente, expressões faciais que reforçam a linguagem e os gestos utilizados, emergindo uma **comunicação bloqueada**.

Além disso, percebemos que entre a AB e os níveis de atenção de média e alta complexidade, falta ampliação das ações dos sistemas de referência e contrareferência para aproximar-se da integralidade e favorecer um acompanhamento mais coerente com as necessidades dos usuários e do sistema⁷¹.

Portanto, os profissionais da saúde devem estar atentos no atendimento aos idosos, pois estes podem não dizer nada, mas percebem o significado das expressões faciais principalmente quando estas estão acompanhadas de linguagem inapropriada.

Da mesma forma que expressões faciais como alegria, interesse, sorriso, podem desencadear a criação de vínculo do idoso com o profissional da saúde, as expressões faciais como desprezo, raiva, desinteresse, podem desencadear bloqueios, quebra de vínculo, distanciamento do idoso, levando-o conseqüentemente à descontinuidade do controle da saúde.

Temos pouca consciência da expressão que fazemos quando conversamos com as pessoas. O idoso, porém, pode estar muito atento, pois já aprendeu como essa decodificação é importante. Isso ao longo da vida. A vida foi-lhe ensinado que as relações verdadeiras, ou as boas relações, são aquelas onde identificamos o outro de

uma forma mais inteira, nos interessando e estando atentos a como a pessoa se expressa no mundo, ao seu jeito e ao seu corpo²⁹.

Na comunicação com o idoso, mais do que em outras faixas etárias, devem ser considerados todos os elementos da comunicação verbal e não verbal, lembrando que cada pessoa, com seus costumes, tem uma linguagem própria originária de sua região, sua experiência, seu trabalho anterior, que precisam ser respeitados, pois é ouvindo a sua maneira de falar que conseguimos entender o significado dos termos utilizados por ela²⁹.

Assim, o saber ouvir com disposição durante o atendimento ao idoso, requer cordialidade, afeto, respeito e ética, contribuindo para a eficácia e para a fidelização do idoso junto a UBS no seu controle da saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de ampliação da clínica, a comunicação se apresenta como um recurso essencial, visto que se compõe de elementos facilitadores e dificultadores no processo das relações interpessoais, que deve ser valorizado e considerado para servir ao processo assistencial, principalmente na atenção básica.

Os resultados desta pesquisa mostram a existência de aspectos positivos e negativos nas formas de comunicação verbal e não verbal, entre os idosos e a equipe de saúde das UBS estudadas, apreendidas através das observações e nos discursos, mas que revelaram no seu conjunto boas atitudes para a efetivação do controle da saúde dos idosos.

Algumas formas de comunicação negativa revelaram situações prejudiciais para a prevenção de agravos e promoção da saúde dos idosos, como a falta de adesão ao tratamento e da conscientização destes da importância do controle da saúde para um envelhecimento com qualidade de vida, o que constitui um grande desafio para os profissionais da saúde para a obtenção de reais transformações nas atitudes dos idosos que não aderem ao tratamento. É necessária buscar formas de comunicação verbal e não verbal assertiva, capazes de gerar essa transformação.

Considerando que a AB busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e que a ESF é o solo fértil para a concretização dessas ações, se faz necessário uma articulação de saberes relacionado à comunicação assertiva, com suas formas de comunicação verbal e não verbal, como ferramentas eficazes para o atendimento das necessidades em saúde da população idosa, buscando sempre a viabilização do acesso à integralidade.

Entretanto, o cuidado em saúde para o idoso, atendendo o princípio da

integralidade é uma difícil tarefa, um desafio constante tanto para os gestores como para os profissionais da saúde.

A integralidade quando pensada na prática do cuidado em saúde para o idoso, apesar da sua amplitude e complexidade, pode ser viabilizada através de saberes que, muitas vezes não é valorizado, saberes estes que envolvem o processo de comunicação entre o idoso e equipe de saúde, pois o idoso quer atendimento de suas necessidades com dignidade, com respeito e cordialidade, caminhando para a obtenção de melhor qualidade de vida.

A comunicação base fundamental nas relações interpessoais em saúde, é um dos saberes que está relacionada à tecnologia leve, sendo articulada em uma relação subjetiva que pressupõe um processo comunicacional, o qual vai além do escrever, do falar, do olhar e do ouvir, ou seja, articula-se também com o meio histórico, social e cultural onde se encontram os usuários e os profissionais da saúde.

Desta forma, os profissionais da equipe de saúde devem passar periodicamente por oficinas de capacitação para o aprimoramento das formas de comunicação verbal e não verbal, envolvendo fatores relacionados aos contextos socioculturais, as crenças e valores da população idosa, para a criação e adequação de práticas de saúde utilizando formas de comunicação verbal e não verbal, eficientes e eficazes, buscando melhorar sempre a interação com os idosos.

Assim, deve haver por parte dos profissionais da saúde e seus gestores, uma conscientização da importância de reconhecer as necessidades de saúde do idoso, onde o espaço de intervenção comunicativa assume lugar de relevo, com vistas a oferecer um tratamento integral e com qualidade.

Consideramos, importante as estratégias voltadas para o cuidado em saúde para a população idosa, visando melhorar cada dia mais a qualidade do atendimento de suas

necessidades, porém esta proposta não deve se limitar a novas configurações e técnicas de trabalho, mas implica em disponibilidade, abertura ao outro, valorização do interlocutor e, principalmente solidariedade.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. Organización Pan-americana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OPS; 1994 [online]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos> (14 out.2007).
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em :http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/preocupacao_futura (10 de novembro de 2007).
3. Organização Mundial da Saúde. Disponível em <http://www.who.int/em> (acesso em 09 Nov 07).
4. Brasil. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística & Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica Nº 27. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro, 2010.
6. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev C S Col 2007; 12(2): 363-72.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Série Pactos Pela Saúde. V 12. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2006; p.17-33.
8. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Ver. Esc. Enferm. USP vol 30 nº 3 São Paulo dez. 1996.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília; CONASS, 2011. 291p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011.
11. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro:IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.
12. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 113-261.
13. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, 8(2): 569-584, 2004.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93. Brasília; Ministério da Saúde, 1993.

15. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001. p. 39–64.
16. Ibáñez N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3):683-703.
17. Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.*, set. 2002, vol. 23,nº 80, p. 25-48.
18. Vasconcelos CM. Paradoxos na Mudança no SUS. Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, 2005.
19. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: MS, 1994.
20. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface comunicação, saúde, educação* 2001; 9:143-145.
21. BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. V. 4. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2006.
23. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e Atenção Básica: um Estudo Exploratório dos Problemas Éticos Vividos por Enfermeiros e Médicos no PSF. Ver. *Cogitare Enferm.* 2006 mai/ago; 11(2): 133-42.
24. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: MS, 2002.
25. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde coletiva* v.12 n. 2 Rio de Janeiro mar/abr, 2007.
26. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção Integral a saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais da saúde. *Rev. esc. enferm. USP* vol. 44 nº 2 São Paulo, jun, 2010.
27. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thunné E, Silveira DS. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf): Relatório Final. Pelotas: UFPEL; 2006.
28. Mendes IAC, Trevisan MA, Nogueira MS. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. Ver. *Gaúcha Enferm.* 1987; 8(2): 204-219.

29. Silva MJP. A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar de idosos. Cap. 15. In: Duarte YA de O.; Diogo MJD. (Org.). Atendimento domiciliar – Um Enfoque Gerontológico. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1, p. 203-212.
30. Pluckhan ML. Human Communication – the matrix of Nursing. New York, McGraw Hill Book, 1978.
31. King IM. A theory for Nursing systems, concepts process. New York, John Wiley, 1981.
32. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/São Paulo; 2008.
33. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. Saúde coletiva vol. 12 no. 2 Rio de Janeiro Mar/Apr. 2007.
34. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.
35. Haddad, JGV. Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na rede do município de Itajubá. São Paulo, 2011.
36. Oliveira MAS. Teoria da ação comunicativa de Habermas: Possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Educação & Sociedade, ano XX, nº 66, Abril/99.
37. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
38. Kesselring T. De onde provêm as normas éticas? Da decisão individual ou do discurso livre? A controvérsia entre Habermas e Tugendhat. In: De Boni LA, organizador. Finitude e transcendência. Petrópolis; Vozes; 1996. p. 766-781.
39. Silva MJP. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? Ver. Soc. Bras. Cancerol. 1999; 2(8): 3-8.
40. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Cien.Saúde Colet. 2006; 11(1): 53-61.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília-DF, 2006.
42. Souza JM, Bonadio IC, Stefanelli MC. Percepção da Comunicação Enfermeira-Paciente Idoso em ambiente hospitalar. Comunicação em Enfermagem: Relatos de Pesquisa do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto. 1998.

43. Donnangelo MC, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
44. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
45. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Agir em Saúde. Um desafio para o Público (E.E. Merhy & Onocko, org.), pp. 71-119, São Paulo: Editora Hucitec, 1997a.
46. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
47. Pinheiro R; Mattos RA (Orgs). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2003.
48. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção do usuário e do trabalhador em saúde.
49. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Cartilha PNH – Projeto Terapêutico Singular. Brasília, 2004.
50. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:549-60.
51. Deslandes SF. A análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9:7-14.
52. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Rev APS. 2007;-10:106-15.
53. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP, 2004; 38 (2): 143-51.
54. Spradley JP.; McCurdy, DW. The cultural experience: ethnography in complex society. USA: Science Research Associates, 1972.
55. Michel T. A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos / Tatiane Michel. Curitiba, 2010.
56. Fetterman DM. *Ethnography Step by Step*. 2nd ed. London: Sage Publication, 1998. Laplantine, F. A descrição etnográfica. SP: Terceira Margem, 2004.
57. Spradley J. Participante observation. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1980.
58. Nakamura, NA. Avaliando a Função de Comunicação no Atendimento Domiciliário do Idoso. Cap. 16. In: Duarte YA de O.; Diogo MJD. (Org.). Atendimento domiciliar – Um Enfoque Gerontológico. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1, p. 213-220.
59. Chapey R. Language intervention strategies in adult aphasia. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.

60. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Governo de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
61. Prefeitura da Estância Turística de Porto Feliz-SP. <http://www.portofeliz.sp.gov.br>
62. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 276-83.
63. Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. Esc. Anna Nery 2010; 14(4): 848-55 [citado 2011 Nov 16] disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/ean/v144/v14n4a27.pdf>.
64. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira da Silva GS, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo W. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface: Comunic., Saúde, Educ. No prelo 2010.
65. Laurenti R, Melo-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Cienc Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.
66. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. 1996. Brasília.
67. Garcia FHA, Mansur LL - Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. Acta Fisiatr 2006; 13(2): 87-89.
68. Schütz A. *El Problema de la Realidad Social*, Buenos-Aires, Argentina, Amorrortu, 1974.
69. Virgil J. Síntese da relação da tecnologia com o ser humano e a sociedade. Inf., Londrina, v.13 (1):48-71, 2008.
70. Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade;13(3):16-29, set.-dez. 2004.
71. Garcia TR, Egry EY, Organizadoras. Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 29 de abril de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Rita Tereza de Almeida

Ref.: Processo nº 1032/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“A comunicação do idoso e a Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: um acesso a integralidade?”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

OFÍCIO ESPECIAL/2011

Porto Feliz, 24 de maio de 2011.

Prezado (a) Senhor(a),

Venho pelo presente solicitar de Vossa Senhoria a autorização para realização de uma pesquisa sobre “A comunicação do idoso e a Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: um acesso a integralidade?”.

Saliento que sou aluna do curso de Mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e que o esboço em questão se autorizado será realizado dentro dos transmisses acadêmicos sendo que disponibilizo o projeto de pesquisa, com objetivos e metodologia propostos.

A pesquisa será orientada pela Prof^ª Dra.. Suely I. Ciosak da Universidade de São Paulo (USP), e nos colocamos a disposição para esclarecimentos que fizerem necessários.

Sendo o que se apresenta, aproveitamos para reiterar votos de elevada estima e distinta consideração.

Rita Tereza de Almeida

Ilma Sra.
Dra Francies Regiane de Oliveira

Prefeitura do Município de Porto Feliz
Coord^ª. Francies Regiane Oliveira
Coordenadora Técnica ESF
COREN: 85589

recebido em 24/05/2011

**Projeto de Consolidação e Qualificação da Assistência Ambulatorial
da Secretaria de Saúde do Município de
Porto Feliz**

Porto Feliz, 01 Junho de 2011.

Ofício Coordenação Técnica ESF Nº 179/2011

Ilma. Sr^a. Rita Tereza Almeida

Escola de Enfermagem

Universidade de São Paulo

Assunto: Autorização para coleta de dados.

Prezada Mestranda

Informamos que seu projeto de pesquisa “A comunicação do idoso e a Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: um acesso a integralidade” foi apreciado e aprovado por esta Coordenação e pela Secretária Municipal de Saúde sendo autorizada a coleta de dados.

Solicitamos que ao término da pesquisa os resultados obtidos sejam encaminhados para apreciação com vistas à melhoria do processo de comunicação.

Atenciosamente,

Francies Regyanne Oliveira

Coordenadora Técnica ESF/ISAMA

COREN 85599

9- APÊNDICES

9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada “**A comunicação do idoso e a Equipe de Saúde da Família no município de Porto Feliz-SP: um acesso à integralidade?**” sob a orientação da Professora Doutora Suely I. Ciosak e participação da aluna Rita Tereza de Almeida do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 (duas) vias, sendo que uma delas ficará com o sujeito da pesquisa e outra via com o pesquisador.

O estudo tem como objetivo: Verificar quais são as formas de comunicação utilizadas nas UBS para o atendimento aos idosos.

A pesquisa busca ainda, verificar como as informações fornecidas pela equipe de saúde são compreendidas pelos idosos, verificar a relação agendamento e comparecimento dos idosos na UBS, conhecer as necessidades de saúde percebidas pelos idosos, verificar as implicações da comunicação no atendimento e resolutividade sobre as necessidades apontadas pelos idosos.

Sua participação é voluntária e consiste em responder as perguntas de um questionário. Serão garantidos o seu anonimato e sigilo das informações e os dados serão utilizados exclusivamente para essa pesquisa.

Durante a pesquisa o Sr (a), terá liberdade para e retirar o consentimento em qualquer fase do estudo, se assim o desejar.

Se o Sr (a) aceitar participar da pesquisa deverá ler e assinar a declaração abaixo:

Eu declaro que, após ter sido orientado (a) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, sei que as informações serão utilizadas somente para fins deste estudo, sei que meu nome será mantido em sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas e concordo em responder o questionário. Declaro que concordo com a utilização de todos estes dados nesta pesquisa.

Participante: _____

Entrevistadora: _____

Porto Feliz, ____/____/____

Comitê de Ética da EEUSP: edipesq@usp.br

Orientadora: Suely I. Ciosak (siciosak@usp.br)

Pesquisadora: Rita Tereza de Almeida (ritatereza1@usp.br)

9.2 Roteiro para a observação etnográfica

Elementos observados nas formas de comunicação verbal e não verbal			
Profissional		Idoso (a)	
Comunicação Verbal - Sim(S) Não(N)		Comunicação Verbal - Sim(S) Não(N)	
Fala muito alto	S N	Fala as queixas com clareza	S N
Usa frases objetivas	S N	Faz perguntas quando há dúvidas	S N
Repete informação s/n	S N	Fala baixo	S N
Faz cobranças	S N	Fala suas expectativas	S N
Faz críticas	S N	Faz críticas ao seu tratamento	S N
Tem linguagem apropriada	S N	Compartilha sua história de vida	S N
Interrompe idoso (a) ao falar	S N	Explica o que necessita	S N
Faz gracejos com desrespeito	S N	Elogia o profissional	S N
Fala do Cartão do Idoso	S N	Fala que esquece o agendamento	S N
Profissional		Idoso (a)	
Comunicação Não Verbal-Sim(S) Não(N)		Comunicação Não Verbal -Sim(S) Não(N)	
Ouve com atenção	S N	Ouve com atenção	S N
Gestos de displicência	S N	Olha de frente para o profissional	S N
Olha de frente para o idoso (a)	S N	Gestos de desinteresse	S N
Gestos de irritação	S N	Gestos de irritação	S N
Calmo durante o atendimento	S N	Gestos de desconfiança	S N
Demonstra Pressa	S N	Gestos de insatisfação	S N
Gestos de desconfiança	S N	Compreende as orientações	S N
Gestos de apoio	S N	Tem adesão ao tratamento	S N
Negligência	S N	Gestos de insegurança	S N

9.3 Questionário para entrevista

A. Caracterização dos idosos

Sexo () M () F

Idade:anos

Estado civil: () solteiro () casado () amasiado () viúvo
() divorciado () desquitado () outros

Condição marital: convive com algum parceiro () sim () não

Tem filhos vivos: () sim () não

Escolaridade : () analfabeto () ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo () ensino médio completo
() ensino superior

Ocupação:.....

◆ Dados de Moradia:

() casa própria () casa alugada () casa emprestada

Quantas pessoas residem na casa?.....

◆ Dados socioeconômicos:

- () renda mensal Inferior a um salário mínimo
- () renda mensal entre 1 A 3 salários mínimos
- () renda mensal maior que 3 salários mínimos
- () não tem renda

Entrevista específica

- 1- Quando o (a) Sr (a) vem a Unidade de Saúde, o (a) Sr (a) fala tudo o que deseja?
 - 2- O (A) Sr (a) compreende as orientações dos médicos e dos outros funcionários?
- Caso não entenda pede para repetir ou prefere manter a dúvida?
- 3- Quando o (a) Sr (a) vai à Unidade de Saúde?
 - 4- Quem o (a) atende na Unidade de Saúde? Fale sobre o atendimento.
 - 5- Quem o (a) atende em sua casa? Fale sobre o atendimento.
 - 6- O (A) Sr (a) sempre vem nos dias agendados?
 - 7- O (A) Sr (a) sente satisfeito (a) com o atendimento? Tem alguma sugestão?