



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Ana Paula Nicácio Leite

COMUNICAÇÃO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

**promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para a Doença Renal
Crônica**

Belo Horizonte

2020

ANA PAULA NICÁCIO LEITE

COMUNICAÇÃO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

**promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para a Doença Renal
Crônica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Área de Concentração: Comunicação e Saúde
Pública

Orientadora: MSc. Sandra Minardi Mitre

L533c

Leite, Ana Paula Nicácio.

Comunicação e saúde na atenção primária: promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para Doença Renal Crônica. /Leite, Ana Paula Nicácio. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

109 f.

Orientador(a): Sandra Minardi Mitre.

Monografia (Especialização) em Comunicação e Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Doença Renal Crônica. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Hipertensão Arterial Sistêmica. 5. Diabetes Mellitus. I. Mitre, Sandra Minardi. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WJ 342

Ana Paula Nicácio Leite

COMUNICAÇÃO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

**promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para a Doença Renal
Crônica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Comunicação e Saúde.
Área de Concentração: Comunicação e Saúde
Pública
Orientadora: MSc. Sandra Minardi Mitre

Banca Examinadora

Orientadora: Mestre Sandra Minardi Mitre

Avaliador: Doutora Maria Terezinha de Oliveira Fernandes

Avaliador: Mestre Jean Alves de Souza

Belo Horizonte, 26 de maio de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me mostrar o caminho certo, aos meus pais pelo amor incondicional. Sebastião e Irene, sempre eternos aqui dentro...

Agradeço também aos meus irmãos Hugo, Maria Hilda, Vera, Wagner, Luis Otávio, Marco Antônio, Francisco, Renato, Márcia e Vilma pela amizade, atenção e apoio, principalmente nos momentos mais difíceis. Agradeço também ao Regis pelo carinho e compreensão.

Agradeço à minha orientadora, Sandra Minardi Mitre, por indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar.

Quero agradecer também aos professores do curso de especialização em Comunicação e Saúde da ESP/MG pela dedicação e elevada qualidade do ensino oferecido, especialmente ao coordenador Professor Jean Alves de Souza por estar sempre presente nessa caminhada.

A todos os meus colegas do curso de Comunicação e Saúde pelo espírito colaborativo.

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.”

Nelson Mandela

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma morbidade com grande impacto na saúde pública mundial e na vida social e profissional das pessoas acometidas. A fase terminal desta doença requer tratamento dialítico, que pode durar a vida inteira. Poucos podem recorrer a um transplante renal, contraindicado para a maioria dos pacientes. No Brasil, foi evidenciado que o número de pessoas nessa condição vem aumentando a cada ano. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a prevalência e a incidência de DRC na fase terminal aumentaram de 544 e 180 para 610 e 194, respectivamente, entre 2015 e 2017. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental, nos sistemas de saúde do mundo, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS), para a promoção da saúde, na prevenção e no controle de fatores de risco relacionados à DRC, em especial a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O direito à saúde é garantido pela Constituição Federal do Brasil e está diretamente ligado ao direito à comunicação. É por meio da Comunicação e Saúde (C&S) que a população pode ter acesso às informações sobre as medidas de promoção da saúde, prevenção/control de doenças e assistência à saúde, se apropriando dos seus direitos para o exercício da cidadania. O objetivo desse trabalho foi identificar e analisar como acontecem as formas de C&S na APS do SUS, para a promoção da saúde, e prevenção e controle dos principais fatores de risco para DRC, notadamente, DM e HA. Trata-se de uma revisão integrativa com buscas em documentos e legislações disponíveis pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), em dados do Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da SBN e nas bases de dados da Biblioteca virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores: "Atenção Primária à Saúde" and "Diabetes Mellitus" and "Hipertensão Arterial" and "Comunicação". Foram selecionados 23 artigos. As formas de comunicação identificadas foram: (1) Educação em Saúde (ES) (2); Comunicação Interpessoal (CIP); (3) Comunicação Interprofissional (CIPR); (4) Comunicação na Continuidade da Assistência (CCA) e (5) Educação Permanente e Continuada (EPC). Foi evidenciado que a ES foi a forma de C&S mais utilizada pelas equipes da APS. Quando realizada por interações dialógicas com os usuários, desde as consultas, palestras e grupos operativos, promove o autocuidado e adesão ao tratamento. A CIP é essencial na C&S entre os profissionais de saúde e os usuários, por permitir o acolhimento e vínculo, a escuta qualificada na busca de resolutividade dos problemas de saúde relacionadas às Doenças Crônicas Não

Transmissíveis (DCNT). A CIPR é um termo recente e pouco usado na literatura nacional, mas importante nas interações entre os profissionais de saúde para o cuidado integral das equipes. Foram evidenciados processos comunicacionais hierarquizados e verticais, além de excesso de atividades burocráticas e demandas dificultando as reuniões das equipes. Constatou um baixo nível de C&S entre a APS e a rede de serviços do SUS que prejudica a continuidade do cuidado nas DCNT, sendo necessário o investimento em tecnologias de C&S, como também a implantação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS). A ECP foi considerada essencial para melhorar eficácia da atenção as DCNT. Concluiu-se que, para aprimorar a qualidade da C&S, é fundamental aumentar o financiamento do SUS para possibilitar a fixação de profissionais na APS e toda rede SUS, investindo na qualificação profissional em C&S e na, implantação de SIS integrados para um sistema de comunicação mais resolutivo.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Crônica Não Transmissível, Comunicação e Saúde, Educação em Saúde, Comunicação Interpessoal, Comunicação Interprofissional, Continuidade da Assistência, Educação Permanente e Continuada, Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (DRC) is a morbidity with great impact on the world public health and on the social and professional life of affected people. The terminal phase of this disease requires dialysis treatment, which can last a lifetime. Few can resort to a kidney transplant, contraindicated for most patients. In Brazil, it was evidenced that the number of people in this condition is increasing every year. According to the Brazilian Society of Nephrology (SBN), the prevalence and incidence of DRC in the terminal phase increased from 544 and 180 to 610 and 194, respectively, between 2015 and 2017. Primary Health Care (APS) plays a fundamental role in the world's health systems, including the Unified Health System (SUS), for health promotion, and in the prevention and control of risk factors related to DRC, especially Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (HAS). The right to health is guaranteed by the Federal Constitution of Brazil and is directly linked to the right to communication. It is through Communication and Health (C&S) that the population can have access to information on health promotion measures, disease prevention/control and health care, appropriating their rights to exercise citizenship. The objective of this work was to identify and analyze how the forms of S&S occur in the APS of the SUS, for health promotion, and prevention and control of the main risk factors for DRC, notably DM and HAS. This is an integrative review with searches in documents and legislation available by the Ministry of Health and the World Health Organization (OMS), in data from the Brazilian Survey of Chronic Dialysis of SBN and in the databases of the Virtual Health Library (BVS) using the descriptors: "Primary Health Care" and "Diabetes Mellitus" and "Arterial Hyperarrest" and "Communication". Twenty-three articles were selected. The forms of communication identified were: (1) Health Education (ES) (2); Interpersonal Communication (CIP); (3) Interprofessional Communication (CIPR); (4) Communication in Continuity of Assistance (CCA) and (5) Continuing and Continuing Education (EPC). It was evidenced that ES was the form of C&S most used by APS teams. When performed by dialogical interactions with users, from consultations, lectures and operative groups, it promotes self-care and treatment adhering. CIP is essential in C&S among health professionals and users, because it allows welcoming and bonding, qualified listening in the search for resolution of health problems related to Chronic Noncommunicable Diseases (DCNT). The CIPR is a recent term and little used in the national literature, but important in the interactions between health professionals for the

comprehensive care of teams. Hierarchical and vertical communication processes were evidenced, in addition to excessive bureaucratic activities and demands, making it difficult to meet the teams. It found a low level of C&S between APS and the SUS service network that impairs the continuity of care in DCNT, and it is necessary to invest in C&S technologies, as well as the implementation of Health Information Systems (SIS). EPC was considered essential to improve the effectiveness of DCNT care. It was concluded that, in order to improve the quality of C&S, it is essential to increase the financing of the SUS to enable the establishment of professionals in APS and the entire SUS network, investing in professional qualification in C&S and in the implementation of integrated SIS for a more resolute communication system.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Primary Health Care, Unified Health System, Diabetes Mellitus, Systemic Arterial Hypertensão, Chronic Noncommunicable Disease, Communication and Health, Health Education, Interpersonal Communication, Interprofessional Communication, Continuity of Care, Permanent and Continuing Education, Health Information System.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
C&S	Comunicação e Saúde
CF	Constituição Federal
CICPS	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
CCA	Comunicação na Continuidade da Assistência
CIPR	Comunicação Interprofissional
CIP	Comunicação Interpessoal
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EAS	Elementos Anormais e Sedimentoscopia
EPC	Educação Permanente ou Continuada
ES	Educação em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GO	Grupos Operativos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PCAF	Práticas Corporais e Atividades Físicas
PICS	Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde
PMP	Pacientes por Milhão de Pessoas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 Características da Doença Renal Crônica	20
3.2 A Criação do Sistema Único de Saúde	23
3.3 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	25
3.3.1 O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde	30
3.3.2 A Atenção Primária à Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis	32
3.4 Comunicação e Saúde	36
3.4.1 Comunicação e Saúde: Ampliando Conceitos	36
3.4.2 A Comunicação e Saúde no Sistema Único de Saúde	39
3.4.3 Os Processos de Comunicação e Saúde e a organização da Atenção Primária à Saúde	43
4 METODOLOGIA	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 As formas de Comunicação e Saúde identificadas na Atenção Primária à Saúde	77
5.1.1 Educação em Saúde	77
5.1.2 Comunicação Interpessoal	80
5.1.3 A Comunicação Interprofissional	83
5.1.4 A Comunicação na Continuidade da Assistência	85
5.1.5 Educação Permanente ou Continuada	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

1 INTRODUÇÃO

Minha vida profissional iniciou-se em 1995 no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) com ingresso, por meio de concurso público, em uma das nove regionais de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), regional leste, dois anos após a conclusão da graduação em medicina veterinária. Primeiramente coordenei as equipes de controle de zoonoses, pragas e endemias, notadamente, dengue e leishmaniose visceral. Em 2004, fui realocada, por meio de seleção interna, para os setores de sistemas de informação e epidemiologia do distrito sanitário leste para a consolidação de dados de produtividade das unidades de saúde e coordenação da implantação do cartão SUS. Minha nomeação como fiscal da vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) do município se deu em 2007 e, atualmente, uma das minhas atividades é a realização de vistoria em estabelecimentos de saúde que prestam serviços de diálise na assistência a pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em fase terminal.

Segundo relatos feitos por profissionais de saúde e gestores de serviços de diálise que atendem pacientes com DRC, o número de vagas disponibilizadas pelo SUS-BH para o atendimento a pacientes renais crônicos terminais é sempre insuficiente para a cobertura da demanda. Também, de acordo com a Comissão Municipal de Nefrologia e Transplantes da SMSA/PBH, que aloca os pacientes nas vagas existentes nos sete serviços especializados e conveniados ao SUS-BH, a demanda por vagas em serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) vem aumentando ano a ano. Ademais, para cada paciente em TRS existem de 20 a 30 pacientes em diferentes outros estágios da DRC (JONES *et al.*, 2000 *apud* TRISTÃO, 2011).

Para Thomé *et al.* (2019, p. 1), “o número absoluto de pacientes e as taxas de incidência e prevalência em diálise continuam a aumentar”. Entende-se por incidência o número de casos novos e prevalência o número total de casos de pacientes renais crônicos (THOMÉ, 2019).

A DRC é um grave problema de saúde pública que vem, no decorrer dos anos, aumentando no Brasil. A doença tem evolução silenciosa que compromete a função renal, cujos sintomas são evidentes apenas na fase terminal, que é a fase mais avançada da doença, quando há perda funcional irreversível dos rins (TRISTÃO, 2011).

Nesta fase, os pacientes necessitam realizar TRS, ou seja, sessões de diálise em unidades especializadas, que além de aumentar os gastos do SUS, apresenta um alto grau de

risco sanitário para os pacientes. Vale destacar que a doença acomete especialmente a população economicamente ativa, impactando na qualidade de vida e no cotidiano destas pessoas, como também, ocasiona restrições dietéticas e mudança na imagem corporal, que interferem na autoestima, e pode, inclusive, levar a perda do emprego e atividades sociais (TRISTÃO, 2011).

Na fase terminal da DRC é necessário realizar procedimentos dialíticos, a TRS nas modalidades hemodiálise e diálise peritoneal, ou mesmo pode ser indicado o transplante renal mediante quadro do paciente. Todavia, o transplante renal é uma opção complexa e não indicada para a maioria dos pacientes, que, portanto, necessitarão de TRS para o resto da vida (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Em inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), junto às clínicas de diálise de todo o país no ano de 2017, as principais causas primárias de DRC foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) tipo I e tipo II, correspondendo a 34 e 31% destes pacientes, respectivamente (THOMÉ *et al.*, 2019).

A HAS e a DM são classificadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), enfermidades que “apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (BRASIL, 2014d). Dentre as DCNT estão também o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o infarto, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, que constituem as maiores causas de morte (63%) e de morbidades incapacitantes no mundo.

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das principais causas de morte e estão relacionadas à transição demográfica e epidemiológica, com queda nas taxas de natalidade e mortalidade, que resultaram no envelhecimento da população (MALTA *et al.*, 2019). Elas decorrem também das mudanças sociais contemporâneas, que impactaram no modo de viver e de se alimentar da população, resultando no aumento da prevalência de obesidade, sedentarismo e de outros fatores de risco, e conseqüentemente, o aumento do número de casos de HAS e DM (DUARTE; BARRETO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011b), há que se considerar que alguns dos fatores de risco para a DCNT são passíveis de prevenção, são os fatores de riscos considerados modificáveis, como o tabagismo, consumo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação inadequada. No entanto, os determinantes sociais relacionados às iniquidades sociais, como as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, à educação e à informação podem ser enfrentados com políticas de equidade.

As ações de proteção à saúde de pacientes com DCNT e DRC são estabelecidas pelo MS, e estão baseadas em ações de promoção da saúde e de prevenção/controlado dos fatores de risco, que devem ser desenvolvidas desde a Atenção Primária à Saúde (APS) às Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são organizadas de forma a garantir a universalidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011b, 2014a, 2014b, 2014d, 2015).

Considerando a importância de fortalecer as ações e estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, é fundamental compreender as atribuições da APS. Para Mendes (2009) quatro atributos são essenciais na APS: (1) porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro contato do usuário, que representa sua acessibilidade e uso do serviço sem barreiras; (2) a longitudinalidade, acompanhamento do cuidado humanizado ao longo do tempo; (3) a integralidade, conjunto de ações realizadas por equipes, que atendam com responsabilidade e resolutividade as demandas de saúde individual e coletiva de uma população adstrita, considerando os aspectos biopsicossociais e epidemiológicos; e, (4) a coordenação, como sua capacidade de garantir a continuidade coordenada da atenção, por meio de suas equipes e do sistema.

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 anunciou as garantias para sistematizar as ações e serviços de saúde inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência em todo território nacional (BRASIL, 1988). Neste contexto, e após várias discussões sobre a formatação de atendimento integral no SUS, a APS passou a funcionar como a porta de entrada para a organização do cuidado integral da população que está sob sua responsabilidade, além de ser a coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas e informações em todos os demais serviços de saúde disponibilizados em RAS. Portanto, no Brasil, a APS constitui-se como o primeiro contato da comunidade com o sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado contínuo, integral, universal e gratuito, atendendo às necessidades de saúde da população, no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e prevenção/controlado sobre os fatores de risco que são determinantes de doenças e agravos que acometem a população. (BRASIL, 2014a). As ações da APS são desenvolvidas em áreas físicas denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Vale lembrar que, em 1994, após a implantação bem sucedida do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em algumas áreas no final dos anos 80, o MS implantou o Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, nessa época, o PSF estava limitado a grupos populacionais de maior risco social, expostos a precárias condições sanitárias. Reconhecido como estruturante para a APS, o PSF foi sendo reorganizado ao

longo dos anos e redefinido como Estratégia da Saúde da Família (ESF), pela Portaria nº 648 do MS, em 28 de março de 2006, marco de sua consolidação nacional e expansão pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

Segundo Souza (2016), os principais diferenciais da ESF são o foco na família, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a adoção de equipe multidisciplinar. A ESF possibilitou a criação de vínculo e a responsabilização que facilitam o acesso à informação e adesão do usuário ao cuidado, além de permitir o reconhecimento e a intervenção nos fatores de risco a que a população possa estar exposta e na qualidade do cuidado prestado na APS. Segundo Souza (2016, p. 36) “... a ESF foi pensada como um modelo de saúde para trabalhar a Atenção Básica de forma contra-hegemônica, as usuais na saúde, centradas basicamente na doença”.

Para melhor compreensão, considera-se-á a concepção de hegemonia como:

[...] a capacidade que os polos dominantes têm de conquistar e manter o poder por meio do consenso, mas com alcance tal qual a força bruta. Manter o consenso e de responsabilidade da religião, educação e principalmente da comunicação social na qual os meios de comunicação tornam visíveis as ideias, as interpretações da realidade e as ações dos grupos dominantes, possibilitando a manutenção do poder (GRAMSCI *apud* SOUZA, 2016, p. 43).

Vale lembrar que antes da implantação do SUS, o modelo hegemônico que predominava na política pública de saúde era o biomédico, que desconsiderava os fatores socioeconômico e cultural envolvidos no processo saúde-doença. De uma maneira geral, no conceito vertical hegemônico, o conteúdo emitido limita a interpretação e impede o envolvimento da população em questões importantes da vida em sociedade (OLIVEIRA, 2000).

Os ACS se tornaram personagens-chave na implantação das políticas da APS, por fazerem parte da comunidade, apresentarem maior acesso aos pacientes funcionando como elo entre usuário/família e serviço de saúde, estabelecendo, portanto, vínculos mais estreitos com a população adscrita. Pela aproximação com as necessidades reais das populações e indivíduos, eles têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida e a ampliação das redes sociais de suporte da população (SOUZA, 2016).

Em 2008, o MS instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria 154/08, sendo, atualmente, denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (BRASIL, 2008a, 2017a). É formado por equipes multiprofissionais, com saberes diversos para apoio matricial das equipes possibilitando o desenvolvimento de

trabalho coletivo sem centralizá-lo no modelo biomédico. As equipes do NASF-BH atuam na humanização da atenção incorporando práticas de vigilância, promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde, possibilitando a integralidade e a organização territorial dos serviços de saúde contribuindo com a continuidade do cuidado prestado à população vinculada às equipes da UBS. É ainda responsável por ações intersetoriais/interdisciplinares, por meio de parcerias com a sociedade civil organizada do território, tais como creches, escolas, ambientes de trabalho, igrejas, meios de comunicação de massa, como rádios comunitárias, com o objetivo da integralidade do cuidado na APS a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população, tendo o cuidado para que não ocorra a fragmentação das ações de saúde (BRASIL, 2010a).

Cabe um parêntese para os retrocessos vividos pela política pública da saúde nos últimos anos. Desde 2016, quando governos neoliberais tomaram o poder, as políticas públicas implantadas, como a reforma constitucional que redefiniu o financiamento de ações públicas, o chamado teto de gastos, agravou os problemas de financiamento da saúde. Além disso, a nova PNAB, estabelecida em 2017, vem contra os princípios preconizados pelo SUS, pois, flexibiliza a universalidade do cuidado e não prioriza o desenvolvimento de ações preventivas para a proteção da saúde da população estimulando, assim, a volta do modelo biomédico centrado na doença que prevalecia antes da criação do SUS (BRASIL, 2017a). O objetivo de desmonte do SUS ficou ainda mais evidente com as publicações do governo federal, Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019), que redefiniu o “desfinanciamento” da APS, e a Nota Técnica nº 3 de 2020 que elimina, na prática, o financiamento federal do NASF-AB, enfraquecendo as ações desenvolvidas na APS (BRASIL, 2020).

Há que se ressaltar que o direito à informação e à saúde de qualidade é garantido na CF. Neste contexto, o direito à saúde está diretamente ligado ao direito à comunicação, pois, pela comunicação a população pode ter acesso às informações sobre as medidas de promoção da saúde, prevenção/control de doenças e assistência à saúde, e apropriar-se dos seus direitos de saúde atingindo um projeto amplo de exercício da cidadania (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

De acordo com Oliveira (2000), a comunicação é um processo que possibilita que uma mensagem (informação) circule, seja promovida e compreendida de forma a originar conhecimento e mudança de comportamento. Deste modo, a adoção de processos de comunicação junto à população é fundamental na APS para que o usuário tenha acesso a

informações, tome decisões conscientes, e tenha acesso a bens (culturais, políticos) e aos serviços disponibilizados pela rede SUS e demais políticas sociais (SOUZA, 2016).

A expressão Comunicação e Saúde (C&S), de acordo com Araujo (2013, p. 1), “nomeia um campo de conhecimento e práticas e que, ao anunciar, constitui uma interface entre estes dois campos, o da Comunicação e o da Saúde”, mas que envolve também a informação, as políticas públicas e a educação popular (ARAÚJO, 2013). Para Araújo (2009), a informação no contexto da comunicação se constitui como mensagem entre um emissor e receptor e está permeada por elementos de poder, que circulam nas interações. Pela teoria crítica, a informação se torna um recurso fundamental à condição humana no mundo que, por uma distribuição desigual, ao ser apropriada por alguns garante para si o acesso, enquanto a outros sua exclusão. De acordo com Souza (2016), por meio da comunicação, é possível estabelecer um trabalho integrado da equipe multiprofissional para o melhor atendimento estabelecendo-se uma melhoria nos processos de trabalho e nas relações interpessoais com os usuários.

Diante destas considerações iniciais, surgiu a questão: os processos de C&S desenvolvidos pelas equipes da ESF, ACS e NASF-AB para a promoção, prevenção e controle de DCNT, na APS, podem reduzir os riscos associados ao desenvolvimento de DRC em fase terminal? Para responder a esse questionamento, foram realizados levantamentos bibliográficos para compreender as diretrizes de saúde preconizadas pelo MS para desenvolvimento na APS relacionadas à temática de promoção, prevenção e controle de DCNT que envolveram também a C&S. Buscou-se também confirmar, por meio de consulta a dados científicos, o aumento da incidência e prevalência da DRC no Brasil. Por fim, foi realizada revisão integrativa na Biblioteca Virtual em Saúde as produções científicas dos últimos anos sobre a temática, buscando identificar e analisar as formas de C&S empregadas na APS envolvidos na promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT, notadamente DM e HAS.

Espera-se, portanto, poder identificar e analisar como ocorre a interação da C&S na APS relacionando-a com o controle de DCNT, que são os principais fatores de risco relacionados ao aumento de casos de DRC.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as formas de C&S na APS do SUS, para a promoção da saúde e na prevenção e controle das DCNT, considerando os fatores de risco para DRC, em especial a DM e a HAS.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar dados sobre a prevalência e incidência de DRC em fase terminal no Brasil entre 2015 e 2017.
- Descrever as políticas do MS na APS quanto a C&S referentes à promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT e os fatores de risco associados à DRC.
- Identificar as formas de C&S empregadas na APS envolvidas na promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT, notadamente DM e HAS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Características da Doença Renal Crônica

Para o diagnóstico da DRC, a forma indicada de aferir a função renal é por meio da avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Portanto, considera-se um indivíduo portador de DRC, quando há resultados de $TFG < 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ ou $TFG \geq 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ por três meses consecutivos, associados a marcadores de dano renal parenquimatoso, quais sejam, exame de urina Elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS, e pesquisa de albuminúria, ou alteração no exame de imagem renal.

Para a eleição do melhor tratamento, após o diagnóstico, os pacientes devem ser classificados de acordo com os estágios de DRC: 1, 2, 3a, 3b, 4, 5 não dialítico, e o 5 dialítico, considerado a fase terminal da doença. Pacientes nos quatro primeiros estágios devem ser acompanhados na APS, por meio do controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente. Cabe ressaltar que os pacientes nos estágios 4, 5 não dialítico e 5 dialítico devem ser acompanhados pelas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantidos os vínculos de acompanhamento também com a APS, nas UBS (BRASIL, 2014b).

É importante alertar que os pacientes que apresentam o estágio 1 da DRC são assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico precoce. Todavia, mesmos estes pacientes que apresentam disfunção renal leve precisam ser acompanhados no contexto do cuidado para o controle dos fatores de risco comuns, que acarretam tanto a progressão dessa enfermidade, quanto de doenças cardiovasculares. Já na fase terminal da doença, os rins já perderam toda a sua função e o paciente tem sintomatologia intensa, tornando a sua condição de saúde incompatível com a vida, necessitando de procedimentos dialíticos ou de transplante renal. (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2017, realizado pela SBN, as taxas de prevalência e de incidência de pacientes em diálise aumentou nos últimos três anos. Os resultados demonstram que a taxa de prevalência nos anos de 2015, 2016 e 2017 foram, respectivamente, de 544, 596 e 610 pacientes por Milhão de Pessoas (PMP) enquanto a taxa de incidência aumentou de 180 PMP em 2015 para 195 PMP em 2017. A

taxa anual de mortalidade bruta foi de 19,9% em 2017 com tendência a aumento no decorrer dos anos. Com relação à modalidade de tratamento, 93,1% pacientes realizavam hemodiálise e 6,9% diálise peritoneal (THOMÉ, 2019).

O tratamento hemodialítico requer que os pacientes realizem sessões de diálise com duração de quatro horas, pelo menos três vezes por semana, já a diálise peritoneal consiste em sessões diárias de tratamento. Esses pacientes apresentam, devido à própria doença, um quadro clínico debilitado, e, apesar do tratamento ser a única alternativa disponível, ele é cercado de riscos inerentes à própria tecnologia empregada e que pode impactar negativamente na saúde do paciente, especialmente quando adotada a modalidade de tratamento hemodialítico (MOURA NETO, 2014).

Para a realização de sessões de hemodiálise é necessária a utilização de água ultrapura com baixo teor de contaminantes que é produzida, geralmente, pelo emprego de equipamentos de osmose reversa nos serviços de diálise a partir da água potável disponibilizada pelas empresas de distribuição. Os principais riscos sanitários associados ao tratamento de pacientes renais crônicos em fase terminal são: o reprocessamento de capilares e linhas utilizadas pelos pacientes em cada sessão de hemodiálise; a utilização de máquinas de hemodiálise que controlam grande parte do processo tornando-se mesmo uma extensão do próprio paciente; e a possibilidade de ocorrência de infecções devido à via de acesso para o tratamento hemodialítico (BRASIL, 2014e).

Com relação ao transplante renal, existem várias contraindicações relacionadas ao comprometimento das condições de saúde do paciente, não sendo permitido o procedimento quando há enfermidades hepáticas, cardiovasculares, infecciosas que não se encontrem controladas, desnutrição grave, distúrbio psiquiátrico, abuso de álcool ou drogas, e até mesmo problemas graves na estrutura familiar que podem comprometer o uso correto dos medicamentos e controles médicos e laboratoriais no pós-transplante. Segundo Thomé (2019), apenas 24% dos pacientes com DRC terminal estão aptos a entrar na fila para o transplante renal.

De acordo com Romão Júnior (2004), 30 % de diabéticos tipo I e 20% de diabéticos tipo II têm risco de desenvolver nefropatia, sendo que, a frequência de doenças renais entre os usuários cadastrados no programa Hiperdia do MS, que monitora pacientes com HAS no SUS, foi de 6,63% totalizando 175.227 casos, no ano de 2004. A estratificação de risco, isto é, o levantamento de pacientes que apresentam fatores de risco para DRC, incluindo parentes de hipertensos, diabéticos e renais crônicos, é epidemiologicamente importante, sendo recomendável a avaliação do nível de proteína na urina e a TFG anualmente.

O grupo de risco para DRC envolve pacientes com DM e HAS, idosos, obesos, com doenças cardiovasculares, histórico familiar de DRC, tabagistas e pacientes que fazem uso de medicamentos nefrotóxicos. O MS (BRASIL, 2014b) preconiza que os usuários do SUS que apresentam fatores de risco para DRC, e que não apresentem lesão renal, sejam avaliados anualmente com exames de TFG e exame de urina rotina nas UBS. Portanto, a adoção de políticas públicas de saúde para o controle de HAS e DM significa reduzir drasticamente o risco de doenças renais.

De acordo com Tristão (2011), existem três tipos de prevenção relacionados à DRC: primária, secundária, terciária. A prevenção primária corresponde às ações de promoção da saúde e prevenção da doença antes da sua instalação. Já a prevenção secundária envolve o diagnóstico precoce da lesão renal geralmente em pacientes silenciosos, e, finalmente, a prevenção terciária se refere ao controle da doença já instalada para a prevenção da evolução da perda da função renal.

Cabe à APS detectar os indivíduos que apresentam maior risco de desenvolver a DRC possibilitando o diagnóstico precoce para o tratamento e controle dos fatores de risco modificáveis, diminuindo, assim, o risco de progressão da doença e perda da função renal. Segundo Romão Júnior (2004), o diagnóstico precoce da DRC, com adoção de medidas de tratamento iniciais, que levam ao retardamento da sua progressão, assim como de referência precoce do caso à atenção especializada, ocasionam a redução de danos aos pacientes assim como os gastos do SUS relacionados às doenças renais.

A prevenção da DRC está diretamente relacionada a estilos de vida adotados pelo cidadão, sendo mecanismos de impacto na diminuição da doença. Os principais fatores de risco a serem controlados para evitar a falência renal são: DM, HAS, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e estilo de vida no que se refere à alimentação saudável e à prática de atividades físicas. A obesidade, associada à má alimentação e ao sedentarismo, atinge grande parte dos brasileiros. A prática de atividades físicas regulares e os cuidados com a alimentação são fatores que diminuem as chances de insuficiência renal por serem formas de controle de DCNT (BRASIL, 2014a). Portanto, são necessárias políticas públicas de saúde para o controle de HAS e DM e que abordem programas de promoção da saúde e prevenção primária a grupos de risco para DRC (TRISTÃO, 2011). A orientação do cidadão para adoção de estilos de vida mais saudáveis deve originar de ações bem estruturadas, desenvolvidas e implantadas pela APS.

A Portaria do MS nº 1.675 de 2018 (BRASIL, 2018) descreve os critérios para a organização e funcionamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS. Os principais pontos abordados são:

- (1) Diagnóstico precoce de pacientes com DRC;
- (2) Implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da TFG;
- (3) Realização de atividades educativas e apoio ao autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- (4) Realização de abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo o NASF-AB e outros programas e ações no acompanhamento aos pacientes com DRC;
- (5) Apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC;
- (6) Realização da atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal e retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico (BRASIL, 2014b);
- (7) Realização do matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da APS;
- (8) Garantia da atenção nutricional;
- (9) Garantia do transporte sanitário adequado.

3.2 A Criação do Sistema Único de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Saúde é o mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946, p.1). De acordo com a Declaração de Alma-Ata, relacionada à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (CICPS) de 1978, saúde deve ser considerada não como a falta de doença, mas no sentido de qualidade de vida, essa intimamente relacionada a questões de desigualdades sociais. Na CICPS de 1986, em Ottawa, foi proposta a noção de Promoção da Saúde estabelecendo estreita relação entre o setor da saúde com setores como educação, moradia, emprego e renda, saneamento, transporte, violência e até mesmo com a

paz. Também foi salientada a importância da comunicação como sendo fundamental para que os indivíduos e grupos sociais possam se inteirar de informações, que possam impactar nas políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, na sua vida cotidiana (ARAÚJO, 2013).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o espaço das discussões democráticas que subsidiaram o texto da saúde na CF de 1988, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira, surgindo o SUS. Já em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os seus preceitos. O SUS é um sistema universal de saúde, que considera também a equidade na determinação do acesso aos serviços de saúde, diante das desigualdades sociais do Brasil (BRASIL, 1988, 2015).

Ademais, pela Carta Magna, a saúde é um direito social de todos os cidadãos e que o Estado deve prover, por meio de políticas sociais e econômicas com a finalidade de controlar os fatores de risco para a ocorrência de doenças e agravos e de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, envolvendo a realização de ações assistenciais integradas às atividades preventivas. Estabelece ainda, como diretrizes do sistema público de saúde a prioridade para atividades descentralizadas, integrais, com prioridade para as atividades preventivas, e com a participação da comunidade na discussão das políticas públicas de saúde, cujas ações serão financiadas por recursos dos orçamentos da seguridade social da União, dos Estados e dos municípios. Portanto, é garantido a todos, o direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, coletivo ou geral sendo, portanto, assegurado legalmente a todos o direito ao acesso à informação em saúde (BRASIL, 1988).

A Lei Federal 8.080 de 1990 estabeleceu a organização e funcionamento do SUS, cujas ações e serviços de saúde seriam desenvolvidos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Destaca que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, e afirma que os determinantes e condicionantes da saúde, estão relacionados diretamente com o acesso a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais garantidos às pessoas e à coletividade, dentre outros, que propiciam condições de bem-estar físico, mental e social. Destaca-se que essa Lei estabelece que a divulgação de informações, quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário seja um dos princípios a serem adotados pelo SUS (BRASIL, 1990).

De acordo com os preceitos do SUS, é na APS, onde devem ser desencadeados os processos de promoção da saúde e prevenção/controlado de doenças. Para aumentar o acesso da população a informações sobre saúde, devem ser utilizadas formas de comunicação adequadas que propiciem as discussões sobre esses temas.

3.3 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A APS, porta de entrada do sistema público de saúde, é também denominada Atenção Básica à Saúde (ABS). As seguintes atribuições desse nível de atenção são comuns a todos os profissionais de saúde: (1) a identificação de pessoas que apresentam um maior risco de adoecimento; (2) realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização de atividades de vigilância em saúde que envolve ações de prevenção de doenças e agravos; (3) acompanhamento da população ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos; e (4) realização de ações de ES (BRASIL, 2017a).

Para a organização dessas atividades foi estabelecida pelo MS a PNAB, política de saúde que normatiza o funcionamento e cuidado prestado nesse nível de atenção. A primeira edição da PNAB foi vinculada às reformas do SUS ocorridas em 2006 que receberam o nome de “Pacto pela Saúde”. A ABS foi remodelada de forma a se tornar abrangente com a adoção da ESF como modelo de atenção e organização da APS e houve também a incorporação da ESB e dos NASF (BRASIL, 2006).

Neste cenário, as equipes se responsabilizam pela saúde da população adscrita, isto é, vinculada a um território definido. A equipe prioritária da AB no SUS é a eSF composta obrigatoriamente por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS e, opcionalmente, profissionais de saúde bucal e Agentes de Combate a Endemias (ACE). A população adscrita a uma eSF é de 2.000 a 3.500 pessoas, sendo de, no máximo, 750 pessoas por ACS. É recomendada a cobertura de 100% da população em áreas com população dispersa, de risco epidemiológico e em vulnerabilidade social (BRASIL, 2012).

Criados em 2009, existem três modalidades de NASF, classificadas de acordo com a quantidade de equipes a ele vinculadas. O NASF 1 pode ter vínculo com 5 a 9 eSF, totalizando uma carga horária máxima de 200 horas para os profissionais e não podendo ultrapassar 80 horas semanais para uma mesma ocupação. Já o NASF 2 pode acompanhar

de 3 a 4 equipes com carga horária de profissionais totalizando 120 horas. E por último o NASF 3 que pode acompanhar de 1 a 2 equipes e ter carga horária de 80 horas para os profissionais. Cada profissional pode ter carga horária de, no mínimo, 20 e de, no máximo, 40 horas semanais (BRASIL, 2010a).

A Atenção Básica pela PNAB de 2006:

[...] caracteriza-se 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006, p. 10).

Entretanto, segundo Melo *et al.* (2018, p. 40), “importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos”. Considerando que o SUS é sistema de proteção social de saúde que necessita adequações para aprimorar a qualidade das ações de saúde, com base em novos saberes, práticas e estratégias, para sua viabilização e efetividade (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010), foi, então, publicada a PNAB de 2011 para tentar resolver os problemas enfrentados na APS.

De acordo com a descrição da APS na PNAB de 2011, a AB:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a).

Cabe ressaltar que em 2011 evidenciou-se a ampliação da concepção de APS, ao se agregar a conceitos como: autonomia das pessoas; determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, bem como, os conceitos de práticas democráticas e participativas no cuidado e gestão; responsabilidade sanitária; vulnerabilidade; resiliência; imperativo ético; e acolhimento das necessidades de saúde e do sofrimento.

Já em 2017, com adoção de uma política neoliberal, foi aprovada uma nova PNAB, sem a participação social necessária, que estabelece novas diretrizes para a organização do SUS na APS, no qual o conceito de AB é reduzido a um:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

De acordo com a nova PNAB (BRASIL, 2017a), são preconizados os seguintes tipos de equipes nas UBS: Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Básica (eAB), Equipes de Saúde Bucal (eSB), Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) além dos NASF-AB.

Cabe crítica à racionalidade neoliberal dos últimos governos que resultou na promulgação da emenda do “Teto dos Gastos” na CF que ocasionou o aprofundamento dos problemas relacionados ao financiamento do SUS, indo de encontro ao objetivo de desconstrução da expansão dessa política de saúde pública. A nova PNAB foi um retrocesso no que se refere às formas de financiamento das ações desenvolvidas na ABS o que, indiretamente, leva a um aumento da participação do setor privado na saúde interferindo no direito social universal à saúde descrito na CF. Apesar da manutenção da eSF, até então única forma de organização da atenção na APS, a nova política abriu a possibilidade de implantação de eAB, que têm um custo financeiro menor, levando à diminuição do financiamento da saúde, agora de forma apoiada pelo MS, acarretando no enfraquecimento da ESF (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

As eAB apresentam formatação que fortalece a atenção vinculada ao modelo hegemônico curativo, biomédico, e com avaliação de riscos individuais e não associados às questões sociais envolvidas no processo saúde-doença. Outros retrocessos foram que a PNAB 2017 não descreve a vinculação de 100% da população às equipes, ficando a cobertura universal restrita a certas áreas, flexibilizando o número de usuários vinculados

às eSF, situação que pode acarretar riscos à saúde, afetar a qualidade da atenção e causar desassistência de considerável parcela da população (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Tais mudanças podem trazer prejuízos quanto à construção de APS universal e integral, já que relativiza a cobertura das ações de saúde. Outro fator grave a ser considerado é o não reconhecimento do papel do ACS nas equipes, já que não descreve o número desses profissionais vinculados às eSF, fato que pode dificultar o acesso do usuário à APS e prejudicar a cobertura de ações educativas, de promoção e de vigilância em saúde no território. De acordo com o novo texto, os ACS não são profissionais obrigatórios nas equipes de ABS (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A segmentação e fragmentação do cuidado é outro ponto negativo visto que as ações na APS não são padronizadas sendo divididas em padrões essenciais e ampliados, podendo, portanto, se tornarem seletivas (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). As principais diferenças entre a PNAB 2011 e PNAB 2017 foram sistematizadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 - Principais diferenças entre a PNAB 2011 e 2017.

Itens avaliados	PNAB 2011	PNAB 2017
<i>Forma de organização</i>	ESF (único modelo são as eSF)	Enfraquecimento da ESF Inclusão de eAB
<i>Modelo de atenção</i>	Contra-hegemônico preventivo	Inclui hegemônico curativo biomédico
<i>Avaliação de riscos</i>	Relacionados a questões sociais no processo saúde-doença. Centrado na família	eAB - Riscos individuais dos indivíduos
<i>Cobertura</i>	Vínculo de 100% da população às eSF (saúde universal)	Cobertura universal restrita a certas áreas e flexibiliza o nº de usuários vinculados às eSF
<i>Padronização das ações</i>	Padrão único - integralidade	Padrões essenciais e ampliados
<i>Integralidade da assistência</i>	Total	Relativizada

<i>ACS nas eSF</i>	Obrigatórios – vínculo estimula o acesso do usuário à APS; vigilância em saúde no território	Não obrigatórios - dificulta o acesso do usuário à APS e prejudica as ações educativas, de promoção e de vigilância em saúde no território. Não são obrigatórios nas eAB
<i>Financiamento</i>	Maior	Menor

Fonte: Adaptado de MOROSINI, FONSECA, LIMA (2018).

Em 2019, houve nova mudança com a instituição do “Programa Previne Brasil”, que estabeleceu um novo modelo de financiamento e custeio da APS. O cálculo de transferência financeiras do governo federal para os municípios passou a ser por meio de dois parâmetros: número de pessoas cadastradas nas equipes, e não de acordo com a população adscrita (financiamento per capita); e resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (BRASIL, 2019).

De acordo com Massuda (2020), essa nova política de saúde resulta em mais retrocessos já que aprofunda os problemas de subfinanciamento da APS, que tem o papel de coordenar e organizar o sistema de saúde, além de ser restritiva, batendo de frente com o princípio de universalidade da assistência.

Além disso, o MS (BRASIL, 2014a, p. 17) estabelece que a APS “tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde”. Portanto, devem ser estabelecidas ofertas de serviço e ações baseadas principalmente nas necessidades da população assistida. Entretanto, o “Programa Previne Brasil”, procurando estimular a produtividade dos serviços de saúde, pode diminuir a sua qualidade, pois, as equipes podem focar em determinadas ações e negligenciar os indicadores não contemplados, mesmo que esses sejam os principais problemas de saúde observados na comunidade.

Para piorar o quadro, o MS, que dita os direcionamentos de incentivos financeiros para a implantação de programas de saúde, estabeleceu na prática, por meio de Nota Técnica emitida em janeiro de 2020, a eliminação dos núcleos multidisciplinares, NASF-AB, que haviam sido criados para fortalecer a APS. Significa que os gestores não são mais obrigados a adotarem o NASF-AB, cabendo a eles estabelecer quem fará parte da equipe multiprofissional e sua carga horária. Na prática, o NASF-AB perde o financiamento do governo federal e passa a ser mantido, ou não, pelo Município denotando grande descaso

com as ações desenvolvidas na APS no que se refere à promoção de ações, prevenção e controle dos fatores de risco para DRC (BRASIL, 2020).

Apesar de ser construído como um modelo de atenção abrangente, outras críticas que devem ser feitas à ESF é que não há um direcionamento educativo para trabalhar com as várias conformações atuais de família e que, no processo de trabalho, é mantido o modelo biomédico de saúde visto que, apesar do foco ser na família, a assistência ocorre individualmente, quando o usuário tem suas necessidades de saúde. Não há a análise da saúde considerando a interação familiar com o meio social que impactaria nas mudanças efetivas necessárias para a solução dos problemas de saúde (SOUZA, 2016).

3.3.1 O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde

Na APS, além de ações de promoção da saúde, são também desenvolvidas ações de vigilância em saúde, diagnósticos do território, no sentido de prevenir e controlar os fatores de risco para a ocorrência de doenças e agravos. O objetivo é identificar as causas e determinantes dos processos saúde-doença na área adscrita para a melhor estratégia de intervenção e resolutividade dos problemas diagnosticados no território (BRASIL, 2017a).

Vale ressaltar que a ESF:

Tem em seus princípios a troca diária de informações entre equipe e comunidade e que as informações que ali circulam são “negociadas” de forma constante de um grupo para outro. A criação do vínculo necessita da comunicação entre os profissionais e a população para além da emissão e recepção, é preciso interlocução e nesse processo os contextos devem ser considerados para que o discurso faça sentido e a informação que circula seja apropriada. Afinal, sem a comunicação não há como conhecer as famílias a serem atendidas e suas reais demandas, além disso, acarreta na falta de participação na política e numa descaracterização do modelo proposto. (SOUZA, 2016, p. 48).

Uma das bases de atuação da ESF é manter vínculo de responsabilização entre a APS e a comunidade, devendo ser adotados métodos de comunicação adequados com a comunidade. Considerando esse contexto, Cardoso e Nascimento (2010, p. 1510) destacam a importância do ACS dentro da ESF:

O agente comunitário tem como função integrar a comunidade aos serviços de saúde e viceversa, devendo atuar como facilitador da

comunicação que se estabelece nesse processo. Por ser morador da comunidade e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe. Acredita-se que o agente comunitário representa para o sistema de saúde vigente um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde.

Os ACS, supervisionados por responsáveis pelas equipes, são os profissionais que realizam as tarefas de cadastramento de usuários, integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, visitas domiciliares, orientação da população sobre as questões de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, no domicílio e outros espaços da comunidade, diagnóstico ambiental e sanitário, identificação de sinais e situações de risco, identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais. (BRASIL, 2017a).

Segundo Moreira (2017, p. 28):

O ACS é considerado peça fundamental da ESF, uma vez que estabelece um vínculo com os usuários, permite uma comunicação entre o saber científico e o saber popular, além de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Assim, faz-se necessário perceber que os agentes precisam ser reconhecidos e valorizados em relação ao seu papel na equipe de saúde.

De acordo com Souza (2016), os ACS são o principal elo comunicativo entre a equipe e a população, funcionando como canal de interlocução dos usuários com a APS. A sua atuação se baseia no frequente repasse de informações e orientações, além do constante monitoramento da saúde da população em domicílio. O fato de residirem e fazerem parte da mesma comunidade do usuário facilita o estabelecimento do vínculo e, como mediadores da comunicação, colaboram para a apropriação das informações que passam a fazer mais sentido para o usuário. Na sua prática de trabalho, se especializam na arte de se comunicar e estabelecer vínculo de confiança com a comunidade por meio de um processo comunicacional mais horizontalizado, e, a partir da percepção do contexto de vida da família, têm a função de ser fonte de informação e coleta de dados dos usuários para o trabalho das eSF.

O trabalho do ACS envolve o repasse de informação por meio do diálogo que aproxima os usuários do serviço de saúde facilitando a comunicação com os demais profissionais de saúde. Desenvolve ações de promoção da saúde no âmbito individual e coletivo por meio de ações educativas que estão estreitamente relacionadas à ES. A sua capacitação nessa área aumenta a suas habilidades como facilitadores na criação do vínculo

com os usuários. Portanto, sua formação no campo de ES, assim como os demais membros da equipe, é muito importante para o exercício profissional. Um grande problema enfrentado na ESF é a falta de programas de capacitação para os ACS o que compromete as ações preconizadas de promoção da saúde (MOREIRA, 2017).

O ACS possibilita a criação de vínculo entre a APS, na pessoa dos profissionais de saúde, e o usuário/comunidade, o que facilita o acesso aos serviços, unindo a relação afetiva e de amizade com ações de saúde. A interação na amplificação de vozes, por meio do processo comunicativo entre os envolvidos, é, portanto, mediada pelo ACS considerando suas atribuições e o pertencimento ao grupo comunitário no qual desempenhará suas funções. Apesar do grande potencial comunicativo do ACS na ESF, percebe-se que sua atuação nesse contexto ainda é centrada na doença, e apresenta caráter fiscalizador e verticalizado. Sua interação com a equipe e comunidade, considerando os segmentos sociais no qual trabalha, ainda é insuficiente, sendo necessária a revisão do seu processo de trabalho assim como da sua formação para exercer a função, sendo essencial o foco em Educação Permanente ou Continuada (EPC) considerando a abordagem junto à população baseada em diálogo, troca e negociação (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

De acordo com Souza (2016), no contexto da APS, os ACS ainda encontram dificuldade de interlocução, isto é, de falar e ser ouvido, durante as reuniões com gestores e mesmo dentro da eSF. Como mediadores na comunicação entre a comunidade e as equipes, precisam ser valorizados e suas falas devem ser levadas em conta para o estabelecimento de metas de trabalho e ações de saúde para a melhoria da saúde dos usuários.

Os retrocessos advindos da PNAB (BRASIL, 2017a) são evidentes e afetam o trabalho desenvolvido pelo ACS nas equipes. Como não há a vinculação de toda a população do território coberto pelo UBS às eSF, o número de ACS em cada equipe diminui. Isso traz vários prejuízos à população, tais como: dificuldade de acesso e vínculo com a APS, a cobertura fica restrita aos usuários de certas áreas o que ocasiona a desassistência; e aumento dos riscos à saúde devido à diminuição das ações de promoção da saúde, vigilância em saúde e prevenção/controlado de doenças, que estimula a volta do modelo biomédico (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

3.3.2 A Atenção Primária à Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A APS está integrada em redes com os demais níveis de assistência. As RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” às populações de uma região de saúde que consiste em uma área geográfica contínua bem definida (BRASIL, 2010b).

Além da integralidade do cuidado, as RAS têm a finalidade de estabelecer estratégias de promoção ou proteção da saúde (prevenção primária) e ações preventivas de DCNT e suas complicações (prevenção secundária, terciária e quaternária), por exemplo: prevenção primária se refere à implantação de projetos de alimentação saudável e prática de atividades físicas, imunizações; prevenção secundária são ações e programas de intervenção a fim de rastrear doenças; prevenção terciária inclui a prática de intervenções para prevenir complicações em pessoas já doentes; prevenção quaternária diz respeito à proteção contra intervenções médicas inapropriadas em pacientes que já apresentam uma doença (BRASIL, 2014a).

Quando há fatores de risco envolvidos no processo de adoecimento, as ações preventivas a serem desenvolvidas na APS podem envolver toda a população ou apenas indivíduos cujo risco foi previamente estratificado. Uma das atribuições dos médicos das eSF é a realização da estratificação de risco da complexidade das condições de saúde para as pessoas que possuem condições crônicas no território fazendo um levantamento de quais usuários vão precisar de determinados cuidados clínicos, assim como qual fluxo será seguido na RAS para a atenção integral. Um dos nós críticos da APS é a busca da integralidade da atenção, que compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. A estratificação segundo riscos significa a identificação de grupos de pessoas com necessidades semelhantes para organização das ações a serem adotadas. No primeiro estrato observam-se pessoas que não são doentes, entretanto, apresentam comportamento ou fatores de risco (BRASIL, 2014a, 2017a).

As DCNT são multifatoriais e apresentam determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais e biológicos importantes sendo necessário o envolvimento de equipe multidisciplinar. As ações para o controle de muitas DCNT devem ser embasadas nas mudanças do estilo de vida considerando os fatores de risco determinados socialmente. As DCNT mais frequentes (doenças cardiovasculares, DM, câncer e doenças respiratórias) apresentam os seguintes fatores de risco em comum: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade e excesso de álcool. Portanto, as principais estratégias das políticas de atenção a usuários acometidos por DCNT são “mudança de hábitos, promoção da

alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado” (BRASIL, 2014a p. 18).

Uma das demandas de nutrição na APS é a proposição de práticas alimentares saudáveis devido ao grande número de usuários com DCNT e com excesso de peso resultante de dieta inadequada com alto teor de gordura e pobre em micronutrientes e fibras (BRASIL, 2010a, 2014a).

A adoção de formas de repasse de informações por meio de processos comunicacionais na APS voltadas à promoção da saúde pode favorecer a prevenção das DCNT por meio do estímulo à mudança de hábitos individuais ou coletivos para atitudes mais saudáveis. Existe um rol bem definido modos de vida saudáveis que devem ser estimulados para diminuir o risco de adoecimento da população em geral, e que impactam positivamente no controle de DCNT, que são alimentação saudável, prática de atividade física, combate ao tabagismo e ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, cultura da paz e desenvolvimento sustentável. A programação de ações de Educação em Saúde (ES) pelas equipes é ponto fundamental, pois, propiciam o empoderamento dos indivíduos e a conscientização sobre formas de intervir no processo de saúde-doença, além da conscientização da importância do autocuidado (BRASIL, 2017a).

Para o controle das DCNT foi instituída em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida em 2014, que envolve intervenção nos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que determinam o processo de adoecimento no Brasil e a formulação de políticas públicas que determinem a diminuição do adoecimento da população (BRASIL, 2006). Os principais temas abordados na PNPS são: formação e EPC dos profissionais de saúde, ES, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura da paz e de direitos humanos, além da promoção do desenvolvimento sustentável que envolve a “interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde” (BRASIL, 2015, p. 23).

Um dos objetivos do PNPS é estabelecer estratégias para a operacionalização das ações de promoção da saúde com o uso da comunicação social e da mídia, para a divulgação e fortalecimento dos princípios e ações preconizados, incluindo o repasse de informações sobre “o planejamento, a execução, os resultados, os impactos, a eficiência, a eficácia, a efetividade e os benefícios das ações”. (BRASIL, 2015, p. 16).

Pode-se observar que as estratégias de enfrentamento estabelecidas no PNPS estão em consonância com as diretrizes do NASF-AB que se baseiam na promoção da saúde junto à população vinculada às eSF por meio de ações cotidianas que estabeleçam modos de vida mais saudáveis incluindo a realização de Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) em academias da cidade.

Com relação às PCAF, as ações preconizadas na área da comunicação são a divulgação de informações que possam servir para que a população adote comportamentos saudáveis e disseminação dessas ideias por meio da ES. Após o levantamento das práticas demandadas no território, e às de prevenção de doenças, devem ser proporcionadas práticas que favorecem a saúde das pessoas, além de difusão de informações à comunidade sobre os benefícios da prática da atividade física segura sem necessidade de acompanhamento do profissional de saúde. Deve-se ressaltar a importância de estabelecer as PCAF considerando a realidade social dos habitantes do território e os ciclos de vida (BRASIL, 2010a).

Como medidas protetivas para a saúde da população, o MS estabeleceu um plano de ação estratégica para o enfrentamento das DCNT, a ser desenvolvido entre 2011 e 2022 (BRASIL, 2011b). O plano contou com a colaboração de diversos órgãos do governo, instituições de ensino e pesquisa, Organizações Não Governamentais (ONG) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas. Entre as ações desenvolvidas estão:

- (1) Vigilância das DCNT com o objetivo de conhecer sua distribuição, magnitude, tendência, agravos e fatores de risco;
- (2) Apoio às políticas públicas de promoção à saúde como implantação de academias da cidade, proibição de propaganda de tabagismo, incentivo ao aleitamento materno, estímulo à diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, estímulo à alimentação saudável com o estabelecimento do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014c) e acordos com a indústria para eliminação de gorduras trans e redução do sal dos alimentos;
- (3) Expansão da ABS;
- (4) Expansão da atenção farmacêutica, inclusive com cadastro de farmácias privadas, para o fornecimento de medicamento gratuito para o controle de DM e HAS;
- (5) Ações para a promoção da redução da pobreza.

Pela lógica neoliberal, o investimento em políticas públicas não é prioridade, pois, o raciocínio é de que o próprio mercado de serviços privados abarcaria todas as necessidades da sociedade. Entretanto o grupo político que tomou o poder desde 2016 nega que, no Brasil, as desigualdades sociais e econômicas são evidentes e estruturais. O financiamento

em políticas públicas de saúde segue o mesmo raciocínio, com entrega, às instituições privadas, das questões de saúde da população. A consequência será o direcionamento do cuidado de saúde prestado à população com priorização das ações hegemônicas curativas, com foco na doença, em detrimento das ações preventivas, e desconsiderando os condicionantes sociais do processo saúde/doença e a necessidade de acompanhamento epidemiológico de fatores de risco para as DCNT. Pela nova PNAB de 2017, e demais políticas de saúde e sociais implantadas desde então, observa-se que o plano de ação estratégica para o enfrentamento das DCNT na AB foi desconsiderado com o intuito de destruir toda a política pública de saúde estabelecida e programada pelos governos anteriores (BRASIL, 2017a) (BRASIL, 2019) (BRASIL, 2020).

3.4 Comunicação e Saúde

3.4.1 Comunicação e Saúde: Ampliando Conceitos

Considerando o padrão emissor/receptor, segundo Wolf (1995 *apud* FRANÇA, 2001), há três modelos ou paradigmas de comunicação: (1) o informacional (modelo hegemônico), (2) o semiótico-informacional e (3) o semiótico-textual. O modelo informacional estabelece a comunicação como um processo mecânico de transmissão unilateral de informações e de mensagens de um emissor para o receptor, a fim de provocar o efeito desejado e com um mínimo de ruído. O modelo semiótico-informacional difere do primeiro por considerar a mensagem não apenas como um material inerte, mas munida de sentido e significação. Já o modelo semiótico-textual prega que as mensagens têm um caráter intertextual baseado na semiótica da cultura enfatizando a dimensão simbólica e os sentidos produzidos.

O termo comunicação, de acordo com Oliveira (2000), em uma análise etimológica, apresenta dois sentidos: um de compartilhamento/diálogo, que consiste em um processo horizontal de comunicação entre interlocutores com alternância de fala em um processo de construção e interpretação de sentidos; e outro, um processo vertical de comunicação, no sentido de repasse de informações, nas quais os emissores selecionam o que vai chegar ao receptor, cabendo a esse interpretar e construir o conhecimento.

De acordo com França (2001), a ciência da comunicação apresenta dois grandes objetos de estudo: o processo comunicativo e os meios de comunicação. Enquanto os processos comunicativos se referem a onde a informação é produzida e difundida, na prática, o recorte mais estudado nos meios de comunicação é o da mídia ou meios de comunicação em massa.

A mídia, para Araújo e Cardoso (2007), é a principal produtora de sentidos da saúde. A produção de sentidos está relacionada com o reconhecimento de determinada fala e a articulação de discursos de outras vias tais como: locais frequentados (escolas, postos de saúde) e as formas de interação interpessoal (agentes de saúde, vizinhos, família, outros grupos), que constituem os saberes individuais, incluindo a memória discursiva.

O processo comunicativo “... envolve processos humanos e sociais de produção, circulação e interpretação de sentidos, fundados no simbólico e na linguagem” (FRANÇA, 2001, p. 6).

Segundo Araújo e Cardoso (2007), o “sentido” está relacionado a processo dinâmico mutável e negociável relacionado ao contexto e ao ato comunicativo; enquanto o “significado” está relacionado às palavras e objetos, independente de contextos.

Já "contexto" é o conjunto de elementos físicos ou situacionais (textos circulantes no mesmo tempo e espaço; memórias; modos de vida; posição na escala social; etc.), que ajudam o receptor da mensagem a compreendê-la. Assim a contextualização no processo comunicativo é essencial, pois, a partir do contexto social, os receptores interpretam os discursos apresentados à luz da sua vida social dispondo-os de acordo com “as memórias e histórias que o indivíduo nutre ao longo da vida, seu lugar no mundo, gênero, idade, etnia, as experiências que traz em relação à vida em sociedade, inclusive em relação às políticas públicas, e ao lugar ou posição social que ocupa no momento da fala” (ARAÚJO, 2009 apud SOUZA, 2016 p. 44).

Inerente a condição humana, segundo Araujo (2009), está o acesso a informação, s que tem relação direta com à inclusão social. Entretanto, a desigualdade de acesso à informação entre os atores sociais é notável, por ser apropriada apenas por uma parcela da sociedade. Para Oliveira (2000), sem informação a tomada de decisão torna-se um problema tanto para a formação da cidadania, quanto para acesso a bens sociais disponibilizados pela sociedade. Portanto, a comunicação está diretamente relacionada com o modo que o indivíduo se relaciona com o mundo e como ele se percebe nesse processo, ocasionando a produção de sentidos e significados.

Dos estudos do sociólogo Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1989 *apud* ARAÚJO, 2013) vem a noção de campo, espaço de relações de poder estruturado, que sofre forças de diferentes atores que lutam para mudar ou manter suas posições. Os sentidos que o campo produz nos agentes acarretam a sua relação de pertencimento a ele. Segundo Bourdieu, em espaços onde há necessidade de comunicação e repasse de informações há disputas pela manutenção do poder vigente. Relacionando-os ao campo da C&S, podemos exemplificar a manutenção de poder de gerências instituídas (poder político e administrativo), de interesses profissionais dos agentes envolvidos (poder para efetividade das ações e reconhecimento) ou dos usuários (poder por visibilidade desejando atendimento com qualidade).

Neste contexto, os processos comunicacionais interacionais sofrem influência da posição social dos interlocutores impondo o grau de poder na relação, o poder simbólico, que significa “o poder de fazer ver e fazer crer”. Tal poder, “... pode influenciar a visão de mundo das pessoas por uma determinada ótica, atendendo a interesses de quem, nesta disputa adquiriu mais capital material ou simbólico, fator que legitima o discurso perante a sociedade” (BOURDIEU, 1989 *apud* SOUZA, 2016, p. 45; ARAÚJO, 2009). (Um exemplo de poder simbólico na eSF é quando as falas dos usuários e dos demais profissionais de saúde podem ser consideradas menos importantes que a dos médicos. Esse poder interfere na configuração das políticas públicas de saúde e determina a manutenção do modelo hegemônico na comunicação).

Outro aspecto importante introduzido por Bourdieu é o conceito de “legitimidade” que significa o discurso ser levado em conta por meio dos sentidos sociais (voz autorizada por legitimidade). A legitimidade se vincula ao capital simbólico (autoridade, prestígio), que por sua vez está diretamente relacionado ao bem simbólico de pessoas, grupos ou instituições (BOURDIEU, 1989 *apud* ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

De acordo com Araújo (2013, p. 7), “... a comunicação é como um espaço de disputas pelos modos de construir os sentidos da realidade, os sentidos do mundo, os sentidos da prática social. Portanto, a luta é uma dimensão da comunicação, não se pode dissociar uma e outra”.

Nas práticas comunicativas as mensagens para serem corretamente apropriadas e significadas devem fazer sentido para o receptor, isto é, devem estar relacionadas à sua vida prática e cotidiana (OLIVEIRA, 2000). Os sentidos se relacionam com o contexto social do receptor, influenciando na produção dos significados. A apropriação é um indicador de que o acesso à informação é democrático (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Os sentidos sociais significam a fala “fazer sentido” baseado na experiência de vida e são produzidos na observação e articulação de duas ou mais realidades. “Essa articulação, dialeticamente, é produto e produz processos de apropriação: as pessoas e grupos sociais continuamente tornam próprio o que lhes é ofertado concretamente ou discursivamente pelos demais grupos e pelas instituições” (ARAÚJO, 2009 p. 43).

França (2001) acrescenta uma nova forma de tratar a comunicação, o modelo dialógico de comunicação, que leva em conta a bilateralidade do processo de comunicação e a igualdade de condições dos interlocutores. A ênfase está centrada na relação entre os polos desconsiderando, a natureza das mensagens e os sentidos produzidos. A autora conclui pela necessidade de um paradigma mais complexo e consistente, que leve em conta a interação dos interlocutores, a presença de sujeitos sociais envolvidos na produção dos sentidos, e os discursos dos sujeitos envolvidos e seus contextos.

Souza (2016) destaca o modelo humanista dialógico de comunicação de Paulo Freire, modelo contra hegemônico de comunicação horizontal, baseado na educação popular onde o saber do outro é considerado nos processos educacionais e comunicacionais.

De acordo com França (2001, p. 16), a "especificidade do olhar da comunicação é alcançar a interseção de três dinâmicas básicas: o quadro relacional (relação dos interlocutores); a produção de sentidos (as práticas discursivas); e a situação sócio-cultural (o contexto)”.

Em síntese, a comunicação:

[...] compreende um processo de produção e compartilhamento de sentidos entre sujeitos interlocutores, realizado através de uma materialidade simbólica (da produção de discursos) e inserido em determinado contexto sobre o qual atua e do qual recebe os reflexos (FRANÇA, 2001, p. 16).

3.4.2 A Comunicação e Saúde no Sistema Único de Saúde

O SUS é uma política pública, cujo projeto remete ao direito à cidadania, originária de movimentos de participação popular em vários níveis, tendo a comunicação como um dos pontos centrais para sua efetivação. Os processos comunicacionais envolvidos no SUS vão desde o diálogo entre as instituições e com os usuários até o controle social, onde a

sociedade faz parte da elaboração, deliberação, implantação e fiscalização das políticas públicas de saúde (SOUZA, 2016).

Na época da criação do SUS, a comunicação social predominante era vertical hegemônica baseada no repasse de informação e na exclusão social. Entretanto, considerando-se as diretrizes estabelecidas pela nova política pública de saúde, referentes à universalidade, igualdade, equidade e participação popular, surgiu o desafio e a necessidade de desenvolver estudos de C&S mais interativos e participativos que atendessem a essa nova realidade de inclusão dos vários atores sociais e suas vozes nas discussões. A ideia era que os atores sociais se tornassem sujeitos do processo comunicativo, passando de meros ouvintes para interlocutores, por meio da ampliação das vozes silenciadas. Houve também a demanda por qualificação dos profissionais de saúde dentro desse novo paradigma para que estivessem aptos a uma prática mais democrática de comunicação (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2012) (ARAÚJO, 2009, 2013).

Foi necessário pensar em práticas comunicativas inclusivas que permitissem a participação efetiva de todos. As informações deveriam ser divulgadas tendo em mente a associação do campo da C&S com todos os princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS, quais sejam: universalidade (comunicação para todos); equidade (respeitando às diferenças); integralidade (múltiplas dimensões e níveis); descentralização (comunicação redistributiva e adaptada à necessidade local); hierarquização; e participação social (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Mesmo nos dias atuais, a universalidade na comunicação está longe de ser uma realidade, pois faltam formas e meios de expressão para a população não considerada interlocutora, que são ainda considerados meros receptores da comunicação institucional e não têm acesso a informações que são necessárias para exercerem seus direitos. O modelo a ser buscado é a comunicação que inclua múltiplas vozes sociais. A interlocução propicia a circulação de discursos (ideias) e a apropriação de outros discursos circulantes resultando nos sentidos sociais da saúde (ARAÚJO; CARDOSO 2007).

A comunicação com equidade requer constante transformação dos sentidos por meio do espaço de fala para diferentes interlocutores e seus contextos de vida. A capacidade de comunicar está diretamente ligada à capacidade de contextualizar (ARAÚJO; CARDOSO 2007).

A associação da integralidade com a C&S perpassa pela articulação da comunicação entre os níveis de atenção e capacitação de profissionais para os processos comunicacionais. (ARAÚJO; CARDOSO 2007).

Com relação à hierarquização, ao nível central caberia assumir papel protagonista sobre as políticas de comunicação na saúde. Além disso, há necessidade de repasse de recursos para as esferas descentralizadas para que as comunidades discursivas possam falar e ser consideradas para exercerem a polifonia social, mantendo, entretanto, o apoio técnico dos órgãos centrais (ARAÚJO; CARDOSO 2007).

A participação da população no controle social do SUS está diretamente ligada a processos comunicacionais e de apropriação de informações. Entretanto, a comunicação no controle social vai além dos conselhos de saúde, devendo possibilitar a expressão de todos os atores sociais, isto é, todas as vozes periféricas e todos os grupos representados no conselho (ARAÚJO; CARDOSO 2007).

Segundo Souza (2016), no SUS há necessidade do desenvolvimento de um processo horizontal de comunicação em que os interlocutores tenham alternância no papel de emissores/receptores a fim de estabelecer um processo dialógico de comunicação. O poder de fala deve estar dividido nas interações para a construção e interpretação dos sentidos da saúde (SOUZA, 2016).

Para Araújo (2013, p. 8), o principal desafio da C&S é:

“[...] equalizar os alto-falantes das vozes. Ou seja, diminuir a desigualdade das condições de produção e, sobretudo, condições de circulação das ideias, posições, demandas, reivindicações... Porque as vozes circulam, mas as que são amplificadas, disseminadas em larga escala, ainda são as institucionais e as midiáticas. E, dentro destas, alguns temas ainda são privilegiados e outros negligenciados. Uma característica do campo vinculada intimamente a esse problema é a centralização dos recursos e consequentemente dos poderes e capacidades de produção e circulação dos sentidos de saúde”.

O Campo da C&S formou-se no início da década de 90 juntamente com a implantação do SUS e constitui-se como uma interface dos dois campos (comunicação e saúde), podendo ser considerado um subcampo de cada um (ARAÚJO, 2013). A interdisciplinaridade (temas ou objetos estudados por diferentes ciências) e a transdisciplinaridade (nova ciência cuja comunicação fez sua contribuição) estão presentes nos estudos da comunicação. Cabe salientar que muitas ciências estudam os fenômenos comunicativos, como é o caso da saúde, construindo suas próprias leituras e trazendo o objeto da comunicação para seu local de análise (interdisciplinaridade) (FRANÇA, 2001). Segundo Souza (2016) o campo C&S engloba articulação com os campos da informação, políticas públicas e educação popular.

Segundo Souza (2016), o campo da C&S engloba articulação com os campos da informação, políticas públicas e educação popular. Enquanto que, o campo social, é:

[...] área do conhecimento interdisciplinar que emerge a partir de uma nova maneira de articular os campos da comunicação e da saúde. Constitui-se de teorias e modelos comunicacionais aplicados à saúde, metodologias, agentes, instituições diversas, políticas de saúde e comunicação, discursos, práticas, instancias de formação, lutas pelo poder e negociações. Trabalha na perspectiva não corrente, ou seja, na mudança de padrões já estabelecidos de comunicação e saúde, objetiva relações mais democráticas em relação ao poder de falar e ser ouvido na saúde (SOUZA, 2016, p. 15).

Um dos modelos de comunicação para as políticas públicas de C&S é a Teoria do Mercado Simbólico, contexto social onde há atores sociais, interlocutores (emissores e receptores), ocupando lugares de interlocução, posições móveis sujeitas a disputas e lutas por transformações na estrutura da política pública de saúde, onde, por meio da polifonia social, os sentidos sociais (bens simbólicos) são produzidos, circulam e são consumidos em meio a estratégias de comunicação. A comunicação ocorre por meio de negociações, como num mercado, e o objetivo é chegar ao centro do lugar de interlocução de prestígio baseado no poder de negociar e na legitimidade do discurso. É operado por meio de agentes sociais (indivíduos ou grupos) chamados comunidades discursivas que apresentam discursos comuns reconhecidos pelos demais membros. Os discursos concorrentes ou concorrência discursiva são visões diferentes sobre o mesmo tema de interesse. Os membros do mercado simbólico que apresentam discursos concorrentes disputam os sentidos dos participantes por meio da circulação e apropriação de seus discursos (ARAÚJO, 2009).

Fatores de mediação que são instâncias materiais e simbólicas que contribuem com a alteridade de sentidos por meio de discursos e interações entre todos os grupos sociais. Esses processos atribuem poder simbólico ao interlocutor e possibilitam a alternância da posição de poder entre o centro e a periferia discursivos (ARAÚJO, 2009) (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2012).

Segundo Souza (2016), os ACS funcionam como mediadores nos processos comunicacionais, pois, a interlocução estabelecida cria o elo dos usuários/comunidade com a eSF, além de proporcionar o vínculo entre os agentes. Nessa relação, os contextos fazem sentido para o usuário facilitando que a informação repassada faça sentido e seja apropriada.

3.4.3 Os Processos de Comunicação e Saúde e a organização da Atenção Primária à Saúde

Considerando que, para a organização da assistência na APS, são preconizadas ações de promoção da saúde, de prevenção/control de doenças, muitas vezes intimamente relacionadas a processos comunicacionais interacionais vinculados ao repasse de informações, é essencial entender como ocorre a C&S nesse nível de atenção. Para Souza (2016, p.16) na APS, porta de entrada do usuário ao SUS, a ESF torna-se "na maioria das vezes o primeiro canal de acesso as informações [...] ou seja, onde se estabelecem as primeiras relações entre a população e a saúde pública."

O exercício de cidadania do usuário dos serviços de saúde pública, segundo Leite *et al.* (2014), está diretamente ligado ao seu empoderamento, quando têm acesso às informações de saúde. A apropriação da informação, que ocorre quando ela se torna conhecimento, por meio de práticas de C&S, desloca o usuário de mero receptor da informação para protagonista do seu cuidado e o torna participante na luta frente a situações de iniquidades a fim de garantir o seu direito à saúde. O acesso à informação permite que o usuário argumente, questione, reivindique e lute por seus direitos, e exerça, com autonomia, a cidadania no intuito de conseguir a integralidade da assistência.

Compreende-se por empoderamento o:

[...] processo pelo qual os que detêm o poder, no caso, os profissionais de saúde, favorecem aos outros (usuários) a aquisição e uso do poder necessário (empoderamento da informação) para tomar decisões que afetam a si ou sua vida. Não se deve considerar o poder apenas nos níveis mais altos, mas como algo que pode ser compartilhado por todos (LEITE, *et al.*, 2014, p. 663).

A interação entre equipe e usuários é determinante para a criação do vínculo necessário ao funcionamento das eSF nos territórios. Um dos objetivos de uma comunicação inclusiva é a necessidade que os usuários do SUS se apropriem de informações que propiciarão a autonomia sobre a sua saúde. Portanto, estudos sobre as formas adequadas de comunicação e repasse de informações são essenciais nesse cenário, a fim de prestar um serviço de qualidade (SOUZA, 2016).

Um dos principais processos comunicacionais interacionais que ocorre na APS é a ES, que apresenta ferramentas distintas e cujas ações são atribuições comuns a todos os membros das equipes (BRASIL, 2017a). Segundo o MS, a ES é descrita como o “conjunto

de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2013, p. 19).

Apesar da ES ser um campo de prática e conhecimento do setor saúde, diferentes concepções e práticas marcaram a sua história no Brasil. Até a década de 70, foi uma prática hegemônica, por iniciativa das elites políticas e econômicas e subordinada aos seus interesses, que propunha basicamente a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados, num tipo de educação autoritária. A partir da década de 70, com a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, desenvolve-se uma cultura de relação com as classes populares e, conseqüentemente, promoveu-se uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população (VASCONCELOS, 2001).

Vale destacar que, em contraposição às perspectivas hegemônicas de ES “há os modelos de comunicação humanistas dialógicos, que no Brasil partem, principalmente, dos estudos de Paulo Freire, no qual, os processos comunicacionais devem ser mais horizontais, em que emissores e receptores dialoguem, possam trocar conhecimento” (SOUZA, 2016, p. 46).

Como um processo político pedagógico, a ES necessita do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, que permite problematizar a realidade e, por suas próprias ações, transformá-la, levando à autonomia e emancipação do sujeito social e histórico (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Para Freire (2006), na compreensão da educação emancipadora, ao educador cabe escutar, aceitar e respeitar a fala e gestos do educando, possibilitando a ele o direito de discordar e se posicionar, pois ao respeitar sua leitura de mundo, pode afetá-lo, envolve-lo, produzir curiosidade e novos conhecimentos.

Outro importante conceito, na APS é o autocuidado, que surgiu com a Carta de Ottawa e teve o objetivo de capacitar a população para agir na melhoria de sua qualidade de vida, sem desconsiderar a responsabilização do Estado, dos indivíduos, da família e dos sistemas de saúde nesse contexto. O autocuidado é baseado nas premissas pela qual os pacientes podem e desejam cuidar de si próprios, e devem ser encorajados a ser independentes o máximo possível (PACHECO, ANTUNES, 2015).

Neste contexto, a ESF pode ser um recurso para despertar nas pessoas a reflexão acerca de sua responsabilidade com a própria saúde, quando estimuladas para o desenvolvimento de habilidades individuais para o autocuidado, em sua coexistência e na comunicação com seu entorno. Ademais, é importante democratizar os saberes com base

nas particularidades e subjetividades individuais e coletivas. A partir da sensibilização da população frente à necessidade de autocuidado e manutenção do seu próprio bem estar, podem ser desenvolvidas estratégias de prevenção, controle e cura de seus processos de enfermidades e danos (PACHECO, ANTUNES, 2015).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, afirmou serem direitos básicos dos pacientes a informação sobre o seu autocuidado e a participação nas questões referentes ao cuidado de saúde a que serão submetidos, resgatando assim a humanização e uma relação mais horizontal com os profissionais e os sistemas de saúde. Portanto, é essencial a disseminação da ideia de autocuidado nos programas de ES. Especialmente, as pessoas com DCNT devem ser informadas sobre as suas condições de saúde para conseguirem conviver bem com a doença, que durar por toda a vida, e também sobre a importância do cumprimento do tratamento preconizado. (BRASIL, 2014a). O autocuidado apoiado ocorre quando pacientes que lidam com o um problema de saúde, há mais tempo, apoiam outros pacientes com o mesmo problema (BRASIL, 2014a).

Na prática, a ES para o autocuidado pode se dar individualmente, por meio de consultas presenciais ou por telefone, ou com um número maior de usuários, por meio de Grupos Operativos (GO) e publicações nas redes sociais (BRASIL, 2014a).

Os GO consistem em reuniões de interação entre as equipes da UBS e os usuários que apresentam fatores de risco para determinado grupo de doença (BRASIL, 2017a). Baseiam-se em métodos de ES que envolvem escuta para as necessidades dos usuários e a circulação de informações técnicas dos profissionais, que se juntam com as experiências dos demais participantes, visando buscar soluções conjuntas. Os GO podem ser classificados como de: sala de espera, grupos fechados e abertos, e consultas coletivas. Existem técnicas educativas que podem ser adotadas nas ações coletivas tais como: a tempestade de ideias, a análise de imagens ou foto-expressão, a técnica das palavras-chave, mesa-redonda, estudo de caso, a dramatização ou *rolling playing* e os debates (BRASIL, 2014a).

Os GO são fundamentados nos trabalhos do psiquiatra e psicanalista Enrique Pichon Rivière, que foram introduzidos, no Brasil, na década de 70. Vêm sendo utilizados no SUS, principalmente na APS, para a promoção da saúde, e prevenção de doenças; na prestação de cuidados específicos pela eSF, e em programas educativos, que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Tal pratica possibilita o movimento coletivo pela problematização e discussão de situações vivenciadas, gerando um processo de aprendizagem crescente. Há evidencias dos seguintes benefícios: melhora no autocuidado,

no estilo de vida, e no abandono de vícios e comportamentos de risco. Para as equipes, foram evidenciados ganhos como “maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente” (MENEZES; AVELINO, 2016, p. 125).

Para Torres, Hortale e Schall (2003), o emprego de GO com usuários portadores de DM, com uso de jogos educativos, em que o doente fala da sua experiência de saúde e de adoecer e constrói os conhecimentos, a partir da troca de informações e saberes, num processo denominado pedagogia dialógica, contribui significativamente para melhorar sua adesão ao tratamento. Quando ele participa ativamente, responsabilizando-se por seu autocuidado, há melhora em sua qualidade de vida.

Outra importante ferramenta de ES amplamente utilizada na APS, tanto na promoção quanto na assistência à saúde, é a forma escrita ou o emprego de material educativo impresso (folhetos, panfletos, folder, livreto, etc.). Nessa forma de comunicação a linguagem, a ilustração e o layout devem ser avaliados, já que a credibilidade da fonte e o material escrito devem ser claros para comunicar a ideia e assegurar o entendimento do sujeito. Devem ser evitados mal-entendidos que possam levar a confusões conceituais e, conseqüentemente, em ações inapropriadas para sua saúde (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

O acolhimento também é fundamental à C&S na APS, e corresponde ao recebimento e escuta dos usuários pelos profissionais de saúde com relação às suas necessidades, durante as relações de cuidado (BRASIL; 2010a, 2017a). De acordo com Mitre, Andrade e Cotta (2012, p. 2072) o acolhimento surgiu no SUS, em meados da década de 90, diante do baixo impacto das ações da APS sobre os problemas de saúde da população, e a dificuldade de tornar-se a porta de entrada do sistema, que continuava a ser o hospital. Era preciso reconstruir os modos de produzir e operar a saúde, que se comprometesse com a vida, os direitos sociais e ao mesmo tempo, pudesse dar resolubilidade as demandas de saúde da população. Neste cenário, o acolhimento ganhou "o discurso inclusão social em defesa do SUS, um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde".

Em 2003, foi implantada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS –Humaniza SUS (PNH), que veio afirmar a indissociabilidade entre a atenção e a

gestão para a produção de saúde e garantir a participação dos usuários e profissionais de saúde na gestão do serviço e cuidado em saúde. Assim, o acolhimento assume o

"discurso" oficial do MS, se configurando como uma das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS; que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas" (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p. 2073).

Surgiu em meados da década de 90, ganhando o discurso de inclusão social em defesa do SUS, sendo conceituado por Mitre, Andrade e Cotta (2012, p. 2072) como "um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde". O acolhimento, como diretriz a ser adotada pelo SUS, foi formalizada pela Política Nacional de Humanização, oficialmente estabelecida em 2003 (BRASIL, 2013b).

Tal diretriz, para Teixeira (2003 *apud* MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p. 2079), deveria ser concebido como uma rede de conversação, 'acolhimento dialogado', como um legítimo "espaço interligado e composto de regiões de conversa, no qual o acolhimento teria o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço, para oferecer aos usuários amplas possibilidades de trânsito no sistema". Trata-se de uma negociação permanente, na qual o usuário torna-se protagonista em sua trajetória no SUS e na escolha do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para e como sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Neste contexto, todas as visões dos diferentes sujeitos são importantes na busca de ações de cuidado a saúde, respeitando a singularidade, apesar de compartilharem, muitas vezes, de um mesmo diagnóstico clínico (BRASIL, 2008b).

Na APS, o acolhimento e o vínculo indentificam-se no encontro do profissional de saúde com o usuário, durante o trabalho vivo em ato na construção de seu PTS. Desde, 1994, o PSF apostou na importância do estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e corresponsabilização entre os trabalhadores da saúde e a população. Portanto, o vínculo com os usuários do serviço de saúde visa ampliar a eficácia das ações de saúde, promovendo a adesão ao tratamento. Ressalta-se que, quando a participação do usuário é requisitada, a equipe o reconhece como sujeito, capaz de falar, julgar, desejar e se responsabilizar por sua própria saúde (SCHIMITH, LIMA, 2004).

Acolhimento e vínculo, portanto, precisam estar presentes desde as consultas individuais, na APS, já que são momentos de interlocução entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços, que podem servir para colocar em prática ações de ES. De acordo com estudos de Quigley *et al.* (2015), em centros de saúde da cidade de Tolima, Colômbia, o principal fator para a fidelização das consultas é a qualidade das relações interpessoais e das práticas comunicativas que são estabelecidas com o profissional de saúde. Ademais, o vínculo dos usuários com o serviço de saúde aumenta o comparecimento regular dos pacientes às consultas, permitindo que os profissionais de saúde, por meio do acolhimento, conheçam aspectos importantes da vida do paciente, que podem influenciar diretamente no seu tratamento tais como, hábitos de vida, efeitos adversos do tratamento, grau de apoio familiar, dentre outros.

Em contraposição, Andrade (2002) afirma que a comunicação inadequada entre o profissional de saúde e o paciente, com repasse de informações insuficientes, é um sério problema relacionado à C&S na APS. Afeta principalmente pacientes com DCNT, sendo descrita como primeira causa de não adesão ao tratamento de pacientes com HAS. Segundo Souza (2016), as práticas comunicativas excludentes são impulsionadas pela falta de capacitação dos profissionais de saúde, que não reconhecem os princípios e diretrizes do SUS nas interações dentro do sistema de saúde causando problemas de relacionamento na rede e interpessoais. Para Oliveira (2002, apud SOUZA, 2016), a relação entre os membros das equipes de saúde e usuários deve se basear no diálogo e no estabelecimento de interações interpessoais participativas para atingir os objetivos do SUS.

A manutenção de diálogo entre as categorias profissionais na APS é indispensável para a consolidação da Comunicação Interpessoal (CIP). A CIP ocorre na interação face a face, e envolve uma interdependência comunicativa, por meio de trocas de mensagens verbais e não verbais. Tal interdependência entre interlocutor e o receptor pode alcançar a empatia, que implica compreender e aceitar as experiências das pessoas, evitando o julgamento e estimulando sua autonomia. Um dos objetivos principais CIP é tentar evitar ou diminuir conflitos, mal-entendidos e buscar soluções conjuntas para os problemas identificados (DE JESUS, 2006).

Neste cenário dialógico, a Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde (PICS), tem sido considerada uma importante estratégia para melhorar os resultados das práticas de saúde no mundo. Para a OMS e seus parceiros, a colaboração interprofissional em educação e prática desempenha um papel primordial na redução da crise mundial de sua força de trabalho em saúde. Um profissional de saúde preparado para a prática colaborativa tem

competência e habilidades para trabalhar em uma equipe interprofissional. Essa prática colaborativa interprofissional "acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade [...] na conquista os objetivos de saúde locais" (OMS, 2010, p. 7).

Para Previato e Baldissera, (2018) a PCIS tem influenciado positivamente o cuidado em saúde, e melhorado o acesso à saúde, além de aperfeiçoar a utilização dos recursos, aprimorar a eficiência dos serviços e os resultados, e racionalizar os custos do cuidado em saúde. Ela integra o cuidado centrado no paciente, a família, a clareza, quanto aos papéis profissionais, a dinâmica de funcionamento da equipe, a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa. Ademais, rompe com a fragmentação do trabalho multidisciplinar, já que "o trabalho interprofissional realiza-se por meio da reflexão sobre os papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, pelas quais se constroem os saberes de modo dialógico, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais" (PREVIATO, BALDISSERA, 2018, p 1536).

Vale ressaltar que a PICS é um modelo contra hegemônico de cuidado, no qual "se constroem os saberes de modo dialógico, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais" (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p. 1535). Portanto, para alcançar a PICS é fundamental a Comunicação Interprofissional (CIPR), que representa o diálogo entre os profissionais de saúde, primordial na troca de informações das equipes e para realizar a problematização e enfrentamento dos riscos à saúde, na APS. A CIPR pode ser exercida, por exemplo, quando os ACS levam as demandas de saúde dos usuários para discussão nas equipes, estimulando a comunicação que tem por objetivo a resolução dos problemas detectados (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

As reuniões entre os profissionais das equipes da APS para discussão de casos e planejamento de ações, apesar de escassas, são consideradas momentos formais de CIPR. Essas interações e interlocuções entre os profissionais de saúde são processos importantes de C&S também para a troca de informações sobre questões que ocorrem no território e que podem interferir no processo saúde-doença da população assistida. Todavia, alguns desafios foram evidenciados e estão relacionadas ao volume de cobranças burocráticas nos serviços de saúde e ao excesso de demandas aos profissionais. A "dificuldade para a manutenção regular das reuniões com os diversos profissionais da APS reduz a comunicação interprofissional e, conseqüentemente, subtrai a eficiência das equipes em termos de tempo,

de aprendizagem e de integração profissional” (PREVIATO, BALDISSERA, 2018, p. 1544).

Cardoso e Nascimento (2010) alertam para a necessidade de ampliar o diálogo e negociação nas interações dentro das equipes, já que, durante as reuniões das eSF, o processo comunicativo ocorre predominantemente de forma vertical e autoritária entre os profissionais. Tais encontros são marcados pela hierarquia de cargos e funções, cujos lugares de interlocução e espaço discursivo estão centrados na fala dos profissionais de saúde de nível superior, desvalorizam, principalmente, as falas do ACS, profissionais mais próximos da comunidade, usuários e famílias. Esses encontros se transformam mais em momentos para repasse de informações de níveis hierárquicos superiores, que expressam relações de poder, do que um espaço para que o processo comunicacional se torne inclusivo e democrático de acordo com o que é preconizado pelo SUS.

Um importante caminho para a formação e desenvolvimento dos profissionais no SUS, foi a instituição, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2017b). A EPC em serviço precisa se basear em relações dialógicas horizontais por meio da problematização da prática a ser transformada. Para a implementação da PNEPS, de acordo com Previato e Baldissera (2018, p. 1543):

[...] é necessário o estabelecimento da comunicação interprofissional, por tratar-se de prática educativa que se materializa no cotidiano das equipes. É a comunicação, enquanto diálogo dos distintos saberes, que instaura a reflexão cotidiana dos papéis e as contribuições de cada membro da equipe. Além disso, a comunicação interprofissional favorece o trabalho colaborativo porque permite ensinar e aprender mediante o reconhecimento da complexidade inerente à prática diária.

A EPC ocorre em momentos de interação da equipe na APS, seja em reuniões ou no efetivo atendimento à população. De acordo com o MS, a EPC são:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2013, p. 120).

O NASF-AB, cuja função é atuar como retaguarda especializada para as equipes da UBS, deve utilizar, como estratégias interacionais, reuniões com as equipes para discussões de casos e atendimento conjunto, participando efetivamente da EPC dos membros das equipes (BRASIL, 2013a). Segundo Previato e Baldissera (2018), o matriciamento e a EPC realizados pelo NASF-AB, quando das visitas domiciliares, são estratégias facilitadoras da

comunicação interpessoal, diferente de quando o matriciamento ocorre junto às equipes. Isto se deve devido às práticas fragmentadas entre os profissionais das equipes, que ocorrem devido à tendência de sobreposição da abordagem pelo modelo biomédico, que impede o diálogo e trocas entre as categorias profissionais. As eSF e NASF-AB realizam a atenção à saúde do usuário de forma a buscar a interdisciplinaridade.

Neste contexto, a PICS difere do trabalho multiprofissional, por não ser marcado pela fragmentação do cuidado e pelos profissionais realizarem a decisão compartilhada sobre o plano de ação/tratamento, que serão envolvidos na assistência prestada, construindo, por meio do diálogo, saberes e respeitando as especificidades das áreas profissionais envolvidas no processo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A APS coordena a assistência à saúde prestada pela rede SUS, e para garantir a continuidade do cuidado, os dados de saúde dos usuários devem ser passíveis de registro, consulta e estarem disponíveis para os profissionais de saúde, não só da APS, mas de toda a RAS, por meio de ferramentas que possam garantir o seu sigilo e a confiabilidade. Todavia, apesar do prontuário eletrônico ser um meio de troca de informações indireta entre os profissionais de saúde, para a estratégia do PICS, esta tecnologia pode diminuir a possibilidade de comunicação dialógica entre eles, como também a troca de saberes e demais interações. Também, outras formas de comunicação que substituem a interação interpessoal, tais como troca de mensagens informais, por meio de recados e tecnologias comunicativas como telefone, celular e e-mail, podem dificultar a tomada de decisão para a ação e a reflexão proporcionada pelo diálogo. Nesses casos, diminuindo a colaboração interprofissional, pois, a conversação, característica da comunicação dialógica, está relacionada a relações pessoais mais aprofundadas, diferente das tecnologias de comunicação citadas, que por serem superficiais, são barreiras ao diálogo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Ademais, considerando que a DRC tem uma dimensão social, que altera sobremaneira o funcionamento familiar, estes atores precisam estar envolvidos e manterem interações também com as equipes da APS. Os membros da família, a princípio, podem ter uma resistência para aceitar o tratamento do paciente, já que altera a rotina familiar. Todavia, a falta de repasse de informações sobre o tratamento, possíveis intercorrências e o preparo dos familiares para o cuidado do doente demonstram falhas na formação do profissional de saúde para lidar como educadores para os cuidados domiciliares que os pacientes com DCNT necessitam, e que precisam ser enfrentadas (FRÁGUAS, SOARES, SILVA, 2008).

Dentre as questões problemáticas relacionadas à C&S nas RAS, Mendes (2010) aponta a dificuldade de realizar a referência e a contrarreferência de pacientes, devido à falta de tecnologias de informação para registrar as informações de saúde do paciente, dificultando a comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção. Tomando a comunicação como eixo para a melhora da coordenação do cuidado na APS deve-se dar destaque para a necessidade fundamental de investimento em tecnologias de informação e comunicação, a fim de implantar a conectividade e interligação dos prontuários clínicos dos pacientes (sistemas informatizados e prontuários eletrônicos), adoção de instrumentos de referência e contrarreferência padronizados e implantação da EPC para os profissionais de saúde de todos os níveis.

Há que se alertar que, de acordo com Souza (2016), geralmente, os processos comunicacionais na APS se baseiam em relações verticalizadas, hegemônicas, com a centralização e legitimação do discurso e das informações pelos polos do poder dominantes nas políticas públicas de saúde indo na contramão do que preconiza o SUS. Uma comunicação, por meio da interlocução, do diálogo, da escuta e da participação democrática de ambos os polos envolvidos, possibilitará a todos o poder de falar e ser ouvido, principalmente de vozes silenciadas que estão na periferia social, portanto, é preciso considerar os contextos e saberes de todos os sujeitos envolvidos.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, pensou-se em uma pesquisa de campo, entretanto, tratando-se de pesquisa com seres humanos e devido ao pouco tempo para o desenvolvimento desse trabalho de conclusão de curso, não seria possível responder a todos os trâmites éticos necessários estabelecidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Assim sendo, entendendo que a temática envolve conceitos diversos e complexos, optou-se pelo formato tradicional, mas não menos importante de Monografia, que tem “como principal objetivo agregar informações, análises, interpretações e relatos científicos de valor relevante e original à ciência” (MINAS GERAIS, 2019, p. 9).

Desta forma, buscou-se, por meio de levantamentos bibliográficos, explorar, fundamentar e responder à temática e aos objetivos deste trabalho: identificar e analisar as formas de C&S na APS do SUS, para a promoção da saúde e na prevenção e controle das DCNT, considerando os fatores de risco para DRC, em especial as DM, HAS.

Para fundamentar, e responder ao primeiro objetivo específico, o aumento da prevalência e da incidência de DRC, dos últimos anos do Brasil, buscou-se os dados oficiais disponíveis no Sistema estatístico do SUS, todavia os dados do Tabnet-SUS encontram-se disponíveis até 2013. Assim, optou-se por utilizar dados mais recentes disponíveis nos Inquéritos Brasileiros de Diálise Crônica, realizados anualmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBF. Foram analisados os anos da SBN de 2014 a 2017. Os inquéritos disponíveis pela SBF são realizados junto aos serviços de diálise de todo o Brasil, por meio de questionário on-line, sendo os números apresentados estimados com base nos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ademais, destaca-se que a SBN é uma instituição confiável, que congrega médicos nefrologistas de todo o Brasil e regulamenta as melhores condutas e protocolos de tratamento a serem adotados por toda a categoria baseados em evidências científicas.

Para responder ao segundo objetivo específico que consiste em descrever as políticas de C&S adotadas pelo MS na APS referentes à promoção da saúde, prevenção e controle de fatores de risco para DCNT, buscou-se documentos oficiais do MS, da OMS e na literatura científica disponíveis nas bases de dados como na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), inclusive teóricos relevantes, que pudessem fundamentar conceitos e políticas da APS e das DCNT, e da C&S, relacionando os temas.

Para o terceiro objetivo específico: identificar e analisar as formas de C&S empregadas na APS envolvidos na promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT, notadamente DM e HAS, optou-se por realizar uma revisão integrativa. Este tipo de revisão emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática ou para a busca de respostas a temática selecionada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Assim, foi realizada uma busca no Portal da BVS, em 8 de agosto de 2019, em duas etapas e utilizando os seguintes descritores:

(1) Atenção Primária à Saúde *and* Diabetes Mellitus *and* Comunicação, definindo os seguintes critérios para busca: idioma português (produções do Brasil), sem limite período e somente artigos completos disponíveis. Foram encontrados 31 artigos.

(2) Atenção Primária à Saúde *and* Hipertensão Arterial *and* Comunicação, definindo os seguintes critérios para busca: idioma português (produções do Brasil), sem limite período e somente artigos completos disponíveis. Foram encontrados 25 artigos.

Das 56 referências encontradas na busca, quatro eram repetidas e doze estavam presentes em ambas as pesquisas, portanto, foram analisadas somente uma vez. Dados os objetivos do estudo, foram excluídos os artigos que se repetiam, como também as resenhas, editoriais e ensaios, resultando na seleção inicial de 40 estudos.

Para aprofundar a seleção, foram analisados os títulos e resumos, considerando como critério a presença de relações entre as formas de C&S e os resultados dos estudos na promoção da saúde, e na prevenção e controle da DM e HAS, na APS. Constatou-se que 17 artigos não estabeleceram esta relação, portanto, resultando na análise de 23 artigos.

Os artigos selecionados foram organizados em três quadros, o primeiro referente à DM, o segundo à HAS e o terceiro referente à ambas DCNT (HAS e DM). Cada quadro foi estruturado de acordo com as seguintes categorias: (1) Identificação do artigo; (2) Período do estudo; (3) Tipo de estudo; (4) Objetivo; (5); Sujeitos Pesquisados; (6) Formas de C&S; e (7) Resultados encontrados.

Para compreender como ocorrem as diferentes formas de C&S, na perspectiva das informações e dados ofertados nos artigos analisados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Essa metodologia visa analisar os conteúdos textuais, por meio de três etapas distintas: a pré-análise, a exploração do material teórico e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Em relação à pré-análise e a exploração do material teórico foram realizadas leituras exaustivas, na perspectiva de buscar conteúdos que identificassem as formas de C&S,

relacionados aos conceitos desenvolvidos na revisão de literatura, realizada na primeira etapa deste trabalho. Todavia, teve-se o cuidado de considerar novas descobertas publicadas nos artigos selecionados. As informações colhidas foram agrupadas em 5 categorias para facilitar a condução da análise: (1) Educação em Saúde ES; (2) Comunicação Interpessoal (CIP); (3) Comunicação Interprofissional (CIPR); (4) Comunicação na Continuidade da Assistência (CCA); (5) Educação Permanente e Continuada (EPC).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar os 23 artigos, que estabeleciam relação entre a C&S e as DCNT (DM e HAS) na APS, primeiramente as informações foram organizadas em 3 quadros, conforme identificação do artigo (autor e ano); período; tipo; objetivos do estudo; sujeitos pesquisados; formas de C&S encontradas; e resultados para as DCNT.

Para a temática de C&S e DM foram analisadas 7 referências, apresentadas no Quadro 2. Em relação à C&S e HAS foram analisadas 8 referências, elencadas no Quadro 3. E as que apresentaram relação entre C&S e ambas as DCNT (DM e HAS) simultaneamente, foram 8 referências sistematizadas no Quadro 4.

Em relação aos tipos de estudos abordados em cada artigo, obteve-se os seguintes resultados:

- (a) Foram encontrados 11 Projetos de Intervenção (PEREZ, 2014; SANTOS, 2014; FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; PELAEZ, 2015; VALIENTE, 2015; BETANCOURT, 2016; CAPOTE, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016; DANTAS, 2017);
- (b) Cinco Estudos Transversais Descritivos Qualitativos (SOUZA, 2011; BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; LIMA, 2017; TORRES *et al.*, 2017; OLIVEIRA, NOGUEIRA, PEREIRA, 2018);
- (c) Dois estudos Transversais Analíticos Quantitativos (TORRES *et al.*, 2013; BARRETO *et al.*, 2018);
- (d) Duas Revisões de Literatura (LATTANZI, 2011; MACIEL, 2012);
- (e) Dois Estudos de caso (SOUZA, 2014; ALELUIA *et al.*, 2017);
- (f) Uma Pesquisa-Ação (ANDRADE, 2018).

O Projeto de Intervenção foi o mais utilizado pelos pesquisadores. Esse é um tipo de pesquisa que propõe ações dirigidas a um problema ou a uma situação que se quer intervir, geralmente tem relação com a prática e a intenção é compreendê-la e torná-la mais eficaz. É "um tipo de pesquisa social com base empírica que está [...] em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo." (THIOLLENT, 2005, p.16).

Evidenciou-se que os pesquisadores dos estudos analisados, que utilizaram este tipo de pesquisa, trabalhavam e propuseram ações para aumentar o conhecimento sobre as

DCNT, notadamente DM e HAS; prevenir e controlar a incidência dessas doenças com base no controle de fatores de risco; diminuir complicações por elas causadas; promover o autocuidado e aumentar a adesão ao tratamento farmacológico ou não farmacológico. Enfim, buscavam melhorar a qualidade de vida e a atenção prestada aos pacientes acometidos por esses agravos.

Nesses estudos, foram encontrados: cinco trabalhos que abordaram pacientes com HAS (PEREZ, 2014; PELAEZ, 2015; BETANCOURT, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016); dois artigos relacionados a DM (SANTOS, 2014; CAPOTE, 2016); e quatro que consideraram ambas as enfermidades (FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; VALIENTE, 2015; DANTAS, 2017).

Em relação a temática da C&S, os autores abordaram:

- (1) Comunicação direta, por meio de diálogo, com o paciente (SANTOS, 2014; MALDONADO, 2015; BETANCOURT, 2016).
- (2) Ações de ES (PEREZ, 2014; SANTOS, 2014; PELAEZ, 2015; MALDONADO, 2015; BETANCOURT, 2016; CAPOTE, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016).
- (3) Comunicação entre os níveis de atenção (APS e RAS) (BETANCOURT, 2016).
- (4) EPC, ou seja, as capacitações necessárias aos profissionais de saúde (FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; VALIENTE, 2015; BETANCOURT, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016; DANTAS, 2017).
- (5) Prontuário e sistemas de informação para consulta a dados dos pacientes para fins de continuidade do cuidado (FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015).
- (6) Comunicação interprofissional dentro da eSF/UBS (VALIENTE, 2015).

Foram encontrados cinco Estudos Transversais Descritivos Qualitativos. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Em relação a temática os pesquisadores abordaram:

- (1) Atividades de ES para a promoção da saúde com a realização de palestras e grupos de caminhada com pacientes hipertensos (SOUZA, 2011).
- (2) Comunicação dentro da APS e avaliação da continuidade da informação nas RAS no cuidado a pacientes diabéticos (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012).
- (3) Fluxo de comunicação entre os serviços de urgência/emergência e a APS que realiza a coordenação do cuidado em RAS aos pacientes com DM e HAS (LIMA, 2017).

(4) Análise da Comunicação Terapêutica na interação entre o profissional de saúde e o paciente hipertenso, dentro da ESF (TORRES *et al.*, 2017). Para os autores, a comunicação terapêutica é a habilidade a ser desenvolvida pelo enfermeiro para a obtenção de informações sobre do usuário, por meio de técnicas que propiciam bem-estar e satisfação, por ajudar o usuário a expressar seus sentimentos e ideias.

(5) Vínculo entre os usuários com DCNT e os serviços de saúde bucal (OLIVEIRA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2018).

Quanto aos Estudos Transversais Analíticos Quantitativos foram encontrados apenas dois. Este tipo de pesquisa tem suas raízes no pensamento positivista lógico e tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Enfatiza a objetividade, na coleta e análise dos dados numéricos, por meio de procedimentos estatísticos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Nestes estudos foram abordados:

(1) O fortalecimento do componente educativo do autocuidado de pacientes diabéticos, por meio de reuniões em grupo e monitoramento da saúde do paciente por telefone (TORRES *et al.*, 2013).

(2) A adesão ao tratamento de pacientes com HAS diretamente relacionado à qualidade de consultas, ES e autocuidado (BARRETO *et al.*, 2018).

A Revisão de Literatura busca organizar e compreender as diferentes contribuições científicas que se tenha realizado sobre determinado assunto, por meio de um conjunto de procedimentos sistematizados por critérios específicos e evidências (MINAS GERAIS, 2019). Nesta forma de estudo foram encontradas duas referências, que evidenciaram:

(1) Falhas de comunicação entre os níveis de assistência a pacientes com DM prejudicando a continuidade da assistência (LATTANZI, 2011).

(2) O emprego de ES como fator de adesão ao tratamento do usuário hipertenso (MACIEL, 2012).

Os Estudos de Caso são pesquisas caracterizadas como um estudo de um objeto bem definido, como um programa, uma instituição ou uma unidade social. Busca conhecer em profundidade como e o porquê um determinado evento ocorre, identificando o que é essencial nele. Nos dois estudos de caso foram abordados os seguintes temas:

(1) A continuidade da atenção relacionada à troca de informações entre a APS e a atenção secundária, sobre as condições de saúde de mulheres com DM; a troca de informações sobre a doença entre profissionais e pacientes diabéticas; e conhecimento acumulado pelos

profissionais de saúde quanto às características pessoais e históricos clínicos das pacientes com DM (SOUZA, 2014).

(2) O prejuízo à continuidade e integralidade da atenção na APS devido à comunicação e troca de informações insuficientes entre os profissionais de saúde para o acompanhamento dos usuários com DM e HAS nos diversos níveis de atenção (ALELUIA *et al.*, 2017).

Por fim, foi encontrada apenas uma Pesquisa-Ação, que é um tipo de investigação social com base empírica, em que pesquisadores e participante representativos estão envolvidos de modo cooperativo e participativo para resolução de um problema ou situação coletiva. O estudo encontrado abordou a implantação e análise do apoio matricial para atendimento a pacientes diabéticos na APS, com a participação da endocrinologia da atenção secundária, relacionada à falha na comunicação entre os profissionais desses dois níveis de atenção (ANDRADE, 2018).

QUADRO 2 – Artigos C&S diabetes mellitus

Identificação do artigo	Período do estudo	Tipo de estudo	Objetivo	Sujeitos Pesquisados	Formas de C&S	Resultados encontrados para DCNT
ANDRADE, Rafael Tadeu de, 2018.	Fase exploratória 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016. Avaliação de 01 de setembro a 30 de novembro de 2017.	Pesquisa-ação ou pesquisa de implementação. foram utilizadas técnicas de análise de frequência e comparação antes (fase exploratória) e depois (avaliação) da intervenção.	Implementar e avaliar o apoio matricial da rede de atenção especializada ambulatorial para a atenção básica, com foco na linha de cuidado da DM na microrregião da Freguesia do Ó, São Paulo com o objetivo de diminuir o repasse de pacientes com DM desnecessariamente para a atenção especializada.	2 unidades básicas de saúde (ESF e modelo tradicional) responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de endocrinologia e uma unidade de atenção especializada da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia.	Durante a pesquisa verificou-se falha na comunicação entre os profissionais da APS e da atenção especializada.	A proposta de intervenção foi voltada para a implantação do apoio matricial e envolvia três eixos: capacitação da equipe da APS, reuniões periódicas entre os níveis de atenção e canais de comunicação entre os níveis de atenção. Foram implementadas ferramentas para facilitar a comunicação (discussão de casos) entre as equipes da atenção básica e especializada e foi introduzida a rotina de encontros presenciais entre as equipes da atenção básica e especializada. Uso de canais de comunicação rápida (telefone e e-mail).
BRITO, Ederline Suelly Vanini de;	Jun. a out. de 2010.	Estudo qualitativo-descritivo pela técnica	Analisar a continuidade assistencial de adolescentes	27 entrevistas entre mães de	A continuidade da informação agrega duas dimensões: a transferência e utilização da informação – percepção do	As mães entrevistadas referiram que sentir haver comunicação entre os profissionais especialistas, porém, sentiram não existir comunicação entre profissionais da

<p>OLIVEIRA, Regina Célia de; SILVA, Maria Rejane Ferreira da, 2012.</p>		<p>de análise narrativa de conteúdo.</p>	<p>diabéticos nos serviços de saúde em Recife (04 UBS e três serviços especializados de referência para adolescentes portadores de diabetes em Recife), na perspectiva de pacientes e profissionais envolvidos no cuidado.</p>	<p>adolescentes (17) e profissionais de saúde (02 enf. e 02 méd. de UBS; 02 méd., 01 enf. e 01 assist. social da atenção especializada ; 02 méd. da alta complexidade) dos diferentes níveis de complexidade.</p>	<p>usuário de que cada profissional tem acesso às informações sobre a atenção prestada com antecedência e a evolução da doença; e o conhecimento acumulado – percepção do paciente de que o profissional conhece seus valores, e preferências, influenciando no planejamento do tratamento mais adequado.</p>	<p>atenção básica.</p> <p>As mães referiram como principais barreiras para a transferência e utilização de informações a grande demanda dos serviços e a demora na entrega dos resultados na atenção primária.</p> <p>Comunicação praticamente inexistente entre os níveis de atenção (falta referência e contrarreferência).</p> <p>Receber a informação clara e precisa é um ponto importante para garantir a continuidade assistencial.</p>
<p>CAPOTE, Barbara Aguila, 2016.</p>	<p>Não descrito.</p>	<p>Projeto de intervenção com o método Planejamento Estratégico Situacional.</p>	<p>Elaborar um plano de intervenção a ser implantado pela Equipe de Saúde para prevenir complicações e incidência da</p>	<p>Área de abrangência Jockey Clube I, Juiz de Fora/MG.</p>	<p>A qualidade da atenção deve ser mesurada pela melhor integração dos serviços, estreitando a comunicação entre os setores, com garantia da Integralidade da assistência a saúde desses.</p> <p>Necessidade de levar o conhecimento e informação a toda a comunidade (educação em saúde): muitas pessoas não</p>	<p>Favorecimento da inclusão, por meio da ampliação do acesso às informações sobre os programas sociais e direitos relacionados com a alimentação para usuários com DM, através do estabelecimento de parcerias locais.</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre a doença e suas complicações.</p>

			DM.		<p>possuem as informações suficientes sobre a doença suas complicações e a importância de levar com seriedade o tratamento tanto de prevenção como medicamentoso.</p> <p>Atuar na educação e formação continuada da equipe - necessidade de conhecimento sobre as formas de comunicação pedagógicas.</p>	
LATTANZI, Tatiana Maria Pereira, 2011.	Não descrito.	Levantamento bibliográfico utilizando revisão narrativa.	Identificar na literatura as principais ações que devem estar presentes na atenção ao diabético na ESF e propor diretrizes para o acompanhamento do usuário diabético pela ESF.	Ações que devem estar presentes na atenção ao diabético.	<p>Falhas de comunicação entre os níveis de assistência à saúde dificulta diretamente o acompanhamento do usuário.</p> <p>Educação em saúde individual ou em grupos operativos como forma de criação de vínculo que melhora o autocuidado e a adesão ao tratamento.</p>	<p>É necessária uma boa articulação com os outros níveis do sistema de saúde, uma comunicação eficaz e organização do processo de trabalho, e a participação ativa do usuário na tomada de decisão, garantindo a integralidade da assistência.</p> <p>Todos os integrantes da equipe devem estar aptos para a atividade de educação em saúde, que devem ser constantes, o que favorece a aproximação e a construção do vínculo e, por consequência, a adesão ao tratamento.</p>
SANTOS, Thaís Arruda Siqueira, 2014.	Não descrito.	Projeto de intervenção.	Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de pessoas com	ESF José Guilherme Campos, zona rural do município de Maria da Fé-	<p>Princípios de Grupos Operativos de Pichon Riviere (1998).</p> <p>O referencial teórico dá grande importância aos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, considerando que o ser</p>	<p>Implantação do grupo operativo, pautado no projeto Viva Bem e seus subprojetos Unidos pela Saúde e Comunicação.</p> <p>A aprendizagem em grupo permite que todos possam receber orientações, informações, esclarecer dúvidas,</p>

			Diabetes Mellitus cadastradas na ESF.	MG.	<p>humano é essencialmente um sujeito social.</p> <p>O baixo grau de escolaridade dos usuários dificulta apreender as informações dos profissionais de saúde denotando a dificuldade de comunicação desses profissionais com os usuários.</p> <p>Proposição de ações de educação em saúde e o acompanhamento longitudinal por meio de grupos operativos.</p> <p>Organização de informações sobre a saúde do paciente em prontuários.</p>	<p>compartilhar experiências e sentir-se seguros por serem membros de um mesmo grupo.</p> <p>A educação em grupo fortalece o elo entre o profissional de saúde e o indivíduo, melhorando a condição clínica.</p>
SOUZA, Lauana Roberta Batista de, 2014.	Realização das entrevistas e levantamento documental : set./2010 a abr./2012. Dados dos prontuários das pacientes com DM2: fev./2011 a jun./2012.	Estudo de caso com abordagem qualitativa, empregando-se a técnica de análise narrativa de conteúdo.	Analisar a Continuidade Assistencial (CA) a mulheres portadoras de diabetes mellitus em serviços de saúde. A CA é classificada em três categorias: continuidade da gestão, continuidade da informação e continuidade da relação.	Serviços de saúde dos municípios de Recife (distrito sanitário III, microrregião 3.3) e de Caruaru (bairro do Salgado).	<p>O problema da falta de comunicação entre os profissionais da atenção primária e especializada, sendo as principais barreiras para a transferência de informações sobre a saúde do paciente a não utilização de mecanismos de comunicação e o mau preenchimento dos prontuários.</p> <p>Baixo entendimento dos profissionais de saúde de que a transferência de informações é essencial para a continuidade do cuidado de qualquer paciente.</p> <p>O paciente é a fonte de informação na</p>	<p>A CA implica um sentido de filiação entre os pacientes e os profissionais de saúde, por vezes, referida como longitudinalidade relacional ou continuidade pessoal, e promove a melhoria da comunicação, confiança e um sentido sustentado de responsabilidade.</p> <p>Relações de longo prazo entre médicos e pacientes são um importante determinante da confiança mútua e de uma melhor comunicação entre profissionais e pacientes, e que os pacientes com maior continuidade de cuidados são mais propensos a ter melhores resultados de saúde.</p>

					comunicação entre os níveis de atenção.	
TORRES, Heloisa Carvalho <i>et al.</i> , 2013.	2010	Estudo descritivo.	Descrever a experiência do monitoramento telefônico como estratégia educativa na educação do autocuidado da pessoa com diabetes na atenção primária.	115 usuários com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento no Programa Educativo desenvolvido na Atenção primária, no ano de 2010 em quatro Unidades de Saúde de Belo Horizonte.	O telefone como opção viável para monitoramento dos usuários com diabetes e para a transmissão de informações sobre o autocuidado (educação em saúde).	O monitoramento permitiu reforçar a comunicação e as informações para a educação dos usuários com diabetes, fortaleceu o vínculo entre usuários e profissionais e possibilitou que os profissionais intervissem junto às dificuldades dos usuários no manejo da doença, de forma rápida e efetiva. Tecnologia de informação e comunicação alcançando um grande número de usuários em um tempo relativamente curto.

Fonte: Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2011 a 2018. Adaptado de ANDRADE (2018); BRITO, OLIVEIRA, SILVA (2012); CAPOTE (2016); LATTANZI (2011); SANTOS (2014); SOUZA (2014); TORRES *et al.* (2013).

QUADRO 3 - Artigos C&S hipertensão arterial sistêmica

Identificação do artigo	Período do estudo	Tipo de estudo	Objetivo	Sujeitos Pesquisados	Formas de C&S	Resultados encontrados para DCNT
BARRETO, Mayckel da Silva <i>et al.</i> , 2018.	Dez. 2011 a mar. 2012.	Estudo transversal analítico com amostragem aleatória e estratificada.	Identificar, entre pessoas com hipertensão arterial, os fatores sociodemográficos associados à não utilização de consultas médicas de rotina disponíveis na Atenção Básica e verificar se a não utilização das consultas interfere na não adesão à farmacoterapia, no descontrolado pressórico e na hospitalização.	Entrevistadas 422 pessoas com HAS, em tratamento ambulatorial na AB, residentes no município de Maringá-PR.	Em consultas regulares os profissionais têm a possibilidade de identificar se a educação em saúde realizada está surtindo efeitos desejados no autocuidado realizado. A qualidade das relações interpessoais e comunicacionais estabelecidas entre profissional e paciente é um dos principais fatores que impulsionavam a fidelização dos pacientes às consultas (estudo colombiano),	Pessoas com HAS devem ser esclarecidas e convencidas a procurar por consulta médica de forma espontânea e preventiva, com o intuito de acompanhar sua condição de saúde e, assim, ter suas necessidades de saúde melhor compreendidas e atendidas (educação em saúde), priorizando grupos populacionais de homens, pessoas não brancas e que utilizam serviços públicos de saúde. A adoção de práticas centradas nos usuários requer a incorporação de atitudes relacionais, como o acolhimento e o vínculo. A formação do vínculo com os usuários pode ampliar a efetividade das ações de saúde e favorecer sua participação durante a prestação da assistência. Isto lhe propicia exercer seu papel de cidadão, com autonomia, respeito aos direitos de fala, argumentação e escolha, além de permitir sua integração na manutenção de sua saúde e redução dos agravos.

BETANCO URT, Lázaro Aleido García, 2016.	2016	Projeto de intervenção.	Elaborar uma proposta de intervenção para instrumentalizar os profissionais da equipe de saúde para a promoção do autocuidado e conhecimentos sobre a hipertensão entre usuários adscritos à equipe.	eSF Sol Nascente, Município de Cataguases/MG.	Proposição do “Programa cadastrar” a fim de cadastrar pacientes hipertensos e do “Programa ouvir” para a implantação do acolhimento na eSF para a escuta qualificada do usuário. Detectou-se a falta de comunicação entre a equipe e os usuários.	Ampliação do cadastro dos usuários hipertensos pelos ACS e mantê-lo atualizado. Implantação do acolhimento como prática de escuta qualificada de queixas e angústias garantindo o vínculo e o compromisso da equipe com a saúde dos pacientes hipertensos.
HERNANDEZ, Daennys FERNÁNDEZ, 2016.	Não descrito.	Projeto de intervenção.	Propor um plano de ação com vistas à redução da incidência de hipertensão arterial.	PSF 3 no município de Olho de Água do Casado/AL.	Foram selecionados os seguintes nós críticos: desconhecimento da população sobre o comportamento da doença; baixa preparação dos agentes comunitários; e a não existência de programas educativos enfocando o tema nos meios de comunicação social.	Criação dos projetos: +Saúde, para aumentar a informação da população sobre as doenças crônicas (HAS); +Saber, para preparar e aumentar os conhecimentos dos agentes comunitários sobre o tema em questão; e Cuidar Melhor para alcançar a participação de outros setores da comunidade.
PELAEZ, Dailyn Sordo,	Não descrito.	Projeto de intervenção	Incrementar os conhecimentos sobre a prevenção dos	56 pacientes idosos da Unidade Básica de Saúde em Wenceslau	Elaborar um programa de intervenção educacional populacional com base no conhecimento sobre as causas, complicações	Educação em saúde na tentativa de estimular o processo de mudanças de hábito.

2015.		ção.	fatores de risco da hipertensão arterial, a prática de hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento adequado, visando assim que os pacientes melhorem sua qualidade de vida, aprendam a lidar com a doença e evitando assim complicações futuras.	Braz/MG.	e fatores de risco de hipertensão arterial. A atividade acontecerá em três etapas: a primeira consiste em avaliar o nível de informação inicial de saúde, seguido da intervenção em saúde, e uma terceira etapa de avaliação do nível de informação que tem os pacientes depois da intervenção de educação em saúde.	Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os pacientes, seus familiares e a comunidade através do contato individual e também por meio da utilização de fontes de informações coletivas, como folhetos, reuniões, palestras.
PEREZ, Victor Rolando Canizares, 2014.	Mar. 2014 a mar. 2015.	Projeto de intervenção.	Promover ações de educação em saúde sobre os fatores de riscos, cuidados, alimentação saudável,	15 pacientes hipertensos da ESF Nova Colina, município de Ji Paraná/RO.	Instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos. A educação do paciente hipertenso é o elemento primordial para o melhor controle da Hipertensão Arterial, é a medida mais importante, universal e menos custosa.	Realização de atividades grupais como espaços que favorecem a construção coletiva do conhecimento, a análise da realidade, a confrontação e o intercâmbio de experiências. O fortalecimento da autonomia, por meio de estratégias que estimulam e

			atividades físicas e controle em pacientes com hipertensão arterial.		<p>Oficinas educativas com periodicidade semanal.</p> <p>Acredita-se que as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença.</p>	<p>criam condições para a participação e integração dos seus membros.</p> <p>A inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos, a dinamização da comunicação e a cooperação no esforço de encontrar soluções para as necessidades dos participantes em seu cotidiano e contexto de vida.</p> <p>As atividades grupais constituem-se numa estratégia indicada para o desenvolvimento de ações educativas com objetivo de capacitação e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e intervenção sobre os fatores que interferem no processo saúde–doença.</p>
POURIET, Jonathan Roman Castillo, 2016.	Projeto de intervenção.	Propor um plano de intervenção com vistas à redução da baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.	UBS do Parque Guarani município de Juiz de Fora/MG.	<p>Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas a promoção de saúde e prevenção de doenças.</p> <p>A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.</p> <p>Os nós críticos identificados foram: falta de acompanhamento pela equipe de saúde; falta de conhecimentos da mãe e pessoas da família sobre o assunto; falta de comunicação entre a equipe e os usuários e falta de atualização dos profissionais de saúde sobre o</p>	<p>Palestras sobre estilo de vida saudável e programa de caminhada a fim de evitar os agravos dependentes do estilo de vida por meio da adoção de hábitos saudáveis e mudança.</p> <p>Palestra dirigida grupo com risco, diabéticos e população geral, a fim de prevenir os agravos e aparição da doença em sua etapa inicial.</p> <p>Reuniões e capacitações da equipe de saúde da família sobre o tema HAS para propiciar o fortalecimento</p>	

					tema.	do trabalho em equipe e direcionamento das ações. Adoção do acolhimento com o objetivo de receber, escutar e oferecer atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos.
SOUZA, Fernando de Oliveira e, 2011.	A observação foi feita no primeiro semestre de 2009.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.	Apresentar, através de revisão bibliográfica pertinente, o problema “hipertensão arterial” e alguns de seus fatores de risco, além de descrever tal problema no município de Diogo Nogueira.	Município de Diogo de Vasconcelos/MG.	O enfermeiro trabalha com grupos operativos realizados mensalmente de forma a propiciar uma maior absorção das informações pelos pacientes. A educação em saúde como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento reforçando a importância da mediação, da interação entre as pessoas, para o desenvolvimento do ser humano. A equipe de saúde passou a fazer uso da linguagem não-verbal como forma de comunicação com esses pacientes.	A educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a mudanças no estilo de vida para prevenção e controle dos fatores de risco para HAS através de hábitos e atitudes saudáveis. Capacitação de toda a equipe de saúde em educação em saúde.
TORRES, Geanne Maria Costa <i>et al.</i> , 2017.	Abr. a mai. 2016.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Analisar a comunicação terapêutica na interação entre profissional de saúde e paciente	14 pacientes hipertensos e dois profissionais (médico e enfermeira) da ESF em um município do Estado do Ceará.	Comunicação terapêutica consiste em uma ferramenta para a obtenção de informações acerca do usuário. É a condição básica para se constituir relações interpessoais de segurança e	As formas de comunicação terapêutica - expressão, clarificação e validação - mostram-se relevantes na relação interpessoal com o usuário, permitindo cuidar melhor dos problemas que afetam a saúde, contribuindo para maior adesão ao

		va.	hipertenso na ESF.		<p>sensibilidade na atenção à saúde.</p> <p>É composta de inúmeras técnicas que propiciam bem-estar e satisfação durante as consultas de enfermagem porque ajudam o cliente a expressar seus sentimentos e ideias.</p> <p>Os profissionais possuem conhecimentos parcos sobre comunicação terapêutica prejudicando a relação que tem como base as tecnologias relacionais.</p>	<p>próprio cuidado. Desvelou-se que as formas de comunicação terapêutica são pouco exploradas pelos profissionais de saúde, sendo necessário, portanto, desenvolver habilidades para empregá-las adequadamente no cuidado ao hipertenso. É essencial a qualificação desses profissionais sobre as abordagens empregadas no processo comunicacional.</p>
--	--	-----	--------------------	--	--	---

Fonte: Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2011 a 2018. Adaptado de BARRETO *et al.* (2018); BETANCOURT (2016); HERNANDEZ (2016); PELAEZ (2015); PEREZ (2014); POUERIET (2016); SOUZA (2011); TORRES *et al.* (2017).

QUADRO 4 - Artigos C&S diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica

Identificação do artigo	Período do estudo	Tipo de estudo	Objetivo	Sujeitos Pesquisados	Formas de C&S	Resultados encontrados para DCNT
ALELUI A, Italo Ricardo Santos <i>et al.</i> , 2017.	Produção dos dados no campo ocorreu em outubro de 2013	Estudo avaliativo que adotou como estratégia o estudo de caso único com dois níveis de análise: equipe e gestão municipal.	Avaliar a coordenação do cuidado (ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção) pela Atenção Primária à Saúde (APS) em um sistema local de saúde do Estado da Bahia com base no banco do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB. Houve também a comparação da percepção dos gestores e	Duas eSF, uma exitosa e uma não exitosa, baseado na avaliação do PMAQ-A, e uma próxima à zona urbana e outra na periferia, em um sistema municipal de saúde do nordeste do Estado da Bahia.	<p>Pesquisa sobre a existência de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tecnologias telecomunicativas para troca de informações; -fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços; -troca de informação regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção; -discussão de casos regular entre profissionais das equipes de APS; -discussão de casos regular entre as equipes de APS e outros níveis 	<p>Constatou-se que a comunicação está comprometida devido aos seguintes fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Havia, em ambas as eSF, apenas instrumentos não informatizados (telefone não exclusivo) para a troca de informações. - Baixo nível de comunicação entre a APS e os demais níveis de atenção. - Falta de tecnologias telecomunicativas que auxiliem a comunicação dos profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção. - Não eram preconizadas reuniões para a discussão dos casos complexos nem dentro da equipe e nem com outros níveis de atenção como um meio de viabilizar a troca de informações. - A comunicação entre os níveis é dificultada pela falta de registros informatizados e integrados e pela falta de cuidado com o registro das informações clínicas.

			profissionais.		de atenção.	
DANTAS, Fabio Barroso Martins, 2017.	4 semanas de reuniões com a equipe e quatro semanas de acompanhamento do paciente.	Projeto de intervenção.	Aumentar a adesão dos idosos com HAS e Diabetes à medicação prescrita.	ESF em uma área rural.	Orientar os idosos com HAS e Diabetes sobre essas patologias e seus agravantes, mais a importância do tratamento. Promover uma comunicação adequada com o idoso.	O acolhimento humanizado da pessoa idosa é o mais importante. Estabelecimento de uma relação mais respeitosa com o paciente, chamando-o pelo nome, usando uma linguagem clara, mas não subestimando a compreensão do paciente, é fundamental. A equipe do PSF ficou mais integrada.
FERNÁNDEZ, Juan Carlos Rojas, 2015.	06 abr. a 25 jun. 2015	Projeto de intervenção.	Melhorar a atenção aos portadores de HAS e DM na ESF.	ESF Mutirão, município de Esperantina/PI.	Os ACS têm um protagonismo fundamental na procura e a informação sobre aquelas mulheres que não realizam as consultas e os exames (faltosos). Atualização do SIAB. Acompanhamento do usuário com base em registros de informações.	Ampliação da cobertura de usuários cadastrados e acompanhados pela equipe, bem como melhoria dos registros, melhoria do engajamento público, melhoria na comunicação e vínculo entre a equipe e comunidade. Melhora na comunicação interpessoal da equipe. Elaboração de atividades de promoção da saúde e prevenção para diminuir as complicações destas doenças, com a criação de grupos de hipertensos e diabéticos para melhorar seus conhecimentos sobre estas doenças, assim como, ofertar informações visando à sensibilização para o auto cuidado. ACS responsáveis por apoiar a equipe na sensibilização dos usuários quanto a importância da adesão às ações ofertadas e ao tratamento (educação em saúde). As auxiliares de enfermagem seriam as responsáveis pelo acolhimento e registro inicial dos dados na ficha espelho dos

						<p>usuários, assim como a educação em saúde tanto a nível individual como coletivo.</p> <p>Sensibilização dos produtores de alimentos quanto à importância do cuidado com o preparo e oferta dos alimentos para a população, também foi incentivada a oferta de alimentos mais saudáveis que promovam um menor consumo de sal, açúcar, e outros produtos que em excesso fazem mal a saúde.</p> <p>A comunidade foi instigada a se envolver nas ações desenvolvidas.</p> <p>Modificação do estilo e costume de vida de muitos dos usuários.</p>
LIMA, Ana Cláudia Medeiros Galvão de, 2017.	Janeiro de 2015 a dezembro de 2016.	Estudo transversal, descritivo, exploratório e retrospectivo com abordagem qualitativa.	Propor um fluxo de comunicação entre um serviço de urgência e emergência e a APS por meio da identificação dos pontos de fragilidade e potencialidade na comunicação entre os serviços de urgência e emergência e a APS a partir da	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Campo Limpo, São Paulo.	Descontinuidade do cuidado prestado ao paciente devido à dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis de assistência.	<p>Necessidade fundamental de investimento em tecnologias de informação e comunicação a fim de implantar a conectividade e interligação dos prontuários clínicos dos pacientes (sistemas informatizados e prontuários eletrônicos), adoção de instrumentos de referência e contrarreferência padronizados e implantação de educação permanente para os profissionais de saúde de todos os níveis.</p> <p>Problemas quanto aos registros de informações dos pacientes nos diversos níveis de atenção.</p>

			análise das condições sensíveis à atenção primária.			
MACIEL, Edivânia Aparecida Moreira, 2012.	2000 e 2001.	Revisão de literatura-narrativa.	Realizar uma revisão de literatura sobre os fatores que interferem na adesão correta ao tratamento de trabalhadores hipertensos.	Fatores que interferem na adesão correta ao tratamento de trabalhadores hipertensos.	Educação em saúde é método importante para ampliar a adesão do usuário ao tratamento para HAS. A comunicação que estabelece uma relação interpessoal com empatia é fundamental para o estabelecimento dos vínculos. A comunicação médico-paciente é descrita como primeira causa de não adesão ao tratamento.	A educação em saúde no processo de mudança do hábito de vida. A necessidade do conhecimento das crenças em saúde para criação de vínculo e para a comunicação interpessoal com o paciente hipertenso.
MALDO NADO, Saul Antônio, 2015.	27/07/2015 a 16/10/2015.	Projeto de intervenção.	Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos existentes na área de	ESF Vila Paz em São Luiz Gonzaga, RS. A população alvo da intervenção foram 466 Hipertensos e 109	É essencial, ter bons registros de indicadores de assistência ao paciente, a fim de proporcionar melhores informações de Saúde. Necessidade de melhorar	Os ACS foram os encarregados de fazer os trabalhos “de campo”, atualizando os seus cadastros (Ficha A/SIAB), buscando os usuários faltosos e divulgação do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos que estava e está sendo realizado na UBS. Eles são os responsáveis pela “propaganda boca-a boca”. Realização de atividades de promoção em saúde junto à

			abrangência da UBS.	Diabéticos.	os registros de acompanhamento dos pacientes. Capacitação de enfermeiros para ministrar palestras sobre educação em saúde. Aumento do tempo de consulta médica para melhorar o repasse de informações.	comunidade divulgando os riscos da HAS e DM bem como sobre os hábitos de vida saudáveis. Apreensão, pelo autor, de que meios de comunicação utilizar para promover a saúde da população após o desenvolvimento do projeto de intervenção.
OLIVEIRA, Eduardo José Pereira; NOGUEIRA, Denismar Alves; PEREIRA, Alessandro Aparecido, 2018.	2016	Pesquisa descritivo-analítica, transversal, epidemiológica, domiciliar	Avaliar a relação entre a percepção sobre os serviços odontológicos e a saúde bucal numa população de hipertensos e diabéticos adscritos à Estratégia Saúde da Família em Alfenas, MG, Brasil.	Amostra randomizada e estratificada, composta por 186 sujeitos. Adultos e idosos hipertensos e diabéticos vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF). Apenas 21,10% eram usuários da eSB (46 participantes).	Resposta à perguntas de questionário, dentre elas (nº7) se entendia bem aquilo que o dentista explicava. A resposta positiva dos usuários das eSB foi de 84,78%.	Características como vínculo/longitudinalidade e comunicação ainda deixam a desejar. Na população estudada a Saúde Bucal é melhor entre os sujeitos que relatam bom vínculo com o dentista.
VALIENTE,	2 de fev. 2015 a 28	Projeto de intervenção	Melhorar a atenção aos	UBS Pitangui 1, Extremoz, Rio	Orientação da comunidade sobre os	Houve uma melhora na relação médico – paciente e médico –

Charles Robinson, 2015.	mai. 2015.	o.	adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, dentro dos eixos pedagógicos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço.	Grande do Norte. Participação da intervenção, a princípio, 167 hipertensos e 84 diabéticos.	fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes (educação em saúde). Falta de comunicação dentro da equipe.	comunidade. Melhora da comunicação entre os membros da equipe para a assistência à saúde dos usuários.
-------------------------	------------	----	--	---	--	---

Fonte: Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2011 a 2018. Adaptado de ALELUIA *et al.* (2017); DANTAS (2017); FERNÁNDEZ (2015); LIMA (2017); MACIEL (2012); MALDONADO (2015); OLIVEIRA, NOGUEIRA, PEREIRA (2018); VALIENTE (2015).

5.1 As formas de Comunicação e Saúde identificadas na Atenção Primária à Saúde

Seguindo os preceitos metodológicos de Bardin (2011), os núcleos de conteúdos relacionado às formas de C&S na ações desenvolvidas na APS para promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, em especial a DM e HAS, e o alto risco para as DRC, foram categorizados em cinco eixos:

- (1) ES: forma de C&S interacional e dialógica que as equipes da APS estabelecem com os usuários em momentos individuais (consultas e visitas de ACS) ou coletivos (palestras ou GO) na produção de conhecimentos para o cuidado e autocuidado nas DCNT.
- (2) CIP: entre os profissionais de saúde e os usuários, que estão relacionadas ao acolhimento, vínculo e cuidado do paciente com a UBS.
- (3) CIPR: realizada pelas diversas categorias profissionais, durante as atividades cotidianas da APS e em reuniões, reduz a fragmentação da assistência e fortalece o vínculo e senso realização das equipes.
- (4) CCA: é a C&S da APS com os outros níveis de atenção em RAS, os prontuários dos pacientes e os SIS visando o cuidado integral.
- (5) EPC: para a qualificação da assistência, principalmente nas DCTN aos membros das equipes de saúde.

5.1.1 Educação em Saúde

Os achados corroboram o referencial teórico, que coloca a ES como uma das principais formas de comunicação na APS. Nos artigos analisados ficou evidenciado que a ES está entre os processos comunicacionais mais adotados para fins de promoção da saúde e prevenção de doenças. As informações para os usuários referentes aos cuidados com sua saúde é realizado pela equipe, durante as consultas individuais ou em ações que envolvem grupos de usuários, por meio de palestras ou GO, no qual a comunicação ocorre de forma interacional e dialógica (SOUZA, 2011; SANTOS, 2014; PEREZ, 2014; PELAEZ, 2015; BETANCOURT, 2016; CAPOTE, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016; FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; VALIENTE, 2015; DANTAS, 2017).

Nos projetos de intervenção que buscaram controlar a HAS houve consenso entre os pesquisadores sobre a necessidade da realização de ES para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e promover o autocuidado (PEREZ, 2014; PELAEZ, 2015; BETANCOURT, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016).

A ES como forma de C&S é importante para o controle de DCNT sendo descrita por Torres *et al.* (2013), Barreto *et al.* (2018) e Lattanzi (2011) como essencial para a adoção do autocuidado pelos pacientes visto envolver orientações sobre a doença, seus fatores de risco e práticas de vida saudável. Essas informações repercutem de forma positiva no quadro clínico do paciente crônico e na adesão ao tratamento estabelecido, seja ela medicamentosa ou não. Segundo Maciel (2012) a realização da ES para estimular a mudança dos hábitos de vida é uma forma de criar vínculo com o usuário por meio da CIP. Souza (2011) destaca que a falta de ações de ES abordando informações sobre a HAS impactam negativamente na adesão dos pacientes ao tratamento.

Conforme fundamentado anteriormente, o GO, estratégia na ES, envolve a circulação de informações, a escuta e troca de experiências para resoluções coletivas dos problemas de saúde. Para Santos (2014), Souza (2011), Capote (2016) e Lattanzi (2011), a adoção dos GO como forma de C&S promove o aumento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários da AP. Esses autores destacam a importância do GO como modelo de ES por propiciarem a adesão ao tratamento e estimularem o autocuidado dos usuários com DCNT. Ressaltam que os GO facilitam a aprendizagem e a adoção de hábitos saudáveis, são instrumentos de acolhimento e favorecem a aproximação dos profissionais de saúde com os usuários, o que propicia a criação de vínculo.

Em consonância com tais achados, Lattanzi (2011) e Maciel (2012) destacam que as relações dialógicas estabelecidas durante os processos de ES, que ocorrem durante as consultas ou em GO, resultam em ações de autocuidado, ajudam na criação de vínculos que resultam em melhora da qualidade de saúde dos usuários, favorecendo a adesão ao tratamento.

De acordo com Torres *et al.* (2013), as reuniões com o grupo de pacientes diabéticos e o monitoramento por telefone da saúde desses pacientes proporcionaram a troca de experiência e fortalecimento do vínculo entre paciente-agente de saúde além de possibilitar a expressão de sentimentos relativos à doença. A estratégia estimulou, num tempo relativamente curto, a postura ativa dos usuários frente às questões de autocuidado focando no repasse de informações e na comunicação em saúde. Esses pesquisadores

propõem ainda a abordagem telefônica na busca ativa do paciente com DM para as consultas.

Os estudos de Menezes e Avelino (2016) e de Torres, Hortale e Schall (2003) destacam a importância do emprego de GO na APS para a assistência a pacientes crônicos como forma de humanização, pois, a metodologia possibilita a instalação de diálogo entre os profissionais de saúde e grupo de pacientes que apresentem o mesmo problema. Esse fato ocasiona vantagens para o paciente, como melhora no autocuidado, no estilo de vida e adesão ao tratamento, resultando numa melhora na sua qualidade de vida. Além disso, há uma otimização do trabalho dos profissionais de saúde, visto que o número de consultas individuais diminui com a vantagem de aumentar o vínculo do paciente que apresenta DCNT com a UBS.

Segundo Santos (2014) e Capote (2016), o desenvolvimento de ações de ES baseadas em GO tem como objetivo melhorar o conhecimento e acesso as informações para a comunidade sobre as DCNT e suas complicações. Pueriet (2016) e Fernández (2015) destacam a necessidade de estender as ações de ES aos familiares e cuidadores dos pacientes com DCNT com fornecimento de informações sobre o controle dessas doenças.

Santos (2014) ressalta a importância do acompanhamento longitudinal dos pacientes, por meio da implantação de GO, com base nos princípios de Pichon Riviere, além da necessidade de valorizar os vínculos sociais dos pacientes como base para os processos comunicacionais e de aprendizagem, considerando que o ser humano é essencialmente um sujeito social.

Capote (2016) amplia a repercussão da ES na APS, quando destaca o investimento em GO como forma de melhorar a integração dos serviços de saúde e setores institucionais.

Betancourt (2016) e Hernandez (2016) destacam a importância do uso das mídias sociais e de programas educativos em saúde nos meios de comunicação locais para disseminar a informações sobre as DCNT. Para Betancourt (2016), há necessidade de repasse de informações aos pacientes com DCNT sobre os serviços disponíveis e locais de acesso dentro do SUS.

Os dados analisados confirmam a importância da ES na APS, visto que a PNAB (BRASIL, 2017a) estabelece como atribuição comum a todos os membros das equipes da ABS a realização de ações de ES. Além disso, a PNPS (BRASIL, 2015) também destaca essa forma de C&S como um ponto basilar para a promoção da saúde da população.

Os estudos analisados evidenciaram a relevância das políticas públicas do SUS para as DCNT do MS, que preconizam a ES e a implantação de GO na APS, as normas técnicas

estabelecem os cuidados a serem adotados para estes pacientes (BRASIL, 2014a). A PNAB vigente (BRASIL, 2017a) também destaca sua importância para a circulação de informações técnicas a serem repassadas pelos profissionais de saúde aos usuários, cuja estratégia, juntamente com as experiências dos demais participantes do grupo, busca soluções conjuntas para o controle das doenças crônicas.

5.1.2 Comunicação Interpessoal

Em consonância com o referencial teórico que fundamentou este trabalho, a importância da CIP, o acolhimento e vínculo foram destacados em diferentes pesquisas analisadas. A CIP foi considerada um instrumento essencial entre os profissionais de saúde e os usuários da APS, por permitir, por meio do acolhimento, a escuta qualificada, na busca de resolutividade aos problemas de saúde nas relações de cuidado (LATTANZI, 2011; MACIEL, 2012; TORRES *et al.*, 2013; SOUZA, 2014; MALDONADO, 2015; BETANCOURT, 2016; TORRES, 2017; BARRETO *et al.*, 2018; OLIVEIRA, NOGUEIRA, PEREIRA, 2018).

Os estudos confirmaram também que o vínculo de confiança entre usuários e profissionais de saúde ocorre a partir do estabelecimento de relações dialógicas, que aproximam o usuário do cuidado prestado. Também é importante no sentido de proceder às ações necessárias, a fim de intervir no processo saúde-doença, incluindo a melhor adesão do paciente com DCNT ao tratamento preconizado (LATTANZI, 2011; BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; SOUZA, 2014; BETANCOURT, 2016; BARRETO *et al.*, 2018; OLIVEIRA, NOGUEIRA, PEREIRA, 2018).

De acordo com Maciel (2012, p.43), a comunicação que estabelece uma relação interpessoal com empatia é fundamental para o estabelecimento dos vínculos, a “comunicação é essencial no estabelecimento de uma relação interpessoal entre enfermeiro-paciente de maneira adequada, fornecendo ao trabalhador tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa assistida”.

Moreira (2017) destaca a importância do trabalho do ACS, que envolve o repasse de informação por meio do diálogo que aproxima os usuários do serviço de saúde, facilitando a comunicação com os demais profissionais de saúde e a criação de vínculo.

Segundo Souza (2014) a criação do vínculo, permite o conhecimento do histórico clínico e as características pessoais do usuário, ocasionando o estabelecimento de uma relação que deixa o paciente mais à vontade, aumentando a confiança no profissional de saúde, bem como o entendimento mútuo e reduz a repetição das informações a cerca da saúde do usuário. Todavia, alerta para o problema que vem ocorrendo na APS e relacionado à falta fixação do profissional de saúde na equipe já que sua alternância acarreta a quebra de vínculo com o usuário e a fragmentação da informação e, por conseguinte, do cuidado prestado.

Oliveira, Nogueira e Pereira (2018) relataram que a melhora da saúde bucal dos pacientes com DCNT está diretamente relacionada ao vínculo com o dentista. Brito, Oliveira e Silva (2012) descreveram que existem fatores que favorecem a criação de vínculo como a transmissão clara de informações, o interesse dos profissionais de saúde pelos seus pacientes, os encontros com os pacientes/cuidadores e uma boa infraestrutura para atendimento e acolhimento, enquanto que a alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde é elemento que favorece a falta de vínculo.

Santos (2011) destaca que uma das causas de não adesão ao tratamento de pacientes com HAS é a não compreensão de receitas médicas. Para que o usuário compreendesse o descrito pelo médico, além de orientações verbais com linguagem de fácil compreensão e objetiva. Propõe utilizar também a linguagem não verbal como símbolos, desenhos e cores nas caixas dos medicamentos, demonstrando que a comunicação com os usuários, muitas vezes, tem que ser adaptada à sua realidade de vida.

O estudo de Torres *et al.* (2017) abordou o uso da técnica de comunicação terapêutica como forma de criação de vínculo, respeito e confiança que contribuem para a mudança de hábitos de vida dos usuários hipertensos: Segundo os autores, “... para atuar no modelo de cuidado à saúde e nas relações estabelecidas em diferentes espaços e em diferentes momentos no processo de trabalho, necessário se faz o estabelecimento de trocas comunicacionais que fortaleçam o diálogo, a escuta receptiva, o respeito mútuo e o vínculo na interação profissional de saúde-usuário” (TORRES *et al.*, 2017, p. 2). Essa técnica consiste na obtenção de informações sobre o usuário de forma integral, humanizada e personalizada. Inclui a linguagem verbal e não verbal que envolve movimentos do corpo como olhar, expressão da face e gestos. Apresenta os métodos de expressão, que permite: (a) a verbalização de pensamentos e sentimentos, facilitando sua descrição e possibilitando a exploração de áreas problemáticas para o paciente por meio da fala; (b) julgamento e desejo, permitindo a descrição dos fatos evidenciados e demonstração de sentimentos e

ideais; (c) clarificação, método que explicita a mensagem emitida pelo usuário, permitindo a correção das informações incorretas ou ambíguas para que ocorra o direcionamento adequado na assistência; e (d) a validação que permite comprovar a compreensão das mensagens emitidas e recebidas durante a comunicação, checando o entendimento das orientações repassadas pelos profissionais da saúde.

Tal comunicação terapêutica, de acordo com Torres *et al.* (2017), propicia o processo comunicativo de forma bidimensional, possibilitando o desenvolvimento da assistência à saúde de forma integral e humanizada, além de favorecer a adesão ao tratamento. É utilizado para desenvolver relações interpessoais de segurança e sensibilidade na atenção à saúde, por meio do acolhimento e *feedback* entre os comunicantes. Esse método de interlocução propicia bem-estar e satisfação do paciente por meio da expressão de seus sentimentos e ideias durante as consultas. Segundo os autores, “Para se ter uma boa comunicação é necessário respeitar os pensamentos, crenças e cultura das pessoas envolvidas” (TORRES, 2017, p. 2).

A necessidade de manter processos comunicacionais horizontais com os usuários durante as relações de cuidado é unanimidade entre os pesquisadores do campo de C&S. De acordo com Araújo e Cardoso (2007), o SUS é um projeto remete ao direito à cidadania, portanto, as práticas comunicativas a ele vinculadas devem ser inclusivas permitindo a expressão de todos.

Souza (2016) destaca que a comunicação está relacionada com o modo como as pessoas se percebem no mundo e, de acordo com o processo de interação com o outro, haverá a produção dos sentidos. Sendo assim, a interlocução para a criação do vínculo é essencial na saúde, devendo ser considerado o contexto social e saberes do usuário no processo comunicativo, de modo que o discurso faça sentido e a informação seja por ele apropriada propiciando a autonomia sobre sua saúde. Esse modo de comunicação democrática por meio de interlocução, diálogo, escuta e participação dos dois polos envolvidos vai de encontro aos preceitos do SUS em que todos têm o direito de falar e ser ouvidos, inclusive os que estão na periferia social. Segundo Araújo (2009), os sentidos sociais significam a fala “fazer sentido” baseado na experiência de vida. Na avaliação de Araújo e Cardoso (2007) quando a informação é apropriada pelo usuário indica que ocorreu um processo comunicativo democrático.

França (2001) pontua que para o discurso fazer sentido para os atores, deve estar relacionado a um processo dinâmico mutável, negociável e relacionado ao contexto e ao ato comunicativo. Destaca a importância da adoção do modelo dialógico de comunicação que

estabelece um processo bilateral considerando a igualdade de condições dos interlocutores nos dois polos do processo comunicacional.

De acordo com Araújo e Oliveira (2012) e Araújo (2009, 2013), a ampliação de vozes silenciadas na interlocução faz com que os atores sociais passem de ouvintes e se reposicionem no centro do processo comunicativo.

Todavia, os estudos revelaram também alguns problemas que dificultam a CIP, o acolhimento e a formação de vínculo, na APS. Betancourt (2016) aponta os problemas associados à C&S, que impactam negativamente no cuidado prestado aos usuários que são: a falta de acolhimento, que impede a escuta qualificada das queixas e angústias dos usuários; e a falta do repasse de informações referentes ao funcionamento do serviço de saúde. Maldonado (2015) identificou que o excesso de demandas na APS interfere na CIP e propõe aumentar o tempo de consulta para aprimorar a escuta do paciente.

Vale lembrar que a PNH - Humaniza SUS - veio fortalecer a participação dos usuários e profissionais de saúde na gestão do serviço e cuidado em saúde para o enfrentamento destes problemas. Os resultados dos estudos analisados reafirmou a diretriz do acolhimento como um processo de escuta dos usuários pelos profissionais de saúde, fundamental para a construção da CIP que realmente possa facilitar as relações de cuidado, entre os profissionais de saúde e os usuários na promoção do autocuidado e na escolha do PTS (BRASIL; 2010a, 2017a). Enfim, Teixeira (2003) nos alerta para o acolhimento como uma rede de conversação que oferece ao usuário o trânsito pelo SUS.

5.1.3 A Comunicação Interprofissional

Considerando que o marco da OMS em relação aos termos PICS e CIPR são recentes e que as produções na literatura nacional também o são, evidenciou-se que apenas alguns pesquisadores reconheceram a importância da CIPR nas ações das equipes de saúde da APS, na busca da integralidade e resolubilidade na atenção prestada ao usuário do SUS. Todavia, também apontaram barreiras e desafios a serem enfrentados para alcançarem uma CIPR qualificada (VALIENTE, 2015, ALELUIA et al. 2017; BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; SOUZA, 2014).

Valiente (2015) e Aleluia *et al.* (2017) ressaltaram nos seus projetos de intervenção a importância da CIPR dentro da equipe de saúde como fator que interfere na organização

do serviço e, conseqüentemente, na qualidade e continuidade da assistência prestada ao paciente, sendo preconizadas reuniões periódicas com os membros da equipe para a troca de informações.

Valente (2015), porém, descreve a falta de comunicação dentro da eSF como um problema a ser resolvido e sugere a alteração do modo de gestão do serviço. Enquanto, o estudo de Aleluia *et al.* (2017) relata que houve problemas na comunicação horizontal na UBS, pois, não eram preconizados momentos de CIPR que possibilitassem a discussão e troca de informação sobre os casos complexos relacionados à atenção ao paciente.

Em estudo realizado por Brito, Oliveira e Silva (2012), foi levantada como causa da falta de comunicação entre os profissionais da APS a grande demanda dos serviços nas UBS. Souza (2014) destaca problemas na comunicação interna devido à falta de registros adequados nos prontuários dos pacientes.

As reuniões do NASF-AB com as equipes são uma forma de CIPR caracterizando-se como comunicação horizontal ou interna dentro da UBS para discussões de casos e atendimento conjunto (BRASIL, 2013a).

A manutenção do diálogo entre as categorias profissionais da saúde é indispensável para a consolidação da comunicação interpessoal. Entretanto, está relacionada ao volume de cobranças burocráticas presentes nos serviços da APS. A CIPR, por meio do diálogo, é primordial para o trabalho em equipe. É necessário que momentos de discussão, com reuniões planejadas, estejam dentro do escopo de atividades das equipes e sejam realizadas para fins de discussão dos casos individuais dos usuários e planejamento das ações que serão implantadas, além de socializar os problemas observados no território e que podem interferir no processo saúde-doença da população assistida. Atualmente as reuniões das equipes de saúde se baseiam em processos comunicacionais predominantemente verticalizados e autoritários cujos lugares de interlocução estão centrados na fala de profissionais de nível superior sem a valorização dos demais membros da equipe, notadamente dos ACS. Consistem mais em momentos de repasse de informações de níveis hierárquicos superiores denotando relações de poder (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010; BOURDIEU apud ARAÚJO, 2013; SANTOS, 2016; PREVIATO, BALDISSERA, 2018).

5.1.4 A Comunicação na Continuidade da Assistência

A continuidade da assistência prestada aos usuários do SUS depende de vários fatores como a qualidade da comunicação da APS com outros níveis de atenção, as informações sobre a saúde dos pacientes registradas em prontuários médicos e as formas de acesso a essas informações pelos profissionais de saúde por meio de sistemas de informação (MENDES, 2009; BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; SOUZA, 2014; LIMA, 2017).

Em especial, os pacientes com DCNT apresentam condições de saúde que requerem intervenções dos diferentes níveis assistenciais, portanto, a referência e contrarreferência dos profissionais da APS e especialista torna-se imprescindível. Alguns estudos corroboraram com a importância de uma comunicação eficiente entre a APS e os demais níveis de atenção para a continuidade do cuidado, principalmente nas DCNT, e apontaram as dificuldades de comunicação ou até sua inexistência (LATTANZI, 2011; SOUZA, 2014; BETANCOURT, 2016; ALELUIA *et al.*, 2017; LIMA, 2017; ANDRADE, 2018).

Betancourt (2016) ressalta que a comunicação inadequada entre a APS e os outros níveis de atenção ocasiona a falta de contrarreferência para a APS fato que impacta negativamente no cuidado prestado aos usuários.

Brito, Oliveira e Silva (2012) observaram a dificuldade da APS no repasse de informações longitudinais para os demais níveis de atenção sobre a atenção prestada ao paciente. Uma das causas relatadas por profissionais de saúde da APS para a falta de repasse de informações, ou repasse de informações inadequadas ou insuficientes, a respeito da atenção prestada ao paciente aos demais níveis de atenção, é a falta de tempo para o envio dos dados ocasionado pela alta demanda de serviço e pelas várias atribuições a serem desempenhadas na APS.

Para Aleluia *et al.* (2017), a falta de referência e contrarreferência dificulta a coordenação da atenção pela APS. Destaca que um dos motivos é a falta de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como, por exemplo, prontuários eletrônicos que possam ser acessados pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção. Segundo os autores, a informatização dos serviços de saúde é fundamental para a comunicação entre os níveis de atenção já que permitiria o acesso a consultas, relatórios, resultados de exames e, conseqüentemente, a toda a história clínica e evolução do paciente. Constatou um baixo nível de comunicação e trocas de informações entre a APS e os serviços de emergência,

central de regulação e atenção secundária e terciária, visto não haver preenchimento de referência e contrarreferência dos encaminhamentos realizados. Concluiu que há problemas na comunicação vertical da APS com outros níveis de atenção, pois, não são preconizadas discussões dos casos complexos entre os níveis como um meio de viabilizar a troca de informações.

Para Lattanzi (2011), as falhas na comunicação entre os níveis de assistência afetam diretamente o tratamento de pacientes com DM demonstrando falta de integração entre os sistemas de saúde, fato que corrobora para o prejuízo da continuidade da assistência longitudinal prestada ao paciente no SUS, indo na contramão do princípio da integralidade do cuidado.

Souza (2014) observou uma deficiência no fluxo de informações de referência e contrarreferência entre os profissionais da APS e os especialistas da atenção secundária e destacou que apenas os médicos da APS acreditam que a falta de transferência de informações a cerca da saúde dos usuários é um problema a ser enfrentado. Muitas vezes, quando atendidos em outros níveis de atenção que não a APS, quem é responsável pelo repasse de informações aos profissionais de saúde é o próprio paciente já que não há meios de transferir a informação.

Para Lima (2017) a melhora na articulação e transferência de informações entre a APS e os demais níveis de atenção colabora para a diminuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e de atendimento a pacientes com DCNT em unidades de urgência e emergência.

Andrade (2018) destacou a importância de reuniões periódicas de matriciamento entre profissionais de saúde da APS e da atenção secundária e a implantação de meios de comunicação rápidos tais como e-mail e telefone exclusivo para contato ágil entre os profissionais a fim de diminuir o fluxo de pacientes com DCNT para os outros níveis de atenção.

A descontinuidade de informação sobre os cuidados prestados aos usuários na APS e RAS deve-se, principalmente, à falta de tecnologias de comunicação capazes de interligar as informações em todos os níveis de atenção por meio de prontuários eletrônicos e sistemas de informação integrados (BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; SOUZA, 2014; ALELUIA *et al.*, 2017; LIMA, 2017).

Outro ponto abordado nos estudos refere-se à descontinuidade da informação devido à falta de registro ou de cuidado com relação os dados dos pacientes que geralmente

são inconsistentes, incompletos ou desatualizados nos prontuários (SOUZA, 2014; FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO 2015; LIMA, 2017).

Fernández (2015) e Maldonado (2015) destacam a necessidade de manter os SIS atualizados para facilitar o acompanhamento dos usuários na UBS. Já para Lima (2017), o investimento em tecnologias de informação e comunicação é fundamental a fim de implantar a conectividade e interligação dos prontuários clínicos dos pacientes.

Para Aleluia *et al.* (2017), na APS a comunicação entre os níveis de atenção é dificultada pela falta de registros informatizados e integrados e pela falta de cuidado com o registro das informações clínicas. Nas UBS são disponibilizadas apenas tecnologias de informação não informatizadas tais como e-mail e telefone, que muitas vezes não são de acesso exclusivo dos profissionais de saúde para contato com os demais níveis. Segundo o autor, a falta de tecnologias telecomunicativas dificulta a comunicação entre os níveis de atenção, impactando na continuidade e integralidade da assistência prestada ao paciente na APS. A falta de tecnologias telecomunicativas que auxiliem a comunicação dos profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção foi um dos fatores que contribuíram para a falta de referenciamento. É essencial a informatização dos serviços de saúde para a comunicação entre os níveis de atenção, incluindo acesso a relatórios, resultados de exames e evolução do paciente e sua falta é fator preocupante e que impede que a APS tenha a capacidade de fazer a coordenação do cuidado dentro do SUS.

Segundo Souza (2014), a fragmentação do cuidado ocorre devido à falta de informações consistentes nos prontuários dos usuários, inclusive sobre seus valores, preferências, contexto social e de saúde. Fato preocupante com relação à não anotação de informações nos prontuários é a perda de informações sobre o paciente.

Na pesquisa-ação de Andrade (2018) foi estabelecido um canal de comunicação rápida (telefone e email) para a pronta comunicação entre os profissionais da APS e de endocrinologistas da atenção secundária com a finalidade de matriciamento e diminuição do encaminhamento de pacientes diabéticos para a atenção secundária.

A comunicação sobre a atenção prestada ao usuário na APS e entre atenção primária e os demais níveis de atenção é prescindível para a continuidade do cuidado, cumprindo um dos princípios do SUS que é a integralidade da atenção prestada na rede de atenção em saúde. Para uma atenção de qualidade, é necessário que os dados dos usuários atendidos na APS, tais como exames, consultas e tratamentos preconizados, sejam passíveis de registro fidedigno, consulta e disponibilização tanto na atenção primária quanto nas redes de atenção. Há que se ter cuidado com os registros realizados pelos profissionais de saúde da

APS com relação à assistência prestada aos usuários nos prontuários médicos para que sejam completos e rastreáveis. As ferramentas que permitam a disponibilidade das informações devem garantir a consulta desses dados por outros níveis de atenção de forma sigilosa e confiável. A comunicação inadequada entre os níveis de atenção se dá principalmente devido à falta de tecnologias de informação que impedem o registro de informações de saúde que possam ser consultadas por outros níveis de atenção ocasionando problemas de referência e contrarreferência de informações dos usuários. Deve ser realizado investimento em tecnologias de informação a fim de implantar a conectividade e interligação dos prontuários clínicos dos pacientes para resolver o problema sobre a confiabilidade e acesso aos dados dos pacientes no SUS (MENDES, 2009; BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; SOUZA, 2014; LIMA, 2017).

5.1.5 Educação Permanente ou Continuada

Grande parte dos autores consultados destacou a importância da EPC para a equipe de saúde como forma de aperfeiçoamento profissional na atenção aos pacientes crônicos, a fim de aumentar a capacidade de comunicação com esses usuários, desenvolver a técnica de ES por metodologia pedagógica ativa e qualificar a atenção prestada aos usuários pela capacitação presencial ou à distância nas linhas de cuidado e nos programas da atenção básica para que possam realizar os processos de coordenação do cuidado com qualidade (LATTANZI, 2011; SOUZA, 2011; FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; VALIENTE, 2015; BETANCOURT, 2016; CAPOTE, 2016; HERNANDEZ, 2016; POUERIET, 2016; DANTAS, 2017; LIMA, 2017; ANDRADE, 2018).

Torres *et al.* (2017) destaca a necessidade da capacitação da equipe para a realização da comunicação terapêutica, método para obter informações sobre o paciente, como instrumento de melhoria da relação interpessoal de segurança e sensibilidade, que ocasiona o aumento da adesão ao tratamento dos pacientes que apresentam DCNT.

Para Souza (2011) e Lattanzi (2011), que estudaram HAS e DM, respectivamente, na APS, é importante a EPC da equipe de saúde com relação à prevenção e controle dessas DCNT.

Lima (2017) e Andrade (2018) descreveram a necessidade de capacitação de profissionais de saúde, notadamente da equipe médica da APS, para evitar que casos de

usuários que possam ser resolvidos pelas equipes da UBS sejam repassados para outros níveis de atenção. Andrade (2018, p. 74), destaca que a “implementação do apoio matricial como ferramenta para troca de conhecimento quebra obstáculos na comunicação entre as equipes dos diversos pontos de atenção”.

Três projetos de intervenção destacaram que a baixa capacitação da equipe de saúde sobre os métodos de comunicação e modelos pedagógicos impactam no cuidado prestado ao usuário tendo como consequência a comunicação de baixa qualidade entre equipe e usuários (BETANCOURT, 2016; HERNANDES, 2016; POUERIET, 2016). Vários autores destacaram a necessidade de treinar os profissionais das equipes da APS sobre estratégias de comunicação adequadas para fins de realização da ES com qualidade (FERNÁNDEZ, 2015; MALDONADO, 2015; VALIENTE, 2015; DANTAS, 2017).

A EPC é adotada pelo NASF-AB junto às equipes de saúde durante as reuniões em que ocorrem as problematizações dos processos de trabalho em saúde, com a discussão de casos mais complexos de pacientes (BRASIL, 2013a).

Apesar da PNPS (BRASIL, 2015) estabelecer a necessidade de formação e EPC dos profissionais de saúde, a formação específica para o desempenho da C&S de qualidade no SUS, extremamente essencial principalmente na APS, não são contempladas de acordo com Souza (2016). Araújo e Cardoso (2007) destacam também a necessidade de capacitação de profissionais para melhorar o nível dos processos comunicacionais adotados na APS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se no estudo que a situação da DRC no Brasil é grave, com o aumento anual progressivo da prevalência e incidência de pacientes em estágio terminal. Além dos pacientes que estão no estágio final da doença, que necessitam realizar procedimentos dialíticos, existem dezenas de outros indivíduos em diferentes estágios que estão na fase assintomática da doença, fato que dificulta o diagnóstico precoce. A DRC afeta a vida social do paciente, ocasiona alta mortalidade, diminui a capacidade produtiva desses indivíduos e aumenta o custo do paciente no SUS, que já é um sistema público de saúde subfinanciado.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC é a DM e a HAS que são DCNT. A prevenção dessas doenças por meio da promoção de estilos de vida saudáveis ocasiona a redução drástica dos riscos para o desenvolvimento da DRC. As DCNT são multifatoriais e apresentam como determinante as desigualdades sociais no Brasil, sendo vinculadas muitas vezes à adoção de modos de vida prejudiciais à saúde. A PNPS estabelecida pelo governo federal preconiza a intervenção nos fatores de risco que ocasionam o adoecimento da população e inclui a ES da população como forma de C&S a fim de divulgar comportamentos saudáveis.

Comunicação de qualidade é ponto chave para mudança de comportamento e o acesso a informações de saúde tem valor de uso para as pessoas acometidas por DCNT. O exercício da cidadania dos usuários de serviço de saúde está diretamente ligado ao empoderamento que ocorre quando há acesso a informações de saúde fato que leva o paciente a ser o protagonista do seu cuidado e não somente mero receptor da informação. A falta de informações sobre saúde ocasiona danos à cidadania relacionada dificuldade de acesso aos bens sociais disponibilizados à sociedade como é o caso do direito aos serviços de saúde.

A comunicação é um fenômeno humano que envolve gestos, sons, símbolos, linguagem, discursos, dentre outros, sendo uma condição necessária para a existência e compreensão do outro. Trata-se, portanto, de um evento social que considera as características da vida de indivíduos e grupos humanos, incluindo questões culturais. Dentre os estudos da comunicação está a democratização da informação sobre saúde que possibilita ao cidadão o conhecimento sobre as políticas públicas estabelecidas no SUS para a tomada de decisão adequada. O campo da C&S formou-se no início da década de 90,

juntamente com o SUS, e constitui-se na interface de dois campos, da comunicação e da saúde. Com a implantação do SUS, observou-se a necessidade de desenvolver estudos de C&S mais interativos e participativos para atingir um amplo projeto de cidadania que atendesse a essa nova realidade de inclusão de vários atores nas discussões das políticas de saúde. C&S é a comunicação no lugar de fala da saúde associada aos princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade. A inclusão de múltiplas vozes sociais e de diferentes interlocutores e seus contextos de vida é ponto fundamental. Mas, infelizmente, as práticas adotadas, atualmente, na APS ainda seguem a comunicação verticalizada tanto na interlocução dos profissionais de saúde com os usuários/comunidade, quanto nas interações entre os profissionais dentro das instituições.

A APS, como primeiro ponto de acesso às RAS, que são redes integradas de saúde, é responsável pela coordenação e continuidade da atenção prestada. A forma prioritária de organização do serviço é pela ESF cujo foco é a família que funciona por meio de equipes que se responsabilizam por uma população distribuída em uma área territorial bem delimitada. Privilegia o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, em oposição à política de saúde biomédica hegemônica centrada na cura de doenças vigente antes da implantação do SUS. A adoção da ESF possibilitou a criação do vínculo do profissional de saúde com o usuário, assim com a responsabilização do cidadão sobre a sua situação de saúde, facilitando o seu acesso à informação e ao cuidado. O ACS, enquanto participante da eSF, tem atuação chave, pois, além de atuar como elo entre usuário/família e APS, permite a adoção de comunicação popular com informações científicas que facilita o vínculo do usuário com a APS. Outro diferencial importante da ESF é a implantação de equipe multiprofissional, o NASF-AB, para o apoio matricial das eSF, que contribui para a integralidade e continuidade do cuidado prestado à população. Atuam também como uma retaguarda especializada para as demais equipes da UBS e realizam a EPC da equipe de saúde e a ES da população.

Num processo de comunicação instaurado, há relações de poder onde os envolvidos lutam para a manutenção de suas posições vigentes (instâncias gerenciais, profissionais de saúde e usuários). Nessa disputa, os participantes irão expor, por meio do diálogo os seus pontos de vista, transformando a comunicação em espaço de luta para impor os seus sentidos da realidade, os sentidos sociais, que significa a fala fazer sentido baseado na sua experiência de vida.

De forma geral, a comunicação dos profissionais da APS com a população de usuários da saúde não considera sua cultura e contexto de vida o que dificulta o vínculo entre esses atores sociais, pois, as falas dos profissionais de saúde não fazem sentido para eles. É necessária a adoção de processo comunicacional que se caracterize pelo compartilhamento de experiências baseadas no diálogo, realizado de forma horizontal, de modo que ocorram trocas entre os interlocutores com alternância no papel de emissores e receptores, num processo de construção de sentidos, considerando a importância do reconhecimento da fala dos usuários do SUS conforme seus contextos sociais de vida. Para a adoção de um processo comunicacional de qualidade, e que consiga atingir o objetivo de interação entre os polos de interação, é essencial que se considere o contexto social dos interlocutores.

Como a capacidade de comunicar está relacionada à capacidade de contextualização, o trabalho do ACS no território é essencial. Esses profissionais podem ser considerados os principais fatores de mediação entre os usuários/comunidade e a APS. Pode-se concluir que o vínculo necessário à aproximação da população com a atenção primária ocorre por meio de processos comunicacionais desenvolvidos pelos ACS.

Dentre as formas de C&S empregadas na APS envolvidas com a promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT estão: a ES; a CIP; a CIPR; a CCA, associada à interlocução entre os níveis de atenção por meio de registros da saúde dos pacientes e SIS; e a EPC.

A ES é o modelo de C&S mais adotado na APS seja em atendimentos individuais, principalmente em consultas individuais presenciais ou por telefone, ou coletivas com um número maior de pessoas, caso dos GO, e também por meio de publicações em redes sociais. A ES deve ser adotada em qualquer oportunidade de contato com o paciente sendo também forma de criação de vínculo. É caracterizada por um processo de emancipação do sujeito que, por meio da problematização da realidade vivida pelo usuário, pode transformá-la. A informação aos usuários sobre o autocuidado e a participação nas questões referentes ao cuidado de saúde a que serão submetidos são direitos básicos dos pacientes que resgatam a humanização e possibilitam uma relação mais horizontal de comunicação entre eles e os sistemas de saúde. Portanto, é essencial a disseminação da ideia de autocuidado nos programas de ES. Especialmente as pessoas com DCNT devem ser informadas sobre as suas condições de saúde para conseguirem conviver bem com a doença que dura por toda a vida, e também sobre a importância do cumprimento do tratamento preconizado. O autocuidado possibilita que a população interfira na melhoria da sua

qualidade de vida, de modo a serem independentes cuidando de si próprios, o máximo possível, assumindo a responsabilidade pela própria saúde e pelo seu bem estar.

Os GO constituem um cuidado apoiado quando pacientes que lidam com determinado problema de saúde dão apoio a outros que apresentam a mesma doença. Consiste na circulação de informações técnicas dos profissionais de saúde concomitantemente com a participação dos usuários em busca de soluções conjuntas para o problema de saúde. São formas de C&S associados à metodologia de ES em que há a problematização e discussão das situações vivenciadas gerando um processo de aprendizagem crescente. O trabalho em GO torna-se mais produtiva trazendo benefícios para os usuários com DCNT no que se refere à adesão ao tratamento e autocuidado. As experiências compartilhadas entre os participantes do grupo buscam soluções conjuntas para o controle das DCNT.

O processo de comunicação em saúde ocorre de forma interacional entre equipe de saúde e usuários na APS, fato determinante para a criação do vínculo necessário ao funcionamento da ESF nos territórios.. Fato é que, sem a comunicação CIP entre os profissionais de saúde e os usuários, não há possibilidade de realização de ações de saúde pública. O aumento do vínculo do profissional de saúde, e equipe, com o usuário possibilita um melhor acesso aos serviços oferecidos referentes a questões de assistência à saúde na APS. A CIP que ocorre durante o acolhimento, quando há o recebimento e escuta pelos profissionais de saúde das demandas dos usuários em relação às suas necessidades durante a relação de cuidado, é essencial para o estabelecimento de um projeto de saúde pública inclusivo e de qualidade.

O modelo dialógico de comunicação empregado durante a interlocução dos profissionais de saúde com os usuários do SUS deve considerar a bilateralidade do processo de comunicação, a igualdade de condições dos interlocutores, a natureza da mensagem e os sentidos produzidos, de modo que faça sentido para os dois polos de comunicação com base no contexto no qual o assunto está sendo abordado. A CIP também é fundamental para a apropriação das informações tendo como objetivo a autonomia do indivíduo sobre a sua saúde. O ACS funciona como mediador do processo de comunicação entre a APS e os usuários, estabelecendo vínculos de confiança para o elo dos usuários aos cuidados prestados. O papel do ACS torna-se fundamental já que estabelece uma relação de igualdade com a maior parte dos usuários por ambos apresentarem o mesmo contexto de vida.

Pela revisão realizada, foram descobertas novas formas de comunicação interpessoal tais como: a comunicação terapêutica que se baseia em trocas comunicacionais que propiciam o diálogo; o contato telefônico para o monitoramento da saúde de pacientes com DCNT; e o emprego de comunicação não verbal para o melhor entendimento das receitas médicas pelos usuários.

Com o estabelecimento de vínculos há também o benefício da adesão ao tratamento, fato especialmente importante no controle de doenças, principalmente das DCNT. Durante as consultas individuais dos usuários com os profissionais de saúde ocorrem interações que são momentos oportunos para colocar em prática as ações de ES. A fidelização das consultas é um parâmetro de que a comunicação está funcionando, pois, denota as relações interpessoais e práticas comunicativas estabelecidas com o profissional de saúde. O maior vínculo dos usuários com o serviço de saúde é relacionado ao aumento do comparecimento regular dos pacientes às consultas. Entretanto, uma comunicação inadequada entre o profissional de saúde e o paciente, com repasse de informações insuficientes, pode ser considerada um sério problema de saúde pública relacionada à C&S na APS.

A CIPR dentro APS é necessária para a proposição da assistência multiprofissional estabelecida, e deve ocorrer por meio da troca de informações entre os membros das equipes sobre questões de saúde que podem, inclusive, estar associadas a padrões sociais da vida do usuário que podem influenciar no seu quadro clínico. Observou-se pela revisão realizada a falta de reuniões internas e o preenchimento insuficiente de informações sobre a saúde e condições de vida dos usuários nos prontuários. A dificuldade de comunicação interna pode estar relacionada à falta de planejamento para a realização de reuniões de rotina e também à falta de profissionais de saúde em número suficiente para atendimento da demanda da APS que impede a prática das ações programadas na atenção básica. Observou-se a importância do trabalho em PICS quando a decisão da equipe multiprofissional é compartilhada com relação ao plano de tratamento que será desenvolvido na assistência prestada ao paciente baseado na construção de diálogo e considerando o respeito aos saberes das áreas profissionais envolvidas no cuidado ao paciente.

A continuidade da assistência, preconizada pelo SUS que se caracteriza pela integralidade de atenção prestada ao usuário, depende da comunicação em RAS, ou seja, com os demais níveis de atenção além da APS, especialmente para pacientes com DCNT. Ocorre o comprometimento da integralidade da assistência devido a vários fatores, dentre eles, pela falta de comunicação ou trocas comunicacionais incompletas nas redes de

atenção para a continuidade da atenção, principalmente pela falta de referência e contrarreferência. O problema impacta especialmente na atenção básica, pois, é nessa instância que deve ocorrer a coordenação do cuidado prestado à população que necessita do SUS. Outra questão envolvida com a continuidade de assistência é a falta de SIS para registro e consulta da história clínica do paciente que repercute tanto dentro da APS quanto nas RAS. Há, muitas vezes, informações insuficientes e em prontuários físicos fato que dificulta a comunicação vertical em RAS. Sem tecnologias de comunicação capazes de interligar as informações em todos os níveis de atenção, a continuidade da assistência é fortemente comprometida. A adoção de prontuários eletrônicos e sistemas de informação integrados permitiriam o acesso aos dados clínicos do paciente em qualquer momento em toda a rede de assistência facilitando a CCA.

A EPC para os profissionais de saúde é fundamental para aumentar a capacidade e melhorar a qualidade de comunicação com os usuários. A EPC deve ser baseada em relação dialógica horizontal com problematização da prática profissional para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde e transformação das práticas de cuidado. Deve ocorrer em momentos de interação da equipe da APS, com a participação efetiva do NASF-BH, na discussão dos casos para atendimento conjunto junto com os demais membros da equipe. Considerando as diretrizes do SUS de universalidade, igualdade, equidade e participação social, a qualificação dos profissionais de saúde deve estar em consonância com esse paradigma para a adoção de práticas democráticas de comunicação dos profissionais de saúde com os usuários que possibilitem a expressão de todos os atores sociais considerando o seu contexto de vida. As práticas comunicacionais excludentes são impulsionadas pela falta de capacitação dos profissionais de saúde que desconhecem que os princípios do SUS devem ser abarcados na relação com os usuários do sistema de saúde.

É necessário qualificar os profissionais dentro da política do SUS para uma comunicação mais democrática com os usuários/comunidade. Ênfase deveria ser dada para as capacitações em metodologias de C&S pedagógicas de comunicação para qualificar o nível dos processos comunicacionais adotados na APS. Além disso, os profissionais de saúde necessitam também de capacitação para o desenvolvimento da ES para que sejam fontes confiáveis para os usuários quanto aos seus anseios por informações sobre as formas de controle quanto às doenças que os acometem.

Constatou-se, pela revisão bibliográfica realizada, que as publicações preconizadas pelo MS sobre as políticas públicas de saúde para a prevenção e controle dessas doenças, associadas a ações a serem desenvolvidas na APS, estão defasadas, pois, foram publicadas

entre os anos de 2011 e 2015, fato que impacta na fragmentação e estrangulamento das formas de C&S na APS. Cabe ressaltar que esse período de estagnação, sem novas proposições e revisões das políticas públicas de saúde, corresponde ao período em que os governos neoliberais tomaram o poder,

Pelo manual da PNAB analisado, não é estabelecida política para o aprimoramento da comunicação na atenção básica, desconsiderando que a comunicação de qualidade permite a criação de vínculos e implantação de acolhimento adequado e suficiente que propicia uma escuta qualificada dos usuários pelos membros das equipes de saúde resultando na solução ou encaminhamento correto do seu problema de saúde, além do melhor conhecimento sobre o histórico de saúde do paciente. Apesar das redes de atenção seguirem padronizações do MS, a política de C&S nos níveis de atenção deveria acontecer de forma descentralizada, de modo que cada esfera consiga empregar um modo de comunicação de acordo com cada situação vivenciada, devendo o nível hierárquico superior, isto é, os órgãos centrais, prover formas de abrangência para cada caso, possibilitando modelos de comunicação democráticos adaptados a cada situação.

Pode-se inferir pela análise dos artigos que o investimento público para a divulgação de medidas de promoção da saúde e de prevenção de DM e HAS, conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento de DRC, é insuficiente. Os processos desenvolvidos na APS relativos à C&S (Comunicação Interpessoal, ES, continuidade da atenção/comunicação entre níveis de atenção/prontuários/SIS, EPC e comunicação interna na APS) necessitam ser adequados para que os processos comunicacionais sejam realizados com excelência na APS do SUS. Políticas públicas de financiamento do SUS são necessárias, pois, impactam na melhora da remuneração e condições de trabalho dos profissionais de saúde permitindo sua fixação na UBS, e conseqüente aumento do vínculo, que como vimos, é essencial para as ações na atenção básica.

A construção deste TCC e as aprendizagens durante o curso me permitiram ampliar minha visão sobre a importância da comunicação ser bem direcionada ao interlocutor, especialmente na área da saúde pública. As formas de C&S devem ser qualificadas para atenderem às necessidades do SUS, sistema público que se destaca com um marco no processo civilizatório tanto no Brasil quanto em todo o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALELUIA, Italo Ricardo Santos *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p.1845-1856, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ANDRADE, Jadelson Pinheiro de *et al.* Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v. 79, n. 4, p. 375-379, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3749.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ANDRADE, Rafael Tadeu de. **Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes mellitus, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo**. 2018. 101 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo. 2018. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1008092/rafael_dissertacao.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. 20^a. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152 p.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, set. 2009, v.3, n.3, p. 42-50. ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/755/1397>. Acesso em: 07 ago. 2019.

ARAÚJO, Inesita Soares de; OLIVEIRA, Waldir Castro. Comunicação e Mediações em Saúde: Um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, set. 2012, v.6, n.3, e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/758>. Acesso em: 26 jan. 2020.

ARAÚJO, Inesita Soares de. O campo de Comunicação e Saúde: contornos, interfaces e tensões. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXXVI, 2013, Manaus. p.1-15. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da comunicação**. Disponível em:

<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2013/resumos/R8-0550-1.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARRETO, Mayckel da Silva, *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0795.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BETANCOURT, Lázaro Aleido García. **Intervenção sobre o processo de trabalho para o controle da hipertensão arterial na equipe Sol Nascente em Cataguases/MG**. 2016. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Ubá/MG. 2016. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/interven%C3%A7ao_sobre_processo_de_trabalho.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008, Brasília, Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.. ISBN 978-85-7018-698-0. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei%20Federal%20N%208080%201990.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008a**, Brasília. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a, 152 p. ISBN 978-85-334-1697-0. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b**, Brasília. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a**, Brasília. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2011b. 160 p. ISBN 978-85-334-1831-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde**. 2ª. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 44 p. ISBN 978-85-334-1894-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª. ed., 1ª reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a, 162 p. ISBN 978-85-334-2114-1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único De Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b, 37 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c, 37 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014d**, Brasília. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – nº 11, de 13 de março de 2014e**, Brasília. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867923/\(1\)RDC_11_2014_COMP.pdf/5e552d92-f573-4c54-8cab-b06efa87036e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867923/(1)RDC_11_2014_COMP.pdf/5e552d92-f573-4c54-8cab-b06efa87036e). Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015, 36 p. ISBN 978-85-334-2244-5. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017b**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Anexo XL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/06/portaria1675.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 18 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS de 28 de janeiro de 2020**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 18 de jul. 2020.

BRITO, Ederline Suelly Vanini de; OLIVEIRA, Regina Célia de; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a08v12n4.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CAPOTE, Barbara Aguila. **Proposta de intervenção para melhor atenção a saúde de usuários com diabetes mellitus e suas complicações na área de abrangência da Equipe 29 de Jóquei Clube em Juiz de Fora/MG**. 2016. 42 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Juiz de Fora/MG. 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/BARBARA-AGUILA-CAPOTE.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, p. 1509-1520, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/063.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

DANTAS, Fabio Barroso Martins. **Uso de medicações pelos idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes da zona rural**. 2017. 17 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Atenção Básica, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10584>. Acesso em: 03 mar. 2020.

DE JESUS, Danielle Sandra da Silva. **A comunicação no Trabalho em Equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família**. 93 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/368M.PDF>. Acesso em: 26 set. 2020.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. ISSN (Online) 2337-9622. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001. Acesso em: 01 set. 2019.

FERNÁNDEZ, Juan Carlos Rojas. **Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Mutirão, Esperantina/PI**. 2015. 109 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6831>. Acesso em: 03 mar. 2020.

FRÁGUAS, Gisele; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a11>. Acesso em: 19 jul. 2020.

FRANÇA, Vera Veiga. Paradigmas da Comunicação: conhecer o quê?. **C-Legenda - Revista do Programa de Pós-graduação em Cinema e Audiovisual**, [S.l.], n. 05, jan. 2001. ISSN 1519-0617. Disponível em: <http://www.ciberlegenda.uff.br/index.php/revista/article/view/314/195>. Acesso em: 15 out. 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006, 245 p.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

HERNANDEZ, Daennys Fernandez. **Plano de ação para reduzir a alta incidência da hipertensão arterial, no PSF 3 no município de Olho de Água do Casado – Alagoas**. 2016. 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Maceió/AL. 2016. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/plano_a%C3%A7ao_para_reduzir_a_alta_incidencia_da_hipertensao-arterial.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

LATTANZI, Tatiana Maria Pereira. **Diretrizes para o acompanhamento dos usuários diabéticos na estratégia saúde da família**. 2011. 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2708.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

LEITE Renata Antunes Figueiredo, *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 661-71, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2014.v18n51/661-672/pt>. acesso em: 08 ago. 2020.

LIMA, Ana Cláudia Medeiros Galvão de. **Atendimentos por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma unidade de pronto-atendimento: proposta de comunicação para coordenação do cuidado**. 2017. 92 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-24092018-165449/publico/Ana_Claudia_corrigida.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

MACIEL, Edvânia Aparecida Moreira. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores. Brumadinho.** 2012. 49 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Atenção Básica, Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3749.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MALDONADO, Saul Antônio. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.** 2015. 89 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7256/1/5731ede9df89b70d7bc01c85.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190030.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt>. Acesso em: 18 jul. 2020.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. acesso em: 14 jul. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão.

Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016. ISSN (Online) 2358-291X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Pós-graduação *latu sensu* em Comunicação em Saúde**: manual de elaboração de trabalho de conclusão de curso e orientações gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2019. Disponível em: http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/167/Manual%20TCC%20Comunicacao%20e%20Saude_Final-2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y Acesso em: 29 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 10^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2020.

MOREIRA, Maria de Fátima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, mar/abr 2003, p.184-188. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bfd4/625d66da9c87573178bbfcb0e1b94addd453.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

MOREIRA, Carla de Souza. **Projeto de intervenção para capacitação de agentes comunitários de saúde em uma estratégia de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CARLA-SOUZA-MOREIRA.pdf>. Acesso em: 16, fev. 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, jan./mar. 2018, p. 11-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

MOURA NETO, J. A *et al.* Modalidade de terapia renal substitutiva como preditora de sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, 2014, p. 354-359. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0354.pdf>. Acesso em 07 set. 2019.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e ação social. In: Brasil. Ministério da Saúde.** Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.65-74, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2187.pdf>. Acesso em 17 jul. 2020.

OLIVEIRA, Eduardo José Pereira; NOGUEIRA, Denismar Alves; PEREIRA, Alessandro Aparecido. Relação entre percepção sobre serviços odontológicos e condições de Saúde Bucal em hipertensos e diabéticos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3695-3704, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3695.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 26 set. 2020.

PACHECO, Aline Esteves; ANTUNES, Maria José Moraes. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 06, n.03, p.2907-2918, 2015. ISSN: 1982-4785. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288/2970>. Acesso em: 18 nov. 2019.

PELAEZ, Dailyn Sordo. **Estratégia de intervenção de educação em saúde sobre hipertensão arterial em pacientes idosos**. 2015. 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Wenceslau Braz/MG. 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/dailyn-sordo-pelaez.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PEREZ, Victor Rolando Canizares. **Intervenção educativa sobre hipertensão arterial no Posto de Saúde Nova Colina. Ji Paraná. Ro**. 2014. 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7384>. Acesso em: 03 mar. 2020.

POUERIET, Jonathan Roman Castillo. **Plano de intervenção com vistas à redução da baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial, Unidade Básica de Saúde Parque Guarani, Juiz de Fora – Minas Gerais**. 2016. 30 p.

Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, Juiz de Fora/MG. 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/JONATHAN-ROMAN-CASTILLO-POURIET.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1535.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

QUIGLEY Helena Legido *et al.* Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: a qualitative study. **Plos One**. Tolima, Colômbia, v. 10, n. 4, 24 abr. 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0122112&type=printable>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 2, suppl. 1, 2004, p. 1-3. ISSN (Online) 2175-8239. Disponível em: <http://www.bjn.org.br/details/1183/pt-BR/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>. Acesso em: 07 ago. 2019.

SANTOS, Thaís Arruda Siqueira. **Adesão de pessoas com diabetes mellitus ao tratamento: proposta de intervenção de uma equipe de estratégia de saúde da família**. 2014. 49 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais/MG. 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/adesao-pessoas-diabetes-mellitus-tratamento.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1487-1494, dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

SOUZA, Fernando de Oliveira e. **Hipertensão arterial sistêmica no município de Diogo de Vasconcelos – MG**. 2011. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete/MG. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2599.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SOUZA, Lauana Roberta Batista de. **A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes *mellitus*: estudo em duas redes do estado de Pernambuco.** 2014. 91 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14527>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SOUZA, Jean Alves de. **Comunicação e incomunicação na estratégia saúde da família: um estudo sobre as interações entre equipes e usuários no município de Brumadinho, MG.** 147 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações [Publicado em **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003, p.89-111]. Disponível em: https://www.academia.edu/12909632/O_Acolhimento_num_Servi%C3%A7o_de_Sa%C3%BAde_entendido_como_uma_Rede_de_Conversa%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 16 fev. 2020.

THIOLLENT, Michel Jean Marie. **Metodologia da pesquisa-ação.** 14^a. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 132 p.

THOMÉ, Fernando Saldanha. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2019, p. 208-214. ISSN (Online) 2175-8239. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n2/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

TORRES, Heloisa de Carvalho; HORTALE, Virginia Alonso; SCHALL, Virginia. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003. ISSN (Online) 1678-4464. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

TORRES, Heloísa de Carvalho *et al.* Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Ciencia y Enfermeria**. v. 18, n. 1, p. 95-105, 2013. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n1/art_09.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

TORRES, Geanne Maria Costa *et al.* Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 38, n. 4, 8 p., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v38n4/1983-1447-rge-38-04-e2016-0066.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

TRISTÃO, Velunia Afonso. **Progressão da doença renal crônica**: fatores de risco e medidas preventivas. Uberaba, MG: UFMG, Curso de especialização em atenção básica em saúde da família, 2011, 26 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3193.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

VALIENTE, Charles Robinson. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Pitangui, Extremoz /RN**. 2015. 94 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7151>. Acesso em: 03 mar. 2020.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2020.