

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO**  
**CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Luana Larissa Marcolino Ferreira**

**COMUNICAÇÃO: saúde através da informação**

**Maceió**

**2021**

**Luana Larissa Marcolino Ferreira**

**COMUNICAÇÃO: saúde através da informação**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientador:** Professor (a) Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.

**Maceió**

**2021**

**Catálogo na Fonte Universidade  
Federal de Alagoas Biblioteca  
Central**

**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4  
– 1767

F383c Ferreira, Luana Larissa Marcolino.  
Comunicação : saúde através da informação / Luana Larissa  
Marcolino Ferreira. –2021.  
32 f.

Orientadora: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva  
Santana Lima. Monografia (Especialização em Gestão  
do Cuidado em Saúde da Família) –  
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem.  
Maceió.

Bibliografia: f. 31-32.


# Luana Larissa Marcolino Ferreira

## COMUNICAÇÃO: saúde através da informação


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientadora:** Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.

## Banca examinadora

Documento assinado digitalmente  
 VIVIANE VANESSA RODRIGUES DA SILVA SANTAN  
Data: 06/02/2022 14:29:57-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Professor (a). Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima, Doutora, UFAL.

Documento assinado digitalmente  
 INGRID MARTINS LEITE LUCIO  
Data: 07/02/2022 15:11:54-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Professor (a). Ingrid Martins Leite Lúcio, Doutora, UFAL.

Aprovado em Maceió, em 04 de fevereiro de 2022.

## **DEDICATÓRIA**

O presente trabalho é dedicado a todos os colaboradores que fazem parte da família DOK – Unidade de Saúde da Família Dídimó Otto Kummer, carinhosamente chamada de Dídimó Ótimo, que exercem seu papel com excelência mesmo diante das dificuldades encontradas. Esse lugar foi responsável pelo meu crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

O presente trabalho partiu do interesse de analisar as dificuldades encontradas no dia a dia de trabalho na Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, que fica localizada na região periférica da cidade de Maceió, estado de Alagoas. O principal conflito, foi definido pela equipe, em reunião administrativa, como sendo a dificuldade que os usuários possuem em assimilar as informações que são repassadas pela equipe de saúde, e como consequência disso, ocorre possíveis danos à saúde. O objetivo é refletir sobre as possibilidades de promover saúde através do compartilhamento de informações. Para isso, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Constatou-se que a informação se tornou uma possibilidade para promover saúde, e sua contribuição é articular e integrar ações que visem promover saúde, assim como identificar, analisar e avaliar ações estratégicas. Esse trabalho se faz necessário, pois se considera que o processo de comunicação útil, confiável e passado de forma correta, pode salvar vidas e reduzir danos à saúde individual e coletiva, podendo ainda prevenir doenças.

**Palavras-chave:** Saúde. Comunicação. Informação. Saúde coletiva. Estratégias de saúde.

## ABSTRACT

The present work was based on the interest of analyzing the difficulties encountered in the daily work at the Family Health Unit Didymo Otto Kummer, which is located in the peripheral region of the city of Maceió, state of Alagoas. The main conflict was defined by the team, in an administrative meeting, as the difficulty that users have in assimilating the information that is passed on by the health team, and as a consequence of this, there are possible damages to health. The objective of this work is to reflect on the possibilities of promoting health through the sharing of information. For this, Situational Strategic Planning was carried out to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. Nescon's Virtual Health Library and documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other sources were consulted for literature review. It was found that information has become a possibility to promote health, and its contribution is to articulate and integrate actions aimed at promoting health, as well as identifying, analyzing and evaluating strategic actions. This work is necessary, as it is considered that useful, reliable and correctly passed information can save lives and reduce damage to individual and collective health, and can also prevent diseases.

**Keywords:** Health. Communication. Information. Collective health. Health strategies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Programação das Atividades	19
Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade de Saúde da Família Didimo Otto Kummer, município de Maceió, estado de Alagoas.	20
Quadro 3 – Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade em compreender informações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas	31
Quadro 4 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Demora nas marcações de exames e consultas especializadas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas	32
Quadro 5 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Pouco profissional para alta demanda”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas	33



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DOK	Dídimo Otto Kummer
PIB	Produto Interno Bruto
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
eCR	Equipe de Consultório na Rua
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
ACS	Agente Comunitário de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade de Saúde da Família	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer	14
1.6 O funcionamento da USF Didimo Otto Kummer	14
1.7 O dia a dia da USF	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	20
5.1 Pacto pela democratização e qualidade da informação e comunicação em saúde	20
5.2 A comunicação como ferramenta para um atendimento de qualidade em saúde	21
5.3 Informação como estratégia de prevenção	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	25
6.1 Descrição do problema selecionado	25
6.2 Explicação do problema	25
6.3 Seleção dos nós críticos	26
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários, críticos e viabilidade e gestão	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	31
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	32

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema único de saúde (SUS) do Brasil é definido e organizado desde a sua constituição, tendo como princípios norteadores: a universalidade, sendo este um dos princípios mais fundamentais, no qual determina que todo cidadão brasileiro tem acesso às ações e serviços de saúde; a integralidade, que rege à garantia de uma assistência para além do modelo curativo, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção, sendo entendido como um ser em um contexto social, familiar e cultural.

A equidade, que foi elaborada a partir dos conceitos de igualdade e justiça, e determina que os atendimentos aos indivíduos devem ser definidos de acordo com suas necessidades, ofertando mais a quem mais precisa; e por fim a participação popular, que se dá pela criação de conselhos ou conferências nas três esferas de governo, com o objetivo de observar, fiscalizar e controlar as práticas de saúde como explica Faria et al., (2019). Sendo assim, esses princípios organizam o SUS, tendo em comum o objetivo de manter, recuperar ou promover a saúde da população.

Ao criar o Sistema único de saúde (SUS), a partir do conceito ampliado de saúde, houve uma necessidade de promovê-lo, e estabelecer políticas que refletissem sobre a melhoria na qualidade de vida de todos e pela afirmação da garantia de direitos à saúde, de acordo com BRASIL, (2010), p. 10:

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Assim, a promoção de saúde reflete sobre todos os aspectos que envolvem o processo de saúde-doença, e a relação do indivíduo com esses aspectos e seus modos de vivência. São alguns exemplos dos aspectos que podem interferir na saúde do indivíduo: falta de saneamento, subemprego, fome, dificuldade de acesso à educação, entre outros. (BRASIL, 2010).

A informação surge como uma possibilidade para promover saúde, pois ela faz parte da política nacional de promoção da saúde (BRASIL, 2010), e sua contribuição é articular e integrar ações que visem à promoção da saúde, assim como auxilia na identificação, análise e

avaliação de ações estratégicas. Sendo utilizada de forma estratégica, a informação obtém o poder, o saber e a ética para transformar cognitivamente, no que diz respeito à promoção de saúde (CORTES, 2018). Este trabalho tem como objetivo principal, refletir sobre as possibilidades de promover saúde através do compartilhamento de informações.

### **1.1 Aspectos gerais do município de Maceió**

Maceió é uma cidade que possui 509,6 Km<sup>2</sup>, com 1.025.360 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2020), é a capital do estado de Alagoas. Sobre o saneamento básico, a política municipal de saneamento básico e o plano municipal de saneamento básico estão em elaboração, não possui conselho municipal de saneamento, e também não detém de fundo municipal de saneamento básico (IBGE, 2010).

A economia de Maceió está ancorada na administração pública, no comércio e no turismo, o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,8 salários mínimos (2018), com 267.119 pessoas ocupadas que significa 26,4% da população (2018), PIB per capita 22.126,34 (2018), percentual das receitas oriundas de fontes externas 62,7% (2015), IDHM 0,721 (2010), total de receitas realizadas 2.341.738,83 (x1000) (2017) total de despesas empenhadas 2.223.470,58 (x1000) (2017). (IBGE, 2010)

No aspecto educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos está de 95%, segundo o senso de 2010, IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) 5,0 (2017), IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) 3,8 (2017), matrículas no ensino fundamental – 118.415 (2018), matrículas no ensino médio – 32.395 (2018). Sobre saúde, a mortalidade infantil é de 14,22 óbitos por mil nascidos vivos (2019), internações por diarreia 0,7 por mil habitantes (2016), estabelecimentos de saúde SUS: 148 (2009). A área da unidade territorial é de 509,320 km<sup>2</sup>, o esgotamento sanitário adequado é de 47,1% (IBGE, 2010).

A cidade é muito rica culturalmente e artisticamente, com destaque para a produção de artesanatos, como a cerâmica e o bordado filé. O povoado que deu origem ao Município de Maceió surgiu num engenho de açúcar. O povoado tinha uma capelinha em homenagem a Nossa Senhora dos Prazeres construída onde hoje está a igreja matriz, na Praça Dom Pedro II. O desenvolvimento do povoado foi impulsionado pelo porto de Jaraguá sendo desmembrado da Vila das Alagoas em 5 de dezembro de 1815, quando D. João VI assinou o alvará régio. As principais atrações da cidade são suas praias, destacando a piscina natural de Pajuçara, a Lagoa de Mundaú, os mirantes e os núcleos artesanais, onde se destaca o bairro do Pontal da Barra. Além das festas tradicionais, a cidade comemora a festa de sua padroeira Nossa

Senhora dos Prazeres em 27 de agosto, o aniversário de Maceió, de 5 a 9 de dezembro. (IBGE, 2010)

## 1.2 O sistema municipal de saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas, oferecendo uma atenção contínua e integral, tendo responsabilidade sanitária e econômica sobre a população a qual é definida. Como explica Faria (2019), a atenção primária à saúde, na rede de atenção à saúde, possui o papel de comunicador, ou pode-se definir como o centro dentro da rede de atenção, e ao seu redor estão às outras vertentes: urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância sanitária, vigilância e monitoramento, e atenção especializada.

O sistema municipal de saúde, organiza as ações e serviços de Atenção à Saúde que são coordenados pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), que tem como objetivo “Promover o acesso da população à Atenção à Saúde com ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando à organização da rede assistencial” (Maceió apud Maceió 2017). Ainda sobre a organização do sistema municipal: (MACEIÓ, 2017)

A APS em Maceió, do ponto de vista da estrutura organizativa, funciona com 05 gerências para o desenvolvimento das ações e serviços, que são: gerência de Distritos Sanitários, Gerência de Unidades de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Gerência de Programas Estratégicos, cujas ações e serviços são implementados nas unidades de saúde. Diversos programas que ofertam ações essenciais para a população maceioense estão vinculados à Gerência de Programas Estratégicos, que são: programa de atenção à saúde da criança; programa de alimentação e nutrição; programa de atenção à saúde do adolescente; programa de atenção à saúde da mulher; programa de atenção à saúde do homem; programa de atenção à saúde do idoso e condicionalidade do Programa Bolsa Família. Além disso, existem 06 Equipes do Consultório na Rua (eCR) voltadas à Atenção à Saúde da população em situação de rua e 08 equipes do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), que desenvolve ações em todas as unidades que tem o modelo de atenção da ESF.

Para garantir a atenção à saúde da população, no município de Maceió, com o Sistema Único de Saúde, a cidade conta com: 36 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 16 Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea, 06 Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional), 05 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 05 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 07 Unidades Especializadas, 02 Centro de Especialidade Odontológica – CEO, 01 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho), Total 78 serviços de saúde da rede própria do município de Maceió.

O sistema de Maceió conta ainda com 24 dispositivos para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, são eles: Equipes de Consultório na Rua, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, Equipe de Academia da Saúde, Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial.

Na perspectiva de atender às necessidades de saúde da população e organizar o sistema para responder às demandas, além da rede própria, o SUS em Maceió conta com uma rede complementar de serviços, ambulatorial e hospitalar, para atendimento da população maceioense e da população referenciada de outros municípios. A rede complementar é composta por 118 instituições, sendo 03 federais, 07 públicas estaduais, 17 filantrópicas e 91 privadas (Maceió apud CNES/DATASUS/MS-Brasil, 2017)

A cidade conta ainda com o PAM SALGADINHO, que dispõe de diversos serviços especializados, tais como: Centro Especializado Odontológico - CEO; Centro Especializado em Reabilitação – CER III (Auditiva, Física e Intelectual); Centro de Referência para o Hipertenso, Diabético e Obeso; Referência para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/ HIV/AIDS) e o Laboratório de Análises Clínicas (LACLIN).

### **1.3 Aspectos da comunidade Carminha**

A comunidade fica localizada no 6º Distrito Sanitário, na região periférica de Maceió, mais especificamente no bairro Benedito Bentes. O saneamento básico está em elaboração, possui uma escola municipal, uma escola estadual, possui acesso à transporte urbano. Conta ainda, com 8 igrejas, 4 associações comunitárias, uma quadra de esportes, e ruas asfaltadas. A coleta de lixo fica por conta da empresa de limpeza urbana, que define os dias segunda, quarta e sexta para realizar as coletas, também possui contêineres espalhados pela comunidade.

A água é de poço. A comunidade surgiu de um programa habitacional realizado pela prefeitura de Maceió em acordo com o estado de Alagoas, no ano de 2003, que construíram esse conjunto habitacional para retirar as famílias em situação de vulnerabilidade que moravam às margens da lagoa mundaú, em casas de lona, a conhecida favela "sururu de capote". Tendo como principal atividade econômica a pesca do sururu, ao serem transferidas para a comunidade do Carminha, as famílias ficaram sem ter fonte de renda, tornando-se assim desocupadas, terreno fértil para as facções, aumentando assim a criminalidade. Poucos comércios foram construídos, pequenas mercearias, farmácias e botecos. A maioria da população sobrevive de programas sociais, e atividades pouco remuneradas, os chamados "bicos".

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer**

A unidade de saúde da família Dídimo Otto Kummer, foi inaugurada há 15 anos. Nela possui duas equipes de saúde. O espaço físico conta com uma recepção, uma sala de espera, um auditório, uma farmácia, uma copa, uma sala de administração e marcação de exames, seis banheiros (sendo dois para funcionários, dois para os usuários, um no consultório médico, e um no consultório de enfermagem), dois consultórios odontológicos, quatro consultórios médicos, uma sala de vacina, uma sala de curativo, um expurgo, uma sala de esterilização, DML (departamento de materiais de limpeza), conta também com uma área externa para eventos.

O ambiente está recém-reformado e conta com todos os equipamentos necessários para o funcionamento da unidade de saúde, possui acesso para deficientes, todas as salas, incluindo a recepção possuem refrigeração, possui ainda rede de internet cabeada. Há 14 computadores, distribuídos em todas as salas, pois já é utilizado o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), que é o sistema de informação do funcionamento da unidade de saúde. São atendidos pela unidade de saúde os conjuntos: Frei Damião, Benício Mendes, Carminha, Parque das Américas, e 1º de junho.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Dídimo Otto Kummer**

A unidade de saúde conta com duas equipes de PSF completas, cada uma possui: um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, seis ACS, um dentista e um auxiliar de saúde bucal, além disso, a equipe ainda possui o apoio de outros setores como administrativo com três pessoas, arquivo com uma pessoa, farmácia com duas pessoas, e limpeza com três pessoas. Possui ainda uma população estimada de 8.500 pessoas, sendo cadastradas cerca de 7.028.

#### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde**

A unidade funciona das 7:00 da manhã até às 17:00 da tarde, com intervalo de horário de almoço de 12:00 às 13:00. Os atendimentos são organizados através do

agendamento prévio contendo 2 vagas para atendimento de urgência. Possui o quadro de funcionários completo, e as escalas são de funcionamento de ESF onde as equipes de organizam entre atendimentos e visitas domiciliares.

### 1.7 O dia a dia da Unidade de Saúde

O processo de trabalho das equipes está dividido entre acolhimento (em regime de escalas), atendimento de demanda espontânea e agendamento, visitas domiciliares e educação permanente, educação em saúde e trabalhos com grupos. As organizações são feitas por cada equipe, tudo descrito na agenda que é programada no último dia de cada mês para início do mês seguinte, cada uma possui dias definidos para executar essas atividades descritas anteriormente.

Quadro 1: Programação das atividades

SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã: -Atendimento Médico -Visita Enfermagem	Manhã: -Atendimento Enfermagem -Grupo	Manhã: -Atendimento Enfermagem -Atendimento Médico	Manhã: -Atendimento Médico -Visita Enfermagem	Manhã: - Grupo - Atendimento demanda espontânea
Tarde: -Atendimento Enfermagem -Visita Médico	Tarde: Atendimento Médico -Grupo	Tarde: -Atendimento Enfermagem -Atendimento Médico	Tarde: -Atendimento Enfermagem -Visita Médico	Tarde: Educação permanente

### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Visto que a comunidade é numa região de pessoas com baixa renda, uma das dificuldades encontradas é a falta de saneamento básico, e recorrentes faltas de água, que implicam na higiene pessoal dos moradores e conseqüentemente na saúde coletiva da comunidade, abrindo



caminhos para doenças infectocontagiosas. A falta de informação também é uma dificuldade encontrada, que implica diretamente em maus costumes e práticas viciosas que complicam a promoção da saúde.

### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade de Saúde Dídimo Otto Kummer, município de Maceió, estado de Alagoas

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção/ Priorização
Dificuldade em compreender informações	alta	10	total	1
Demora nas marcações p/ especialidades	média	5	parcial	3
Pouco profissional para alta demanda	alta	10	fora	2

Fonte: elaborada pela autora.

## 2 JUSTIFICATIVA

Após a reunião de equipe, e análise dos problemas, foi definido como prioritário o problema relacionado à dificuldade da população em assimilar as informações sobre o serviço de saúde. Foi observado que os problemas na unidade de saúde permeiam a má compreensão das informações repassadas, e por não compreender, os usuários interpretam de forma errada. Esse fato é evidenciado no dia a dia, quando há atritos entre profissionais de saúde e usuários por esse motivo, e ainda, quando a falta de compreensão eleva os riscos à saúde.

A informação possui um papel importante na vida de todos, e se revela como um diferencial no dia a dia, nos costumes e nas decisões. Ao se informar o indivíduo adquire conhecimento, pode multiplicar informações e evitar possíveis danos. E na saúde não é diferente, a informação se torna uma garantia de direitos, proporciona a população o conhecimento sobre seus deveres e direitos, assim como os serviços disponíveis e sua contribuição para a saúde coletiva. Em contrapartida, fornece dados sobre a população para que a instituição de saúde (USF) estabeleça estratégias que promovam a promoção de saúde, e seja capaz de reduzir a desinformação e desenvolver disseminadores das informações sobre saúde.

Os usuários da Unidade Básica de Saúde têm dificuldade de assimilar várias informações como, por exemplo, o funcionamento da unidade, como um todo; quais são os serviços de atenção primária; qual a importância de cuidar de si de sua família de forma preventiva; forma de atuação e limites profissionais dos funcionários; seus deveres, enquanto usuário do serviço público de saúde; o que compete a Unidade básica ou não, entre outros.

Destarte, um dos papéis da equipe de saúde é viabilizar o acesso a essas informações, de forma relevante, simples e confiável. Levando em consideração que a população possui alto índice de analfabetismo, para promover o conhecimento a partir da linguagem acessível. Tendo em vista que a partir da disseminação dessas informações, o usuário pode evitar possíveis problemas de comunicação que gerem desconforto no ambiente e na relação paciente-profissional de saúde.

Esse trabalho se faz necessário, pois se considera que uma informação útil, confiável e passada da forma correta, podem salvar vidas e reduzir danos à saúde individual e coletiva, podendo ainda prevenir doenças.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Melhoria do processo de comunicação entre usuário e profissionais com vistas à compreensão de informações e promoção da saúde

#### **3.2 Objetivos específicos**

Desenvolver métodos para repassar as principais informações numa linguagem acessível.

Combater as falsas notícias, evitando assim distorções de informações

Viabilizar o acesso às informações, para promover o conhecimento

#### **4 METODOLOGIA**

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (FARIA, 2018) para estimativa rápida dos problemas observando a definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A informação se tornou uma importante ferramenta para a população, que emergiu após a globalização e desenvolvimento da tecnologia. Com o objetivo de estimular e disseminar conhecimento, a informação surge através de recursos como rádio, telefone, celular, computadores, smartphones, tablets, entre outros (MOTA, 2018, p. 46):

Atualmente, percebe-se que os mais importantes acontecimentos sociais, econômicos e culturais transitam de forma acelerada em diversos lugares do planeta, devido principalmente aos recursos tecnológicos de comunicação e informação presentes na vida cotidiana dos cidadãos.

Esses recursos provocam transformações na sociedade e no cotidiano da população, reestruturando o processo ensino-aprendizagem, formas de se relacionar, e conseqüentemente o trabalho em saúde.

### 5.1 Pacto pela democratização e qualidade da informação e comunicação em saúde

Historicamente, a luta por melhorias na saúde desafia hábitos e costumes na sociedade. Dentre essas lutas, pode-se destacar como principal vitória o que se legisla na constituição federal, (BRASIL, 1988, p. 118):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, com a saúde garantida, o desafio existente é buscar meios para assegurar esse direito da sociedade. Entretanto, a desigualdade nas condições de saúde da população permanece expressão de uma realidade que conchama os movimentos sociais, que exercem o controle social sobre a saúde (BRASIL, 2006).

Outro marco significativo da luta por melhorias em saúde refere-se ao pacto pela democratização e qualidade da informação e comunicação em saúde, que foi legitimado a partir das discussões na 12ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em 2003. Essa política tem como objetivo garantir ações e recursos que permitam democratizar o acesso a

informações, comunicação e informática em saúde. Isso mostra o quanto a informação em saúde é importante para assegurar o direito à saúde, e consequentemente, o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Observa-se, atualmente, que tem crescido a divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação, o que já caracteriza um grande avanço na disseminação da informação em saúde. O grande desafio para o setor é o de tornar essa informação acessível aos usuários do SUS de maneira universal. Ou seja, não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer sujeito possa se apropriar do conhecimento. Em outras palavras, um dos maiores avanços da saúde pública brasileira será quando pudermos socializar dados, pesquisas e informações através dos diferentes meios de comunicação (internet, jornais, revistas, rádio, TV, etc.) para a população usuária do SUS, de forma ágil e clara. (SILVA et al., 2007.p. 685).

Assim, a informação e comunicação em saúde podem se tornar um importante aliado para promover avanços significativos no que diz respeito à saúde coletiva. A preocupação em tornar acessível às informações para que chegue a todos os âmbitos da sociedade é desafiador, porém promissor.

Para tanto, necessário se faz: 1) democratizar a informação e comunicação, em todos os aspectos; 2) viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional e; 3) desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir a divulgação permanente para a população, de decisões e informações dos conselhos e conferências de saúde. (SILVA et al., 2007. p. 685 ).

O planejamento e desenvolvimento da informação e comunicação de forma ampla e propagada são possibilidades de ações que concernem em melhorar a saúde através da informação. Debater aspectos relevantes sobre a informação, e os mecanismos de acesso é um parâmetro para uma definir a melhor forma de repassá-las, as quais destacam: como informar? O que informar? Por que informar? Os debates em torno da construção do pacto identificaram tendências do controle social, a partir de algumas evidências: (SILVA et al., 2007)

1) O Sistema Único de Saúde é uma conquista da população, mas ainda não atende inúmeros problemas de saúde existentes no Brasil. Para seu avanço, se faz necessário democratizar e melhorar a qualidade da comunicação e informação em saúde; 2) a democratização e a qualidade da comunicação e informação em saúde fazem parte da luta da sociedade brasileira em seu caminhar por um país cada vez mais equânime e que propicie, para todos, condições de vida e saúde dignas; 3) o Conselho Nacional de Saúde constituiu a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde. Essa Comissão tem como objetivo a busca pela ampliação da participação da sociedade na definição de PNCIS; 4) quais estratégias devem ser traçadas para comunicar as informações relevantes? Essa é uma questão central que esteve presente nos debates. Os participantes buscaram alcançar consensos possíveis do que é relevante comunicar e informar, como também no que diz respeito a como comunicar e informar adequadamente [...]

## 5.2 A comunicação como ferramenta para um atendimento de qualidade em saúde

A comunicação é a base da relação interpessoal que busca estabelecer vínculos entre pessoas, grupo ou sociedade. Em saúde, a comunicação entre os envolvidos se torna determinante no tocante à ação de promover saúde. Conforme Almeida (2019, p. 43):

Atualmente um profissional de saúde deve ter amplas competências técnicas, mas refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, marketing em saúde, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais [...] que tornam o profissional da saúde um ser humano com uma dimensão e visão holística profunda do paciente e do seu contexto.

A citação acima nos mostra, que na atualidade o profissional de saúde não basta ter o conhecimento que concerne à sua competência, mas também se faz necessário ter um conhecimento mais amplo sobre aspectos pertinentes à vida em sociedade, sendo esse, um dos pilares para fortalecer a qualidade em saúde. “A comunicação é um fator chave na literacia em saúde para que as pessoas consigam aceder, compreender e usar a informação em saúde, por forma a tomarem as melhores decisões sobre a sua saúde e dos que dela dependem” (ALMEIDA et al., 2019).

Dessa forma, entende-se que se o usuário do SUS tiver acesso aos serviços de saúde, porém não ter conhecimento básico de - para quê, por quê ou como - o tratamento/acompanhamento não ocorrerá de forma satisfatória.

Em 2015 não havia estudos que comparassem a efetividade da formação de literacia em saúde em profissionais médicos e não médicos. Porém, os resultados da formação em literacia em saúde e, subjacente a este domínio, a promoção efetiva de competências de comunicação permitem-nos apresentar melhorias na autopercepção de conhecimento, competências e intenção de comportamentos (ALMEIDA, 2019, p. 44).

Segundo Almeida (2019), em seus estudos sobre comunicação em saúde transversal, discute evidências históricas sobre o papel da informação em saúde. O autor defende que a comunicação é um instrumento imprescindível na relação paciente e profissional para alcançar os objetivos terapêuticos, porém, alerta que é preciso aplicar métodos apropriados para alcançar os objetivos propostos.

[...] ensinar as competências de comunicação é uma das partes importantes do *currículum* médico e não é um extra opcional. Há um paralelismo com os domínios da literacia em saúde, o que permite o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais dos indivíduos para que ele possa efetivamente aceder, compreender e usar a informação em

saúde, no seu dia-a-dia, através de um processo motivacional ao longo do seu ciclo de vida. (ALMEIDA, 2019).

Segundo Brasil (2006), o avanço do Sistema Único de Saúde exige um modelo de comunicação de acordo com a visão ampliada em saúde e suas propostas. O autor afirma ainda, que é preciso desenvolver métodos para repassar as informações que sejam adaptáveis a diversas realidades existentes na sociedade.

Por outro lado, continuamos falando da necessidade de ampliar as informações preventivas, de aumentar o conhecimento sobre os riscos e determinantes do processo saúde-doença, de capacitar líderes comunitários, de utilizar a linguagem adequada, etc. E não há a menor dúvida de que essas questões são importantes: há uma agenda não vencida de necessidades centenárias (não só na saúde) a que se somam outras tantas mais recentes. A questão é como iremos enfrentá-las. (BRASIL, 2006)

Os autores acima citados evidenciam a importância da comunicação e informação em saúde, e constataam a eficiência e diferença que existe na relação paciente e profissional, quando há comunicação simples, adequada e científica, de acordo com a realidade de ambos. Da mesma forma que citam a dúvida em relação a colocar em prática essa ferramenta, e quais estratégias são eficientes.

### **5.3 Informação como estratégia de prevenção**

A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde, as discussões em torno do tema sobre comunicação e informação em saúde ficou cada vez mais evidente e urgente, e algumas estratégias foram desenvolvidas ao longo dos anos. Esses métodos foram pensados de forma ampla e que pode ser ajustado de acordo com a realidade de cada comunidade. Das discussões, passando pela elaboração do mapeamento de estratégias, até levar à prática, é um caminho com diversos obstáculos. Isso porque o conceito de comunicação é ampliado, assim como o conceito de saúde. Sobre a comunicação nos serviços, ações e equipes de saúde, Brasil (2006) expõe:

Todas as unidades de saúde, inclusive as contratadas, devem afixar placas com o logotipo do SUS, em lugar visível e acessível, informando sobre os serviços prestados, as normas e horários de trabalho dos profissionais, nome do gestor responsável e formas de contato; Desenvolver estratégias de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, visando a melhoria da qualidade e o compartilhamento de informações; implementar caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões que devem ser analisadas e respondidas pelo gestor e pelo conselho.



Em defesa do SUS, para democratizar a informação, favorecer a transparência da gestão, entre outros objetivos e princípios, a *Rede Nacional e Pública de Comunicação e Saúde* propõe uma relação entre governos e sociedade.

Brasil (2006) discute alguns desafios que se pode ter ao colocar a informação como estratégia de prevenção em saúde: Ao iniciar, o autor alerta para superar a visão instrumental da comunicação, ao que ele define como esquema emissor>mensagem>canal>receptor, ele defende que esse método é uma simplificação da realidade ao qual dá pouca importância aos aspectos fundamentais, como “os contextos, as situações concretas em que a comunicação acontece, às pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, ideias, interesses, preocupações, disposições, indisposições” (BRASIL, 2006).

Comunicar não é apenas passar a informação, nesse aspecto, conhecer a realidade, conhecer quem está recebendo a informação e buscar meios de passar a informação levando em consideração o processo social e a humanização. Outro desafio discutido, é sobre a democratização do acesso às tecnologias de comunicação, nesse aspecto o autor explica que mesmo com o avanço da tecnologia e a criação de diversas mídias, a informação e comunicação continuam perversamente restritas, no qual os problemas vão desde a falta de dinheiro para locomoção até os itens de informática e recursos de internet. “Fica claro que a comunicação não é só tecnologia, mas não há dúvidas de que a democratização do acesso aos meios de comunicação é fundamental, aí incluída a luta pela inclusão digital. Sem ela, as desigualdades sociais e da luta política só aumentam” (BRASIL, 2006).

Diante disso, as estratégias de informação devem levar em conta essa realidade, e buscar meios que favoreçam e estejam compatíveis com a realidade de todos, por exemplo, informativos impressos, divulgação em carros de som, rodas de conversas, palestras, orientações em visitas domiciliares e em consultas, informativos contendo símbolos para o público analfabeto e semianalfabeto, entre outros, levando em consideração a realidade encontrada e a condição econômica e intelectual da comunidade no qual está inserida a unidade básica de saúde.

Também é preciso garantir o direito a ter informações claras, confiáveis e acessíveis. Mas também é preciso ir além, investindo em práticas e relações nas quais os participantes, reconhecendo suas diferenças, possam falar e ouvir, mudar ou acrescentar, influenciando na produção de algo que lhes seja comum. Mais do que transmitir informações e conhecimentos, recuperar esse sentido de comunicar, que envolve disposição para o diálogo e abertura para a diferença. (Brasil, 2006)

A comunicação para se desenvolver bem e ser repassada da forma correta, é preciso iniciar dentro da USF, entre funcionários, entre gestores e setores, para então ser pensada a melhor maneira de avançar para os usuários. Ouvir é uma coisa, compreender é outra, e para que a informação se torne um conhecimento, é necessário que no mínimo ela seja compreendida, e é através da humanização e buscando métodos coerentes com a realidade do usuário que se encontra o caminho para a comunicação em saúde.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “dificuldade da população em assimilar as informações sobre o serviço de saúde”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Em reunião realizada com a equipe de saúde, foram analisados diversos problemas da unidade de saúde, e todos esses possuem em comum a dificuldade em assimilar informações que o usuário possui. O risco desse problema pode ser dos mais diversos, pois ele se tornou uma via paralela a outros problemas. Dessa forma, a equipe busca estratégias para melhorar a comunicação e viabilizar informações, com o objetivo de promover saúde através da informação e prevenir possíveis danos.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

A saúde como sendo um direito de todos, a informação e comunicação em saúde possui o papel de garantir esse direito à população, através de ações que busquem

democratizar o acesso às informações, isso traduz o funcionamento do SUS. Entende-se ainda, que não é tarefa fácil, buscar informações, decodificar para a realidade da comunidade, desenvolver estratégias e repassar de forma qualificada, porém, é um recurso promissor, principalmente porque a informação é a base da comunicação entre pessoas, e no âmbito da saúde não deve ser diferente.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Atribui-se os seguintes nós críticos:

- Dificuldade em compreender informações;
- Demora nas marcações para consultas especializadas;

### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão

Quadro 3 -Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade em compreender informações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Dificuldade do usuário em compreender informações
<b>Operação</b> (operações)	Buscar estratégias para a assimilação das informações, levando em consideração a realidade da comunidade.
<b>Projeto</b>	Saúde através da informação
<b>Resultados esperados</b>	Promover saúde através da informação Reduzir atritos entre usuários e funcionários
<b>Produtos esperados</b>	Usuários tenham acesso à informação Usuários compreendam a informação Usuários sejam multiplicadores da boa informação Desenvolver ações de combate a fake News Reuniões de educação permanente em saúde

<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: Material de escritório Político: Reorganização de agenda
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Não há Político: Não há Financeiro: Não há
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável Direção administrativa: Favorável Enfermeiras: Favoráveis Médicos: Favoráveis
<b>Acompanhamento do plano –responsáveis e prazos</b>	Direção administrativa, enfermeiras, médicos. Prazo: Projeto contínuo
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões mensais com a direção administrativa. Monitoramento das enfermeiras e/ou médicos de cada equipe, vigilância contínua dos ACS.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Demora nas marcações para consultas especializadas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer, do município de Maceió, estado de Alagoas.

<b>Nó crítico 2</b>	Demora nas marcações para exames e consultas especializadas
<b>Operação</b> (operações)	Identificar a demanda e buscar estratégias para solucioná-las
<b>Projeto</b>	Solucionando a demanda especializada reprimida
<b>Resultados esperados</b>	Reduzir a demanda reprimida de marcações de consultas e exames
<b>Produtos esperados</b>	<p>Acelerar as marcações de consultas e exames</p> <p>Usuários realizem os exames ou consultas em tempo hábil para fechar o possível diagnóstico</p> <p>Reduzir os danos em saúde</p> <p>Reorganizar horário de atendimento;</p> <p>Reavaliar o modelo de atendimento;</p> <p>Realocar um funcionário do setor administrativo para auxiliar no setor de marcação para agilizar atendimentos;</p> <p>Orientar aos profissionais que solicitem consultas e exames especializados se houver a real necessidade para tal.</p>
<b>Recursos necessários</b>	<p>Cognitivo: Não há</p> <p>Financeiro: aumento na oferta de exames e consultas especializadas</p> <p>Político: Reorganizar horários e modelo de atendimento para essas marcações.</p>
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<p>Cognitivo: Não há</p> <p>Político: Não há</p> <p>Financeiro: aumento na oferta de exames e consultas especializadas</p>
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	<p>Secretaria Municipal de Saúde: Favorável</p> <p>Direção administrativa: Favorável</p> <p>Enfermeiras: Favoráveis</p> <p>Médicos: Favoráveis</p>

<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Direção administrativa Prazo: Contínuo
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões mensais com a direção administrativa. Monitoramento mensal da direção com base em relatórios de atendimentos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse trabalho percebeu-se a importância da informação e o quanto ela vem sendo negligenciada em alguns aspectos no dia a dia da Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer. A execução desse planejamento pode contribuir para reduzir os inúmeros problemas de saúde decorrentes da falha na comunicação com a implementação da informação repassada de forma qualificada e eficaz.

As reflexões consideradas a partir desse trabalho servem de parâmetro para desenvolver ações estratégicas para a referida unidade de saúde. Tendo em vista que a informação sobre saúde é direito do usuário, torna-se um dever do profissional de saúde proporcionar essas informações, prática essa que vinha sendo negligenciada pelos profissionais de saúde.

Assim, esse trabalho se faz necessário, pois se considera que a informação útil, confiável e passada da forma correta, adaptando-se à realidade em que a comunidade se encontra, podem salvar vidas, reduzir danos à saúde individual e coletiva, podendo ainda prevenir doenças. Esses conhecimentos vão desde o funcionamento da unidade de saúde até dados de como se prevenir através de mudanças de hábitos. Essas informações cooperam não somente para a vida do usuário e para a comunidade de forma geral, mas também exercem papel principal no vínculo entre profissional de saúde e usuários. Menos desinformação e mais disseminadores do bom conhecimento, é o caminho para promover saúde através da informação.

## 8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristina Vaz de. **Modelo de comunicação em saúde acp: as competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática.** In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA, 2019.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: jun/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.



MOTA, Daniele de Norões; Et al. **Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família**. J. Health Inform. 2018 Abril-Junho; 45-9.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. **A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(3):683-688, Brasília – DF, 2007.

VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.