

Comunicación entre el anciano y el equipo de Salud de la Familia: ¿existe integralidad?¹

Rita Tereza de Almeida²

Suely Itsuko Ciosak³

Objetivo: verificar las formas de comunicación utilizadas en cuatro Unidades Básicas de Salud con equipos de la Estrategia Salud de la Familia, en Porto Feliz estado de Sao Paulo y como interfieren en la atención y control de la salud de los ancianos. Método: se buscó entender la comunicación entre ancianos y profesionales de salud a través de una investigación cualitativa. Se realizaron entrevistas con 20 ancianos de ambos sexos. Resultados: de los discursos y observaciones surgieron los siguientes temas centrales de análisis: comunicación asertiva y comunicación bloqueada, cuyos elementos verbales y no verbales, revelaron la subjetividad del proceso de comunicación, de la cultura local y de los factores psicosociales, contribuyendo de forma positiva y también negativa para la atención de la salud a los ancianos. Los equipos de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia mostraron formas de comunicación favorables a la adhesión de los ancianos a la atención y control de la salud. Los aspectos negativos no provocaron consecuencias totalmente perjudiciales, sin embargo deben ser evitados, para facilitar el cuidado integral al anciano. Conclusión: es válido reforzar la necesidad de perfeccionar el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud sobre la comunicación en salud como una tecnología innovadora, llevando credibilidad a los programas de promoción y prevención de la salud utilizados por los usuarios ancianos.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Comunicación; Anciano; Salud de la Familia; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família no Município de Porto Feliz-SP: Acesso à Integralidade?" presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Rita Tereza de Almeida
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: ritatereza1@usp.br

Introducción

El envejecimiento de la población brasileña es una conquista resultante de demandas ocasionadas por la parcela anciana, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS); que creado por la Portaria Nº 2.528, el 19 de octubre de 2006; la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana – PNSPI tiene como finalidad primordial la recuperación, manutención y promoción de la autonomía y de la independencia de la persona anciana, dirigiendo medidas colectivas e individuales de salud para esa finalidad, en consonancia con los principios y directrices del SUS. El objetivo de esa política es todo ciudadano brasileño con 60 años o más⁽¹⁾.

En este sentido, el crecimiento de ese segmento de la población hizo que aumentase la preocupación y el interés por tomar medidas orientadas a atender las demandas de las personas con más de 60 años. Por lo tanto, se muestra necesaria la implantación de políticas públicas adecuadas, objetivando la promoción del envejecimiento con calidad de vida⁽²⁾.

El anciano al buscar asistencia a la salud espera algo más que la atención a su enfermedad. Él quiere acogimiento y espera establecer vínculos con el equipo de salud en un ambiente de comunicación que permita obtener autonomía, soluciones y responsabilidad⁽³⁾.

El proceso de envejecimiento trae como consecuencia un esfuerzo mayor para el anciano procurar los servicios de salud y dislocarse en los diferentes niveles de atención. Para los más carentes, principalmente, cualquier dificultad se torna un pretexto para bloquear o interrumpir la continuidad de la asistencia a la salud⁽⁴⁾.

De esa forma, el diálogo que busca el consenso constituye un elemento imprescindible para el buen desarrollo del trabajo en equipo, ya que posibilita el desarrollo de una práctica comunicativa, ya que “provoca” en el equipo el escuchar al otro, lo que presupone el establecimiento de un canal de comunicación⁽⁵⁾.

La comunicación hace parte de la vida del ser humano⁽²⁾ y en el área de la salud se torna esencial, para la obtención de valiosas informaciones que permitan la conducción terapéutica, a pesar de que, en lo cotidiano, muchas personas tienen dificultad de expresarse o de interpretar el lenguaje de la comunicación.

Se observa que el equipo de salud precisa ejercer la verdadera comunicación, estando atento a la interpretación del lenguaje verbal y especialmente al no verbal, no siempre valorizado, pero de mucha importancia en la interlocución. Cuando es eficaz es una excelente herramienta para la búsqueda de la atención integral de las necesidades de salud.

En la práctica clínica, la comunicación puede tener una fuerte influencia en la satisfacción, en la adhesión al tratamiento y, consecuentemente, en los resultados de salud, sugiriendo la necesidad de ofrecer preparación técnica y humana a los profesionales participantes⁽⁶⁾, principalmente en la Atención Básica (AB).

La definición operacional del concepto de comunicación en este estudio se refiere al desarrollo de las formas de interacción de manera efectiva y eficaz, llevándose en cuenta los aspectos biopsicosociales relacionados a cada grupo poblacional.

Considerando los vacíos de estudios relacionados a la comunicación del anciano y el equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), se piensa que esta investigación contribuirá para dar visibilidad al proceso interactivo, como fuente de soluciones de las necesidades de salud de los ancianos incluidos en los programas de salud de la AB.

Cabe destacar también que con la expansión de la ESF en los últimos años, en los municipios brasileños, se torna relevante este estudio que tiene como objetivo verificar las formas de comunicación utilizadas en la AB y como interfieren en la atención y en el control de la salud de los ancianos.

Método

Se trata de un estudio de naturaleza descriptiva y exploratoria, con abordaje cualitativo. Se utilizó algunas evidencias cuantitativas de carácter sociodemográfico para caracterizar los individuos entrevistados.

Participaron de la investigación, ancianos de ambos sexos que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: tener 60 años o más, estar registrado en el equipo de la ESF, ser capaz de expresar sentimientos y percepciones y aceptar participar de la investigación firmando el Término de Consentimiento Libre e Informado.

El local de la investigación comprendió el área urbana de Porto Feliz (SP) en cuatro Unidades Básicas de Salud (UBS), cada una de ellas con un equipo de la ESF, y en los localok, vá tomares en que había mayor concentración de ancianos registrados.

El número de participantes fue obtenido por muestreo de saturación en el caso de investigación cualitativa. La finalización del muestreo por saturación teórica es operacionalmente y definido como la suspensión de inclusiones de nuevos participantes cuando los datos obtenidos pasan a presentar, en la evaluación del investigador, cierta redundancia o repetición, no siendo considerado relevante persistir en la recolección de datos⁽⁷⁾.

Así, fueron entrevistados cinco ancianos de cada equipo de la ESF, totalizando 20 ancianos, considerando el

entendimiento de la homogeneidad, de la diversidad y de la intensidad de las informaciones necesarias, reflejando las múltiples dimensiones del objeto de estudio⁽⁸⁾.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron un guión para observación directa (conteniendo los elementos de las formas de comunicación verbales y no verbales aprendidas durante la atención al anciano), un instrumento con preguntas cerradas sobre las condiciones sociodemográficas de los ancianos y una serie de preguntas abiertas para entrevistar a los sujetos.

Las declaraciones fueron grabadas y transcritas, en su totalidad, por la propia investigadora y después de la lectura exhaustiva de los registros de los discursos, los datos fueron interpretados de acuerdo con la técnica del análisis temático⁽⁸⁾.

Los datos fueron recolectados entre los meses de junio y septiembre de 2011, después de aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (Proceso nº 1032/211/CEP-EEUSP).

Resultados

Del análisis de los datos de las condiciones sociodemográficas de los 20 ancianos que participaron del estudio se verificó que 15 ancianos residían en domicilios propios y estaban casados, demostrando que la formación de la vida familiar estaba centralizada en el casamiento y el estándar de formación familiar era el de unión estable.

Considerando, principalmente, el local en que ocurrió la entrevista, la UBS con equipo de la ESF apuntó predominio de mujeres (14) que buscaron la atención en salud, siendo significativamente mayor que el de hombres (6). Sin embargo, en el intervalo de edad entre 70 a 79 años de edad hubo un número mayor de hombres (5) en relación al número de mujeres (3).

Fue constatada la baja escolaridad de los ancianos: cuatro ancianos declararon analfabetismo, 14 ancianos fueron alfabetizados hasta la 4ª serie de la Enseñanza Fundamental y apenas dos ancianos informaron haber concluido la Enseñanza Fundamental.

La renta familiar declarada por 19 de los ancianos fue de entre uno y tres salarios mínimos, siendo un total de 11 jubilados (6 ancianos y 5 ancianas). Entretanto, 9 ancianas revelaron no tener jubilación.

Los discursos de los ancianos fueron identificados por la letra E, seguida de un número de orden de secuencia de las entrevistas. De sus lecturas repetidas, acrecidas de los informes de las observaciones, emergieron los temas de análisis, clasificados en temas centrales de análisis⁽⁸⁾ que fueron relacionados con las formas de comunicación, comunicación asertiva y comunicación

bloqueada con unidades temáticas: elemento verbal y elemento no verbal.

Comunicación asertiva verbal y no verbal

Los enfermeros de los equipos de salud de la ESF seleccionadas para este estudio emplearon una entonación adecuada del lenguaje, estableciendo un diálogo acogedor, hablando de forma clara, pausada, mirando de frente para cada anciano.

El lenguaje propio originario de su región, empleado por los ancianos, no interfirió en el proceso de comunicación, siendo respetado por el equipo de salud y considerado en la atención de las necesidades de los ancianos.

Aspectos positivos de la comunicación asertiva, como el lenguaje adecuado, reforzado por la demostración de expresiones faciales, como sonrisa, mirada de frente para el anciano, escucha atenta, fueron aprendidos durante la observación en las atenciones, principalmente del equipo de enfermería de la ESF.

La facilitación de la verbalización del anciano fue visualizada principalmente en las acciones de enfermería, en que el anciano podía expresarse de manera a relatar sus necesidades de salud, sin bloqueos o inhibiciones revelados en la declaración de la anciana: *si, hablo todo, pido todo, ya aprovecho si yo no entiendo pido para repetir, yo tengo que preguntar ¿verdad? Yo pregunto* (E16).

La reciprocidad de intención reveló una validación de la comprensión, por parte del anciano, de los mensajes emitidos por los profesionales del equipo de salud, como se reveló en el siguiente discurso del anciano: *ah comprendo, consigo comprender todo* (E10).

Los profesionales de los equipos de la ESF establecían estrategias, induciendo al anciano a comparecer a la UBS para el control de su salud, por medio de la presentación del cartón de programación utilizándolo para determinar la fecha de la consulta con la enfermera o con el médico, sin embargo los ancianos comparecen a las consultas periódicamente, conforme refirió un anciano: *yo y mi mujer, tenemos este cartón de programación que ellos marcan y yo uso para no olvidar cuando yo tengo que venir* (E4).

El contacto telefónico, realizado por el equipo de enfermería, sea para efectuar una alteración de la atención o para programar la visita del anciano para evaluación del resultado de los exámenes, mostró un buen uso de esa tecnología, promoviendo una estrategia bien aceptada por los ancianos, como se nota en este discurso del anciano: *vengo siempre, nunca falté y si la atención no es posible en aquel día, ellos me llaman para avisar y eso es bueno porque nosotros no perdemos tiempo de ir allá* (E16).

La baja escolaridad de los ancianos mostró una diferencia cultural entre ellos y los profesionales de los

equipos de salud. Este hecho pareció no influenciar como obstáculo para el entendimiento de los ancianos, ya que estos esclarecían sus dudas, como se puede percibir en la declaración del anciano: *ellos procuran ayudarnos en lo que sea necesario y la orientación de ellos nosotros la entendemos. Cuando no consigo comprender tengo esa cosa de poder preguntar* (E12).

Las expresiones faciales como sonrisa, interés, atención, fueron observadas, siendo esas formas de comunicación no verbales expresadas tanto por los ancianos como por el equipo de enfermería, habiendo demostración de reciprocidad, señales de vínculo, afecto y respeto entre los interlocutores.

Comunicación bloqueada verbal y no verbal

La comunicación bloqueada se retrató en la falta de diálogo entre un profesional de salud de la AB y un profesional del nivel de media complejidad, creando barreras en el cuidado de la salud, como muestra el discurso de la anciana: *yo vine aquí (AB) con el médico nuevo y él me encaminó para hacer cirugía, pero pienso que el cirujano (servicio de media complejidad) estaba malhumorado. Él miró el papel (guía de referencia y contra referencia) y dijo sobre el médico que encaminó "aquel muchachito hace esas cosas, no sabe nada"* (E5).

La ausencia de la escucha generó comunicación bloqueada, como esclarece este discurso de la anciana: *cuando es atención con la médica, ella solo da recetas, ella no pregunta nada y ahí a veces estoy precisando hasta de un remedio, alguna cosa que yo estoy sintiendo, a veces ni pido para ella porque queda extraño* (E13).

Los gestos de irritación y agresividad del profesional, acompañados de un lenguaje inapropiado, fueron factores que generaron comunicación bloqueada, revelando la inhabilidad del profesional de una unidad de media complejidad, resultando en exposición y embarazo de la anciana, como quedó expuesto en su declaración: *el cirujano rasgó la guía de encaminamiento delante mío. Yo llevé un susto y salí de allí. Esas cosas así que la gente es más de edad y ya queda más sensible y continúa con los mismos problemas* (E5).

Se observó una diferencia cultural existente entre la mayoría de los ancianos y los profesionales de salud participantes del estudio, generando comunicación bloqueada, particularmente relacionada a la figura del médico, que pareció haber interferido en la integralidad del cuidado en salud.

Fue posible aprender una comunicación bloqueada relacionada al "mito ligado a la figura del médico", cuando la anciana refirió estar con vergüenza y embarazada delante del profesional, demostrando estar con miedo y dificultad para la verbalización de sus necesidades, sea

por la postura del profesional o por la barrera social existente, como mostró la declaración de la anciana: *a veces yo siento hasta vergüenza de la médica. A veces ellos nos tratan bien, a veces no, pero muchas veces yo ya salí de allá con duda. No, no, no, yo no pregunto* (E13).

Los equipos de enfermería de la ESF estudiados fueron facilitadoras en la atención de salud del anciano. Sin embargo, para ultrapasar las barreras de la comunicación reveladas por ese "mito ligado a la figura del médico", deben ser articuladas estrategias innovadoras, teniendo en vista la obtención de la integralidad en el cuidado de la salud del anciano.

Discusión

Algunos estudios realizados⁽⁹⁾ apuntaron en la dirección de la perspectiva de género para la comprensión de los patrones de morbimortalidad masculina y levantaron el asunto de las necesidades de salud de los hombres en el contexto de las relaciones socioculturales en que ellos viven.

Las necesidades de salud, su presentación por los sujetos masculinos a los servicios, y como son recibidas por los profesionales, constituyen aspectos de las relaciones entre el ejercicio de la masculinidad y las prácticas del cuidado en salud⁽¹⁰⁾.

Entretanto, un estudio desarrollado en el Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, sobre el perfil epidemiológico de morbimortalidad masculina, concluyó que la baja búsqueda por los servicios de salud no está relacionada apenas al consumo de los servicios de salud, pero sí al hecho de que los hábitos de cuidados están más presentes entre las mujeres que en los hombres⁽¹¹⁾.

La formación de la vida familiar de los ancianos ha sido centralizada en el casamiento, demostrando que el estándar de formación familiar es el de unión estable, confiriendo un aspecto histórico y cultural.

Si por un lado las personas ancianas pueden presentar algunas dificultades en la comunicación verbal, por otro, ellas pueden estar muy atentas y entrenadas en la decodificación de la comunicación no verbal, por ya haber experimentado numerosas experiencias a lo largo de la vida⁽¹²⁾.

El contenido de conocimiento es algo heredado de los predecesores, es algo que se puede acrecentar a la propia experiencia vivida, que solo puede ser comprendida por medio de acciones exteriorizadas que constituyen la base de la comunicación y de la relación social⁽¹³⁾.

En ese sentido, el equipo de salud debe estar atento al usar las formas de comunicación verbales y no verbales

para atender a las necesidades de salud de la población anciana, objetivando la integralidad y lo que podrá ser viabilizado a través de una comunicación asertiva, que significa emitir un mensaje siguiendo un objetivo, una coherencia entre sentimientos, pensamientos y actitudes⁽²⁾.

Vale resaltar que en la comunicación no verbal, las expresiones faciales pueden demostrar alegría, tristeza, rabia, indiferencia, desprecio, vergüenza, interés, miedo y que todas esas expresiones pueden auxiliar a percibir como anda nuestra interacción, nuestra relación con el anciano⁽¹⁴⁾.

Gestos de irritación, agresividad, así como la ausencia de la escucha del profesional llevan el anciano a un estado de embarazo durante la atención y a discontinuar el tratamiento, interfiriendo en la dinámica de la comunicación y, como consecuencia, en el control de la salud, reflejando una comunicación bloqueada.

La escucha es uno de los elementos de la forma de comunicación no verbal que validan una comunicación asertiva⁽²⁾. Quedarse en silencio en el momento de la declaración del interlocutor puede no significar estar simplemente callado – si ese tiempo es para participar en el acto de comunicación en presencia, si eso significa una oportunidad para reencontrar el equilibrio personal, si es la forma escogida para dar espacio al interlocutor y si es la “ventana” de abertura para obtener una relación saludable.

La capacidad de auscultar ha sido relacionada a un dispositivo tecnológico de destacada relevancia en las propuestas de humanización de la salud: el acogimiento. Así, es en el continuo de la interacción entre usuario y servicios de salud, en todas las oportunidades en que se haga presente la posibilidad de escuchar al otro que se da el acogimiento⁽¹⁵⁾.

En todo el proceso de comunicación interpersonal, el cuerpo expresa un sentimiento subyacente al mensaje, y esa expresión es inconsciente y percibida también de forma inconsciente, muchas veces con mayor claridad de lo que fue verbalizado.

Los gestos, principalmente los de apoyo son una forma de comunicación no verbal que promueve la comunicación asertiva, ya que así como la expresión facial, el gesto de apoyo, refuerzan el uso del lenguaje adecuado, al mismo tiempo, pueden reforzar el vínculo de los ancianos con las atenciones en las UBS. La comunicación bloqueada⁽²⁾, de la misma forma que la comunicación asertiva, puede dirigir toda la trayectoria de acompañamiento al anciano creado barreras sea en relación al tratamiento o en relación a la propia unidad de salud en sí, pudiendo interferir en el proceso de comunicación.

Así, los ambientes ruidosos constituyen una barrera de comunicación⁽²⁾ que interfieren en el proceso de comunicación en general, inclusive más en la atención de la salud, particularmente con los ancianos que pueden presentar algún grado de disminución de la agudeza auditiva proveniente del proceso del envejecimiento.

Además, entre las principales barreras existentes en la comunicación, se destaca la humana, que comprende cultura, temperamento, regionalismo, clase social, emociones, percepciones, entre otras, que pueden ser definidas por barreras psicosociales.

El “mito ligado a la figura del médico” pareció dificultar la fidelización del anciano a la UBS, así como la búsqueda por accesos a otros niveles de asistencia, consecuentemente dificultando la integralidad del cuidado en salud y la promoción de la salud del anciano.

En cuanto a la tecnología, en general, este es el recurso que actúa como facilitador, extendiendo las capacidades del individuo, dando seguridad y agilidad, preservando y organizando datos, produciendo informaciones. Así, la tecnología no es meramente un recurso del individuo, pero, también, del grupo social⁽¹⁶⁾.

La atención de la salud, respetando el principio de la integralidad, disloca la práctica de la salud de la intervención/medicalización para el cuidado. Entretanto, la verticalización del sistema crea algunos obstáculos favorecedores de la fragmentación del trabajo, porque todavía falta comunión de esfuerzos de la AB con la media y la alta complejidad, favoreciendo la falta de diálogo entre los profesionales⁽¹⁷⁾ y dificultando la consecución de los resultados del trabajo.

La concientización por parte del profesional de salud, en cuanto a la utilización de las formas de comunicación asertiva debe ocurrir para viabilizar la verbalización del anciano, facilitando el tratamiento terapéutico y, consecuentemente, creando un vínculo y el control de la salud.

Por tanto, en la humanización de las acciones, los profesionales de la salud deben estar atentos para percibir, en los usuarios del SUS, sus subjetividades, carencias y miedos de verbalizar deseos o de decir algo que al profesional no le guste, actitudes que resultan en aceptar pasivamente lo que le es impuesto y que, en la mayoría de las veces, puede llevar a efectos nocivos para la salud⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la programación de la atención, este puede ser un factor favorable a la organización de los servicios de salud, pero pareció resultar en un obstáculo para algunos ancianos, generando insatisfacción de la atención, creando, muchas veces, una barrera en la adhesión al control de su salud, ya que a los ancianos no les gusta tener un día determinado para comparecer a

la unidad de salud, prefiriendo ir a la UBS cuando no se siente bien.

La comunicación como la capacidad de diálogo entre los trabajadores del equipo y de ellos con los clientes permite que el proceso de trabajo se constituya en un instrumento para producir la corresponsabilidad, la actitud resolutoria y la autonomía de los clientes para la transformación de los fines en producto⁽¹⁸⁾.

La falta de concientización del anciano a respecto de la necesidad de un control periódico de la salud exige que el equipo de enfermería de la ESF realice una comunicación eficaz considerando la cultura local, los factores psicosociales y las subjetividades del proceso de comunicación pudiendo colaborar para el cambio de actitud del anciano.

En contrapartida, la falta de concientización de algunos profesionales de la salud en cuanto al uso adecuado de las formas de comunicación para la atención al anciano puede comprometer la calidad de la atención en salud, cuando este profesional se impone con una comunicación bloqueada pudiendo llevar al anciano a interrumpir el tratamiento terapéutico.

Los equipos de enfermería de la ESF buscan el cuidado integral de forma amplia, dirigida para garantizar mejores condiciones de vida y de salud en el contexto de la colectividad, revelando formas de comunicación eficaces en la interacción entre el anciano, su familia y el equipo de salud. La comunicación interpersonal es el componente clave de los profesionales de enfermería para generar el apoyo a la familia y tornarla su aliada⁽¹⁹⁾.

Así, se cree que los profesionales de enfermería, así como los demás profesionales de la salud, deben demostrar interés por el cuidado de la salud al anciano y eso requiere cordialidad, afecto, respeto, compromiso y ética, contribuyendo para hacer efectivo el proceso de comunicación, de la eficacia del tratamiento y promoviendo la calidad de vida para la población anciana.

Consideraciones finales

Se verificó por intermedio de este estudio cómo las formas de comunicación pueden interferir en la atención y control de salud de los ancianos, mostrando la existencia de aspectos positivos, con una comunicación asertiva verbal y no verbal como también aspectos negativos, con una comunicación bloqueada verbal y no verbal.

De esta forma, se analizaron las formas de comunicación utilizadas en la interacción entre el anciano y el equipo de salud de la ESF, lo que permitió visualizar que las acciones de la integralidad no siempre estuvieron presentes, tanto en la AB como también en

el nivel de media complejidad de la asistencia a la salud, fragilizando el cuidado integral al anciano y constituyendo un gran desafío para los profesionales de la salud en la transformación de la actitud del anciano que no adhiere al tratamiento.

La integralidad en su amplitud y complejidad conceptual demanda la necesidad de realizar estudios que envuelvan la AB y otros niveles de asistencia a la salud para el perfeccionamiento del conocimiento y del cuidado de la salud, siendo importante la capacidad de articulación de los enfermeros y de los demás miembros del equipo con otros aparatos sociales, a fin de contar con la intersectorialidad para hacer efectivo el cuidado en salud.

Considerando que la AB busca la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades y que la ESF es el suelo fértil para la concretización de esas acciones, es necesario articular los conocimientos relacionados a las formas de comunicación verbales y no verbales, en la atención de las necesidades de la salud de la población anciana, caminando para la obtención de una mejor calidad de vida.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos Pela Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Almeida RT. A comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto-Feliz-SP: acesso à integralidade? [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012. 103 p.
3. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência Saúde Coletiva*. 2006;11(1):53-61.
4. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção Integral à saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais da saúde. *Rev Esc Enferm Univ São Paulo*. 2010;44(2):437-44.
5. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.
6. Damasceno MMC, Zanetti ML, Carvalho EC, Teixeira CRS, Araújo MFM, Alencar AMPG. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(4):685-92.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008; 384p.
9. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 295 p.
10. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública* 2010;26(5):961-70.
11. Laurenti R, Melo-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciencia Saúde Coletiva* 2005;10(1):35-46.
12. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
13. Schütz A. El Problema de la Realidad Social. Buenos-Aires: Amorrortu; 1974. 336 p.
14. Silva MJP. A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: Duarte YA de O, Diogo MJD, organizadoras. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 203-12.
15. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):16-29.
16. Virgil J. Síntese da relação da tecnologia com o ser humano e a sociedade. *Informação & Informação*. 2008;13(1):48-71.
17. Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 336 p.
18. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Silva MRS, Costa VZ. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):396-402.
19. Pinheiro EM, Silva MJP, Angelo M, Ribeiro CA. The meaning of interaction between nursing professionals and newborns/families in a hospital setting. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(6):1012-8.

Recibido: 22.5.2012

Aceptado: 11.6.2013

Como citar este artículo:

Almeida RT, Ciosak SI. Comunicación entre el anciano y el equipo de Salud de la Familia: ¿existe integralidad? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acceso: $\frac{\text{día}}{\text{mes abreviado con punto}} \frac{\text{año}}{\text{año}}$];21(4):[07 pantallas]. Disponible en: _____

URL