



Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: negociação entre usuários e profissionais

Continuity of care in the Health Care Network: negotiation between users and professionals

Continuidad del cuidado en la Red de Atención a la Salud: negociación entre usuarios y profesionales

Maria Denise Schimith¹, Ana Cristina Passarella Brêtas², Maria de Lourdes Denardin Budó¹, Bruna Sodrê Simon³, Tiffany Colomé Leal¹, Dirce Maria Backes⁴

Objetivou-se identificar a negociação e tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários em Unidade de Saúde da Família e sua influência na continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Pesquisa qualitativa, a partir de um estudo de caso. Foram realizadas 19 entrevistas, observação e busca em documentos. Desenvolveu-se em município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2012. Os resultados apresentam que as decisões aconteciam unilateralmente e que usuários e profissionais buscavam caminhos alternativos para continuidade do cuidado. Não foi possível identificar a negociação entre trabalhadores e usuários e percebeu-se que o usuário se encontrava solitário na busca pelo acesso. Entende-se que a Atenção Básica no município pesquisado necessita assumir a responsabilidade pelo usuário e acesso deste. **Descritores:** Participação do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Sistema Único de Saúde; Assistência à Saúde.

This study aimed to identify the negotiation and shared decision-making between professionals and users in a Family Health Unit and its influence on the continuity of care in the Health Care Network. Qualitative research created from a case study. One conducted 19 interviews, observation and document research. It was developed in a city in the countryside of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2012. The results show that decisions used to happen unilaterally and that users and professionals looked for alternative ways to the continuity of care. It was not possible to identify the negotiation between professional and users and it was noticed that the user was alone looking for access. It is understood that primary care in the city researched needs to take responsibility for users and their access.

Descriptors: Patient Participation; Continuity of Patient Care; Unified Health System; Delivery of Health Care.

El objetivo fue identificar la negociación y la toma de decisiones compartidas entre profesionales y usuarios en Unidad de Salud de la Familia y su influencia en la continuidad del cuidado en la Red de Atención a la Salud. Investigación cualitativa, a partir de un estudio de caso. Fueron llevadas a cabo 19 entrevistas, observación y búsqueda de documentos. Se desarrolló en municipio del interior del Rio Grande do Sul, Brasil, en 2012. Los resultados muestran que las decisiones sucedían de manera unilateral y que usuarios y profesionales buscaban alternativas para continuidad de la atención. No se pudo identificar la negociación entre trabajadores y usuarios, y se observó que el usuario estaba solitario en la búsqueda de acceso. Se entiende que la Atención Primaria en la ciudad investigada necesita asumir la responsabilidad por el usuario y acceso de esto.

Descritores: Participación del Paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Sistema Único de Salud; Prestación de Atención de Salud.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Faculdade Integrada de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondente: Maria Denise Schimith
Rua João Goulart, 519, Camobi, CEP: 97105-220. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: ma.denise2011@gmail.com

Introdução

Os usuários de saúde passaram a ocupar um papel fundamental com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, pela participação da comunidade como princípio orientador. No entanto, ainda faz-se necessária a construção da participação popular no cotidiano dos serviços. Este tema toma uma dimensão maior quando se consideram os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que ocorreram no Brasil nos últimos anos. Com o aumento da longevidade e das condições crônicas⁽¹⁾, a longitudinalidade do cuidado suscita mudanças no modo de conceber e fazer saúde.

Diante desse cenário, as práticas de cuidado devem objetivar a participação dos usuários nas decisões das propostas terapêuticas. A emancipação dos sujeitos deve ser construída a fim de superar e controlar os determinantes da sua saúde, de modo que eles possam fazer suas escolhas de forma orientada⁽²⁾.

A participação do usuário pode se dar pela tomada de decisão compartilhada. Esse modelo depende de alguns elementos essenciais que possibilitam tal participação, dentre eles, o incentivo explícito por parte do profissional para que o usuário participe e desempenhe um papel ativo na tomada de decisão⁽³⁾. Esta prática pode fortalecer a autonomia e responsabilização dos usuários pela proposta terapêutica escolhida e pelo caminho a ser percorrido na Rede de Atenção à Saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é uma proposta integrante dos Sistemas Integrados de Saúde no mundo todo⁽⁴⁾. A Organização Pan-Americana de Saúde defende a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde, para suprir a fragmentação e avançar na prestação de serviços mais equitativos e integrais⁽⁵⁾.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, na Lei 8080/90, legitima que as ações sejam organizadas de forma regionalizada e hierarquizada. Estabelece como um dos seus objetivos a assistência às pessoas por meio da promoção e recuperação de saúde, prevenção de doença, presumindo que isso se dê pela integração

das ações preventivas e assistenciais.

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 4279/2010 conceituando a Rede de Atenção à Saúde como a organização integrada de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que procuram garantir a integralidade do cuidado. A Rede de Atenção a Saúde objetiva a promoção da “integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”. Busca, ainda, melhorar o desempenho do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao acesso, equidade e eficácia⁽⁶⁾, por meio de um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e interdependentes que permitem atenção integral a determinada população⁽⁴⁾, sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde.

No entanto, são grandes os desafios para que a Atenção Primária à Saúde assuma o papel de coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde. Estudos apontam obstáculos para a consolidação da Atenção Primária à Saúde, destacando: a falta de política institucional direcionada ao seu fortalecimento, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores, além da insuficiência de recursos qualificados, o que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na Atenção Primária à Saúde^(4,7).

No contexto brasileiro, a aposta para mudar o modelo da Atenção Primária à Saúde é a Estratégia Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria 2488/2011, considera a Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A Estratégia Saúde da Família deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada principal e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. A universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a

humanização, a equidade e a participação social são seus princípios orientadores. A Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural⁽⁶⁾.

Dentre as funções da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde, destaca-se a coordenação do cuidado. A referida portaria prevê que a elaboração, o acompanhamento e a gestão dos Projetos Terapêuticos Singulares, bem como que a organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Rede de Atenção à Saúde sejam funções da Atenção Básica. Responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários em qualquer desses pontos por meio de uma relação horizontalizada, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral também é sua função. Para isso, necessita articular outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, incorporando ferramentas de gestão do cuidado, entre elas, a gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames). Neste espaço microrregulatório, a partir da relação horizontal, garante-se o acesso a outros pontos da rede em tempo adequado, com equidade⁽⁶⁾.

O interesse em estudar este tema decorre da experiência com atividades de ensino, pesquisa e extensão nas Unidades de Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul. Durante as vivências em aulas teórico-práticas, com graduandos e residentes multiprofissionais, observou-se que a necessidade do usuário é, muitas vezes, traduzida em um encaminhamento a outro serviço, sem a participação dele.

Os pressupostos da pesquisa são que, com a negociação e a tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários, o encaminhamento realizado pode ser promotor de responsabilização, tanto do profissional quanto do usuário; e que, ao contrário, o encaminhamento sendo uma decisão unilateral pode gerar desresponsabilização, tanto do profissional quanto do usuário, funcionando como barreira ao acesso equânime aos serviços e comprometendo o

desempenho do Sistema Único de Saúde.

A questão norteadora desta pesquisa foi: Como a negociação e a tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários durante as práticas de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família podem efetivar a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde? Com base no exposto, objetivou-se identificar a negociação e a tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários durante as práticas de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família e sua influência na continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Método

Pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir de um estudo de caso. O estudo de caso é utilizado quando se quer investigar “um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”^(9:39).

Os cinco componentes essenciais do estudo de caso foram contemplados: questões do estudo; proposições; unidade de análise; coerência que une os dados às proposições; e critérios para interpretação dos dados.

A unidade de análise, ou o “caso”, foi uma Unidade de Saúde da Família de um município de médio porte, localizado no Rio Grande do Sul, no período de fevereiro a julho de 2012. O limite espacial do caso⁽⁹⁾ foi uma Unidade de Saúde da Família com duas equipes básicas e equipe de saúde bucal. As enfermeiras, as técnicas de enfermagem, as Agentes Comunitárias de Saúde, a odontóloga e a Auxiliar de Consultório Dentário ingressaram na Unidade de Saúde da Família por concurso público. A médica trabalhava com um contrato temporário de prestação de serviços, pois no concurso a vaga para médico não foi preenchida. As Agentes Comunitárias de Saúde já atuavam por contrato antes do concurso. Ainda atuavam nesta Unidade de Saúde da Família os seguintes trabalhadores: uma recepcionista,

contratada como auxiliar de limpeza e que, com o tempo, assumiu a recepção; um servidor auxiliar de limpeza da unidade, que no turno da tarde assumia também a recepção; e o coordenador da unidade, cargo de confiança do governo municipal.

A Unidade de Saúde da Família não está sendo considerada uma amostra das demais unidades da Estratégia Saúde da Família do município, pois os estudos de caso “são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações”^(9:36).

Os três princípios essenciais para a coleta de dados foram seguidos: a utilização de múltiplas fontes de evidência; a criação de um banco de dados; e a manutenção de uma conexão entre estas evidências⁽⁹⁾. As fontes de evidência utilizadas foram a observação, entrevistas com os trabalhadores e usuários e buscas em documentos e nos registros de sistemas de informações.

A observação foi do tipo participante, não estruturada e direta, realizada durante os períodos em que a Unidade de Saúde da Família estava em funcionamento, principalmente durante as práticas de cuidado. Como práticas de cuidado consideraram-se todas as ações que envolviam o encontro entre trabalhadores e usuários. As reuniões de equipe, encontros com a comunidade, encontros entre os membros da equipe que aconteciam informalmente durante os turnos de trabalho também foram observados.

Para realizar a descrição das observações primou-se por um trabalho minucioso, detalhado e denso, objetivando captar o todo que estava acontecendo durante os períodos observados. Com o diário de campo construído, a análise foi facilitada, minimizando pensamentos convencionais⁽¹⁰⁾. Duas observadoras auxiliares, com treinamento prévio, acompanharam a pesquisadora para aumentar a confiabilidade dos dados observados e evitar a parcialidade. Para garantir maior fidedignidade à observação, os diários de campo eram elaborados pela pesquisadora e pela auxiliar, sendo posteriormente confrontados e discutidos. O limite temporal para

a coleta de dados foi de fevereiro a julho de 2012, totalizando 76 horas e 25 min.

Foram realizadas 19 entrevistas, sendo os entrevistados: duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma médica, uma cirurgiã dentista, uma Auxiliar de Consultório Dentário, o Auxiliar de Serviços Gerais, o coordenador da Unidade de Saúde da Família e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Ainda foram entrevistados seis usuários que, durante o período da coleta de dados, receberam um encaminhamento a outro ponto da Rede de Atenção à Saúde do município.

Os cadernos de atas, relatórios da equipe, relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, agendas dos encaminhamentos e ofícios recebidos foram os documentos analisados. O cuidado na utilização de documentos deve ser no sentido de evitar que sejam tomados como registros literais do ocorrido, pois o documento não foi redigido para a pesquisa e sim para alguma outra finalidade específica⁽⁹⁾.

Para realizar a análise de estudo de caso deve-se perseguir a resposta à questão de pesquisa e aos objetivos estabelecidos, juntamente com as proposições teóricas, que estão em constante atualização. Também a coleta de dados deve ser mediada pela orientação teórica, com pressupostos estabelecidos que guiam a análise⁽⁹⁾. A elaboração do *corpus* da pesquisa foi a estratégia analítica utilizada. Os dados foram revisitados várias vezes, permitindo a identificação de marcadores importantes para orientar a análise e evitar interpretações *a priori*.

Para assegurar e valorizar uma condução ética, durante o processo da pesquisa, as orientações e disposições da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde foram consideradas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e aprovado sob Protocolo nº 1939/11. A participação na pesquisa se deu a partir da aceitação dos sujeitos, tendo sido firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Com o intuito de assegurar o anonimato dos participantes, os trabalhadores foram identificados pela profissão

seguida de um número, considerando: ACS para Agente Comunitário de Saúde; ACD para Auxiliar de Consultório Odontológico; Coord. para coordenador; CD para cirurgião dentista; Enfa. para enfermeira; MD para médico; Recep. para recepcionista e TE para técnico de enfermagem.

Resultados

A partir da análise dos dados foi possível a apreensão de duas categorias: Participação do usuário na decisão do encaminhamento: a negociação é possível? e Caminhos alternativos para a continuidade do cuidado, conforme evidenciado na descrição abaixo.

Participação do usuário na decisão do encaminhamento: a negociação é possível?

Durante o período de coleta, observou-se como aconteciam as decisões nos encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. (Consulta MD) *Quero consultar com oftalmologista, meus olhos quebraram. Precisa renovar a receita, não adianta fazer outro. – MD faz o encaminhamento sem falar nada, não pergunta quando foi a última consulta, apenas fornece o formulário. Também não orienta como proceder com o encaminhamento* (Usuária) (Diário de campo, 01/03/12). (Consulta MD) *MD olha o prontuário, abre exame, resultado de um ultrassom. Diz: É só um lipoma, só tirar, não precisa se atacar. MD faz encaminhamento. – Usuário: As pessoas falam que quando tira vem mais. – MD interrompe e diz: Nada a ver, se vem mais é porque ia vir. – Usuário: Qual dia que vai ser doutora? Eu vou viajar. – MD: Não sei lhe dizer, vai ser agendado. – Usuário: Ah, tem que agendar? – MD entrega o encaminhamento e diz: Isso aqui tu agendas ali na frente e esse aqui (exame) tu mostras quando te chamarem. – Usuário sai sem fazer mais nenhuma pergunta* (Diário de campo, 01/03/12).

Nesses casos as decisões foram unilaterais, isto é, ou o usuário ou a médica decidiram o que precisava ser realizado. Na entrevista a médica esclareceu como isso ocorria: *Existem pacientes que chegam e querem e tu tentas explicar que não precisa e o paciente até se ofende: Como? Se é para*

todos, como é que eu não posso?. Às vezes eu crio certos subterfúgios para explicar. A pessoa diz: Ah, eu preciso de um cardiologista. Por que tu queres um cardiologista? – Ah, porque eu nunca fui a um cardiologista, e eu tenho 22 anos e de vez em quando me arde o peito antes de uma prova, não sei o quê... Aí tu tens que explicar. Agora se a pessoa insiste demais aí eu já digo: Se tu queres realmente tu procuras outros meios, porque, pela referência e contrarreferência, com esta tua queixa eu não consigo nada para ti. A gente não pode encaminhar todo mundo que quer ser encaminhado, porque isso entope o sistema e não flui. Não pode ser quem quer, tem que ser quem precisa (Entrevista MD).

Contudo, o critério técnico, destacado pela médica, em alguns momentos não é levado em consideração, como será visto a seguir. Vale refletir sobre isso, pois o que se observou é de que a decisão de quem chegará primeiro é da recepção ou do coordenador e não por necessidade.

A questão da participação do usuário na decisão do encaminhamento debatida durante a entrevista revela que os trabalhadores concordaram que isso pode fazer a diferença na adesão à proposta terapêutica; as Agentes Comunitárias de Saúde, inclusive, citaram exemplos de como isso acontece: *Já me aconteceu de eu ir às casas e me dizerem: Ah, eu fui lá, me queixei de tal coisa para a doutora e ela me encaminhou para isso, o que tem a ver?. [...] isso influencia deles não se responsabilizarem, não valorizarem aquela consulta* (Entrevista ACS1). *Muitas vezes tu entras (na consulta médica), ele não te olha nos olhos... volto a contar a história da minha (usuária) lá, ela chega aqui e diz: Ah, eu preciso de um cardiologista, ele simplesmente dá o encaminhamento. Ele não a questiona: Mas qual é o seu sintoma?* (Entrevista ACS2). *É bem melhor ele estar de frente com o problema dele e ele participar, porque ele decidiu, porque se ele tem que tomar tal medicação, ele está sabendo, ele é corresponsável por aquilo que ele está decidindo* (Entrevista ACS3). *Porque, se tu dás um encaminhamento para pessoa e diz: Tu precisas ir neste médico. – e não disse por que, quais as consequências de não ir. Então tu tens que conseguir entrar na cabeça do paciente, explicar e fazer com que ele saia daqui entendendo qual é a situação dele, porque que ele está sendo encaminhado e qual é a consequência de ele não aceitar isso, tem que ter esta sinergia com o paciente, senão, não funciona* (Entrevista MD). *Cabe ao profissional no momento da consulta discutir, empoderar. Tu vais conscientizar:*

Olha, na mamografia deu B Rads 4, tu tens que fazer um exame complementar e o exame é tal, tu vais ter que ir para saúde da mulher. É esse o caminho, tu vais discutir junto com ela. Tu vais fazê-la ter consciência do que está acontecendo, acho que, quando tu pedes qualquer exame, tu tens que dizer o porquê tu estás pedindo, senão, não tem objetivo, na hora que tu explicas, tu tens que saber se ele entendeu (Entrevista Enfa1).

Ao se considerar os depoimentos, pode-se afirmar que, em alguns casos, a equipe contava com a participação do usuário na decisão de sua proposta terapêutica. No entanto, nos encontros entre trabalhador e usuário observados, a escuta da perspectiva do usuário, condição inicial para a participação, nem sempre ocorria: (Consulta MD) *Paciente se queixa de falta de ar, sensação de sufoco e dor no peito quando caminha um pouco e diz: Será que não dá para encaminhar? – MD interrompe e diz: Deve ser sedentarismo (Diário de campo, 01/03/12). (Consulta MD) Senhor entra acompanhado pelo filho. – MD: Check-up (nome do usuário)? – Senhor: só check-up. – MD olhando os exames: Glicose chegando ao limite, colesterol alto, triglicerídeos horrivelmente alto, soro lipêmico. – Senhor: O que significa isso? (com expressão de assustado). – MD: Separaram a parte branca da parte vermelha do teu sangue, colocaram a parte branca na geladeira e ele endureceu, virou gordura. Tu já usas remédio? – Senhor: Só a sinvastatina. – MD: A sinvastatina não age sobre os triglicerídeos, vamos ter que atacar isso também. Tu tomas muito leite? Leite de manhã, mais alguma vez no dia? – Senhor: Não. – MD: Como é o teu café da manhã? – Senhor: Café mesmo, preto, gosto de chá. – MD: O que tu estás pensando agora? – Senhor: Não sei. (visivelmente acima do peso). – MD: Vou te mandar para a nutricionista! Para ti não enfartar (nome)! – Senhor: Que tipo de comida que aumenta os triglicerídeos? – MD: Gordura. – Senhor: Só gordura? – MD: Gordura e doce! Diminuir a gordura e fazer exercícios. O que tu fazes? – Senhor: Sou pedreiro, mas eu vou e volto de bicicleta, faço uma hora, meia hora de bicicleta todo o dia. Vai mudar a sinvastatina? – MD orienta ao paciente como encaminhar. – Senhor: A nutricionista tem que marcar? – MD: É! (fala e anota o CID 10) Feito, agora sim. – Senhor: Como é que é o nome que eu vou ter que ir lá? Escreve atrás para mim. – Explica a localização. Senhor sai (Diário de campo, 15/03/12).*

O usuário demonstrou querer saber mais sobre seu problema de saúde, mas recebeu pouca informação. O encaminhamento para a nutricionista

não foi orientado, nem negociado e a conversa na consulta rumou para a medicação.

Observou-se que durante o atendimento odontológico eram informadas ao usuário as possibilidades existentes, permitindo sua participação na decisão da conduta, como a seguir: (Consulta CD) *CD: O senhor ainda tem condições de manter seus dentes, essa doença dá para parar, mas ainda tem que vir várias vezes. Estou retirando tártaros, esse dente aqui não vai dar para tirar (tártaros) porque se eu retirar ele vai cair. O meu conselho é que o senhor extraia, mas o senhor é quem decide, mas não é bom deixar, aqui tem bactéria, mais cedo ou mais tarde ele vai cair, mas é o senhor quem decide. – Depois do exame, CD pergunta: O senhor tem alguma dúvida? – Senhor: Não, é que eu já estou velho, não é? Só conservar assim, ir levando, não é doutora? – CD: Traz sua escova na próxima consulta dentro de um saquinho. – Senhor: A gente sabe, mas sabe como é, a gente realmente tem que escovar mais. – CD: Às vezes é o jeito. – Senhor sai (Diário de campo, 12/03/12).*

A Cirurgiã Dentista incentivou o usuário a participar na decisão sobre sua saúde bucal, mas a aceitação da proposta de conservar os dentes estava relacionada à visão que o usuário possuía sobre o futuro de sua dentição, que era diferente da Cirurgiã Dentista, e isso poderia definir a continuidade do cuidado. (Consulta CD) *CD: Anotei aqui que é uma extração do lado de cá e vamos continuar a limpeza. O que o senhor acha? – Senhor: Aham. – CD: Se puder ficar em repouso, é que acabam ficando resíduos, por isso é importante a limpeza periódica. Vamos ver sua PA (Pressão Arterial) (Diário de campo, 17/04/12).*

Momentos como esses, em que o usuário foi convidado a participar da decisão do seu cuidado, foram raros. Uma das características da organização do trabalho da equipe era o fato de que não era priorizada a privacidade do encontro, com exceção da coleta de citopatológico, na qual a sala era chaveada. No consultório odontológico visualizamos a preocupação da equipe de saúde bucal em garantir esse espaço: *A CD já estava atendendo e na porta tem dois bilhetes que dizem: Não bater na porta, estamos em consulta. Para falar com a dentista ou auxiliar aguarde a saída do paciente e outro: Sr. Usuário: só agendamos um horário para cada pessoa. Sem exceções. Agradeço a compreensão (Diário de campo, 17/04/12).*

Portanto, triangulando as informações de pouca privacidade, falta de escuta e concepção generalizada que a equipe possuía dos usuários, mesmo com o discurso de que é necessária a participação do usuário, a negociação e a tomada de decisão compartilhada ficavam prejudicadas.

Caminhos alternativos para a continuidade do cuidado

Em contrapartida, destacam-se os caminhos que o usuário pode usar para acessar a Rede de Atenção à Saúde. Identificou-se que o componente relacional estava implícito e um deles foi chamado de 'via coordenador'.

Em visita domiciliária observou-se que esta via é uma alternativa que alivia sofrimento, quando atende as necessidades de usuários: *Usuária conta que sentiu uma forte dor no peito, procurou a USF e foi encaminhada para o cardiologista. Ele acrescentou uma medicação (isocordil). Pesquisadora: Como conseguiu cardiologista tão rápido? – Usuária: O coordenador conseguiu para mim, me encaixou em uma consulta extra, porque a MD pediu urgência* (Diário de campo, 03/04/2012).

No entanto, nem sempre são as urgências que são agilizadas pelo coordenador; se o usuário conhece esta possibilidade, ele mesmo busca, independente do critério técnico: *O coordenador está falando com uma senhora. Ela quer saber sobre um encaminhamento para neurologista. Coord.: A senhora tem o encaminhamento? – Senhora: Está lá na casa da filha. – Coord.: Então a senhora traz para mim. – Senhora: Hoje? Agora de manhã? – Coord.: Pode ser. O interesse é da senhora* (Diário de campo, 30/03/12).

O servidor da limpeza, que atendia a recepção na parte da tarde, confirmou na entrevista que quem definia a urgência do pedido era o usuário, não a avaliação técnica do caso: *Pesquisadora: No pedido está escrito por que está sendo encaminhado, o senhor chega a olhar aquilo ou é só o que o usuário diz? – Servidor: Não, é só o que o usuário diz, (silêncio) pede para agendar, para marcar. – Pesquisadora: Então a urgência se dá pelo usuário dizer eu preciso rápido? – Servidor: É, sim* (Entrevista servidor da limpeza).

Portanto, quando esse servidor estava na

recepção todo o usuário que verbalizava que precisava com urgência tinha seu pedido repassado para o coordenador, que o agilizava. O critério técnico, nestes momentos, era ignorado. No entanto, a equipe também utilizava a 'via coordenador' quando identificava um caso urgente: *Enf2 após avaliar uma lesão: Ele está com uma úlcera arterial bem característica, encaminhei para o angiologista. Orienta a acompanhante a levar o pedido à recepção. – Quando ela chega à recepção quem recebe o pedido é o coordenador. A Enf 2 também chega à recepção. Coordenador pede os dados para a senhora e diz: Se eu deixar aqui vai demorar muito, mas como hoje de tarde eu vou à Secretaria, já marco lá, marco direto com o (nome do Secretário Municipal de Saúde). – Enf2 concorda* (Diário de campo, 12/03/12).

Na entrevista com o coordenador o assunto foi retomado e ele esclareceu que aproveitava as vagas que sobravam de outras unidades e se dispunha a realizar o remanejamento das vagas, o que foi confirmado com o setor de regulação na Secretaria Municipal de Saúde. A informação foi de que, quando o paciente não era localizado, ou quando as unidades não conseguiam avisar os pacientes, ou quando o paciente desistia, ele recorria às unidades, que "corriam atrás" para encaixar outros usuários. Uma delas era a Unidade de Saúde da Família estudada, na figura de seu coordenador. Ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde não possuía uma lista de prioridades, ou não identificava quem eram os usuários que precisavam ser atendidos primeiro, assim, chamava quem podia ser avisado.

Discussão

As decisões nos encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde eram unilaterais, ou o usuário ou o profissional de saúde decidia o que precisava ser realizado. Quando em uma negociação a decisão é unilateral, significa que os interesses de um dos envolvidos são valorizados em detrimento do outro, ou seja, que, sem a participação de outra pessoa, um dos lados toma a decisão que lhe parece mais conveniente.

Estudo acerca das práticas de humanização

na atenção à saúde retrata a necessidade de os profissionais ressignificarem sua prática, humanizando-se, compreendendo que sempre se tem muito para aprender e compartilhar com o outro. Percebeu-se também que, devido ao modelo de atenção que vigora no sistema de saúde, a unilateralidade nas orientações e tomadas de decisões valoriza o saber científico em detrimento do saber popular. No entanto, o que se busca é a aproximação entre os saberes⁽¹¹⁾.

Ainda, as decisões tomadas pelos profissionais de saúde, quando unilaterais, sem a participação dos usuários e suas famílias, vão de encontro a outro estudo que revela que a família valoriza a equipe que demonstra respeito, escuta e comprometimento⁽¹²⁾. Para que usuários e profissionais definam juntos as condutas e encaminhamentos é necessária a implementação de sistemas de escuta qualificada para que garantam uma análise a partir dos problemas apresentados⁽¹³⁾. Mesmo quando existe um trabalho baseado na fala e escuta, no qual se busca o cuidado em que haja espaço para o saber do outro, por vezes a prática ainda permanece centrada no protocolo medicamentoso, deixando-se de lado estratégias que visem implementar outras práticas de atenção⁽¹⁴⁾.

Além disso, as avaliações de risco e vulnerabilidade devem compreender um processo dialógico entre profissionais e usuários, não devendo ser unilaterais, como identificado durante a pesquisa. Escutar a avaliação que os usuários fazem da situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção da autonomia, contribuindo para o autocuidado⁽¹⁵⁾.

Assim, quando o usuário demonstra querer saber mais sobre seu problema de saúde, deve ser garantido o seu direito à informação, e que essa ação seja extensiva a seus familiares e acompanhantes. Essa informação deve ser oferecida de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, e respeitados os limites éticos por parte dos profissionais de saúde, sempre com objetivo de esclarecer os riscos e benefícios que implicarão ao usuário⁽¹⁶⁾.

Corroborando com isso, estudo sobre a impor-

tância da comunicação verificou que o fornecimento de explicações claras, compreendidas e de acordo com as necessidades do usuário, que possibilitem chegar a um consenso sobre o plano de tratamento, e estabelecendo um plano mutuamente aceitável pode facilitar a tomada de decisão⁽³⁾.

Em se tratando de adesão ao tratamento medicamentoso, estudo retrata que a percepção e o conhecimento pelo paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento levam à sua maior adesão. Por outro lado, constata-se que o nível de conhecimento do paciente é raramente investigado pelos profissionais de saúde na prática clínica⁽¹⁷⁾. Portanto, é muito importante haver diálogo entre a equipe de saúde e os usuários, destacando-se a necessidade de uma escuta ampliada e de se estabelecer um vínculo de respeito recíproco⁽¹⁸⁾.

Na ausência de diálogos, pactos e confiança de uns para com os outros, surgem caminhos alternativos para possibilitar a continuidade do cuidado, como, por exemplo, a 'via coordenador' para acessar a Rede de Atenção à Saúde do município estudado. Interpreta-se esse fato como o "jeitinho brasileiro"⁽¹⁹⁾, que representa o modo que se utiliza para navegar socialmente no Brasil, diante da regra ou lei que diz 'não pode'. Aqui nota-se que entra em ação quando o setor público falha, no caso a regulação, tornando a fila e a espera impraticáveis.

O interessante é que a equipe de saúde também lança mão dessa via quando avalia que a situação é urgente ou, pode-se sugerir, quando se sensibiliza com o caso, indicando a necessidade de estratégias diferentes das disponíveis. O desafio que fica nesta situação é colocar o princípio da equidade em ação, estabelecendo critérios transparentes e públicos para decidir as prioridades que asseguram o acesso à Rede de Atenção à Saúde, como já acontece em alguns municípios brasileiros.

Tal como a carta dos direitos dos usuários da saúde prevê: que os encaminhamentos levem em conta a gravidade do problema em função da sua necessidade e também da indicação clínica⁽¹⁶⁾. A

disponibilidade das informações e ter transparência com elas possibilita que a regulação e continuidade do cuidado aconteçam⁽²⁰⁾.

Tratando com transparência, o “jeitinho brasileiro” poderia ser utilizado pelos trabalhadores de saúde, de maneira implicada, para defender a integralidade da atenção. Permitir a todos conhecer os critérios remete-nos à esfera pública pelo sentido de que “a presença de outros que veem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos”^(21:60). Com a segurança dada pela publicidade e pela implicação, se poderia definir os casos que chegariam primeiro, considerando questões técnicas sim, mas também a subjetividade e a singularidade de cada sujeito, pois “a singularidade de cada pessoa transcende a soma de suas qualidades”^(21:222).

A transparência do “jeitinho brasileiro” para a condução de equidade pode ser interpretada como a saída da obscuridade e entrada na esfera pública, precisa estar exposta para que possa “adquirir alguma forma de existência”. Entretanto, não se pode confundir com bondade, pois essa qualidade é exclusiva da esfera privada^(21:85). “No instante em que uma boa obra se torna pública e conhecida, perde o seu caráter específico de bondade, de não ter sido feita por outro motivo além do amor à bondade”^(21:86).

Traduzindo para a realidade estudada, é possível afirmar que responsabilizar-se pela necessidade de cada caso prescinde do estabelecimento de critérios definidos e construídos com a participação da população, publicamente. Do contrário, tornar-se-ia favorecimento de uns em detrimento de outros, contradizendo o próprio sentido da bondade. Portanto, não se está falando de bondade, mas de compromisso público com a produção de saúde e construção de cidadania. Porquanto “a distribuição de benesses para uns e de dureza para outros, são formas de dividir para manter a ordem que lhes interessa”^(22:81).

Considerações Finais

Foi possível, neste trabalho, comparar os discursos disponíveis, hegemônicos e contra-hegemônicos, analisando os vazios que produzem. O mesmo possibilitou captar silêncios, necessidades e desejos dos usuários e dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família, identificando alguns inimigos da participação do usuário na decisão pela continuidade do cuidado. Retomando os pressupostos, reconhece-se que a negociação e a tomada de decisão compartilhada entre trabalhadores e usuários para realização do encaminhamento não foi possível identificar, faltando evidências para sua comprovação. O encaminhamento, na maioria das vezes, foi uma decisão unilateral, ou do usuário ou do trabalhador, mas nos dois casos o usuário se encontrava solitário na busca pelo acesso.

O respeito à participação do usuário na decisão sobre seu processo saúde/doença, em uma Unidade de Saúde da Família, foi verbalizado pela equipe, mas pouco encontrado nas práticas de cuidado. Defende-se que o trabalhador de saúde não pode falar e decidir pelo usuário. A escuta torna-se imprescindível, com a participação do usuário sendo estimulada deliberadamente para promover a dialogicidade, que pode ser decisiva na continuidade do cuidado.

Faz-se necessário admitir que este tema da negociação e tomada de decisão compartilhada seja muito pouco trabalhado na formação em saúde, e prescinde de uma discussão anterior que é pano de fundo para que isso aconteça, que é o reconhecimento da singularidade de cada sujeito. De qualquer modo, vale lembrar os papéis que cabem à universidade: a responsabilização de tornar este tema pauta constante na graduação e pós-graduação em saúde, bem como na educação permanente; fazer pesquisa e produzir conhecimento que se insira em uma teoria crítica, de forma comprometida com os objetos de estudos,

não só para detectar problemas, mas também para contribuir na construção de caminhos possíveis.

No município em questão, a gestão da Atenção Básica necessita ser estudada, trabalhada e construída para o avanço na consolidação deste ambiente, como um espaço que acolhe, vincula, resolve os problemas de saúde e se responsabiliza com o acesso do usuário a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Uma gestão da Atenção Básica que a capacite a assumir a ordenação da Rede de Atenção à Saúde, pois é principalmente na Atenção Básica que o vínculo é possível, na perspectiva que se pode conhecer o que os usuários necessitam, fazendo pactuações com a gestão municipal na luta pela garantia da continuidade do cuidado.

Colaborações

Schimith MD contribuiu com a pesquisa de campo e participou de todas as etapas de produção do artigo. Brêtas ACP e Budó MLD contribuíram com a orientação da pesquisa. Simon BS contribuiu com a coleta de dados, redação e análise crítica do artigo. Leal TC e Backes DM contribuíram na elaboração e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.15-38.
3. Politi MC, Street Jr RL. The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty. *J Eval Clin Pract.* 2011; 17(4):579-84.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2010 (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº 4). Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5520&Itemid=25&lang=
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010; 10(Supl.1):15-27.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
10. Becker HS. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
11. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Popular knowledge and practices regarding healthcare using medicinal plants. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2):363-70.
12. Camatta MW, Nasi C, Adamoli NA, Kantorski LP, Schneider JF. Evaluation of a psychosocial care center: the view of the family. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(11):4405-14.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Abrahão AL, Souza RF. The work of nurses in the family health strategy - aspects of promoting health practice. *Rev Rene.* [periódico na Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 13]; 14(4):740-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1000/pdf>

15. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface Comum Saúde Educ.* 2010; 14(33):1-14.
16. Ministério da Saúde (BR). Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Rubin RR. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med.* 2005; 118(Suppl 5A):27-34.
18. Marin MJS, Martins APMF, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2008; 11(2):245-58.
19. DaMatta R. O que faz o Brasil Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
20. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(3):783-94.
21. Arendt H. A condição humana. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense universitária; 2001.
22. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.