

ARTIGO DE PESQUISA

O ENCONTRO DE CUIDADO COM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Meeting of care with families of children with respiratory problems in primary care

Reunión del cuidado con las familias de niños con problemas respiratorios en atención primaria

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira¹, Regina Aparecida Garcia de Lima²

Resumo

Objetivo: Conhecer os encontros de cuidado entre profissionais e famílias com crianças menores de 5 anos, com problemas respiratórios, em unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento continuado. **Método:** Estudo qualitativo, cuja base conceitual está centrada no cuidado em saúde. O material empírico consiste de entrevistas com acompanhantes de crianças hospitalizadas e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e de serviços de emergência. Para a compreensão dos dados utilizou-se a linguagem hermenêutica. **Resultados:** Os encontros de cuidado foram marcados pela atenção à queixa principal, com pouca duração, diálogo unidirecional, prescritivo e de pouca efetividade, com predomínio do êxito técnico sobre o sucesso prático. **Conclusão:** Os profissionais de saúde precisam refletir sobre sua prática de modo a tornarem os encontros terapêuticos mais relacionais, considerando os projetos de felicidade daqueles a quem cuidam e não só o êxito técnico.

Descritores: Cuidado da Criança; Atenção Primária em Saúde; Doenças Respiratórias

Abstract

Objective: To know the encounters of care between professionals and families with children under five years, with respiratory problems in primary health care and emergency units. **Method:** A qualitative study, whose conceptual basis is centered on health care. The empirical material consists of interviews with companions of hospitalized children and health professionals from primary care units and emergency. The understanding of the data by means of the hermeneutic analysis. **Results:** The meetings are marked by careful attention to the main complaint, with short-lived, one-way dialogue, prescriptive and low effectiveness, with a predominance of the technical success instead the practical success. **Conclusion:** Health professionals need to reflect on their practice of care to make the therapeutic meetings more relational, considering the projects for the happiness of those who care for and not just technical success.

Descriptors: Child Care; Primary Health Care; Respiratory Tract Diseases

Resumen

Objetivo: Conocer los encuentros del cuidado entre profesionales y familias con niños menores de cinco años, con problemas respiratorios en atención primaria y unidades de emergencia. **Método:** Estudio cualitativo, cuya base conceptual se centra en el cuidado en salud. El material empírico consistió de entrevistas con los compañeros de los niños hospitalizados y profesionales de salud de las unidades de atención primaria y de emergencia. La comprensión de los datos fue por el análisis hermenéutico. **Resultados:** Los encuentros del cuidado fueron marcados por la atención a la queja principal, de corta duración, con el diálogo en un solo sentido, prescritivo y con baja eficacia, con predominio del éxito técnico a el éxito práctico. **Conclusión:** los profesionales de la salud deben reflexionar sobre su práctica de cuidado para que los encuentros sejam más relacional, teniendo en cuenta los proyectos de felicidad de aquellos que cuidan, y no sólo el éxito técnico.

Descriptores: Cuidado del Niño; Atención Primaria em Salud; Enfermedades Respiratorias

¹ Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: lb.toso@certto.com.br

² Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda os encontros de cuidado entre famílias de crianças com problemas respiratórios quando buscam por assistência em unidades de Atenção Primária em Saúde (APS) e os profissionais enfermeiros e médicos pediatras que prestam atenção em saúde para esse grupo populacional.

Consideramos a coexistência de duas dimensões de cuidado em saúde, uma biomédica, que imprime um critério normativo de êxito, cujo foco é o controle de riscos, a correção de uma disfunção ou dismorfia ou o restabelecimento de um bem estar físico, ou psíquico, e outra não técnica, pela qual a qualquer proposta de êxito técnico depende sempre de um sucesso prático⁽¹⁾, ou seja, da capacidade dessa intervenção de atender também as aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas tanto à saúde como à vida de forma mais ampla⁽²⁾.

No cuidado em saúde, então, identificamos duas de interesse, o êxito técnico e o sucesso prático. O primeiro refere-se ao sentido instrumental da ação e diz respeito às relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde. O segundo, diz respeito ao valor que a ação assume aos indivíduos e às populações face às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações em sua vida cotidiana. Refere-se ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações e está relacionado ao projeto de felicidade dos atores envolvidos⁽³⁾.

É preciso considerar que a êxito técnico e a sucesso prático não são a mesma coisa⁽¹⁾. No tocante à humanização, é preciso perceber a permeabilidade do técnico ao não técnico e o diálogo entre essas dimensões interligadas. Esse diálogo torna possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade no encontro terapêutico.

Assim, adotamos o termo cuidado^(4:22), “como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

Ao assumir o cuidado como norteador do estudo, entendemos que, no encontro do cuidado entre a família

e o profissional de saúde, o compartilhamento de critérios normativos, mesmo que não congruentes, concretiza o encontro em que se realiza a reconstrução de práticas e intersubjetividades⁽⁵⁾. Ao colocar como horizonte a perspectiva do cuidado, é necessário construir projetos terapêuticos partilhados, destacando-se a importância da comunicação entre os diferentes sujeitos nos espaços assistenciais.

Conforme o olhar do referencial do cuidado, buscamos compreender por que não há efetividade na atenção básica e as crianças estão sendo hospitalizadas para tratamento de problemas de saúde que poderiam ter sido resolvidos no âmbito da atenção básica.

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) seguem sendo problema de saúde pública, com incidência similar em menores de 5 anos ao redor do mundo. Entretanto, a incidência de formas graves, como pneumonia clínica (bronquiolite, pneumonia), hospitalizações e óbitos, é heterogênea. Em Países em desenvolvimento, estima-se que ocorram 0,29 episódios de pneumonia clínica/criança-ano ou 151,8 milhões de casos novos anuais (95% da incidência mundial em menores de 5 anos); 7% a 13% dos casos resultam em internação e mais de dois milhões de atritos para óbito, colocando a pneumonia como principal causa isolada de óbito em crianças. O Brasil é um dos 15 países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de 5 anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança-ano. As IRA correspondem a 30% e 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e cerca de 10% e 15% dos óbitos, sendo 80% destes por pneumonia⁽⁶⁾.

Contudo, em todas as listas analisadas nesta pesquisa sobre as hospitalizações por Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA)⁽⁷⁻⁹⁾, os problemas respiratórios e entre eles a pneumonia, estão listados como passíveis de prevenção, ou seja, crianças não deveriam estar sendo hospitalizadas por essa causa, contraditoriamente ao que mostram os dados acima.

Ao longo da última década, as internações por CSAA tornaram-se um valioso instrumento para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde⁽¹⁰⁾, sendo definidas como a condição que, devidamente tratada pelo serviço básico de saúde, não exigiria internação.

Partimos do pressuposto que as hospitalizações de crianças por doenças respiratórias não deveriam estar ocorrendo em 50% das internações⁽¹¹⁾, pois são consideradas CSAA. Por esse motivo é necessário avaliar a APS em busca de compreender as causas dessas hospitalizações.

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer os encontros de cuidado entre profissionais e famílias de crianças menores de cinco anos, com problemas respiratórios, em unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento continuado.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido com base em uma unidade de internação pediátrica de um hospital público estadual, no Estado do Paraná, com familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas por problemas respiratórios e, partindo desse ponto inicial, com profissionais das unidades básicas de saúde e pronto atendimento continuado por onde a família passou em busca de cuidado para sua criança anteriormente à hospitalização.

Os critérios de seleção para as díades acompanhante/criança foram: a) ter tido atendimento anterior à hospitalização, pelo mesmo motivo, na rede de serviços de APS que compõe o SUS no município; b) ser residente na zona urbana do município e c) ser acompanhante em condições de prestar as informações necessárias para a pesquisa. Para os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, foram: a) fazer parte da equipe de atendimento a crianças de unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde da família (USF), ou unidades de pronto atendimento continuado (PAC), da zona urbana, do município e b) atender crianças em seu cotidiano de trabalho.

Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi desenvolvido com base no PACTool versão criança, que é uma ferramenta projetada especificamente para avaliar a APS⁽¹²⁾. Por esse instrumento, já validado no Brasil⁽¹³⁾, é possível avaliar a concordância entre os usuários e os profissionais de atenção à saúde a respeito do alcance da APS, com base nos atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família e orientação comunitária.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2009 e junho de 2010. Foram realizadas 22 entrevistas, 11 com familiares e 11 com os profissionais médicos e enfermeiros da rede básica, as que foram gravadas e transcritas. Os depoimentos dos sujeitos do estudo, a fim de garantir o anonimato e o sigilo de suas observações, aparecem no texto, identificados com abreviações: no caso dos familiares (EA1, EA2,...) e para os profissionais (EP1, EP2,...). Optamos pela correção dos erros gramaticais na apresentação dos depoimentos, sem, contudo, descaracterizá-los, mantendo-nos fiéis ao que foi expresso.

Na trajetória interpretativa, seguimos os seguintes passos⁽¹⁴⁾: a) ordenação dos dados com transcrição das entrevistas, leitura e releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem, resultando um mapa horizontal; b) classificação dos dados com a leitura horizontal e exaustiva do material empírico, permitindo apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais, resultando em unidades de sentido; c) análise final, com a compreensão e interpretação do que foi exposto como mais relevante e representativo no material empírico.

Com relação aos procedimentos éticos, seguimos a Resolução nº 196/96-MS que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos formalmente às instituições autorização para desenvolvimento da pesquisa de campo, que foi aprovada. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE, sob parecer nº 245/2009-CEP. Para cada entrevistado, familiar e profissional, apresentamos e obtivemos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os depoimentos dos sujeitos estão ordenados no dados do quadro 1, relacionado à unidade de sentido em que foram agrupadas. Dessa forma, trazemos a construção possível dos encontros de cuidado ocorridos com as famílias de nosso estudo e os diversos profissionais dos serviços pelos quais passaram, detalhados em aspectos, como a comunicação entre os familiares e profissionais, sobre a relação ocorrida entre eles, a vinculação estabelecida no momento do cuidado, a qualidade do diálogo e o protagonismo dos sujeitos.

Quadro 1 - Unidades de Sentido elaboradas com base dos depoimentos dos Sujeitos

Entendimento, pelo profissional, sobre o que o familiar diz ou pergunta, durante o encontro de cuidado	<i>“Alguns sim, alguns fazem questão de entender, eu costumo dizer que os médicos daqui são mais humanizados que os de São Paulo, que eles ainda olham para você, eles ainda perguntam, são poucos os que não se interessam, depende do nível de estresse também, que, às vezes, ele tem, mas a maioria é muito educado, procura entender o que nós falamos” (EA3).</i> <i>“Não sei, às vezes, entende, às vezes não, às vezes eu começo falar. Ai eu começo chorar, porque eu não gosto de vê-la desse jeito, mas tem umas bem cavala, tem umas bem gente boa” (EA7).</i>
Disponibilidade do profissional para a escuta, nos encontros de cuidado	<i>“Com certeza entendo. [...] eu tenho empatia, porque tem casos que eu me colocaria no lugar deles e faria a mesma coisa, que criança é uma extremidade, tanto criança como idoso, não pode ficar no aguardo, vem, vai atender, volta amanhã, faz exames hoje, vem daqui uma semana, eu me colocaria na mesma situação delas, eu vou para o PAC que lá eu vou ser atendida, aguardo um pouco e vou ser atendida, se precisa fazer exame, faz exame, já vê o que tem, se precisar internar já vai para o HU, se não interno lá e vão tratando, eu faria a mesma coisa” (EP1).</i>
O encontro de cuidado determinado pela racionalidade técnica	<i>“Nós conseguimos entender. [...] eu faço de tudo para conseguir entender, porque é fácil não tomar, eu, como médico, não tomo medicamento corretamente. Eu sei que não adianta, eu sei que não é fácil, eu tenho carimbo mostrando o quanto que tem que fazer de inalação, a letra já sai bonita, amoxicilina que é o carro chefe aqui, eu coloco horário com o horário mais próximo que tem que fazer, tem que fazer isso, isso acabou, entendeu? Eu procuro explicar o melhor possível no menor tempo [mostra os carimbos prontos com a prescrição de amoxicilina com a dosagem e o aprazamento, inalação e anti-inflamatório, os que utiliza mais frequentemente e estão disponíveis na rede básica gratuitamente]” (EP8).</i>
A comunicação no encontro terapêutico	<i>“Não, tem vez que eu não entendo o que eles falam não. [...] você não entende, daí você pede de novo, só que tem médico que é muito turrão mesmo, que vai ali escreve e pronto, mais nada, não explica nada, principalmente no PAC, no PAC é assim, [...] é do jeito que eles acham, está com dor aqui, dor aqui” (EA2).</i>
A fusão entre os saberes, na compreensão do profissional, da forma como o familiar que acompanha a criança entende aquilo que está sendo dito e/ou perguntado	<i>“Então, eu explico da forma mais clara possível, mas eles não entendem e muitas vezes eles não querem saber a explicação, eles querem saber da receita e pronto, porque assim, às vezes nós orientamos outros cuidados, porque você percebe que houve uma falha no cuidado daquela criança, então você orienta sobre essa falha, se num dia que está muito frio e a criança não está vestida adequadamente ou num dia que não está muito frio, daí ela tem medo de que se colocar pouca roupa vai ficar doente, daí orientamos. Elas dizem: Eu não vim aqui para isso, eu quero que você faça o teu serviço, sendo que isso faz parte do nosso serviço. São assim, não aceitam de forma alguma, e a forma deles com o profissional é bem agressiva, é ameaçadora, aquelas que querem que prescreva antibiótico, elas falam que o profissional é ruim, que vão ter que procurar outro médico. [...] também ficam com dúvida. É bem complicado, porque, às vezes, mesmo que explique, eles não entendem ou eles não ouviram, ou estão fazendo de conta que estão ouvindo” (EP2).</i>
Satisfação/Insatisfação da família com o atendimento recebido	<i>“Fiquei, no posto de saúde eu fiquei. [...] do PAC eu não tenho nada de bom para falar, porque sempre que nós fomos lá, ficamos 2, 3h na fila, chega lá o médico fala que é isso e aquilo, 5 minutos e acabou. Você fica 2h na fila para uma consulta de 5 minutos. No posto de saúde o único problema é o negócio da ficha mesmo, você vai lá 5,6h da manhã, chegou tua vez, acabou a ficha e daí? Mesmo que ela esteja mal não pode falar, que daí elas são grossas com você” (EA2).</i> <i>“Sim, a única coisa que incomoda muito é a demora, de tudo que vai fazer, às vezes um exame leva 3 dias [para autorizar] aí vai fazer, mais 5 dias [para a coleta e retorno do resultado do exame], essas coisas que me incomodam, às vezes, o fato do médico falar com você e não entender o que você está falando, essas coisas que, às vezes, me incomodam, mas de maneira geral, não é tão ruim assim” (EA3).</i>

O profissional (não)concede tempo ao familiar para falar sobre o problema	<i>“Tem uns que dão, que nem esse doutor japonês, ele pergunta, se não entendeu, ele pergunta de novo, agora tem uns que não, só perguntam uma vez” (EA6).</i> <i>“Tem vezes que os médicos nem colocam a criança na maca para atender, nem mandam colocar a criança lá para examinarem, tem vezes que eles olham para a cara da criança e dizem o que tem só olhando, mas a maioria examina” (EA8).</i>
Características do encontro: na UBS - mais tempo junto à família; no PAC - atendimento da queixa principal	<i>“Sim, não dá tempo de todos os questionamentos, mas da queixa principal dá, pelo tipo de serviço. [...] a consulta pediátrica varia em torno, é que também varia pela complexidade, mas em média de 5 minutos” (EP2).</i> <i>“Aquele coisa aguda sim, às vezes, eles ficam querendo falar de coisas fora e tal. [...] aí eu falo, tem que voltar no ambulatório, aí eu oriento a respeito disso, às vezes, eles têm outras queixas que eles querem falar, mas a respeito da queixa aguda tem tempo” (EP9).</i>
A família sente-se à vontade para falar com o profissional sobre suas preocupações, conforme a postura do profissional	<i>“Sei lá, é como se fosse uma pressão sabe. Às vezes sim, às vezes não, depende do médico, tem uns que nem te olha direito, às vezes fica difícil, tem uns que chega, pergunta, tem uns que chega e faz uma pressão como se a gente fosse culpada por aquilo” (EA3).</i> <i>“Tem vez que não, tem médico que tem muita cara feia, tem médico que já olha com cara feia, aí nem tenho coragem” (EA8).</i> <i>“Nem sempre. geralmente nós explicamos, mas é o que eu estou te falando, vai de profissional para profissional, têm técnicos que tem mais afinidade com a pediatria, eles conversam mais com a mãe, com a criança, dá mais tempo, dá mais atenção, tem outros que é assim e pronto, não dá tempo para a mãe” (EP7).</i>
Conhecimento do profissional sobre a resolução dos problemas de saúde da criança	<i>“Na verdade, se forem doenças mais importantes, eu peço reavaliação, pneumonia, problemas crônicos, uma gastrite, uma coisa assim eu também faço tratamento; na verdade, eu sempre peço uma avaliação pós-tratamento. Agora coisinha simples como uma gripe, coisinha assim, eu peço para retornar, na verdade, se não melhorar” (EP3).</i> <i>temos nenhum retorno, só tem esse retorno quando a criança voltar aqui. Aí perguntamos: ficou bem, fez o tratamento? Quando lembramos da criança, é o que eu estou te falando, é de profissional para profissional, não tem documento, não tem nada, eu sei que a criança teve alta e eu cuidei da criança no meu plantão, você amanhã vai vir pegar plantão a criança volta, você não vai saber” (EP7).</i>

DISCUSSÃO

Ao abordar a humanização do cuidado, fundamentamos na ética de emancipação dos sujeitos, no reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direitos a uma atenção à saúde universal, equânime e integral⁽¹⁵⁾. Para que isso ocorra, é necessário superar a visão segmentada do modo como se opera o plano da técnica, em que não se consegue ver o conjunto de determinantes que influenciam o processo saúde-doença de um paciente, cuja abordagem é centrada na patologia, marcada por uma pobreza de relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais e, marcadamente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários.

O modo como os arranjos tecnológicos configuram-se no cotidiano dos serviços favorece certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento

com suas consequências e desdobramentos. O cuidado vem justamente reconstruir uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações antes fragmentadas, empobrecidas e desconexas⁽¹⁵⁾.

Sobre os encontros de cuidado, ressaltamos a necessidade de usarmos a sabedoria prática, ou seja, a fusão de horizontes entre os saberes técnicos e os saberes das pessoas a quem cuidamos, com a abertura necessária para que, do diálogo entre saberes surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado⁽¹⁵⁾.

Alguns familiares descrevem a possibilidade de diálogo, de entendimento, de seus anseios, por parte do profissional; outros mencionam que em algumas situações isso ocorre e, em outras não, como percebemos no depoimento de EA3. Também se remetem ao nível de estresse do profissional, ou seja, há uma percepção de que o profissional pode estar sobrecarregado de alguma

forma. Descrevem, ainda, uma abordagem agressiva ao compararem o comportamento do profissional com o animal, conforme vimos no depoimento de EA7.

O profissional EP1, contudo, reflete sobre sua prática destacando a alteridade, abordando o projeto no sentido existencial, entendido como o tomar para si do eu, do outro e do mundo⁽¹⁵⁾. Ou ainda, lembrando que “a identidade de cada um se faz sempre na presença de seu outro. A alteridade de cada um define-se sempre pela construção de uma identidade e vice-versa”^(4:76).

No encontro entre o profissional de saúde e o sujeito que busca o cuidado, é necessário, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, ou seja, qual concepção de vida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Contudo, raramente nos indagamos sobre os projetos de felicidade dos indivíduos a quem cuidamos e, menos ainda, participamos ativamente de sua construção⁽¹⁵⁾.

Cumprir mecanicamente os papéis de médico e paciente, conforme a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional não pode atribuir sentido a nada. É preciso buscar a totalidade existencial que permita atribuir significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida⁽⁴⁾.

No depoimento de EP8 percebemos a linha de produção estabelecida no consultório médico, com carimbo de receita pronta. É entrar, expor a queixa principal, examinar o foco de doença, dar a receita, explicar e chamar o próximo; tudo isso, em média, em 5 minutos. O carimbo é visto como aspecto positivo, pois otimiza o trabalho e ninguém se queixa de não entender a letra do médico, diz o profissional. Que trabalho? Para quem? Como? Onde está o encontro terapêutico que busca compreender o projeto de felicidade do ser cuidado na relação com o cuidador?

Cabe uma reflexão tanto sobre o processo de trabalho em saúde como sobre a interação profissional-paciente. Em relação ao primeiro, é preciso reconhecer que a forma como está organizado o trabalho em saúde no município, voltada para a produtividade e não à atenção a pessoas, leva, na prática, a equívocos, como o acima mencionado. A atenção não gerenciada, por demanda espontânea, em serviço de emergência como foco prioritário, não tendo a APS como reguladora dos serviços, sem vínculo,

acolhimento e responsabilização, gera um cotidiano de atenção mecânico, tarefeiro, cumpridor de números, nos quais as consultas são meros procedimentos, um seguindo-se a outro, até esgotarem-se as fichas ou o turno de trabalho, o que vier primeiro.

Assim, a organização do processo de trabalho em saúde, que busque a ruptura com a dinâmica médico-centrada, modelo hegemônico de organização e metodologia de trabalho das equipes, requer mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde⁽¹⁶⁾. O autor alerta para a necessidade de as ações serem localizadas sobre o trabalho vivo, em ato, como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada e a criação de espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculo imprimem o contorno e a forma para afirmação de processos de trabalho distintos e com potência para desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes na atenção básica.

Sobre a fusão entre os saberes, da forma como o familiar que acompanha a criança entende aquilo que está sendo dito e/ou perguntado, a exemplo do apresentado nos depoimentos de EA2 e EP2, abordamos a necessidade da dimensão dialógica do encontro⁽⁴⁾, ou seja, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, não se reduzindo à discursividade tecnocientífica; é poder ouvir e fazer-se ouvir. Devemos ouvir mais porque o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo, progressivamente, substituído pelo arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas na saúde, em detrimento da escuta atenta, perdendo-se, assim, a totalidade conformada pelas situações singulares de saúde do indivíduo, acessível por meio da narrativa⁽¹⁵⁾.

Os relatos ilustram o predomínio da racionalidade tecnocientífica no encontro⁽⁴⁾ mostrando uma comunicação de mão única, no sentido de informar o que deverá ser feito para obter a melhora da situação de saúde, como no depoimento de EA2. Nesse processo, não se constroem vínculos e, portanto, o cumprimento do que foi prescrito poderá ou não ser seguido, pois a necessária confiança na relação profissional - usuário não se estabeleceu.

O autor diz que precisamos ser mais radicais quando almejamos o cuidado. Toda a atenção com a narrativa, o

ver e o tocar são benéficos para alcançarmos o êxito técnico nas ações de saúde, o que significa termos a capacidade de identificar e executar possibilidades de intervenção instrumental para a prevenção, tratamento ou recuperação de agravos à saúde. Contudo, o alcance do êxito técnico só contará com a efetiva participação dos usuários se ele se configurar também como sucesso prático, ou seja, como resposta adequada aos modos como estes entendem que deve ser a vida e a saúde em seu cotidiano⁽¹⁵⁾.

Assim, sustenta a ideia de projeto de felicidade como horizonte normativo implicado na noção de cuidado, ou seja, é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais, ao mesmo tempo em que permite que compreendam o que, efetivamente, temos para lhes oferecer com nossas tecnologias. Afirma que é preciso saber usar a sabedoria prática, isto é, deve-se fundir horizontes entre os saberes técnicos dos profissionais e os saberes que as pessoas que são cuidadas acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas sobre o que e como fazer nas diversas situações de cuidado⁽¹⁵⁾.

Nos depoimentos observamos que os participantes do estudo trazem demandas nem sempre correspondidas pelos profissionais e vice-versa; contudo, são demandas que eles supõem vitais, assim como os profissionais consideram vitais suas prescrições, instalando-se o conflito. Sabemos que a formação de vínculo depende do que os técnicos têm a ofertar – o trabalho em saúde, em relação às necessidades de atendimento dos usuários⁽¹⁷⁾. Desta forma, o vínculo é o resultado da disposição de acolher, de uns, e da decisão de buscar apoio, de outros, ou seja, a circulação de afeto entre as pessoas, o que não foi observado nos depoimentos citados.

O usuário EA2 divide os serviços e se diz satisfeito com o atendimento da UBS, mas não com o do PAC, embora manifeste, em relação à primeira, sua insatisfação com o tempo de demora em conseguir a ficha de atendimento ou mesmo com a atitude dos funcionários, quando não conseguem o atendimento e verbalizam sua contrariedade, por receber deles uma resposta

desagradável. Nestes casos, ainda que os usuários manifestem satisfação, esta vem acompanhada de ressalvas, tais como a demora em fazer os exames, o fato de não entenderem o que o médico está falando, a rapidez da consulta médica ou o comportamento do profissional durante a consulta, como no depoimento de EA3.

A satisfação dos pacientes com sua atenção está mais relacionada à quantidade de informações dada pelo profissional, especialmente as informações gerais, ou seja, a respeito de seus problemas de saúde e tratamento, discussão de sua ideia a respeito do problema e seu manejo, do que de informações técnicas, como resultados de exames e termos médicos⁽¹²⁾. Os pacientes ficam mais satisfeitos, tanto com os aspectos técnicos como os interpessoais da atenção, quando os profissionais os envolvem na tomada de decisões, perguntando se concordam com a decisão a respeito do problema. Assim, o interesse demonstrado pelo profissional, na visão do paciente, tem um maior impacto sobre a satisfação do que a capacidade percebida do paciente de fazer perguntas, ou seja, o importante é o compartilhamento, a interação profissional-usuário, substituindo os modelos autoritários. Em nosso estudo, isso se mostra como algo que ainda necessita ser superado.

Assumimos que “precisamos pensar em vínculo como a construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos”, sendo “a produção de vínculo a verdadeira fonte de responsabilização mútua pela produção do cuidado”. Para tanto, “o compromisso com a resolutividade, central à ideia de responsabilização, tem sua integralidade e efetividade diretamente proporcionais à nossa capacidade de produzir encontros potentes e sensíveis à normatividade conformada pelos projetos de felicidade de quem cuidamos”^(15:20).

Nos depoimentos como o de EA8, há dois aspectos a considerar que dizem respeito à característica do serviço. Em relação ao PAC, surge a avaliação de que tanto o atendimento é rápido e não há tempo para perguntas como o profissional concede esse tempo e estimula as perguntas. Observou-se que não é a característica do serviço, de atendimento de emergência, que determina o espaço dado ao usuário para questionamento. O outro

aspecto diz respeito à própria prática, ao ato durante o procedimento de consulta, percebido pelos usuários como muito rápido e sem tempo para perguntas. Desta forma, percebemos a diferença entre a UBS e o PAC, pois, na primeira, o atendimento dura um tempo maior, embora não seja considerada suficiente pelos profissionais por também ser limitado, dada a organização do serviço, de 15 minutos, mas, ainda assim, maior do que os praticados no segundo, de 5 minutos, como veem no depoimento de EP2.

Podemos perguntar: como estabelecer uma relação de cuidado permeada pela vinculação, efetividade e sabedoria prática? A ideia de eficácia, por exemplo, bastante ligada ao êxito técnico, deve ser entendida no sentido de ser aquilo que melhor realiza o sucesso prático desejado. Se quisermos que a responsabilização pelo cuidado seja mútua, é preciso substituir o mito da competência técnica absoluta pela ideia mais concreta e situada da sabedoria, que não prescinde da competência técnica, mas que não garante, por si só, a sabedoria, que está guardada em encontros sábios que propiciam o diálogo mais autêntico entre dois sujeitos e, portanto, escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado⁽¹⁵⁾.

O profissional EP9 retoma a questão do tempo de consulta no serviço de emergência, confirmando a percepção do familiar de que a consulta é rápida, ou seja, ouvimos a queixa principal, estabelecemos o diagnóstico e a terapêutica e a família é dispensada do atendimento. Quando esta tenta trazer outras questões não vinculadas ao motivo que a trouxe ao serviço, é orientada de que aquele não é o momento nem o local apropriado para expressar aquelas dúvidas e, assim, a família precisa procurar um serviço ambulatorial para esses outros problemas.

Pelo exposto nos depoimentos de EA3 e EA8, observamos que não há abertura, por parte do profissional, para um autêntico interesse em ouvir o outro, não se estabelece cotidianamente a dimensão dialógica de encontro⁽²⁾. Assim, na ausência de interação entre o profissional e o usuário, durante essa excelente oportunidade de escuta que é o encontro terapêutico, o qual possibilitou que a família rompesse as barreiras de acesso, podemos considerar que estamos, portanto,

desperdiçando a possibilidade de estabelecer uma relação de acolhimento. Nos resultados acima, a escuta, não é qualificada, ou seja, é direcionada para aquilo que se quer escutar. Assim, o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos; a escuta será orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, desta forma, os aspectos ligados à situação existencial são considerados secundários, quando não ruídos⁽²⁾.

Percebemos que o familiar tenta compreender o outro por meio da observação, dos sinais da comunicação não verbal, pela face, para identificar a forma comportamental do outro. Se captar abertura, tenta estabelecer o diálogo; do contrário, fica calado, sem coragem, como diz um dos participantes, EA8. A relação que se estabelece é, então, de subordinação. O profissional domina a relação, julga ter o que o outro necessita, o saber, que orientará o cuidado e poderá ajudar a resolver o problema de saúde da criança. No entanto, ocorre a subordinação ao saber técnico, a racionalidade técnica domina o ato, a tecnologia dura, pois, que não relacional.

Os saberes de caráter tecnocientífico frequentemente assumem uma centralidade excludente de qualquer tipo de discursividade no encontro assistencial, em uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e usuário, cabendo, a este, um lugar subordinado⁽¹⁵⁾. Essa prática desse ser superada, diz o autor. É preciso que se fundem horizontes, que os projetos de felicidade dos sujeitos envolvidos no cuidado possam instruir os êxitos técnicos possíveis na direção dos sucessos práticos almejados. Em outros termos, é preciso que “o enfoque instrumental do encontro assistencial seja incorporado em um enfoque hermenêutico, de modo que este último dê acesso ao sentido prático do primeiro, caracterizando o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários”^(15:21).

Confirmando a percepção dos familiares, os profissionais que atuam no serviço de emergência também percebem que não abrem espaço para que as famílias fiquem à vontade durante o encontro de cuidado, podendo, dessa forma, expressar suas preocupações ou problemas, conforme o relato de EP7.

Os profissionais remetem-se às questões do tempo necessário, em uma consulta, para estabelecer um diálogo de cuidado, de continuidade, que propicia conhecer o

outro, da construção de uma relação de confiança, permitindo um diálogo de cuidado efetivo, como condições necessárias para que essa prática se concretize.

As implicações desse processo⁽²⁾ dizem respeito ao fato de não ser possível encarmos qualquer relação terapêutica iniciando-se exatamente ali, no momento do primeiro encontro, pois o profissional que surge diante do usuário é já imbuído de significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como o usuário se identifica como paciente, da mesma forma que o profissional se compreende como tal na presença desse outro que ele encontra. Assim, é uma relação que não se inicia, mas é retomada, sendo fundamental ter isso em vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, para além do terreno da pura técnica, pois, “quanto mais se busca a flexibilização da normatividade morfofuncional dos nossos horizontes terapêuticos, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades-alteridades que já medeiam e subsidiam os encontros”^(2:25).

Em relação aos depoimentos de EP3 e EP7, sobre o conhecimento da resolução dos problemas de saúde da criança, um primeiro aspecto a ser abordado, refere-se à inexistência de uma sistemática ou protocolo de acompanhamento da terapêutica instituída, ou seja, após o primeiro atendimento, dependendo do diagnóstico efetuado, não existe uma forma de o profissional dar seguimento ao cuidado. Quando o problema é mais grave ou o diagnóstico não foi estabelecido e uma medida sintomática foi adotada, geralmente, o profissional solicita que o familiar retorne com a criança para nova avaliação.

Já quando o cuidador apenas prescreve um tratamento e não faz esse acompanhamento, não fica sabendo o que aconteceu com a criança, a não ser que a mãe retorne para nova consulta pelo mesmo problema, ou, mais à frente, por um problema diferente e o profissional se lembre do atendimento anterior.

Muitas vezes percebemos que o familiar recebe uma terapêutica, a criança não tem a evolução esperada para o problema e, ou por não ser horário de atendimento da UBS ou por não conseguir fichas de consulta, a família procura por outro serviço de saúde e a criança será vista por outro profissional, como no relato de EP1. Em várias

dessas ocasiões, uma nova terapêutica será instituída, o que mais confunde do que auxilia a família no processo de obtenção de melhora para a saúde de sua criança. Aquele primeiro profissional que fez o atendimento inicial, não fica ciente do desfecho. No serviço de emergência, os profissionais verbalizam claramente não saber se o problema foi resolvido, a exemplo do depoimento de EP7.

Outro aspecto a considerar é aquele que diz respeito à ausência da família e da criança no serviço após um encontro de cuidado, pois o profissional pressupõe que, quando a família não retorna com a criança, significa que o tratamento teve êxito e não foi preciso retornar. Pressuposição essa nem sempre verdadeira, pois todas as crianças foram a mais de um serviço de saúde, ou mais de uma vez no mesmo serviço, receberam diferentes terapêuticas e, por fim, foram hospitalizadas com agravamento dos sintomas iniciais.

Lembramos que a responsabilidade pelo cuidado é mais abrangente do que realizar o atendimento inicial, estabelecer o diagnóstico e a terapêutica, efetuar as orientações e esperar que o problema de saúde da criança esteja resolvido. É preciso mudar a atitude na relação de cuidado e estabelecer o seguimento como rotina nas unidades de saúde, se não pelo mesmo profissional que fez o atendimento inicial, por outro membro da equipe que possa fazê-lo de forma efetiva. Em uma unidade de APS, com equipe multiprofissional, o cuidado em saúde para a criança pode ser desenvolvido de forma integral, como relatado em um estudo que demonstra a ação do enfermeiro em USF⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com o referencial de cuidado adotado para o estudo, cuidar da saúde de alguém vai além da construção de um objeto e da intervenção sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos, sustentados ao longo do tempo, sabendo qual é o projeto de felicidade em questão, a ser colocado tanto no ato assistencial como além dele. A atitude cuidadora deve ser vista não como ato parcelar das práticas de saúde, mas expandida para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

O diálogo remete ao entendimento do saber que

permeia o eixo técnico e avança para a sabedoria prática, para o sucesso existencial, que constitui os sujeitos dialógicos, sendo, um dos meios mais poderosos para tanto, a linguagem. Assim, o que importa é a intersubjetividade no campo da prática para haver compartilhamento de horizontes normativos entre os profissionais e os usuários. Cuidar passa pelas competências e tarefas técnicas, mas a elas não se restringe. É no modo como se conforma a linguagem de cuidado entre ambos que a efetividade do cuidado surgirá.

Desta forma, reafirmamos a necessidade de se estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança mútua, pois o sucesso do cuidado depende dessa inter-relação entre o familiar e o profissional. No caso das crianças, que o diálogo seja de empoderamento dos sujeitos, rompendo com a relação hierarquizada de “eu mando”, em relação ao profissional e “você obedece” em relação ao usuário. Somente nesse encontro dialógico, poderemos obter sucesso e, a exemplo desse estudo, evitar o agravamento do problema de saúde que gerou a hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 6(1):63-72.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004a; 13(3):16-29.
3. Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva* 2008; 4(2):159-72.
4. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2004b; 8(14):73-92.
5. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(6):117-121.
6. Cardoso AM. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26(7):1270-71.
7. Caminal HJ, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria* 2003; 31(1):61-65.
8. Shi LY. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *Southern Medical Journal* 1999; 92(10):989-98.
9. Yuen EJ. Severity of illness and ambulatory care-sensitive conditions. *Medical Care Research and Review* 2004; 61(3):376-91.
10. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de minas gerais. In: *Seminário sobre a Economia Mineira*; 2006.
11. Oliveira BRG, Viera, CS, Collet N, Lima, RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010; 13(2):268-77.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
13. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1649-59.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

15. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(supl. 2):11-23.
16. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
17. Campos GWS. *Saúde paidéia*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Monteiro VM. O cuidado à criança no modelo de saúde do programa médico da família (PMF) de Niterói, RJ: relato de experiência. *Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras* 2002; 2(2):101-111.