

Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público

Renata Antunes Figueiredo Leite^(a)
Emanuele Seicenti de Brito^(b)
Laís Mara Caetano da Silva^(c)
Pedro Fredemir Palha^(d)
Carla Aparecida Arena Ventura^(e)

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(51):661-71.

The aim of this study was to identify the perceptions of patients at a healthcare service regarding the right to information and comprehensive care. This was a qualitative, exploratory investigation with an analytical-descriptive orientation, for which the theoretical axis was the right to health-related information access and comprehensive care. The following categories were constructed: difficulties in achieving humanized healthcare in a primary unit; depersonalization of professional/patient relationships; gaps in physical and human infrastructure of the service; and interpersonal relationships among the different players in the care process. Access to information constitutes a central aspect of promotion of comprehensive healthcare. To be able to provide this adequately, it is important to make professionals aware of the importance of user empowerment, so as to make users the protagonists of care and have them as allies in the care process.

Keywords: Right to health. Access to information. Comprehensive healthcare. Humanization of care. Public Health.

O objetivo deste trabalho foi identificar a percepção de usuários de um serviço de saúde sobre direito à informação e integralidade do cuidado. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, com orientação analítico-descritiva, cujo eixo teórico foi o direito à saúde relacionado ao acesso a informação e integralidade do cuidado. As seguintes categorias foram construídas: dificuldades para concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica; depersonalização da relação profissional/usuário do serviço; lacunas na infraestrutura física e humana do serviço; e relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar. O acesso à informação se constitui como aspecto central para a promoção do cuidado integral à saúde. Para conseguir proporcioná-lo de forma adequada, torna-se importante sensibilizar a equipe com relação à importância do empoderamento do usuário, para torná-lo protagonista do cuidado e tê-lo como um aliado no processo de cuidar.

Palavras-chave: Direito à saúde. Acesso à informação. Assistência integral à saúde. Humanização da assistência. Saúde Pública.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Av. Bandeirantes, n. 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-900. rafig@usp.br; emanuele600@usp.br

^(c) Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. laismara@eerp.usp.br

^(d) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br

^(e) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. caaeventu@eerp.usp.br

Introdução

A saúde começou a interessar ao Direito, inicialmente, com a noção de que existe uma “saúde pública e coletiva” a ser protegida. Assim, o higienismo foi acompanhado das primeiras normas jurídicas voltadas a intervir ativamente para a proteção da saúde pública e coletiva, sendo a primeira entendida como aquela relacionada às ações governamentais, enquanto a saúde coletiva como aquela que compreende o sujeito em sua totalidade – como sujeito biopsicossocial^{1,2}. Contudo, somente com a reorganização política internacional em meados do século XX e com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, é que a saúde passou a ser reconhecida como direito humano e a ser protegida juridicamente nos Estados modernos, por meio de normas que estabelecem obrigações ao poder público e aos cidadãos para sua plena realização.

No Brasil, o direito à saúde se afirmou somente a partir da Constituição da República de 1988, que o reconheceu expressamente como sendo um direito fundamental ao ser humano, e definiu as diretrizes para a operacionalização da atenção à saúde no Brasil, quais sejam: descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade¹.

A partir dessas diretrizes, foi criada a Lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu, em seu art. 7º, II, o princípio da integralidade da assistência, entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹ (p. 223).

No entanto, a integralidade não é apenas uma diretriz básica do SUS, mais do que isso, propõe o desenvolvimento e ampliação do cuidado pelos profissionais da saúde³. A integralidade “pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidade”³ (p. 134).

Desse modo, integralidade precisa ser trabalhada em inúmeras dimensões para ser alcançada, subdividindo-se em focalizada ou ampliada. A focalizada seria aquela relacionada ao compromisso e a preocupação, da equipe de saúde de um determinado serviço, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que procuram atendimento, englobando: boas condições de vida, capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia da saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, por meio de vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança. A ampliada, por sua vez, é pensada em redes, correspondendo, assim, à articulação entre os serviços de saúde (SS) e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma articulação intersetorial⁴. Este estudo centra-se na integralidade focalizada, sendo esta o ponto de partida que permitirá discutir a informação em saúde como meio de alcançar o cuidado integral.

Direito fundamental à informação em saúde

O artigo 5º, inciso XIV da CRFB/88 assegura a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito.

Entretanto, somente se pode chamar de “informação” algo que se compreende, isto é, se existe, por parte do sujeito cognoscente, consenso em relação ao seu significado⁵. Caso contrário, não é informação. Outro aspecto que merece destaque refere-se às qualidades, relevância e propósito inerentes ao termo “informação”, já que o sujeito cognoscente busca a informação com determinado objetivo, seja conscientemente ou inconscientemente, necessitando, porém, de mediação humana, pois, o que é informação para um pode não ser para outro.

Sendo assim, a informação, quando mediada pelo profissional de saúde, necessita da adequação à pessoa, uma vez que a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida por outro da

mesma maneira. Assim, o usuário ou sujeito cognoscente ressignifica a informação, sintetizando-a e contextualizando-a em sua vivência.

A discussão sobre cada situação deve ser realizada, adaptando-se aos valores e expectativas psicológicas e sociais de cada pessoa, sem se ater a fórmulas padronizadas. Os usuários devem ser, portanto, considerados únicos, não padronizáveis, e o consentimento com a adequada informação deve basear-se não só na escolha de uma melhor alternativa científica, mas na melhor alternativa para aquela pessoa⁶.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da mediação pelo profissional de saúde, adotando sempre um padrão subjetivo a cada usuário para que este tenha o acesso cognitivo da informação mediada.

A mediação e o empoderamento da informação pelo paciente

A mediação da informação pode ser entendida como "toda ação de interferência, realizada pelo profissional, direta ou indireta; consciente ou inconsciente; singular ou plural; individual ou coletiva; que propicia a apropriação de informação que satisfaça, plena ou parcialmente, uma necessidade informacional"⁷ (p. 92).

Assim, sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania.

Cidadão como aquele que, em uma sociedade, goza não só de direitos civis e políticos, mas, também, de direitos sociais como: trabalho, educação, habitação, saúde e prestações sociais. Só se pode exigir de um cidadão que assuma responsabilidades, quando a comunidade política tiver demonstrado, claramente, que o reconhece como seu membro por meio da garantia de seus direitos sociais básicos⁸.

Partindo desta hipótese, o exercício da cidadania pelos usuários está diretamente relacionado ao seu empoderamento. Compreende-se, por empoderamento, o processo pelo qual os que detêm o poder, no caso, os profissionais de saúde, favorecem aos outros (usuários) a aquisição e uso do poder necessário (*empoderamento da informação*) para tomar decisões que afetam a si ou sua vida. Não se deve considerar o poder apenas nos níveis mais altos, mas como algo que pode ser compartilhado por todos⁹.

O empoderamento do indivíduo por meio da informação tem papel fundamental no processo de autotransformação da pessoa, na medida em que propicia um ambiente de mudanças com o intuito de oferecer, aos indivíduos envolvidos, certa autonomia. Fornecer subsídios para a emancipação e empoderamento é um dos eixos para se alcançar a integralidade¹⁰.

Nesse cenário, a mediação da informação permite o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, colocando-o como ator central do processo de apropriação, ou seja, o empoderamento da informação, pelo usuário, o desloca da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo, e, portanto, cidadão⁷.

O usuário é quem determina a existência ou não da informação. A informação existe apenas no intervalo entre o contato da pessoa com o suporte e a apropriação da informação. Como premissa, entende-se a informação a partir da modificação, da mudança, da reorganização, da reestruturação, enfim, da transformação do conhecimento. Assim compreendida, ela (a informação) não existe antecipadamente, mas apenas na relação da pessoa com o conteúdo presente nos suportes informacionais. Estes são concretos, mas não podem prescindir dos referenciais, do acervo de experiências e do conhecimento de cada pessoa. Em última instância, quem determina a existência da informação é o usuário, aquele que faz uso dos conteúdos dos suportes informacionais. Considerada a informação desse modo, é clara a participação ativa e decisiva do usuário no processo. De receptor, passa o usuário a ser um construtor, um co-produtor da informação.⁷ (p. 96-7)

Essa transformação da informação em conhecimento é realizada em âmbito individual. Porém, a pessoa, o indivíduo, não é vazia, ou seja, não tem espaços vazios nos quais o conhecimento, fruto da apropriação da informação, se aloja. A pessoa possui um conhecimento prévio, um conhecimento tácito e o constrói na relação com os outros e com o mundo. Nessa perspectiva, a informação altera um conhecimento preexistente, interferindo na construção desse novo conhecimento. Este é construído a partir de toda influência que o indivíduo tem com o mundo, sejam elas influências sociais, políticas, econômicas ou culturais⁷.

A informação em saúde se insere nesse contexto, ou seja, o ato de informar o usuário sobre sua saúde ou doença, e sobre todos os aspectos que a constituem. A informação em saúde é vista como *processo*, tornando possível a apropriação da informação pelo usuário. O mediador, que pode ser o médico, o enfermeiro ou qualquer profissional de saúde, torna-se elemento essencial nessa apropriação de informação, uma vez que é ele quem serve de intermediário na comunicação.

As informações, especificamente os dados – sejam aqueles relacionados aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros –, são analisados como “coisa” informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, a mesma pode levar à apropriação da informação pelo paciente, empoderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde.

Ante ao exposto, este estudo tem como objetivo identificar a percepção/opinião de usuários de um serviço de atenção básica sobre o direito à informação em saúde e seu potencial como promotora da integralidade do cuidado.

Material e método

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, que tem como eixo teórico o direito à saúde, nesse caso, relacionado ao acesso à informação e à integralidade do cuidado.

O município estudado conta com uma rede de atenção à saúde composta por: 26 Unidades Básicas de Saúde, 14 Unidades de Saúde da Família, cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), um Centro de Referência para DST/AIDS, um Núcleo de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), um CAPS para atendimento da população adulta, um CAPS infantil, um Hospital Dia para atendimento psiquiátrico, além de um Centro de Especialidade Odontológica¹¹.

Este estudo foi desenvolvido, especificamente, em uma UBDS, que se caracteriza por oferecer serviços de emergência 24 horas a crianças e adultos, bem como atendimento básico, voltado para as seguintes modalidades: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho e Vacinação.

Participaram do estudo 22 usuários desse serviço, atendidos em consultas previamente agendadas pelo setor de Clínica Médica, inseridos com base nos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, e ser capaz de se comunicar verbalmente e consentir (por assinatura ou digital) em participar do estudo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, e gravada em meio digital, baseado na seguinte questão norteadora: “Como você se sente quando recebe informações sobre o seu estado de saúde, sobre o seu tratamento, sobre suas possibilidades de escolha relacionadas a este tratamento?”. Ressalta-se que a entrevista foi realizada em local reservado, logo após a consulta médica, na tentativa de coletar os dados durante o ato reflexivo do usuário sobre o momento vivido recentemente.

No que se relaciona à análise dos dados obtidos, as entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo - Modalidade Temática. Segundo Bardin¹² (p. 107), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos

à teoria que serve de guia à leitura". Dessa forma, as categorias foram construídas conforme os temas que emergiam do processo de leitura e análise do texto.

A exploração do material foi composta por três fases¹²: (i) pré-análise, em que os dados foram transcritos e organizados; (ii) exploração do material, fase na qual os dados foram organizados por categorias e subcategorias temáticas, revisados repetidas vezes e codificados continuamente. Para a codificação, realizou-se a leitura exaustiva e repetida do conteúdo das entrevistas e dos recortes que representaram significado para responder os objetivos do estudo; (iii) tratamento e interpretação dos resultados, que foram analisados com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo, e, também, dos dados da observação, culminando nas considerações finais. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em 21 de dezembro de 2009. Nesse sentido, este estudo atende ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na realização de Pesquisa com Seres Humanos, garantindo a privacidade, o anonimato, a participação voluntária dos respondentes e a utilização científica dos resultados.

Resultados e discussão

Após a leitura exaustiva do conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados e dos recortes que apresentavam potencial para contribuir e responder os objetivos do estudo, foram formuladas as seguintes categorias temáticas: "Dificuldades para a concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica"; "A despersonalização da relação profissional/usuário do serviço"; "Lacunas na infraestrutura física e humana do serviço e relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar", as quais são detalhadas e discutidas a seguir.

Dificuldades para a concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica

Os participantes da pesquisa ressaltaram a importância da concretização do cuidado humanizado no atendimento, o que pode ser evidenciado na fala:

"Quando a gente é bem diagnosticada, a gente sabe realmente o que a gente tem, a gente fica até tranqüilizada, agora eu tenho isso, agora eu vou tratar. Aí quando a gente recebe uma informação desconstruída, não, mas eu ainda tô sentindo esse sintoma e ele fala que eu não tenho nada, a gente fala assim, porque será que ele não procura investigar mais, tá entendendo? Mas, às vezes saber realmente o que você tem, aí também depende do médico, tem médico que dá, igual, sabe, 'você tem isso', explica direitinho o que a gente tem, aí a gente fica até com um certo alívio, e outro às vezes fala: 'olha você não tem nada', ou que 'você tem um probleminha só e pronto'. Isso vai também de cada médico, vai da consciência de cada médico". (E11)

As situações de fragilidade do cuidado, evidenciadas por meio da fala acima, são reforçadas no relato abaixo, que se volta à importância da equipe multiprofissional para a concretização, qualidade e efetividade do cuidado prestado, sendo o mesmo oferecido de forma integral:

"Se tratassem a gente melhor... eu me sentiria mais confiante sobre os possíveis tratamentos [...] Quais as possibilidades poderiam ser tomadas e tal, teria mais confiança no procedimento". (E20)

A confiança relatada pelos respondentes é constituída pelo vínculo terapêutico estabelecido entre profissional-usuário, em situações em que o profissional tem atitudes que propiciam segurança e

confiança. O vínculo está presente desde os primeiros momentos de contato. O profissional deve dar atenção, ouvir, saber compreender os atos do usuário, orientá-lo sobre seu estado de saúde e o que deverá ser feito. Deve, ainda, identificar-se de maneira formal – e o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes –, estando receptivo, abordando-o de forma respeitosa e mostrando-se sensibilizado com o seu sofrimento¹³.

Em outros casos, como na fala a seguir, destaca-se um comportamento, por vezes, menos polido, com certa indiferença, sem a atenção e o respeito à que o usuário tem direito¹⁴.

“Bom, não me sinto bem amparada não, porque você pergunta e mal dá resposta, eles te falam com a maior frieza [...] Me sinto muito mal porque acho que eles deviam ser mais humanos. Também trabalho na área da saúde, e acho que deviam ser mais humanos e não tratar pacientes como se fosse uma pessoa qualquer, se é um paciente devia tratar melhor”. (E9)

Nesse sentido, como declara o usuário (E9), os profissionais deveriam ser mais humanos. As políticas de saúde atuais estão cada vez mais voltadas para a assistência humanizada, que favoreça uma maior interação entre profissionais de saúde e usuários, de modo que seja assegurada uma assistência integral. Outrossim, há vários entraves que podem ser agregados ao ato de humanizar em saúde. Em muitos casos, deixa-se de perceber o imperceptível, que inclui ver o paciente em sua totalidade, um ser que tem emoções, medos, angústias e ansiedades que, muitas vezes, não são ditas, mas que é possível perceber por meio de pequenos gestos e olhares¹³.

Por outro lado, para ser prestada assistência integral, considerando a humanidade de quem é cuidado, é imprescindível, ainda, uma postura mais autônoma por parte dos usuários, como forma de assegurar seus direitos. No entanto, para que as pessoas possam cuidar bem de si, torna-se necessário serem informadas, para, assim, poderem lutar pelo que desejam e acreditam¹⁴.

Desta forma, para que os direitos dos usuários sejam efetivamente respeitados, o atendimento pela equipe de saúde necessita ser mais humanizado, uma vez que o paciente não é apenas uma doença, mas um ser com sentimentos que devem ser respeitados e considerados. Observa-se, portanto, que a humanização é condição *sine qua non* para a integralidade do cuidado, na busca de se apreenderem as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando-se, também, a articulação entre as atividades de prevenção e de assistência¹⁵.

A integralidade ultrapassa, então, a visualização da assistência em todos os níveis de atenção, buscando a assistência humanizada e o acolhimento adequado, considerando-se o ambiente e as características individuais do usuário¹⁶. Nesse sentido, o uso insatisfatório das informações, pelos atores envolvidos no processo de cuidado e, portanto, de comunicação em saúde, pode, certamente, dificultar o oferecimento de um cuidado humanizado e integral.

A despersonalização da relação profissional/usuário do serviço

A legislação vigente introduz prerrogativas importantes, quais sejam: princípios estabelecidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006, e a Lei Estadual 10.241/1999, que assegura que o paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome, devendo existir, em todo documento de identificação do usuário, um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso⁸.

Nesse contexto, observa-se que os profissionais precisam perguntar para a pessoa o seu nome e como ela gosta de ser chamada¹⁷. O relacionamento deve obedecer, então, à referência que é dada pela própria pessoa.

Não obstante, como é amplamente admitido e propalado, um dos principais fatores que influenciam o aumento dos questionamentos dos serviços de saúde é a despersonalização da relação entre o profissional de saúde e o paciente, originada a partir da chamada “massificação” da medicina e dos serviços de saúde em geral¹⁸.

O paciente sempre esteve em posição de subordinação, e não raras vezes é visto como um “caso”. A patologia que apresenta é discutida como se esta fosse o “sujeito”, e o paciente um mero receptor do sujeito¹⁹, realidade que é constatada na fala a seguir:

“[...] você se sente nada. É o que a gente é aqui, um número, uma ficha, é assim. Eles não informam, não informam nada [...]”. (E12)

Lamentavelmente, em muitos momentos, a equipe de saúde, durante a prestação de assistência, chega a esquecer que essas pessoas têm uma identidade e que vivenciam seus problemas como sujeitos inseridos em uma determinada realidade, e que, portanto, necessitam ter seus direitos preservados. Esses profissionais ficam tão envolvidos com a doença, os recursos tecnológicos e as sofisticações técnicas, que, em muitas situações, não priorizam o aspecto humano²⁰.

O próximo depoimento demonstra a despersonalização no relacionamento entre profissionais de saúde e usuários:

“Bom, não me sinto bem amparada não, porque você pergunta e mal dá resposta, eles te “fala” com a maior frieza, com a maior né”. (E9)

O usuário do serviço de saúde quer ser tratado como um conjunto biopsicossocial. Porém, percebe que, ao chegar para ser atendido, deixa de ser uma pessoa, recebendo um tratamento que desconsidera sua identidade, sua história de vida, tornando-se, então, apenas um leito ou uma doença que precisa ser tratada²⁰.

As dificuldades resultantes desta despersonalização da interação com os usuários acabam por prejudicar a integralidade do cuidado e o exercício de qualquer direito, uma vez que o paciente participa desta relação como objeto, não como partícipe e sujeito protagonista de sua própria história, o que a revela como uma prática cotidiana que se desencontra das ações voltadas à humanização da atenção preconizadas pelo Ministério da Saúde²¹.

Lacunas na infraestrutura física e humana do serviço, e o relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar

Outro ponto a ressaltar é a rapidez com que ocorrem as consultas médicas, que resultam na promoção de um ambiente frio e desumano, ao invés de acolhedor e atento às necessidades do usuário. Os usuários relatam que os médicos não os examinam, apenas prescrevem medicamentos sem uma prévia avaliação de seu estado de saúde:

“Tanto que nem por a mão em mim ela [médica] não colocou, ela só falou, ela lá e eu aqui... Porque, primeiro de tudo, se eu chegar lá [no consultório] e falar que eu tô com dor de barriga ela dá o remédio pra dor de barriga, ela vai me consultar pelo que eu tô falando, entendeu? Ela não me examina pra saber o que eu tenho, não pede exame, entendeu?”. (E1)

É de nosso conhecimento que o usuário tem o direito de receber o atendimento com a melhor qualidade possível, “fundado numa sólida base de conhecimentos e proporcionado por pessoas que podem empregar essas bases de conhecimento aplicando juízos e raciocínios acertados e um sistema de valores claro e conveniente”²² (p. 451-2).

Entretanto, situações imbricadas no cotidiano do profissional podem acabar por fragilizar o desempenho de suas funções. No momento em que emergem o cansaço, a vontade de concluir a consulta e a pressão criada por outros usuários na sala de espera, o profissional pode ser levado a cumprir alguma demanda mais urgente, deixando de dar a devida atenção ao paciente/acompanhante, conforme explicita a fala:

“Às vezes me sinto revoltado, quando você chega você tá com determinada dor, sentindo alguma coisa, fazem os exames, às vezes o médico nem ouve muito bem o que você tá dizendo, você tá dizendo que tá sentindo e ele já tá terminando de fazer a prescrição mesmo antes, às vezes nem te faz uma avaliação, às vezes nem toca em você, ele olha pra você como se fosse um, um médium ali, olhando pra você e escreve, e assim não tem, não dá muito espaço pra você dizer o que realmente está sentindo e nem presta interesse que a gente percebe, que ele tem interesse que você entre no consultório ele faça a prescrição e você vá embora logo, acho que o interesse não é em descobrir o que o paciente tem, mas sim liberar o espaço pra vir o próximo e assim sucessivamente”. (E13)

Aqueles que se propõem a assistir o ser humano devem assumir uma postura de respeito e compromisso, valorizando a experiência de vida dos usuários do serviço em que trabalham, possibilitando-lhes preservar sua individualidade, pois cada pessoa necessita de um cuidado²⁰. Logo, é perigoso voltar-se apenas para a doença, pois uma mesma enfermidade poderá apresentar manifestações diferentes em pessoas distintas.

Dessa forma, a integralidade somente é garantida quando oferecidos ao usuário, dentre outras ações, horários disponíveis na unidade de saúde e comunicação efetiva junto ao profissional¹⁶, o que corrobora a compreensão de que o exercício do direito à informação deve ser valorizado para que se alcance uma comunicação mais efetiva entre os diversos atores do processo de cuidar.

Conclusão

O direito à saúde se concretiza com a constitucionalização desse direito como social no ordenamento jurídico nacional. Com a promulgação da CRFB/1988, a saúde passa a ser tratada como direito do cidadão e sua garantia é estabelecida como dever do Estado. A institucionalização do SUS em 1990, apregoando caráter de atendimento universal, equânime e integral, vem ao encontro da constitucionalização desse direito. Nesta pesquisa, puderam-se observar as dificuldades enfrentadas pelos usuários de uma unidade básica de saúde em relação ao acesso à informação em saúde, que está relacionada à integralidade do atendimento.

O direito à informação em saúde é um direito que se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo que o paciente se empodere desta informação, gerando conhecimento e, conseqüentemente, possibilitando que exerça sua cidadania.

Em relação ao direito à informação, as legislações em vigor estabelecem que o usuário tem direito a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde. Esse trabalho permitiu identificar a informação como um ponto-chave para a promoção do cuidado integral, por meio de ações de saúde humanizadas e voltadas ao estabelecimento de um processo de comunicação claro.

Sendo assim, pode se tomar como entrave para a promoção do cuidado integral à saúde: a falta de acesso a informações verdadeiras sobre sua saúde, apontada como uma dificuldade pelos usuários, já que gostariam de receber informações verdadeiras e com melhor qualidade. Os entrevistados enfatizaram que a verdade, o respeito e a empatia com relação ao outro podem fortalecer e humanizar a relação profissional de saúde-usuário. Outro entrave citado são as dificuldades na relação interpessoal com o usuário, especialmente em virtude da rapidez nos atendimentos, já que o profissional, ao atender muitos usuários em pouco tempo, não lhes dá o atendimento com a qualidade esperada, muitas vezes, tratando-os como um número, uma ficha, uma doença. Em alguns casos, salienta-se, ainda, que o profissional prescreve medicamentos com base apenas no que diz o usuário, não o examinando e tampouco ouvindo as suas queixas, ressaltando-se, aqui, a despersonalização do paciente.

Completando as dificuldades relatadas, o excesso de burocracia no sistema é um problema evidenciado, já que atrapalha o funcionamento e a integralidade apregoada pelo SUS. Nessa

perspectiva, observa-se que o problema não é a existência de formalização, necessária em organizações dessa dimensão, mas, sim, o excesso de regras, que, ao invés de facilitarem o processo de trabalho, muitas vezes, dificultam a efetividade do serviço prestado ao usuário do sistema de saúde.

Em suma, pode-se afirmar que o exercício do direito à informação em saúde é pré-condição para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção do empoderamento do usuário, permitindo que exerça as diferentes possibilidades de escolha relacionadas à sua própria saúde, e, assim, tenha condições de se tornar um dos sujeitos da relação profissional de saúde-usuário.

Para que realmente exista um equilíbrio entre os poderes dos envolvidos neste processo, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam o paciente como usuário, ou melhor, como um ser humano, que possui uma história de vida distinta, sentimentos e necessidades, e não apenas como “mais um” paciente a ser atendido dentre muitos números e doenças. Para que isto aconteça e se estabeleça um cuidado realmente integral e humanizado, o profissional deve se utilizar de um padrão subjetivo em sua comunicação com o usuário, atuando como um verdadeiro mediador nesta relação. Nessa perspectiva, o profissional de saúde busca se colocar no lugar do outro compreendendo as suas particularidades.

Contudo, apesar de os princípios que regem o modelo do SUS preconizarem a integralidade e a humanização do cuidado, na prática, o sistema representa um modelo em construção, que enfrenta desafios na gestão operacional e de recursos humanos. A sobrecarga de atendimentos, a escassez de apoio humano e de recursos físicos, bem como o excesso de formalização constituem, nesse contexto, sérios obstáculos para a transformação do paciente em usuário na relação com o profissional de saúde e por meio do exercício do seu direito à informação em saúde.

Apesar das lacunas e desafios existentes, o estudo apontou indícios e possibilidades de mudança para a construção conjunta de relações mais democráticas, em que o usuário, como sujeito, exerce direitos, mas, também, tem consciência de suas obrigações como cidadão, especialmente no que diz respeito à sua relação com o profissional e o serviço de saúde.

Destaca-se, como limitação da pesquisa, a impossibilidade de generalização dos dados, já que o estudo foi realizado em apenas uma UBDS da cidade de Ribeirão Preto. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de investigações que abordem o exercício do direito à informação em saúde em outros serviços de saúde e em outras regiões do país. Propõe-se, também, como sugestão ao final desta pesquisa, que se estabeleçam políticas públicas de educação e esclarecimento da população sobre o seu direito à informação, bem como na formação de mediadores desta informação, com o intuito de possibilitar o acesso à informação sobre os seus direitos como usuários do serviço público de saúde. O acesso se configura, dessa forma, como pré-condição para o empoderamento do usuário, oferecendo-lhe a possibilidade de se tornar um real usuário, consciente de seus direitos e deveres relacionados à sua saúde.

Colaboradores

Renata Antunes Figueiredo Leite trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, e redação do texto; Emanuele Seicenti de Brito trabalhou na coleta, transcrição e interpretação dos dados, redação e edição final do artigo; Laís Mara Caetano da Silva trabalhou na redação e edição final; Pedro Fredemir Palha trabalhou na revisão crítica, e Carla Aparecida Arena Ventura trabalhou na concepção, delineamento e revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Aith F. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin; 2007.
2. Campos GWS. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. Soc Cult. 2000; 5(2):210-30.
3. Viegas SMF, Penna CMM. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(1):133-41.
4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco; 2001. p. 113-26.
5. Valentim MLP, organizador. Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da ciência da informação. São Paulo: Polis; 2008.
6. Coelho LCD, Rodrigues RAP, Marcon SS, Lunardi VL. Conflitos éticos na revelação de informações – parte II. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1):73-82.
7. Almeida Júnior OF. Mediação da informação e múltiplas linguagens. Pesqui Bras Cienc Inf. 2009; 2(1):89-103.
8. Gatto Junior JR, Santos AS, Freitas IM, Benetti KFG, Russo TMS, Brito ES, et al. O Direito Humano à Saúde no Brasil e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Braz J For Sci Med Law Bioeth. 2012; 2(1):53-71.
9. Schermerhorn JR, Hunt JG, Osborn RN. Fundamentos do comportamento organizacional. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
10. Batista KT, Caldas KR, Portillo JAC. Integralidade da saúde: significado e situação atual. Com Cienc Saude. 2009; 20(1):9-16.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de Saúde do município: Ribeirão Preto [Internet] [acesso 2013 Maio 26]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=354340&NomeEstado=SAO%20PAULO
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
13. Fowler DJ, Sá AC. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Mundo Saude. 2009; 33(2):225-30.
14. Chaves PL, Costa VTC, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(1):38-43.
15. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):154-60.
16. Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. Cad Saude Colet. 2010; 18(4):494-9.
17. Gomes AMA, Sampaio JJC, Carvalho MGB, Nations MK, Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. Interface (Botucatu). 2008; 12(27):773-82.
18. Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de riscos. Bioética [Internet]. 1997; 5(1) [acesso 2010 Maio 20]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v5/questiona.html>

19. Barros VL, Fortes PAC. A informação esclarecedora e o consentimento esclarecido: um desafio ao Programa de Saúde da Família na garantia dos direitos do paciente. *Mundo Saude*. 2003; 27(2):281-91.
20. Veloso RC, Spindola T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. *Rev Enferm UERJ*. 2005; 13(1):38-43.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*. v. 2, Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010 [acesso 2013 Maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf
22. Spiri WC, Berti HW, Pereira, MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. *Mundo Saude*. 2006; 30(3):448-54.

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acceso a la información en salud y cuidado total: percepción de los usuarios de un servicio público. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):661-71.

Con la intención de identificar la percepción de usuarios de un servicio de salud sobre el derecho a la información e integralidad del cuidado, fue desarrollada una investigación cualitativa exploratoria con orientación analítico-descriptiva cuyo eje teórico fue el derecho a la salud y el acceso a la información y a la integralidad del cuidado. Se construyeron las categorías: dificultades para concreción del cuidado humanizado de la salud en una unidad básica; despersonalización de la relación profesional/usuario; brechas en la infraestructura física y humana del servicio y relación interpersonal entre los actores del proceso de cuidar. El acceso a la información se constituye como aspecto central para la promoción del cuidado total de la salud. Para conseguir ese intento es importante sensibilizar al equipo en relación a la importancia del empoderamiento del usuario, para convertirlo en protagonista del cuidado y tenerlo como aliado en ese proceso.

Palabras clave: Derecho a la salud. Acceso a la información. Asistencia total a la salud. Humanización de la asistencia. Salud pública.

Recebido em 29/07/13. Aprovado em 27/08/14.

