

DAMARIS LEONEL BRITO FIGUEIREDO

OS MÚLTIPLOS CUSTOS, AS REDES SOCIAIS E O
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UMA PESSOA VÍTIMA
DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO: O OLHAR DE QUEM
VIVENCIA A CONDIÇÃO CRÔNICA

CUIABÁ
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

DAMARIS LEONEL BRITO FIGUEIREDO

**OS MÚLTIPLOS CUSTOS, AS REDES SOCIAIS E O
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UMA PESSOA
VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO: O OLHAR
DE QUEM VIVENCIA A CONDIÇÃO CRÔNICA**

CUIABÁ
2009

DAMARIS LEONEL BRITO FIGUEIREDO

OS MÚLTIPLOS CUSTOS, AS REDES SOCIAIS E O
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UMA PESSOA VÍTIMA DE
ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO: O OLHAR DE QUEM VIVENCIA
A CONDIÇÃO CRÔNICA

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, da
UFMT, como requisito para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Processos e
Práticas em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Aldenan Lima
Ribeiro Correa da Costa

Cuiabá
2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais para Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Patrícia Jaeger / CRB1-1736

FICHA CATALOGRÁFICA

F475m Figueiredo, Damaris Leonel Brito

Os múltiplos custos, as redes sociais e o itinerário terapêutico de uma pessoa vítima de acidente motociclístico: o olhar de quem vivencia a condição crônica/ Damaris Leonel Brito Figueiredo - Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Faculdade de Enfermagem, 2009.

108f. : il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, da Faculdade de Enfermagem, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa.

1. Enfermagem 2. Acidente Motociclístico 3. Serviços de Saúde 4. Itinerário Terapêutico 5. Redes Sociais 6. Condição Crônica. I. Título. II. Figueiredo, Damaris Leonel Brito. III. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT.

CDU:616-083

DAMARIS LEONEL BRITO FIGUEIREDO

**OS MÚLTIPLOS CUSTOS, AS REDES SOCIAIS E O ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE UMA PESSOA VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLÍSTICO: O OLHAR DE QUEM VIVENCIA A CONDIÇÃO
CRÔNICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem.

E aprovada na sua versão final em 31 de Março de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Dra. Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa
Presidente (Orientador)

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro Efetivo

Dra. Sônia Ayako Tao Maruyama
Membro Efetivo

Dr. Alúcio Gomes da Silva Junior.
Membro Suplente

Dra. Laura Filomena Santos de Araújo
Membro Suplente

Cuiabá
2009

*"Assim, quer vocês comam, bebam ou façam qualquer outra
coisa, façam tudo para a glória de Deus."
(1 Coríntios 10:31)*

Dedico este trabalho

Ao meu esposo André pela paciência e presença constante nessa caminhada.

Ao meu pai por tudo que representa para mim e pelo constante apoio para prosseguir nos estudos. À minha mãe (in memoriam) pelo exemplo de vida deixado, legado incorruptível.

À minha filha Maria Fernanda, princesa linda demais...

Aos profissionais de saúde envolvidos na atenção às emergências traumáticas, por melhores práticas em saúde.

Agradecimento Especial

Ao Senhor da minha vida, por me dispensar cuidado e proteção. Obrigada Deus pelo seu amor, sua bondade e sua infinita misericórdia!

Graças te dou, pelos dois importantes presentes recebidos na mesma época da minha vida, a oportunidade de cursar o Mestrado e a chegada da tão esperada Maria Fernanda.

Sou infinitamente grata por ter me sustentado durante toda a caminhada, enquanto estava sendo trabalhada para me tornar Mestre em Enfermagem.

Obrigada, Senhor, pelas amizades que conquistei durante o curso. Peço que um dia todos os meus amigos possam compartilhar a mesma fé que tenho em Ti e que minha vida e atitudes possam ter expressado Cristo, tal qual o sinto em meu coração.

Obrigada, Deus, pelas minhas professoras que, com carinho e profissionalismo, foram iluminadas por Ti para nos conduzir na construção do conhecimento, visando ao meu aperfeiçoamento e de meus companheiros. Meu desejo é que o Senhor esteja abençoando cada uma delas, dando-lhes coragem, saúde e graça dos céus para continuarem nesta difícil missão.

Obrigada, Senhor, pela minha linda família, pelo meu esposo que foi estímulo visível utilizado por Ti para me apoiar. E, principalmente, me auxiliar nas difíceis tarefas de mãe e mestrandia por mim desempenhadas. Obrigada pelo amor que encontro no meu lar!

Oh, Senhor, que eu não me esqueça dos benefícios que me tens feito! E que tudo o que tenho e sou seja para a glória do Seu nome. Obrigada, por tudo o que tens feito! Agradeço-te com todo o meu Ser!

Meus Agradecimentos

Ao meu esposo André, pelo apoio incondicional durante a caminhada e por prover cuidado e atenção à nossa filha nos meus momentos de dedicação exclusiva ao mestrado.

À minha bebê Maria Fernanda, por existir e completar minha alegria. A mamãe promete ser mais sua agora!

À tia Val, pelos esforços destinados ao cuidado da Maria Fernanda e da minha casa. Não sei se tem noção da importância da sua dedicação para a conclusão do meu mestrado.

Aos meus pais, pelo incentivo para trilhar o caminho da busca por conhecimento, afirmando ser essa a melhor herança que tinham a oferecer. Sempre estiveram certos!

Aos meus irmãos Elienai e Quézia, pelo carinho sempre presente.

À minha sogra Maria por me cobrir de orações. Foram valiosas!

Aos meus sobrinhos Fernando e Fabiano por me fazerem rir mesmo em momentos de tensão.

À minha orientadora professora Dra. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa que com carinho, paciência e sabedoria me conduziu no processo de construção desta dissertação. Obrigado pela dedicação!

Aos professores que fizeram parte da banca, Dra. Sônia Ayako Tao Maruyama, Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, Dra. Laura Filomena Santos de Araújo e Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior, pelas importantes contribuições.

Às minhas amigas Patrícia Ferreira e Sueli Lombardi, pelo estímulo e apoio desde o processo de seleção até a conclusão do curso.

À minha amiga e companheira de trabalho Verônica Raquel, por assumir a sobrecarga de atividades na SOS Amamentação Clínica Especializada possibilitando minha dedicação ao mestrado.

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pela liberação que me oportunizou a realização deste curso.

À família participante do estudo, por nos receber em sua casa e compartilhar a experiência de busca por cuidados de saúde, após um acidente motociclístico.

À minha companheira de coleta de dados Claudinha (bolsista PIBIC), por tão grande ajuda, assim como aos demais bolsistas envolvidos na pesquisa. Vocês prometem!!!

Às queridas professoras, pelos ensinamentos e incentivos no decorrer do curso. Em especial à Dra. Roseney Bellato pelas diversas contribuições e reflexões acerca do processo de adoecimento e da vivência da condição crônica.

Aos colegas de curso, pela amizade, companheirismo e desejo de crescer juntos. Foi muito bom conhecer vocês!

Ao Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania (GPESC), pelo crescimento do conhecimento proporcionado nos nossos saborosos encontros.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

FIGUEIREDO, Damaris Leonel Brito. **Os múltiplos custos, as redes sociais e o itinerário terapêutico de uma pessoa vítima de acidente motociclístico: o olhar de quem vivencia a condição crônica**, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 109 p.

Orientadora: Dra. Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa

RESUMO

Pressupomos que a não satisfação das necessidades de saúde em uma emergência traumática decorrente de acidente motociclístico se traduz na cronificação de uma condição aguda, gerando custos de distintas naturezas para a pessoa acidentada, seus familiares e para o Sistema Público de Saúde. Nesta pesquisa indagamos sobre as implicações de uma condição crônica após um acidente motociclístico para a pessoa acidentada e sua família. Objetivamos compreender a experiência de uma pessoa e sua família com necessidades de cuidado continuado e prolongado após um acidente motociclístico, discutindo os múltiplos custos para a pessoa e família, descrevendo o papel das redes sociais de apoio e sustentação na perspectiva da pessoa e família e traçando o itinerário terapêutico na sua busca por cuidados de saúde. Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva adotando a estratégia metodológica História de Vida Focal (HVF) acessada por entrevista em profundidade. A escolha do sujeito foi baseada em estudos que descrevem o perfil das vítimas de acidentes motociclísticos, portanto atendeu aos seguintes critérios: sexo masculino, idade entre 20 e 29 anos, que tenha se acidentado no uso de motocicleta, e que estivesse há mais de 3 meses na busca por cuidados à sua saúde e pertencente a municípios da baixada cuiabana. A coleta de dados aconteceu de março a junho de 2008. A análise iniciou-se com leitura flutuante, seguida por leituras exaustivas, buscando apreender o sentido da experiência. O genograma e o ecomapa foram empregados também como ferramentas de análise. Os resultados possibilitaram compor 3 categorias: 1) **Os múltiplos custos de um acidente motociclístico na perspectiva da pessoa acidentada** - evidencia custos arcados pela pessoa e sua família e pouco considerados pelo sistema de saúde, tais como **o sofrimento emocional**: o indivíduo adocece, a família adocece; **custos financeiros arcados pela família**; e **custo de produtividade**; 2) **As redes sociais de apoio e sustentação: uma alternativa que minimiza os custos na condição crônica** - mostra que a família é o principal núcleo da rede social e a família extensa garante o apoio moral, emocional e inclusive financeiro; 3) **O Itinerário Terapêutico: o caminho empreendido na busca por cuidados de saúde** - demonstra que mesmo no âmbito hospitalar a pessoa acidentada continua empreendendo um IT intrainstitucional em busca de resolutividade as suas necessidades de cuidados profissionais, evidenciando uma Linha de Produção de Intervenções a qual o próprio usuário aciona buscando mais agilidade na efetivação das intervenções/procedimentos necessários à sua condição crônica. O estudo nos convida a refletir sobre os custos implicados em uma condição crônica motivada por acidente motociclístico e os enfrentamentos realizados pela pessoa em seu Itinerário terapêutico Intra-hospitalar mostrando a necessidade de novas práticas hospitalares de acordo com o princípio da integralidade, tanto no que se refere às boas práticas profissionais, como na integração da rede assistencial ao trauma. **Palavras chaves:** Serviços de saúde; Acidentes de trânsito; Itinerário Terapêutico.

THE COSTS, THE SOCIAL NETWORKS AND THE THERAPEUTIC PATH OF A MOTORCYCLE ACCIDENT VICTIM: THE VIEW OF SOMEONE LIVING WITH A CHRONIC CONDITION,

ABSTRACT

It is presupposed that non-satisfaction of health requirements in a traumatic emergency situation resulting from a motorcycle accident causes an acute condition to become chronic. This generates a variety of costs for the victim, the victim's family and the public health system. In this study, we investigate the implications of a chronic condition following a motorcycle accident for the victim and his family. We aim to seek understanding of the experience of a person and his family who require continuous, prolonged care following a motorcycle accident through discussion of the multiple costs incurred by this person and the family and the path taken in search of health care. This research is of a qualitative, exploratory and descriptive nature adopting the Life Story Research method involving an in-depth interview. The subject choice was based on studies of the profile of motorcycle accident victims which produced the following criteria: male, aged between 20 and 29, victim of motorcycle accident, in search of health care treatment for more than 3 months within the municipalities of Greater Cuiabá. Data were collected between March and June 2008. The analysis started with skim reading followed by extensive reading with the aim of capturing the meaning of the experience. Also, a genogram and ecomap were used in the analysis. The results were divided into 3 categories: 1) **The multiple costs of a motorcycle accident in the view of the victim** – this shows costs for the victim and his family which are given little consideration by the health system such as **emotional suffering**: the person gets ill, the family get ill; **financial costs paid for by the family**; and **productivity cost**; 2) **the social support and maintenance networks: an alternative that minimizes the costs of a chronic condition** – this shows that the family is the main nucleus of the social network and a large family ensures moral, emotional and financial support; 3) **The Therapeutic Path: the path taken in the search for health care** – this shows that even within the ambit of a hospital the accident victim still has to take an intra-institutional therapeutic path in the search for solutions for his professional health care needs. This shows that there is an Intervention Production Line that the patient himself must activate to achieve greater agility in obtaining the necessary medical interventions/procedures for his specific chronic condition. The study calls for reflection on the costs involved in chronic conditions caused by motorcycle accidents and the hardships faced by the victim on the Intra-hospital, therapeutic path he has to take. This shows there is a need for new hospital practices in line with the principle of an integrated approach, both in terms of professional practices and an integrated network of trauma health care.

Key words: Health Services; Accidents, Traffic; Therapeutic Path.

LOS MÚLTIPLES COSTOS, LAS REDES SOCIALES Y EL ITINERARIO TERAPÉUTICO DE UNA PERSONA VÍCTIMA DE ACCIDENTE EN MOTOCICLETA: LA MIRADA DE LA PERSONA QUE EXPERIMENTA LA CONDICIÓN CRÓNICA,

RESUMEN

Damos por sentado que el no satisfacer las necesidades de salud en una emergencia con trauma derivada de accidente en motocicleta se traduce en la cronificación de una condición aguda, lo que implica costos de distinta naturaleza para la persona accidentada, sus parientes y el Sistema Público de Salud. En esta investigación buscamos averiguar cuáles son las implicaciones de una condición crónica producida por un accidente en motocicleta para la persona accidentada y su familia. Nuestro objetivo es comprender la experiencia por la que pasan una persona con necesidades de cuidado continuo y prolongado tras un accidente en motocicleta y su familia, discutiendo los múltiples costos que ello implica, describiendo el papel de las redes sociales de apoyo y sustento desde la perspectiva de la persona y de su familia, y trazando el itinerario terapéutico en su búsqueda por cuidados de salud. Investigación de naturaleza cualitativa, exploratoria y descriptiva, en la cual se adoptó la estrategia metodológica Historia de Vida Temática (HVT) por medio de entrevista en profundidad. La elección del sujeto se basó en estudios que describen el perfil de las víctimas de accidentes en motocicleta, por lo que ha cumplido con los siguientes criterios: individuo del sexo masculino de 20 a 29 años de edad, víctima de accidente en motocicleta, que busque hace más de 3 meses cuidados de salud y pertenezca a los municipios de la zona de la *Baixada Cuiabana*. Los datos fueron recolectados entre marzo y junio de 2008. El análisis tuvo comienzo con lectura flotante seguida por lecturas exhaustivas, en las que se buscó aprehender el sentido de la experiencia. El genograma y el ecomapa también fueron empleados como herramientas de análisis. Los resultados posibilitaron la composición de tres categorías: 1) **los múltiples costos de un accidente en motocicleta desde la perspectiva del accidentado** - pone en evidencia los gastos del accidentado y de su familia, los que apenas son poco considerados por el sistema de salud, tales como **el sufrimiento emocional**: el individuo enferma, la familia enferma; **costos financieros a cargo de la familia**; y **costo de productividad**; 2) **las redes sociales de apoyo y sustento: una alternativa que minimiza los costos en la condición crónica** - muestra que la familia es el principal núcleo de la red social y que la familia extensa asegura un apoyo moral, emocional e incluso financiero; 3) **el Itinerario Terapéutico: el camino seguido en la búsqueda de cuidados de salud** - demuestra que aún en el ámbito hospitalario el accidentado continúa siguiendo un itinerario terapéutico intrainstitucional a fin de encontrar una solución para sus necesidades en materia de cuidados profesionales, lo que evidencia una Línea de Producción de Intervenciones la cual el propio usuario pone en marcha en tanto busca más agilidad en las intervenciones/procedimientos que su condición crónica requiere. El estudio nos invita a reflexionar sobre los costos que significa una condición crónica causada por accidente en motocicleta y sobre lo que el accidentado tiene que enfrentarse en su itinerario terapéutico intra-hospitalario, y señala la necesidad de nuevas prácticas hospitalarias en conformidad con el principio de la integralidad, tanto en lo que se refiere a buenas prácticas profesionales como a la integración de la red de atención al traumatizado.

Palabras clave: Servicios de Salud; Accidentes de Tránsito; Itinerario Terapéutico.

Lista de figuras

Figura 1 - Genograma do Nicolás	58
Figura 2 - Ecomapa do Nicolás.....	67
Figura 3 - Itinerário Terapêutico do Nicolás	76
Figura 4 - Rede de apoio intra-hospitalar	78
Figura 5 - Itinerário Terapêutico Intra - Hospitalar - 1º. Momento	83
Figura 6 - Itinerário Terapêutico Intra - Hospitalar - 2º. Momento	83
Figura 7 - Linha de Produção de Intervenções do Nicolás	89

Lista de abreviações e siglas

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

SAMU - Serviço Móvel de Atenção às Urgências

IT- Itinerário Terapêutico

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

HPSMC – Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

SUS - Sistema Único de Saúde

GPESC - Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania –

CER/SUS - Central de Regulação do SUS

OMS – Organização Mundial de Saúde

EP - Entrevista em Profundidade

HVF - História de Vida Focal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

LPI - Linha de Produção de Intervenções

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO AO OBJETO DO ESTUDO E SUA RELEVÂNCIA.....	16
2	OBJETIVOS.....	27
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	28
3.1	A pessoa vítima de acidente motociclístico	28
3.2	O princípio da integralidade no atendimento às necessidades de emergência traumática	36
3.3	O itinerário terapêutico como indicativo da lógica do usuário.....	41
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.1	Tipo e natureza do estudo	45
4.2	Estratégia metodológica e técnicas de coleta de dados	46
4.3	A entrada no campo da pesquisa e seus desdobramentos.....	48
4.4	Aspectos Éticos	51
4.5	O processo da análise dos dados empíricos	52
5	RESULTADOS E ANÁLISE	55
5.1	Os múltiplos custos de um acidente motociclístico na perspectiva da pessoa acidentada.....	55
5.1.1	Sofrimento emocional: o indivíduo adoece, a família adoece.....	55
5.1.2	Custos financeiros arcados pela família	62
5.1.3	Custo de Produtividade	64
5.2	As redes sociais de apoio e sustentação: uma alternativa que minimiza os custos na condição crônica.....	67
5.3	Itinerário-Terapêutico: O caminho empreendido na busca por cuidado em saúde	75
6	CONSIDERAÇÕES E LIMITES DO ESTUDO	91
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO AO OBJETO DO ESTUDO E SUA RELEVÂNCIA

Os acidentes de trânsito juntamente com os homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais na Classificação da OMS recebem o nome “causas externas”. As causas externas emergiram nos anos 60, em consequência do processo de industrialização e urbanização do país. Na década de 80, passam a ser reconhecidas como problema de saúde pública atingindo, principalmente, homens jovens (LÓES, 2008). Isto porque a partir da década de 80 as causas externas têm ocupado o segundo lugar entre as causas de morte no Brasil. Sendo que no ano 2000 representaram 12,5% do total de mortes (GAWRYSZEWSKI; KOISUME & MELLO-JORGE, 2004). Ocupando o sétimo lugar no conjunto das internações nos serviços públicos brasileiros, neste mesmo ano, incluindo-se as internações por motivo de gravidez, ao excluir esse motivo, as causas externas passam a ocupar o sexto lugar (MINAYO, 2005).

Estudos sobre causas externas no Brasil no ano de 2000 indicam as lesões por acidentes de trânsito como responsáveis por 25% das mortes por causas externas e destes, 20,2% são do sexo masculino e 4,8% do feminino. Os acidentes de trânsito foram responsáveis por 18% das internações hospitalares, das quais 74,5% corresponderam ao sexo masculino. No mesmo ano, adultos jovens de 20 a 29 anos e idosos com 60 anos ou mais foram os que mais internaram por acidentes de trânsito (GAWRYSZEWSKI; KOISUME & MELLO-JORGE, 2004; SOUZA; MINAYO & MALAQUIAS, 2005).

Em nosso contexto, no conglomerado urbano de Cuiabá e Várzea Grande no estado de Mato Grosso, o estudo de Soares; Scatena & Galvão (2008), retrata a morbidade por acidentes e violências e mostra que no período de 1998 a 2005 as internações por acidentes de transporte corresponderam a 17,8% das internações hospitalares relacionadas a causas externas. Ainda segue a tendência nacional das internações por sexo, sendo o sexo masculino responsável por 13,4% das internações e o feminino pelos 4,4% restantes. No que diz respeito à faixa etária, as internações por acidentes de transporte se concentraram na faixa de 20 a 39 anos nesses municípios.

Estes dados apontam que a problemática em nossa região incide sobre jovens do sexo masculino e que repercute sobre suas vidas, suas famílias e no sistema público de saúde, pois afeta o cotidiano de vida e trabalho.

Um aspecto que merece atenção são os coeficientes de morbimortalidade por acidentes de trânsito envolvendo as motocicletas, pois nesses casos os condutores tendem a sofrer acidentes graves uma vez que este tipo de transporte não oferece proteção física ao condutor em caso de colisão ou queda.

No Brasil, a motocicleta é vista como um instrumento de trabalho, aumentando o emprego para motoboys principalmente nos grandes centros. Isto porque atendem às necessidades de rapidez e agilidade na entrega de produtos, contribuindo para a economia de espaço e custo. Por permitir a expressão de liberdade, seus condutores são geralmente pessoas jovens.

Devido aos motivos acima apresentados Souza; Minayo & Malaquias (2005) afirmam que parecem irreversíveis a presença da motocicleta e a tendência de crescimento do seu uso, conseqüentemente, o número de acidentes envolvendo esse tipo de transporte e seus condutores também acompanha esse crescimento.

Dados do Serviço de Estatística do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC) mostram que no período de janeiro a junho de 2007, foram atendidas no Serviço de Emergência 3.756 vítimas de acidentes de trânsito, das quais 28,43% eram do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos e utilizavam a motocicleta como meio de transporte. Os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas foram responsáveis por 60,14% dos atendimentos naquela instituição (CUIABÁ, 2007). Vale ressaltar que esses atendimentos não necessariamente geraram internações hospitalares. Por outro lado, houve casos em que, além da internação, a vítima necessitou de inúmeros procedimentos e cuidados que implicaram percursos, muitas vezes marcados por trajetórias de sofrimento.

Os eventos traumáticos relacionados à violência, interpessoal e de trânsito lideram as estatísticas de vítimas que, em sua maioria são jovens, e têm levado a uma demanda crescente aos atendimentos de emergência e de hospitalização para tratamento, acompanhamento e reabilitação. Neste contexto, os acidentes motociclísticos têm sido motivo de preocupação pelos custos de diversas naturezas que têm gerado ao doente, sua família e serviços de saúde.

Preocupado com essa problemática o Ministério da Saúde criou em 2001 por meio da Portaria 737/GM, de 16/05/2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Posteriormente, ampliou-

a como Política Nacional de Atenção às Urgências pela Portaria 1863/GM de 29/09/2003. Embora esta política tenha se materializado inicialmente com a instituição do Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU), ela foi criada considerando todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades hospitalares e pós-hospitalares, atendendo, desde a ocorrência do evento traumático até a convalescência, recuperação e reabilitação. Tal organização visa garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2006). No entanto, as vítimas de acidente motociclístico atualmente, embora recebam atenção imediata nos Serviços de Saúde, têm dificuldade no seguimento do seu cuidado, sendo este um dos aspectos que tornam a sua condição aguda em crônica.

No município de Cuiabá, a aplicação das diretrizes das políticas de combate à morbimortalidade em decorrência da violência e dos acidentes tem sido mais focalizada na assistência pré-hospitalar. Embora tenham ocorrido alterações no modo de atenção hospitalar, ainda se observa que para o atendimento ser resolutivo, há desafios a serem enfrentados pelos gestores da saúde. Pois a continuidade do tratamento, a reabilitação da pessoa vítima de acidente motociclístico, bem como a sua prevenção são problemas que necessitam ser encarados com práticas segundo o princípio da integralidade para que o evento agudo se delimite, evitando sua cronificação e o aumento do ônus para o SUS, para as pessoas acidentadas e suas famílias.

Assim, ao se falar sobre o atendimento às vítimas de violências e acidentes, a atenção tem sido voltada ao atendimento emergencial, seja pré-hospitalar ou intra-hospitalar imediato. Os aspectos como formas de prevenção, o acompanhamento e atendimento às necessidades de saúde dessas pessoas não têm merecido a devida atenção. Observa-se que a assistência imediata prestada ao usuário acidentado não acontece da mesma forma que, no seguimento do seu tratamento, ao passar por outros setores de atendimento nas instituições de saúde. O atendimento inicial é caracterizado por assistência imediata prestada por uma equipe de saúde especializada onde todos os recursos de diagnósticos e tratamento estão disponíveis no ato; já o atendimento subsequente é preciso agendar e aguardar. O tempo já não parece ser primordial, além dos recursos diagnósticos e de exames que seguem um fluxo normal no sistema de saúde,

aspecto este que pode protelar o atendimento e agravar o estado de saúde, além de prorrogar o atendimento causando custos ao doente, família e sistema de saúde.

Esta forma de assistência tem causado transtornos aos usuários do SUS que necessitam de atenção à sua saúde e passam da condição de vítima à de “paciente”, pois, como usuários dos serviços públicos de saúde ficam à mercê das condições de atendimento que as instituições oferecem. Tais condições não propiciam atendimento com agilidade e com a qualidade requerida para a pessoa vítima de acidente motociclístico e que necessita de continuidade em seu tratamento. Influenciando, portanto, no agravamento do seu estado, contribuindo para o prolongamento do sofrimento e da sua condição de doente.

Como enfermeira atuante na área de atendimento emergencial, observei nas instituições públicas de saúde que atendem as necessidades decorrentes de acidentes e violências, a existência de lacunas na concretização dos cuidados de que as vítimas de acidentes motociclísticos necessitam, o que pode gerar como consequência, a cronificação da condição aguda que poderia ter sido resolvida no momento da identificação dos danos ocorridos.

Eventos traumáticos são considerados agudos e requerem atendimento imediato, porém nem sempre os serviços de saúde atendem as pessoas vítimas de acidente motociclístico de forma satisfatória. Geralmente no atendimento é focalizada a atenção aos aspectos básicos para manutenção da vida, tais como: cardiorrespiratório e cerebral, uma vez estabilizado estas funções, o doente é encaminhado para prosseguimento do seu tratamento. No entanto, no referido prosseguimento, o atendimento às necessidades de saúde fica sujeito ao contexto das demandas e da capacidade que o sistema público tem de atender a estas demandas causando, muitas vezes, demora, insatisfação e agravamento das condições do doente.

As distintas formas e prioridades estabelecidas nas políticas de atenção à saúde são percebidas pelo usuário do sistema de saúde que recebe cuidados de maneiras diferentes, nas distintas fases do processo saúde-doença. Se as prioridades estabelecidas se limitarem à garantia de atendimento a apenas uma parte das necessidades, a pessoa não é considerada em sua integralidade, acarretando consequências nem sempre previsíveis.

Assim, quando as necessidades de saúde das pessoas acidentadas não são adequadamente gerenciadas pelos serviços de saúde, tal situação gera múltiplos custos para o sistema de saúde, para a pessoa e sua

família, com implicações das mais diversas naturezas. As referidas implicações podem ser traduzidas em sofrimento para a pessoa acidentada, que devido ao seu estado de saúde não pode exercer seu papel social, bem como, para sua família que necessita se readequar às necessidades do doente, buscando maiores recursos emocionais e financeiros; para os profissionais de saúde que compartilham e compreendem a gravidade dos danos e os prognósticos decorrentes, mas que, sozinhos, não conseguem ofertar uma assistência satisfatória, já que para isto precisam de uma rede de cuidados articulada e ativa.

As causas externas são as maiores ameaças à vida dos jovens em nosso país, e os acidentes envolvendo motocicleta representam uma parcela importante neste cenário, o que torna relevante a cronicidade decorrente das emergências traumáticas por acidentes motociclísticos. A pessoa que vivencia um evento traumático, quando não perde a vida imediatamente após o trauma, pode futuramente vivenciar uma condição crônica, ao passar meses aguardando o atendimento às suas necessidades de saúde, sendo este um dos desafios do Sistema de Saúde.

Tal desafio pode ser enfrentado a partir de discussões sobre a referida temática, já que sua invisibilidade acaba causando gastos e desgastes desnecessários à pessoa, a sua família e ao próprio sistema de saúde. Entretanto, em nossas buscas em bases de dados científicas não encontramos estudo que tratam especificamente dessa temática.

Se por um lado a assistência inicial às vítimas de acidentes motociclísticos no Atendimento Pré-hospitalar (APH), se pauta na assistência imediata, na chamada “Hora de Ouro”¹, pois considera que o atendimento imediato reduz a mortalidade e a morbidade nas vítimas de trauma e isto inclui a resposta no local do incidente até o encaminhamento ao tratamento definitivo, o centro de trauma (Comitê do PHTLS da NAEMT, 2004). Por outro lado, tenho observado em minha prática cotidiana que a mesma relevância do atendimento inicial não é dada nos momentos que se seguem ao atendimento às necessidades de saúde de que as pessoas acidentadas necessitam depois dessa fase inicial. Após este primeiro atendimento na instituição hospitalar o usuário fica, muitas vezes, na dependência da organização dos serviços de saúde e das práticas profissionais, o que se reflete

¹ Conceito desenvolvido por R. Adams Cowley, por acreditar que o atendimento visando restaurar a oxigenação e controlar sangramentos é crucial na primeira hora depois do trauma, pois isto determinará as chances de sobrevivência do indivíduo (Comitê do PHTLS da NAEMT, 2004).

em dificuldades no atendimento das suas necessidades de saúde causando sofrimento para o usuário e sua família, além dos custos para o sistema de saúde.

Neste sentido, pode-se observar que a concepção de agilidade e efetividade da atenção imediata à pessoa que sofreu um acidente, mola propulsora do APH, é renegada no atendimento subsequente do usuário, dificultando seu tratamento e sua reabilitação nos serviços de saúde. Essa atenção destoa das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8080 (BRASIL, 1990) assegura que

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Art. 2º, § 1).

Ainda em outro trecho, encontramos que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal”, obedecendo aos princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de 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 (Art. 7º).

Assim, embora haja garantido na legislação o atendimento às necessidades de saúde do cidadão, em nossa realidade este atendimento é um desafio a ser superado.

A minha experiência profissional permitiu refletir sobre os vários aspectos relacionados ao atendimento de urgência em especial no contexto do município. A oportunidade de cursar o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, a participação em grupos de pesquisa e em projetos de pesquisa levou-me a direcionar o foco do meu estudo para a pessoa vítima de acidente de motocicleta. Assim busquei aproximar a paixão pela Emergência da linha de pesquisa em que estava inserida, Direito, Ética e Cidadania no Contexto dos Serviços de Saúde. Participando do Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania – GPESC, tive a oportunidade de participar da pesquisa “Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso”, com financiamento aprovado no edital

PPSUS-MT 2006/FAPEMAT – Nº. 010/200. Nas discussões fui estimulada a problematizar os princípios de integralidade e resolutividade do SUS na atenção às vítimas de acidentes de trânsito, direcionando nosso estudo para as vítimas de acidentes motociclísticos.

Os fatores que orientaram a escolha do tema foram: a minha experiência como enfermeira no Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU de Cuiabá e a frequência do atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidente de trânsito envolvendo motociclistas, encaminhadas aos serviços de referência de Emergência da Baixada Cuiabana². A minha atuação na área de emergência como enfermeira, funcionária pública efetiva da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no SAMU permitiu desenvolver atividades profissionais, assistindo os usuários em situação de emergência possibilitando ainda desenvolver atividade profissional como docente na área de Enfermagem em Emergência, atuando em uma universidade particular de Cuiabá, no Curso de graduação em Enfermagem.

As atividades profissionais desenvolvidas como enfermeira do SAMU e como docente, me permitiram atuar em unidades de referência para atendimento ao trauma e acompanhar parte do atendimento às vítimas de acidente de trânsito com motocicletas. Observei que se por um lado, no Atendimento Pré-Hospitalar a assistência à vítima acontecia de forma rápida, buscando minimizar a morbimortalidade, no período Intra-Hospitalar, esta agilidade não constituiu um aspecto de destaque. Era possível visualizar as dificuldades encontradas pelos usuários para dar seguimento ao tratamento, principalmente, aqueles que dependiam de intervenções cirúrgicas do tipo ortopédicas, que passavam por longos períodos de internação aguardando pela cirurgia, ou mesmo recebiam alta para aguardarem em casa. Esta demora representa angústias, incertezas, consequências para o trabalho, implicações para a família, além dos riscos à saúde como o de infecções.

No caso dos usuários vítima de acidente motociclístico, as cirurgias ortopédicas para correção de fraturas, onde não há comprometimento vascular, são consideradas cirurgias eletivas, e por isso, são reguladas através da

² Os municípios que compõem a denominada baixada cuiabana são: Acorizal, Rosário Oeste, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio de Leverger, Várzea Grande, Barão de Melgaço, Jangada, Poconé, Nossa Senhora do Livramento, Paranatinga, Nova Brasilândia, Gaúcha do Norte e Planalto da Serra (CUIABÁ, 2004).

Central de Regulação do SUS (CUIABÁ, 2007). Este critério leva o usuário a aguardar pela cirurgia que responderá as suas necessidades de saúde. Durante esse período muitos problemas podem surgir: estão sujeitos a pneumonias, infecções hospitalares diversas, etc.; pela limitação de movimentos, estão sujeitos a úlceras de pressão, complicações vasculares, articulares, musculares, gástricas; além dos problemas de ordem psicossocial envolvidos, considerando que a observação da realidade evidencia que na maioria das vezes esses usuários são do sexo masculino e jovem, ou seja, fazem parte da população economicamente ativa e são arrimos de suas famílias.

A demanda gerada pelo número crescente de vítimas de traumas e violências tem provocado filas de espera, ou seja, há muitos usuários aguardando a resposta às suas necessidades de saúde, que virá em parte com a realização da cirurgia. O atendimento a esta demanda tem sido motivo de notícia, ou denúncia pela imprensa. Comumente encontramos noticiado o problema da espera, assim como a maneira como alguns usuários lançam mão para acessar o serviço. A realização de mutirões de cirurgias ortopédicas são alternativas utilizadas por alguns gestores com o objetivo de sanar as necessidades dessa clientela. Em outros casos, há usuários que se utilizam da justiça para fazer valer os seus direitos à saúde, conforme foi noticiado pelo Jornal Pequeno em 25/05/2006 e pela Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso em 04/10/2007, respectivamente.

Diante dessa problemática passei a refletir como as práticas dos serviços de saúde, assim como a regulação destes serviços atendem na perspectiva da integralidade, um dos princípios do SUS, aos usuários vítimas de acidentes de trânsito por motocicleta. Segundo Mattos (2004) é necessário pensar a integralidade não apenas como acesso igualitário a todos os níveis de atenção, mas também a articulação entre a assistência e a prevenção dos sofrimentos, pois o que caracteriza a integralidade são: apreensão ampliada das necessidades e principalmente a habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. Nessa perspectiva, Ceccin & Feuerwerker (2004) afirmam que é necessária também uma equipe com capacidade para oferecer atenção integral, o que implica compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas profissionais interdisciplinares e a consideração da alteridade com os usuários.

Ainda, o não atendimento a este princípio traz consequências para o doente, sua família e para o sistema saúde. Assim, neste estudo procuro,

pesquisar os múltiplos custos, as redes sociais e o itinerário terapêutico de uma condição crônica decorrente de um acidente por motocicleta, objetivando compreendê-los e analisá-los na vida do indivíduo afetado, frente às repercussões desta condição à sua família e ao sistema de saúde.

Por muitas vezes a condição crônica é discutida sob a ótica dos problemas clínicos, como por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dentre outros. Os problemas agudos de natureza cirúrgica também são bastante discutidos, porém quando o assunto é um problema agudo que não foi adequadamente gerenciado e por isso tornou-se uma condição crônica não encontramos referências. No caso apresentado como objeto de estudo, observa-se um problema de saúde agudo que ao não se delimitar, passa a configurar-se como condição crônica.

A minha prática profissional, no APH e nas instituições de saúde, levou-me a refletir sobre a experiência das vítimas de acidente motociclístico que vivenciam a condição crônica, todavia estas pessoas poderiam ter histórias de vida diferentes se tivessem recebido cuidado mais resolutivo nas suas buscas por respostas as suas necessidades de saúde. Assim nortearam este estudo as seguintes questões: Como é o atendimento recebido por uma pessoa após o acidente motociclístico e como ela descreve o atendimento após a entrada no serviço hospitalar? Como é percebida a assistência às complicações decorrentes do acidente? Como a experiência do adoecimento é relatada pela pessoa acidentada e sua família? Como ocorre o enfrentamento às necessidades de atenção em saúde? Qual o caminho percorrido na busca por cuidados continuados e prolongados?

Meu pressuposto é o de que o atendimento à vítima de acidente motociclístico não só no atendimento emergencial, mas em todo o processo de adoecimento, conforme os princípios de integralidade e resolutividade preconizados pelo SUS acarretam menos custos para a pessoa, sua família e para o próprio sistema de saúde. A não satisfação das necessidades na ocorrência de uma emergência traumática por acidente de trânsito com motocicleta se traduz na cronificação de um problema agudo de saúde, ou seja, uma invalidez ou uma sequela decorre de um problema que poderia ter sido resolvido por meio do atendimento eficaz.

Assim para compreender os múltiplos custos de uma condição crônica decorrente de um acidente por motocicleta para um usuário e sua família,

proponho identificar os percursos percorridos por eles na experiência da busca por resolução às suas necessidades de saúde, traçando o seu itinerário terapêutico desde o momento do acidente de trânsito.

Ao rever o conhecimento construído sobre o impacto dos acidentes de trânsito e os custos inerentes às vítimas de acidentes de motocicletas, observei que estes se pautam principalmente na aferição dos custos econômicos (IPEA, 2003). Todavia os estudos sinalizam a importância de se avaliar outros custos, principalmente os não visíveis, tais como a dor, os sofrimentos e a perda de qualidade de vida imputada às vítimas de acidentes de trânsito, seus familiares e à sociedade como um todo.

Neste sentido, estudos com essa abordagem ainda são desafios a serem superados, ao dar visibilidade aos outros aspectos presentes na vida da pessoa que vivencia uma condição crônica após um evento traumático, buscando focalizar as múltiplas dimensões em que são afetadas em decorrência do trauma, procuro então ressaltar que, tal experiência implica custos, não apenas para o sistema de saúde, mas também para o doente e sua família.

O Itinerário Terapêutico pode possibilitar a identificação dos serviços de saúde buscados, intervenções utilizadas nas práticas profissionais para o atendimento às necessidades de saúde do sujeito investigado, sinalizando em que medida a instituição de saúde pode responder aos princípios de integralidade e resolutividade. O estudo, portanto, busca compreender os custos de diferentes naturezas envolvidos na condição crônica de uma pessoa acidentada em motocicleta, na sua história de vida e as implicações aos seus familiares, como usuários do SUS no município de Cuiabá/MT.

Defendo que cada pessoa e sua família vivem a experiência do adoecimento de modo particular,

é preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro, que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores e as ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (MASSE, 1995 apud GERHARDT 2006, p. 2450).

Ao profissional de saúde cabe distinguir esta particularidade da busca por cuidado às necessidades de saúde na ótica dos usuários do SUS, reconhecendo que as necessidades são variadas. Assim, ao apreendermos a noção de integralidade e a aplicarmos para orientar nossas práticas profissionais obrigatoriamente a experiência da pessoa ao lidar com sua condição crônica se mostra como eixo para a operacionalização do princípio de integralidade e, principalmente, para o atendimento do direito em saúde garantido constitucionalmente.

O referencial metodológico adotado foi o da compreensão do Itinerário Terapêutico, utilizando como estratégia metodológica a História de Vida Focal. O estudo foi desenvolvido com a finalidade de apreender as implicações da condição crônica decorrente de um acidente motociclístico, através da experiência de uma pessoa vítima desse acidente na busca por resolutividade as suas necessidades de saúde, assim como suas repercussões para a família. A análise buscou compreender a experiência de adoecimento, utilizando também o genograma e o ecomapa como ferramentas de análise, a partir da categorização dos dados.

O presente estudo pretende contribuir com a reflexão sobre as práticas cuidativas dos profissionais de saúde que atuam em setores de emergência, assim como nos setores que recebem pacientes oriundos deles. Aos gestores em saúde trazer uma avaliação dos serviços de saúde do ponto vista de quem vivencia o adoecimento e a busca por cuidados, além de contribuir com a produção científica focalizando os diversos custos decorrentes dos acidentes motociclísticos, na perspectiva da vítima e sua família, assim como vislumbrando as estratégias de enfrentamento da família na busca por respostas às necessidades de saúde e por cuidados prolongados de saúde.

Até aqui me posicionei utilizando a primeira pessoa do singular, porém a partir deste ponto passarei a utilizar a primeira pessoa do plural por entender que o presente estudo é uma somatória de noções e conceitos a partir de estudos de outros autores, além da co-autoria da orientadora que não poderia ser desconsiderada.

2 OBJETIVOS

Compreender a experiência de uma pessoa e sua família com necessidades de cuidado continuado e prolongado após um acidente com motocicleta;

Discutir os múltiplos custos para uma pessoa e família que vivencia uma condição crônica decorrente de um acidente motociclístico;

Descrever o papel das redes sociais de apoio e sustentação na perspectiva da vítima de acidente motociclístico e sua família;

Traçar o itinerário terapêutico de uma pessoa e família na busca por cuidado continuado e prolongado após um acidente com motocicleta.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Ao dar início às discussões deste estudo percebemos a necessidade de resgatar conceitos e concepções que pudessem orientar e fundamentar o presente trabalho, tornando-se, portanto, relevante esclarecer em nosso estudo o conhecimento relacionado à problemática em questão que subsidiou o aprofundamento de nosso objeto.

3.1 A pessoa vítima de acidente motociclístico

Souza; Minayo e Malaquias (2005) ao avaliarem o impacto da violência no trânsito na saúde dos brasileiros, destacam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano 2000 cerca de 1,2 milhões de pessoas morreram por acidentes de trânsito, sendo essa a décima causa de óbito e a nona a contribuir com a carga de doença em todo o mundo. Estima-se que o custo anual dos acidentes de trânsito é em torno de 1% do PIB de países em desenvolvimento e 2% do PIB dos países altamente motorizados. Do total das vítimas que sofreram lesões e traumas, de 20 a 50 milhões ficaram incapacitadas parcial ou totalmente. Cerca de 90% das mortes no trânsito se concentraram, em 2000, nos países com baixa e média rendas e, do conjunto dos acidentes, 11% ocorreram nas Américas. As vítimas de lesões e traumas ocuparam 10% dos leitos hospitalares no ano 2000. Na América Latina, o custo das mortes e das incapacitações por causas ligadas ao trânsito foi de 18,9 bilhões e, nos países altamente motorizados, foram 453,3 bilhões, refletindo em custos sociais em especial nos serviços de saúde e da previdência social.

Nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, a preocupação em prestar atendimento rápido e de qualidade é fomentada pela reflexão do impacto causado pelo trauma em uma nação, considerando o número de anos potenciais de vida perdidos em decorrência de trauma, pois o fato de as principais vítimas serem pessoas jovens gera grande repercussão econômica (Comitê do PHTS da NAEMT, 2004). São considerados Anos Potenciais de Vida Perdidos, a unidade de medida de impacto relativa a várias enfermidades e a problemas de saúde na sociedade, calculada a partir da soma dos anos de vida perdidos em consequência de mortes de jovens ou de falecimentos prematuros das pessoas de uma dada região ou de um país (BRASIL, 2005).

Estudos confirmam a predominância de adultos jovens vítimas de violência nas cidades brasileiras, outro fator importante apontado é a predominância do sexo masculino entre as vítimas (Oliveira & Sousa, 2006; Andrade & Mello Jorge, 2001). Segundo dados do IBGE em 2007, devido às causas externas, principalmente a violência, os homens com idade entre 20 e 24 anos tinham 4 vezes mais chance de morrer do que as mulheres da mesma idade, por isso a expectativa de vida para os homens nesse ano é de 68,8 anos enquanto para as mulheres é 76,4 anos, o estudo conclui que “se as mortes por causas externas, particularmente as violentas, entre a população jovem masculina, não tivessem sua atual dimensão, a esperança de vida dos brasileiros poderia ser mais elevada em cerca de 2 anos”(IBGE,2008).

Souza; Minayo, Malaquias (2005) consideram importante tratar o tema violência, em especial a de trânsito, como parte de uma complexa interação de fenômenos sociais, psicológicos, físicos e tecnológicos e, principalmente, como um problema de cidadania.

Embora possa parecer incoerente afirmar que a pessoa vítima de acidente motociclístico pode tornar-se uma pessoa com condição crônica, o presente estudo traz elementos que podem argumentar os aspectos que contribuem para tal possibilidade.

Primeiramente é relevante diferenciar os termos Condição Crônica e Doença Crônica, que à primeira vista podem parecer sinônimos, no entanto não o são e têm abrangência diferente. Vale ressaltar que o conceito doença crônica está mais voltado para o patológico, a doença propriamente dita, enquanto o termo condição crônica é abrangente e envolve além do conceito de doença os aspectos sociais, familiares, implicados com a limitação física ou psicológica. Todavia uma pessoa pode viver com condição crônica sem necessariamente ter uma doença crônica.

O termo ‘condições crônicas’ engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde (OMS, 2003)

No conceito de condição crônica e doença crônica o tempo tem sido utilizado como critério para classificação. De acordo com Garcia (1994) o *National Center for Health Statistics- USA* define o doente crônico como aquele que tem uma doença com mais de três meses de duração, que limita as funções normais ou que, por sua condição crônica, venha a ser hospitalizado por mais de

um mês em um ano. Pesquisadores canadenses definiram doença crônica como aquela que limita as atividades da pessoa por, pelo menos, seis meses em um ano. Souza (2006) apresenta a definição de doença crônica de Muscari (1998) como aquela que, além de ter uma duração de mais de três meses, limita as funções normais do indivíduo ou leva à hospitalização por mais de um mês.

Além do tempo, os autores têm enfatizado a mudança no modo de viver das pessoas com uma condição crônica. Segundo Martins; França e Kimura (1996, p. 6) a doença crônica pode começar

como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas.

Freitas & Mendes (2007) analisando conceitos verificaram a existência de atributos sempre presentes nas definições de condição crônica, tais como: condição de natureza de longa duração; causadora de incapacidade residual e inabilidade; exigência de maior esforço paliativo, favorecendo o aparecimento de múltiplas doenças; demanda monitoração contínua e ampla estrutura de suporte de serviços, além de ser onerosa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003) o conceito de condição crônica foi redefinido e ampliado. As doenças transmissíveis, anteriormente sinônimo de morte em curto prazo, como era o caso da infecção por HIV, foram incluídas nesse conceito, pois devido aos avanços da ciência médica a pessoa passou a conviver com a doença por uma década ou mais. Ainda incluem-se nesta classificação os transtornos mentais, tais como depressão e esquizofrenia e as deficiências físicas ou 'problemas estruturais' relacionados a outras doenças crônicas ou ao trauma. Então, passou-se a considerar como condição crônica: as condições não transmissíveis, as condições transmissíveis persistentes, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas/ estruturais contínuas.

O trauma passou a ser incluído no contexto das discussões sobre condição crônica, pois pode levar à necessidade de gerenciamento de cuidados em saúde por tempo continuado e prolongado, como é o caso de pessoas vítimas de acidentes, cujo cuidado é demandado tanto da família como do sistema de saúde.

Dentre os acidentes que podem levar as suas vítimas a vivenciar uma condição crônica, focalizamos a pessoa que utiliza como meio de transporte a motocicleta, um dos veículos mais acessíveis nas grandes cidades e que se caracterizam por acometer pessoas jovens. Geralmente é uma pessoa adulta

jovem, do sexo masculino que tem sua rotina interrompida por um acidente de trânsito que o afasta de suas atividades laborais por vários meses devido às incapacidades decorrentes do evento traumático. Essa pessoa e sua família passam a se ocupar do gerenciamento de seus problemas de saúde e a depender do auxílio da Previdência Social. Além disso, para atender as suas demandas passa a necessitar do apoio das redes sociais (vizinhos, amigos e parentes). As vítimas de acidente de trânsito com moto têm o período de tratamento e recuperação pós-trauma estendido por vários meses. De acordo com Souza Filho; Xavier & Vieira (2008), na complexidade que permeia o acidente de trânsito, as vítimas politraumatizadas, ou seja, com múltiplas lesões, têm um período longo de permanência com a doença e seu estado assemelha-se ao adoecimento crônico. Estudos mostram que num período de 9 a 12 meses após o acidente, 20,4% das vítimas apresentam atividade produtiva alterada (OLIVEIRA & SOUSA, 2006), pois os usuários passam longos períodos aguardando por intervenções cirúrgicas. Neste sentido, em nosso estudo chamamos a atenção para a pessoa que convive com as sequelas, ou consequências de um acidente de trânsito e que passa de uma condição aguda para a condição crônica.

As lesões traumáticas, quando devidamente encaminhadas e tratadas, certamente culminarão com a reabilitação completa, a cura da pessoa e o retorno ao seu cotidiano. Não ignoramos que há aquelas condições de saúde e doença cuja natureza e extensão, pela gravidade das estruturas orgânicas afetadas, impossibilitam, ou não respondem satisfatoriamente às intervenções e, portanto, deixam sequelas permanentes levando as pessoas acometidas a viver uma condição crônica. No entanto, neste estudo, optamos por compreender a trajetória de uma pessoa com um evento agudo cujo atendimento efetivo minimizaria as probabilidades de complicações, permanência hospitalar desnecessária, sofrimentos e custos de distintas naturezas.

Neste sentido segundo Penna (1993, p.125), Rutstein em 1976 introduziu o conceito de evento sentinela “como ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária”. Principalmente àquelas necessidades de saúde para as quais já existem tecnologias médicas para o seu atendimento, ou seja, as condições que podem ser evitadas quando é possível o acesso a tais tecnologias. A análise do evento sentinela permite detectar sua gênese, ou seja, averiguar em que fase do processo saúde-doença de uma pessoa pode ter ocorrido falhas, que

podem acontecer desde a alocação dos recursos até as práticas profissionais, ou no modo de utilização dos serviços de saúde pela população.

Sendo assim, nos apoiamos na definição de evento sentinela de Penna (1993) como algo que não deve ocorrer se a rede dos serviços de saúde funcionar adequadamente. Assim, a partir de sua ocorrência é possível detectar falhas nas práticas de atenção em saúde e com isso visar sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde e a reduzir o sofrimento do doente.

O evento sentinela também pode ser definido como a ocorrência inesperada, ou variação do processo envolvendo óbito ou lesão física ou psicológica sérias, ou o risco dos mesmos. Sendo assim, a não conformidade de atenção em saúde que representa a possibilidade de resultado adverso, deve ser objeto de investigação. Sua ocorrência gera dois desafios: compreender como e por que o evento ocorreu e prevenir a ocorrência do mesmo evento ou evento similar no futuro (FONTES; LOBO; MOTTA, 2008).

Os eventos sentinela podem ser usados para a avaliação de serviços de saúde, sendo úteis para elucidar nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços (LOPES; SILVA; HARTZ, 2004). Neste sentido, o nosso entendimento é o de que a noção de evento sentinela poderá oferecer subsídios para a análise da efetivação do princípio da integralidade nas situações de emergências traumáticas decorrentes de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas.

Embora conscientes da utilização do conceito de evento sentinela como um indicador da qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS, este não nos permite afirmar de modo conclusivo sobre a qualidade das práticas de saúde ofertadas, entendemos que esse indicador pode nos favorecer na detecção de possíveis pontos problemáticos na assistência oferecida a pessoas que sofreram acidentes de trânsito e receberam cuidados em hospitais e pronto socorros do SUS.

Assim, consideramos que é possível evitar que eventos agudos, para os quais já existem tecnologias e terapêuticas, tomem-se condições crônicas, se medidas assistenciais forem adotadas de forma correta e no tempo requerido. Com base neste pressuposto, o presente estudo abordou o evento sentinela decorrente de um evento traumático, ou seja, uma situação que poderia ter sido resolvida se medidas adequadas fossem instituídas pelas práticas profissionais e pelos serviços. Evitando-se assim complicações e prolongamento do sofrimento

para a pessoa acidentada no trânsito e seus familiares, bem como a cronificação da condição de saúde e os custos para os envolvidos.

Com frequência o termo 'custo' é utilizado com o sentido de valor monetário, preço que se paga por um bem ou serviço. Neste estudo nos propusemos a utilizar o termo em seu sentido mais amplo, aplicado a compreender a vivência de uma pessoa após um acidente de trânsito por motocicleta, os custos que incidem sobre a vida cotidiana de forma variada, que podem assumir distintos sentidos.

Ao buscarmos o significado do termo *custo* encontramos no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, que a palavra custo pode assumir vários significados, tais como: esforço, trabalho empreendido na produção de bens e serviços; esforço, por vezes subjetivo, que se emprega com o fito de se obter algo, o valor de mercado de alguma coisa, calculado monetariamente, a partir do capital e do tempo gastos na sua produção e a margem de lucro de seu produtor; preço; a quantia, a importância com que se adquire algum bem ou serviço; tempo que se estende para além do esperado ou do desejado; morosidade, tardança (HOUAISS, 2001).

Ao reportarmos ao nosso objeto de análise, ou seja, como seriam os custos implicados na condição crônica de um jovem adulto e sua família, após um acidente de trânsito por motocicleta, constatamos que o termo *custo* assumiu vários significados que não se associam apenas ao valor monetário. Dessa forma, chegamos à conclusão de que quando uma pessoa sofre um acidente de trânsito e necessita de cuidados de saúde, são múltiplos os custos que entram em jogo: como *esforço* na dimensão subjetiva de quem vivencia a situação para manter a calma, vencer o medo, se manter vivo e atento a tudo que diz respeito ao seu próprio corpo; dos familiares para manter a calma e a esperança de que tudo sairá bem; e o *esforço* do trabalho empreendido pela equipe de saúde para dar um atendimento eficaz, dentre outros, são aspectos presentes na trajetória de quem vivencia uma condição crônica após um acidente de motocicleta. Assim, procuramos na história de vida de um sujeito compreender que, tal como define o dicionário HOUAISS (2001), de uma forma, ou de outra, todos os aspectos relacionados a essa palavra podem estar implicados na experiência de quem vivencia um trauma e passa a ter uma condição crônica.

Nosso entendimento é o de que as famílias que vivenciam um trauma podem ter uma condição crônica e isto traz repercussões na vida de todos.

No entanto, tais repercussões nem sempre são consideradas nas práticas profissionais do Sistema de Saúde. Assim, embora cada paciente e sua família percebam estas necessidades de saúde como reais, as práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde não as percebem em sua concretude. As repercussões, portanto tornam-se invisíveis, razão pela qual retratá-las e analisá-las sob a perspectiva da integralidade e da resolutividade em saúde pode oferecer fundamentos teóricos para se pensar em melhores práticas de saúde.

Sabemos que há implicações e custos de diversas naturezas - como pessoal, familiar e social, necessários ao atendimento das necessidades de saúde do usuário, mas invisíveis, pois não são em geral considerados e nem computados nas análises econômicas do setor saúde e, desse modo, é a própria pessoa acidentada e seus familiares que têm assumido parte desses custos. Por isso torná-los evidentes pode constituir fundamentos para a capacitação de profissionais de saúde, pois ao imprimir o sentido de construção de novas formas de cuidados em saúde, poderemos contemplar o princípio da integralidade nas práticas profissionais em saúde com vistas à integração dos serviços.

Ao discutir os múltiplos custos inerentes à vivência de uma condição crônica decorrente de um acidente motociclístico, entendemos que esses custos não são reais apenas para a pessoa doente, mas também a toda a sua família, que na ocorrência de um evento traumático também é mobilizada, pois compartilha diferentes desafios e enfrentamentos, bem como sentimentos e meios de superações. Assim, quando uma pessoa vítima de acidente motociclístico passa a viver com uma condição crônica, que demanda cuidados continuados e prolongados, a família torna-se a principal gestora desses cuidados. Logo, torna-se necessário esclarecer a que tipo de família estamos nos referindo.

Não nos propomos aqui a conceituar família, pois entendemos ser este um conceito complexo e com abrangência indefinida. Porém nos aproximamos da Teoria dos Sistemas de von Bertalanffy para melhor compreensão da família e da sua relação com a pessoa doente. Essa teoria proporciona fundamentos teóricos para o entendimento da família como “um complexo de elementos em mútua interação” (WRIGHT & LEAHEY, 2002. p. 38), sendo cada família uma unidade, com interação dos seus membros, não se restringindo a pessoa isolada. Assim, os conceitos desta teoria aplicados às famílias entendem que: 1 Um sistema familiar é parte de um suprassistema mais amplo que, por sua vez, é composto de muitos subsistemas; 2 A família, como um todo, é maior que a

soma de suas partes; 3 A mudança em um membro afeta a todos na família; 4 A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade; 5 Os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não linear (WRIGHT & LEAHEY, 2002). Estes conceitos aplicados ao contexto de uma pessoa doente vinculam a sua família como elemento importante do processo saúde doença.

Galán (2008) chama a atenção para o fato do conceito de família não ser algo estável, pois foi alterado ao longo da história e varia de acordo com os diferentes contextos culturais. Na visão de Serapioni (2005) as diferentes crises que têm afetado a família possibilitaram o surgimento de um novo tipo de família e novas reflexões sobre ela. Assim, atualmente os vínculos na família extrapolam a consanguinidade e se estendem a outros aspectos, como a afetividade.

Todavia, sem que desapareçam as referências à biologia, ao casal e à filiação, agora são valorizados outros fatores que já estavam presentes nas concepções das relações familiares, como o amor, a convivência, a solidariedade material e a consideração entre parentes. Sendo assim, os diferentes tipos de família têm em comum que os membros que a compõem se querem, se cuidam e compartilham um lar (GALÁN, 2008). Neste sentido, concordamos com tal aceção na medida em que tais sentimentos entre familiares são fundamentais no processo saúde e doença.

Corroborando esse pensamento, Serapioni (2005 p. 243) afirma que a “família é cada vez mais objeto de atenção das instituições governamentais e dos cientistas sociais pela grande quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado que ela desenvolve”. E independente do rumo das discussões terminológica e conceitual, a família precisa ser compreendida como: intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; mediação entre cultura e natureza; mediação entre esfera privada e esfera pública.

Consideramos não só a família nuclear, mas aqueles que compartilham laços muito fortes que os unem, a família extensa, expressa por pais, tios, irmãos, sogros, cunhados e até amigos muito chegados.

Assim, no contexto da pessoa vítima de acidente de motocicleta, não só o atendimento emergencial é importante; é preciso que o atendimento às necessidades de saúde se estenda por todo o processo de adoecimento pós-trauma. O atendimento adequado e resolutivo evita complicações denominadas evento sentinela. No processo de atenção à vítima de acidente motociclístico, a

família se constitui como elemento fundamental no enfrentamento dos desafios da pessoa acidentada.

3.2 O princípio da integralidade no atendimento às necessidades de emergência traumática

A atenção em saúde em emergências traumáticas tem sido motivo de discussão e defendida por autores como um momento importante para qualquer pessoa, pelo impacto do trauma e pelas repercussões que isto acarreta no âmbito biológico, psíquico, familiar e social.

O cotidiano das práticas profissionais em saúde evidencia a adoção da racionalidade clínica, a qual tem como pressuposto básico o foco predominante na doença. Esta forma de pensar o cuidado em saúde, quando adotada de modo exclusivo, destoa das propostas do SUS, pois dificulta e até mesmo impede o atendimento ao princípio da integralidade. Ao pensarmos em práticas resolutivas nos reportamos àquelas capazes de atender as necessidades de saúde da população. Mas como chegar a uma definição de necessidades de saúde de forma que possamos viabilizar o seu atendimento profissional em nossas práticas cotidianas nas instituições de saúde, já que as necessidades são amplas e complexas?

Sabemos que algumas necessidades de saúde só serão garantidas mediante o exercício pleno da cidadania, mas que ao considerá-las como patamares para nossa atuação profissional poderemos qualificar as nossas práticas em saúde. Todavia, mesmo considerando as necessidades decorrentes de diferentes tipos de emergências e urgências, tais como as “urgências de cidadania” (Dellatorre, 2005, p.12), a realidade das necessidades biológicas responsáveis pelos estados orgânicos funcionais precisa receber uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, já que dessa atenção depende a continuidade da vida e a possibilidade de luta para resolutividade das demais necessidades.

Neste sentido, Cecílio (2006) nos convida a fazer uma mediação “entre a incontornável complexidade do conceito (necessidade de saúde) e sua compreensão e apropriação” (CECÍLIO, 2006, p. 114) buscando uma qualificação de nossas ações em saúde. Assim, a partir da noção de necessidades de saúde poderemos, também, alcançar uma definição ampliada de integralidade, de modo que possa ser trabalhada em suas várias dimensões. Nesta visão, consideramos a primeira dimensão como aquela resultante do “esforço e confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos

serviços de saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 115), como integralidade focalizada, já que delimitada a um espaço específico do sistema de saúde. Para o exercício da integralidade focalizada, portanto, as necessidades trazidas pelos usuários do SUS precisam ser decodificadas de forma a possibilitar o melhor atendimento possível e o seu resultado traduzido no esforço individual de cada profissional e da equipe de saúde como um todo.

Cada atendimento, de cada profissional, deve estar comprometido com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO 2006, p. 116).

A integralidade da atenção supõe que haja articulação entre os diferentes níveis de atenção no atendimento as necessidades de saúde de uma pessoa, assim ao pensarmos em práticas resolutivas nos reportamos àquelas capazes de atender as necessidades de saúde da população, evitando a ocorrência de complicações.

Para atender as necessidades de saúde na perspectiva da integralidade também é necessária a integração dos serviços, o que para Pinheiro (2003) significa alinhar-se ao conceito ampliado de integralidade como ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A integração permite o ir e vir do usuário pelos diferentes níveis do sistema de saúde através da referência e contra-referência e durante todo o processo seu prontuário deve ser acessado por todos os profissionais, o que previne a realização de exames e procedimentos desnecessários. Nesse contexto, a regulação dos serviços de saúde que exerce papel fundamental de garantir o acesso dos usuários, deveria facilitá-lo e não burocratizá-lo.

Em discussão sobre necessidades de saúde, Mattos (2005) enfatiza o acesso às condições dignas de vida, conforme descrito no relatório da VIII Conferência de Saúde que inclui o acesso aos serviços de saúde, como direito e uma das dimensões das condições de vida digna.

O acesso aos serviços está vinculado à procura por tecnologias médicas, no Brasil, a incorporação dessas tecnologias, usadas a serviço da saúde, são reguladas através da vigilância sanitária: é o Estado preservando o cidadão de tecnologias inúteis ou prejudiciais à saúde. Os estudos científicos orientam o que é

um serviço necessário à saúde, porém a pressão exercida pelas indústrias, para alavancar o consumo dessas tecnologias, por vezes coopera com a dificuldade em delimitar o que é de fato uma necessidade de saúde (MATTOS, 2005). Assim, em meio à disponibilidade dos serviços de saúde, nem sempre as instituições e os profissionais de saúde encaminham e atendem as reais necessidades de cada pessoa.

Mattos enfatiza ainda, que nem sempre os profissionais de saúde conhecem e utilizam o conjunto de conhecimentos disponíveis sobre as situações nas quais determinada tecnologia em saúde pode ser útil. Sendo assim, o volume de recursos gastos com procedimentos supostamente desnecessários é provavelmente muito significativo. Disto resultam graves consequências, por exemplo, a frustração por parte da população que não tem acesso a tecnologias em saúde que efetivamente são necessárias para o atendimento às suas necessidades. Ainda, quando um profissional prescreve um procedimento ou medicação necessária ao doente, este nem sempre tem acesso ao mesmo. Embora o usuário possa lutar por seus direitos e acionar o Judiciário para julgar sua causa, isto nem sempre acontece.

Para este autor, “no contexto do SUS, a continuidade da luta pelo direito à saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam necessários”. Nessa caminhada inúmeros atores sociais devem estar envolvidos, e o princípio da integralidade deve ser o eixo estruturante das propostas de mudança da prática, o que não significa abandonar os conhecimentos ditos científicos sobre as doenças, mas interagi-lo com outros, como aqueles que possibilitam visualizar a doença como “parte integrante dos movimentos da vida” vislumbrando novas “modos de andar a vida”³ (SOUZA, LIMA, 2007), já que a noção de integralidade pressupõe a consideração da vida em suas múltiplas dimensões.

A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde baseado no texto da Constituição Brasileira que afirma ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação [...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Em estudo

³ Noção adotada por Souza (2006) com o significado de “as maneiras com que as pessoas se conduzem e enfrentam sua existência cotidiana, ou seja, como possibilidade de caminhos e de trânsitos nos contextos sociais, educacionais e de saúde, entre outros”.

sobre os sentidos da integralidade Mattos (2004) afirma que há três sentidos. Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, este mais relacionado à abrangência das respostas governamentais, um segundo relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e o terceiro voltado para os atributos das práticas de saúde.

De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004) o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Esta abordagem deve ser o foco do estudo e do agir em saúde por parte de todos os profissionais, Mattos (2004) afirma que não se deve reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao profissional cabe visualizar o contexto em que o usuário está inserido, ou seja, é preciso visualizar além da perna fraturada, além do corpo politraumatizado. Precisa compreender as repercussões do evento traumático, não apenas para a pessoa acometida, mas também para a sua família. Em outro estudo este autor, enfatiza que o princípio da integralidade implica superar reducionismos, ou seja, é necessário ver a pessoa além de um corpo com uma lesão, assim como além do individual, é necessária a abordagem integral que inclua a família como aspecto fundamental no contexto do atendimento. É necessário defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, defender o acesso a todos os níveis de atenção, porém, com igual importância, defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência curativa e de reabilitação, de modo que exista sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. Assim, o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de saúde, mas principalmente a habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde.

Considerando que a resolutividade é constituída de forma processual e, portanto, comporta distintos e diversos percursos de profissionais de saúde e usuários do SUS, a resolutividade da qual nos ocupamos se apóia em práticas cuidativas e estas vão além da clínica, pois mesmo a clínica sendo um

elemento importante para a sua efetivação apenas a sua prática não é suficiente para a obtenção de respostas efetivas às necessidades de saúde.

Neste sentido, defendemos que a integralidade no atendimento à pessoa vítima de acidente motociclístico deve focalizar as ações no âmbito do atendimento às emergências e urgências traumáticas dentro do espaço de prontos socorros e hospitais, garantindo aos usuários as tecnologias disponíveis e necessárias a cada situação, mas vislumbrando uma integralidade ampliada somente possível por meio de uma articulação em rede de saúde.

Sabemos que as tecnologias de saúde exigidas em diversos acidentes de trânsito estão relacionadas a equipamentos e instrumentos sofisticados, associados a saberes e práticas da clínica médica especializada, o que nos leva a considerar que a integralidade da atenção se inicia com a adequada aplicação dessas tecnologias com a garantia da melhor atuação profissional possível para o atendimento às necessidades biológicas. Assim, as intervenções especializadas podem atingir o objetivo da integralidade, se quem as pratica tiver noção do “modo andar vida” da pessoa atendida, seus vínculos prévios com outras equipes de saúde, bem como o seu grau de autonomia e o que pensa sobre as suas necessidades de saúde. Neste sentido, concordamos com Cecílio (2006, p. 119) que, “[...] ao afirmar que uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda ‘referenciada’ que o traz ao consultório [...]”. Esta é a noção de integralidade focalizada que poderá ser adotada nos serviços de urgência e emergência traumáticas, à medida que os profissionais de saúde forem conseguindo superar a fragmentação do trabalho, hoje restrito ao atendimento pontual das demandas de saúde.

A adoção da integralidade focalizada, certamente, permitirá o alcance de maior resolutividade das necessidades de saúde desencadeadas a partir de um acidente de trânsito, o que poderá se traduzir em um itinerário terapêutico menos tortuoso, já que a lógica do usuário do sistema de saúde poderá contar com a lógica de profissionais de saúde compartilhando e orientando o percurso.

3.3 O itinerário terapêutico como indicativo da lógica do usuário

O itinerário terapêutico possibilita a interpretação dos processos implicados no adoecimento e busca por cuidados de pessoas e seus familiares sobre suas escolhas, avaliações e aceitação ou não de determinadas instituições de saúde e formas de tratamento nelas ofertadas (REINALDO, 2003)

Desta forma, o Itinerário Terapêutico (IT) será utilizado neste estudo para apreciar os percursos percorridos por usuários e suas famílias na busca pela resolução de suas necessidades de saúde (GERHARDT, 2007). Entende-se que nesta busca, cada pessoa e sua família traçam caminhos de acordo com sua própria lógica, orientada por critérios singularmente definidos, influenciadas por suas experiências de vida. Tais critérios são estabelecidos por meio de redes formais e informais de apoio e de pertença que permitem certa sustentabilidade para quem vivencia uma experiência de agravamento à saúde e também de acordo com a lógica de disponibilização dos serviços de saúde que podem ou não atender a tais necessidades (ARAÚJO; BELLATO; SOUZA & MARUYAMA, 2007).

O IT é aqui entendido, portanto, como proposto por Gerhardt (2006), ou seja, uma prática exercida por indivíduos no enfrentamento de agravos à sua saúde a partir dos contextos em que eles se inserem.

Concordamos com Araújo; Bellato; Souza; Maruyama & Costa (2007) ao afirmarem que as práticas avaliativas em saúde têm, em geral, privilegiado a ótica dos serviços de saúde e das práticas profissionais, mas que a apreensão e a análise da experiência de adoecimento diretamente de quem a vivencia podem, igualmente, trazer perspectivas originais e privilegiadas de avaliação dos serviços de saúde.

Assim, ao apresentar o IT da pessoa com trauma é possível avaliar as lacunas existentes nas práticas profissionais e que, de certa forma, influenciam no tratamento e reabilitação do doente, bem como visualizar em que medida afetou a dimensão física, psicológica, social e familiar da pessoa.

Bellato; Araújo & Castro (2007) defendem as potencialidades do uso do IT como instrumento de avaliação das instituições formais de saúde acionadas pelas pessoas que percorreram os serviços de saúde na busca por cuidado. As autoras reforçam ainda, que o IT favorece a análise da (re) organização

familiar, como unidade primária de cuidado em saúde na ocorrência de adoecimento de um ou mais de seus membros e evidencia os movimentos empreendidos também pela família na busca por cuidado. Analisando a partir da ótica do usuário, o IT permite visualizar as facilidades, dificuldades e limitações encontradas por ele e sua família na busca por cuidados. Também permite visualizar o acesso às instituições de saúde, a avaliação do usuário quanto aos serviços ofertados e suas respostas, em cada um e no conjunto dos percursos que compõem sua trajetória; ou seja, a resolutividade obtida, ou não, em cada serviço e prática encontrada.

Sendo assim, este estudo buscou o olhar privilegiado de usuários do SUS e suas famílias na busca por cuidados às suas necessidades e, nas condições em que vivenciaram essa experiência, as possibilidades de resolutividade de tais necessidades pelas práticas profissionais desenvolvidas nos serviços de saúde.

Para a compreensão do IT empreendido pela pessoa vítima de acidente motociclístico e sua família na busca por cuidados, utilizamos neste estudo o Genograma e o Ecomapa como ferramentas de análise dos dados, pois estes desenhos permitem a visualização das redes sociais no cuidado continuado e prolongado que a condição requer.

Em estudo sobre redes sociais Tomaél; Alcará & Di Chiara (2005), afirmam que as pessoas estão inseridas na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no âmbito familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho, ou seja, as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm é que fortalecem a esfera social. Reforçam, ainda, que a própria natureza humana nos liga a outras pessoas e estrutura a sociedade em rede. Conceituam rede social como uma estrutura não-linear, descentralizada, flexível, dinâmica, sem limites definidos e auto-organizável, que se estabelece por relações horizontais de cooperação.

Costa, López (1983, apud Oliveira & Bastos, 2000) enfatizam que o indivíduo submetido a condições adversas usa várias alternativas de superação de agravos que atingem sua saúde: esgotando competências individuais, recorre à rede de apoio social.

Na visão de Sluzki (2006), redes sociais ativas e efetivas podem afetar a saúde do indivíduo positivamente, ou seja, nas redes sociais as pessoas podem, por exemplo, ser motivadas a aderirem a uma terapêutica prescrita,

consultar especialistas após a sugestão de membro da rede, sendo assim geradora de saúde para a pessoa.

Por outro lado, uma pessoa que vivencia um problema de saúde, principalmente as condições crônicas, pode se afastar de sua rede social, devido a diferentes processos inter-relacionados. A exemplo de alguns citados por Sluzki, as doenças tendem a gerar nas pessoas uma conduta evitativa, restringem a mobilidade do sujeito, reduzindo as oportunidades de contatos sociais e a iniciativa de ativação do sujeito na rede, os comportamentos de cuidados que uma condição crônica gera, tendem a esgotar os membros da rede social. Esses processos corroboram o isolamento social, impactando negativamente a vida da pessoa que vive uma condição crônica.

O isolamento social, após uma situação adversa como um acidente de trânsito com a ocorrência de problemas que afetam a saúde e diminui a mobilidade e o potencial de interação da pessoa afetada com seu grupo social reflete de forma negativa na relação indivíduo-rede. Isto porque, segundo Andrade & Vaitsman (2002), por estar debilitada a pessoa reduz as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Pois, as relações sociais têm por base uma troca, um 'quid pro quo'⁴ através da qual se espera retribuição na mesma intensidade da atenção oferecida.

Nas redes sociais os indivíduos que se inter-relacionam estabelecem trocas em alguma medida e para Sluzki (2006) nas redes sociais o conjunto de seres interage de maneira regular, conversa e troca sinais que os corporizam, os tornando reais.

Entendemos que o uso do IT como tecnologia avaliativa nos permite visualizar os percursos dos usuários do sistema de saúde na sua busca por cuidados e, associado ao genograma e ao ecomapa nos permite vislumbrar as redes de relações sociais da pessoa e sua família, a partir daí podemos então discutir e avaliar as práticas em saúde.

Corroborar este pensamento Pinheiro & Silva Junior (2008, p. 34) ao afirmarem que "os itinerários terapêuticos, como prática eficaz de avaliação, não se circunscrevem apenas aos indivíduos que agem, mas às redes de relações

⁴ Expressão latina que significa "algo por algo" se refere a troca de bens ou serviços. É também muitas vezes usada como sendo troca de "favores". (WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2008)

sociais que são construídas nessa atuação, as quais configuram o imaginário sobre o tratamento demandado”. Para os autores o imaginário expressa as experiências do adoecimento e suas diferentes formas de tratamento, incluindo as diferentes formas de doença e de cura, e também as estratégias utilizadas na busca por cuidados.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo e natureza do estudo

O trajeto de realização deste estudo foi marcado por vários momentos, dentre os quais podemos destacar como predominantes as trocas de idéias e construção conjunta de conhecimento no Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania. O convívio em grupo possibilitou a elaboração de nossa trajetória metodológica de modo gradativo e prazeroso. Considerando as inquietantes incertezas que sempre ocorrem ao empreendermos algo desafiador como adotar o referencial metodológico de uma pesquisa, ainda assim resolvemos encarar o desafio de compreender o Itinerário Terapêutico de uma pessoa em sua condição crônica devido a um acidente de trânsito por motocicleta e as implicações dele decorrente no que se refere aos custos para a pessoa e sua família.

Nosso estudo se caracteriza como pesquisa de campo de natureza qualitativa, com objetivo exploratório e descritivo desenvolvido com a finalidade de apreender por meio da experiência de uma pessoa vítima de acidente motociclístico as implicações para sua vida e de sua família, na busca por resolutividade para as suas necessidades de saúde com base no princípio da integralidade na atenção à saúde.

Os estudos qualitativos se aplicam ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006). Neste sentido, ao possibilitar apreender aspectos subjetivos da vivência da pessoa, nos permite alcançar a sua experiência no processo saúde-doença.

Os estudos exploratório-descritivos são os mais usados nas pesquisas sociais, pois proporcionam maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito e também permitem a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou mesmo a relação entre variáveis (GIL, 2002).

Considerando nossa opção de compreender a experiência de uma pessoa com trauma ortopédico na vivência de uma condição crônica decorrente de acidente de motocicleta, na voz pessoa acidentada e os custos implicados nesta experiência, optamos pela abordagem compreensiva, uma vez que nosso interesse

se dirigiu a entender como se deu tal experiência. Por conseguinte nosso estudo procurou compreender a experiência de uma pessoa, desta forma, o nosso olhar foi direcionado para o cotidiano de um sujeito em sua vivência com uma condição crônica decorrente de um acidente motociclístico em busca dos cuidados requeridos às suas necessidades de saúde.

Ressaltamos que ao adotarmos a abordagem compreensiva, indagamos pelos motivos, as interpretações e a vivência da pessoa frente ao fenômeno do adoecimento desencadeado a partir do acidente de trânsito tendo como meio de transporte a motocicleta.

Segundo Minayo; Souza; Constantino & Santos (2005), os estudos compreensivos permitem partir de investigação empírica e confrontar os dados da realidade com o modelo idealizado. Assim, os dados derivam do modo de vida, das relações e das representações dos sujeitos investigados.

A avaliação orienta-se para captação e compreensão dos vários e diferentes significados dos sujeitos sobre os processos que estão vivendo, bem como apóia-se na crença de que os atores envolvidos em intervenções sociais são capazes de descrever, explicar e justificar suas ações e relações com argumentos afetivos, tradicionais e racionais (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO & SANTOS, 2005, p.83).

Em nosso estudo utilizamos a fundamentação de autores que versam sobre a integralidade para compreender o Itinerário Terapêutico a partir da experiência do adoecimento de uma vítima de acidente motociclístico que passa a conviver com a condição crônica, as práticas de saúde realizadas e em que medida foram resolutivas.

4.2 Estratégia metodológica e técnicas de coleta de dados

No esforço de encontrar uma estratégia metodológica que permitisse apreender a lógica privilegiada dos sujeitos, como aquela que maior potencialidade oferecesse para a compreensão de como se organiza, sob a perspectiva da integralidade, os serviços e a oferta de cuidados no sistema público de saúde do município de Cuiabá/MT, encontramos na História de Vida Focal (HVF) os potenciais para nos revelar as experiências cotidianas de pessoas ao lidar com a busca de respostas às suas necessidades de saúde e, por consequência como a mais apropriada para desvelar o IT de um usuário do SUS com uma condição crônica motivada por um acidente de trânsito causado por motocicleta.

O emprego da história de vida em nosso estudo se justifica por servir de ponto de referência para avaliar em que medida o princípio de integralidade tem se efetivado nos serviços e nas práticas de saúde na atenção as emergências traumáticas, na perspectiva de quem vivencia uma condição crônica decorrente de um trauma ortopédico. Assim, essa estratégia é tomada na função de

fornecer-nos palpites (insights) sobre o lado subjetivo de muitos estudos, no que diz respeito aos processos institucionais sobre os quais suposições não verificadas são muitas vezes elaboradas. Embora as teorias digam respeito mais à ação institucional que à experiência individual dentro destes processos, esta última é de certa forma considerada. Estas teorias, em última instância, levantam questões sobre a natureza da experiência individual (BECKER, 1973 apud HAGUETTE, 2007, p. 82.).

A denominação de história de vida focal foi assumida porque nos permite restringir a sua utilização com caráter direcionado ao evento ocorrido com o acidente de trânsito por motocicleta do qual motivou a condição crônica.

Minayo (1994) afirma que a história de vida tópica enfatiza uma etapa, ou setor da vida pessoal, ou de uma organização. Ressalta ainda que em geral, focaliza acontecimentos específicos na forma como foram vivenciados, individualmente, ou por um grupo social. Assim ao apreender a história de vida de uma pessoa no processo saúde-doença tentamos revelar a dimensão intangível de acontecimentos experienciados.

Assim, ao adotarmos a História de Vida Focal como estratégia metodológica de compreensão do vivido por uma pessoa, o fizemos no sentido atribuído por Bellato et al. (2008, p. 850), ou seja, de sua “possibilidade de compreensão profunda do vivido, pois nos permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual, interpretam-na e lhes dão significado”, assim como, de apreensão do percurso empreendido pela pessoa em busca por cuidado à sua saúde.

Minayo (2006) afirma que esta estratégia de pesquisa busca o sentido da experiência humana comum em lugares sociais específicos, para esta autora, esta pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais e contingências cotidianas.

A pertinência dessa abordagem metodológica se deve ao fato dela permitir dar voz à pessoa que vivencia a condição crônica decorrente de uma condição aguda, após um acidente de trânsito e a busca por cuidados junto a serviços de saúde, trazer os sentidos que a direcionaram nessa busca, sendo o mais fiel possível as suas experiências, memórias e interpretações (HAGUETTE, 1997).

Para acessarmos a HVF empregamos a Entrevista em Profundidade (EP) como estratégia, no entendimento de que ela consiste em uma conversa aberta, mas intencionada na qual é possível uma relação comunicativa, articulada e livre para os participantes, exigindo, portanto, um vínculo de confiança prévio. Nela a pessoa entrevistada é estimulada a falar da forma mais livre possível sobre o tema proposto. Neste sentido, as perguntas só são feitas se houver necessidade de maior aprofundamento (MINAYO, 2006). Segundo Bellato et al. (2008, p. 853), a entrevista em profundidade “pressupõe o estabelecimento de um relacionamento aberto e informal”.

A entrevista foi direcionada da seguinte forma: conte-me como tem sido a experiência de adoecimento e a busca por cuidados para você e sua família, e como isto tem afetado suas vidas. Assim, a partir de uma pergunta inicial de caráter geral, gradativamente foi estabelecido o diálogo possibilitando o aprofundamento de acordo com aquilo que os entrevistados foram trazendo em sua história.

A estratégia metodológica da história de vida teve como foco o Itinerário Terapêutico empreendido na busca por resolutividade de suas necessidades de saúde; e foi traçada por meio da retrospectiva dessa experiência, sua evolução e busca por cuidados nos serviços de saúde, de maneira a entender os múltiplos custos implicados na experiência.

4.3 A entrada no campo da pesquisa e seus desdobramentos.

A pesquisa foi realizada no município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, município com área 3.538 Km², com uma população estimada de 542.861 em Julho de 2006, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em atendimento ao projeto matricial intitulado “avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso”, como já

referido na introdução, a busca pelos participantes deste estudo foi orientada de conformidade com suas diretrizes, as quais definiam que os mesmos deveriam residir na cidade de Cuiabá e municípios adjacentes pertencentes ao Consórcio Intermunicipal da Baixada Cuiabana.

Com base no nosso objeto de estudo e seus objetivos foi selecionado um sujeito residente no município que no período da coleta de dados vivenciava a condição crônica decorrente de um trauma ortopédico após um acidente de trânsito envolvendo motocicleta.

A seleção ocorreu a partir de conversas e visitas devidamente autorizadas (ANEXO – 1), à instituição de saúde referência para atendimento ao trauma no município, o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC) e as suas enfermarias, onde comumente os usuários aguardam por procedimentos cirúrgicos.

O HPSMC é um hospital geral, ligado à esfera administrativa municipal, classificado pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) como hospital tipo II em urgência, atendendo no nível ambulatorial a média e alta complexidades e no nível hospitalar a alta complexidade. A instituição atende a demanda espontânea e referenciada e possui um total de 224 leitos, mas apenas 212 ativados, dos quais 31 destinam-se a cirurgia geral; 08 a cirurgia plástica; 04 a bucomaxilo facial; 17 a ortopedia/traumatologia; 03 a oftalmologia; 08 a neurocirurgia; 56 a clínica geral; 07 a neurologia; 10 a UTI neonatal – tipo II; 04 a unidade de isolamento; 10 a UTI adulto – tipo II; 10 a UTI pediátrica – tipo II; 08 a pediatria cirúrgica; 43 a pediatria clínica e 05 a crônicos. Para o atendimento a esta demanda a instituição conta com 1017 profissionais de saúde (DATASUS, 2008).

Os leitos cirúrgicos do HPSMC são divididos em 4 enfermarias, sendo uma para usuários do sexo feminino e as demais para masculino, destas uma é ocupada por usuários que apresentam infecção. Não há distinção de enfermarias por tipo de cirurgia, todavia em sua maioria os leitos cirúrgicos são ocupados por usuários que demandam tratamento ortopédico.

Entender as características da instituição de saúde nos permite entender o contexto do hospital e a sua demanda, como é o usuário que busca pelo serviço, as características dos sujeitos e entender como se deu a busca pelo sujeito deste estudo. Portanto, foi nossa intenção selecionar um sujeito que busca esta instituição pela sua relação com o atendimento em situações de emergência.

Para a definição e escolha do sujeito da pesquisa, nos pautamos em estudos que caracterizam as pessoas vítimas de acidente motociclístico. Assim definimos que o sujeito deveria ser do sexo masculino, com idade entre 20 e 29 anos, que tivesse se acidentado no uso de motocicleta, e que estivesse há mais de 03 meses em busca por cuidados à saúde, objetivando a resolução de suas necessidades, bem como, deveria pertencer a um dos municípios que compõem a baixada cuiabana.

Foram excluídos deste estudo aqueles usuários que devido à gravidade do trauma tiveram o diagnóstico de lesões irreversíveis do ponto de vista clínico ou cirúrgico, como é o caso da paraplegia decorrente de trauma raquimedular.

A aproximação com o sujeito se deu de forma natural e utilizando perguntas comuns em nossa cultura, tais como: O que aconteceu com você? Onde você mora? Qual a sua idade? Quanto tempo está internado? Com estas conversas nos aproximamos dos usuários que vivenciavam e necessitavam de tratamento após acidentes, mas que não atendiam aos critérios estipulados para o sujeito deste estudo. Conversamos com uma das enfermeiras da unidade Clínica Cirúrgica, com a intenção de recebermos sugestões de nomes de usuários que tivessem recebido alta, porém não obtivemos êxito. Cogitamos a possibilidade de fazer busca no Sistema de Prontuário para localizar o sujeito, e necessitaríamos recorrer ao sistema de informação do hospital.

No entanto, não precisamos procurar por muito tempo, pois em nossas caminhadas pelo hospital e em conversas com usuários e profissionais, nos deparamos com um usuário que atendia completamente aos requisitos da pesquisa, incluindo o de concordar em participar como sujeito de nosso estudo. Explicamos no que consiste a pesquisa, assim como os princípios éticos obedecidos, tais como a confidencialidade dos dados, preservação da identidade e a possibilidade de afastamento do estudo se houver necessidade.

Sendo assim, o sujeito da pesquisa é Nicolás⁵, do sexo masculino, 24 anos, casado com Ágata, 27 anos, também participante do estudo, sem filhos, residentes no município de Cuiabá. Ele foi vítima de um acidente de trânsito, conduzindo sua moto colidiu com uma charrete de tração animal que fazia

⁵ Nicolás e Ágata são nomes fictícios escolhidos pelo sujeito do estudo, estes, assim como os demais nomes, foram trocados visando à preservação da identidade dos participantes e das pessoas citadas por eles no decorrer do estudo.

o mesmo percurso. Na ocasião do acidente desenvolvia trabalho autônomo como vendedor. Além dessa atividade também desenvolve uma ocupação com vínculo empregatício formal, como leitor de consumo de energia elétrica, em ambas as atividades utilizava a motocicleta como ferramenta de trabalho. Possui escolaridade Nível Médio completo, e ainda atua como técnico de informática como autônomo. O Nicolas é um jovem extrovertido, bem orientado e crítico, um diferencial em se tratando de usuário do sistema público de saúde. Apresentou-se bastante interessado em participar da pesquisa, justificando que, ao expor sua experiência, poderia estar colaborando indiretamente com outros usuários do sistema de saúde. Além da oportunidade de expressar formalmente os seus sentimentos a respeito da experiência vivida.

O impacto com a charrete provocou cortes em diversas partes do corpo, principalmente no membro superior direito, fratura de clavícula, fratura aberta em membro inferior direito na porção média da tíbia e fíbula e fratura fechada no tornozelo direito.

O diário de campo destinou-se aos registros de pontos importantes relacionados aos dados que ouvimos, vimos ou presenciamos na fase da coleta de dados. As anotações no diário de campo foram realizadas depois de cada entrevista fazendo constar as descrições das pessoas, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, incluindo ainda o registro de idéias, estratégias, reflexões e “insights” ocorridos na fase da coleta de dados (ANEXO - 2). Segundo Minayo (2006), as anotações no diário de campo possibilitam ao pesquisador registrar suas impressões pessoais e a observação de comportamentos contraditórios.

Marcamos um primeiro encontro para aproximação com os sujeitos da pesquisa, esclarecimento de dúvidas e coleta de assinaturas dos participantes nos formulários do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados aconteceu em dois momentos, através de visitas à residência dos sujeitos da pesquisa, nos dias 27 de março e 14 de junho de 2008.

4.4 Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos deste estudo se pautaram nos critérios regulamentadores dos aspectos ético-legais da pesquisa envolvendo seres humanos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, a pesquisa matricial foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso sob o número 307CEP-HUJM/06 (ANEXO - 3) e o presente estudo seguiu rigorosamente suas definições.

As entrevistas, portanto, só iniciaram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO - 4). Os participantes foram tratados dignamente com respeito às suas autonomias, assegurando aos mesmos o direito de se retirar da pesquisa no momento em que desejassem, bem como a sua confidencialidade e privacidade. Antes do início de cada entrevista foram dadas todas as informações a respeito deste estudo, assegurando o sigilo das informações colhidas, bem como o caráter voluntário das informações e de que os dados coletados comporão um banco de dados arquivados pelo Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania.

4.5 O processo da análise dos dados empíricos

Diante das gravações realizamos a transcrição, na íntegra, dos dados coletados através da entrevista, permitindo assim, uma primeira aproximação com o IT relatado pelo usuário. Da coleta formamos um corpus de dados contendo a história do adoecimento de Nicolás que possibilitasse a organização e análise do material empírico.

De posse do corpus de dados e entendendo a análise como um processo que aplicado a uma realidade nos permite discriminar seus componentes e descrevê-los, utilizamos essa primeira visão do todo para fazer sínteses mais específicas de modo a permitir chegar a um maior conhecimento da realidade estudada. A análise foi realizada inicialmente por meio de leitura flutuante de todo o material transcrito das entrevistas, buscando apreender o IT da experiência de adoecimento do Nicolás. Esta etapa nos permitiu apreender as estruturas de relevância, as idéias centrais e os momentos chave dentro do texto.

A seguir fizemos a releitura exaustiva buscando as unidades de significados contidas na transcrição dos dados empíricos. Nesse momento, adotamos a noção de Martins & Bicudo (2005) de que não há métodos e técnicas específicos para se chegar a tais unidades na compreensão do fenômeno estudado, pois esta apreensão depende muito mais da habilidade e da *intuitividade* do pesquisador, uma vez que ao se concentrar nos significados o que mais preocupa não são os fatos, mas principalmente o significado dos eventos para os

participantes da pesquisa. Nesta fase fizemos a leitura horizontal, ou seja, a consideração de unidades de significados presentes nas duas entrevistas, mantendo o nosso foco na experiência da condição crônica vivenciada por Nicolas e a família na busca por cuidados às suas necessidades de saúde.

Das leituras exaustivas foram emergindo os significados que possibilitaram os agrupamentos para a construção das categorias empíricas. Não sendo realizada de forma rígida, esta fase nos permitiu várias idas e vindas na leitura e a criação das unidades de significados que nos evidenciaram os modos buscados por eles nas experiências vividas.

Segundo Gomes (2001, p. 70) “a palavra categoria, em geral, refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si” e servem para o estabelecimento de classificações, agrupando elementos, idéias ou expressões que comportam um mesmo conceito.

Assim, após sucessivos refinamentos das unidades de análise e sendo consideradas as suas semelhanças, mas estando também atentas a dissonâncias existentes, os agrupamentos foram constituídos como segue: Os múltiplos custos de um acidente motociclístico na perspectiva da pessoa acidentada: Sofrimento emocional - o indivíduo adocece, a família adocece, Custos financeiros arcados pela família, Custo de Produtividade; As redes sociais de apoio e sustentação: uma alternativa que minimiza os custos de uma condição crônica; Itinerário Terapêutico: O caminho empreendido na busca por cuidado em saúde.

O genograma e o ecomapa foram utilizados neste estudo como ferramentas de análise dos dados. De acordo com Wright & Leahey, 2002 o genograma é o um diagrama do grupo familiar, enquanto o ecomapa, por outro lado, é um diagrama do contato da família com os outros além da família imediata.

O genograma retrata gráficos da história e do padrão familiar, possibilitando a identificação básica da estrutura, o funcionamento e os relacionamentos da família, assim como seus estressores, constituindo então um mapa relacional do paciente e sua família (MUNIZ, 2007). Wright & Leahey, (2002, p. 84) acrescenta que esse instrumento “propicia dados ricos sobre os relacionamentos, ao longo do tempo, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações”. O ecomapa assim como o genograma, tem como valor primário o impacto visual, tem como objetivo representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.

Christoffel; Pacheco & Reis (2008), apontam a relevância do uso do genograma e do ecomapa, pois ampliam a visão no contexto da integralidade, do cuidado centrado no indivíduo e família, em diferentes espaços institucionais de saúde, e não necessariamente na atenção primária.

Para Landim et al. (2004, p. 178) “o emprego do genograma e ecomapa na investigação das características das relações familiar amplia as possibilidades em termos de recursos metodológicos para atuação da enfermagem com famílias”.

O genograma foi utilizado para representar a estrutura familiar. A representação utilizada foi a padrão sugerida por Carter & McGoldrick (1988 apud WRIGHT & LEAHEY, 2002) onde o círculo representa mulher, o quadrado representa homem, o quadrado com outro quadrado externo representa o caso índice. A linha que une um casal representa relação marital e quando seccionada representa divórcio.

O ecomapa, enquanto desenho complementar ao genograma auxiliou na compreensão da composição e estrutura relacional da família, consistiu numa representação gráfica dos contatos da família com outros sistemas sociais, inclusive o sistema de saúde. Utilizamos a forma padronizada de representação dessas relações, de maneira que a família considerada é a que fica destacada no centro do genograma e do ecomapa. Optamos por apresentar o genograma e o ecomapa separadamente. No desenho do ecomapa a família nuclear esta ligada a outros círculos que representam a igreja, os serviços de saúde, os transportes acessados pelo usuário, pessoas significativas, instituições acessadas pela família, constituindo assim seu ecomapa. As linhas que aparecem desenhadas entre a família e os outros círculos indicam a natureza dos vínculos existentes, ou seja, as linhas espessas indicam vínculo forte; linhas finas indicam vínculos fracos e linhas espessas pontilhadas indicam vínculos fortes apenas em alguns momentos. As setas ao lado das linhas indicam o fluxo de energia e recursos.

Para a realização dos desenhos do IT, genograma, ecomapa e LPI utilizamos o recurso do software Edraw Max 4.0 que se mostrou uma ferramenta bastante útil, já que através de sua utilização foi possível dar visibilidade gráfica à análise.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 Os múltiplos custos de um acidente motociclístico na perspectiva da pessoa acidentada

A análise das falas dos entrevistados evidencia que na experiência de Nicolás há custos arcados pela pessoa doente e sua família, mas ainda, pouco considerados pelo sistema de saúde. É chamado de Impacto Familiar, o custo que representa o impacto do acidente no círculo familiar da (s) vítimas(s), e se relaciona principalmente ao tempo gasto por familiares para sua eventual produção cessante e por adaptações na estrutura familiar (moradia, transporte) por conta do acidente (IPEA, 2003).

5.1.1 Sofrimento emocional: o indivíduo adoece, a família adoece

Há custos para o doente e sua família decorrentes de acidentes de trânsito e que não são valorados, todavia são reais e precisam ser considerados. Corroborando esse pensamento Souza Filho (2004) afirma que por ser a família o primeiro grupo de relação em que o indivíduo está inserido, após a ocorrência do acidente de trânsito, as vítimas e seus familiares sofrem uma série de 'conflitos emocionais' que aparentemente se encontram ocultos na visão de cuidado da maioria dos profissionais de saúde. Tais conflitos, no entanto, se fazem tão presentes quanto aquelas lesões que podemos ver, e se comportam como fatores psicossomáticos que interferem diretamente na recuperação da saúde.

Para melhor apreensão da magnitude dos impactos dos acidentes de trânsito, faz-se necessário compreender quem são as vítimas, pois elas vão muito além das diretamente envolvidas no acidente. Sobreviventes primários são as vítimas submetidas ao nível máximo de exposição; sobreviventes secundários são os familiares próximos das vítimas; vítimas de 3º grau são os profissionais que atuam na emergência e no socorro às vítimas; vítimas de 4º grau são pessoas da comunidade envolvidas com o acidente, repórteres, pessoas do poder público; vítimas de 5º grau são aquelas que sofrem o estresse pelo que veem ou pelo que tomam conhecimento por meio da comunicação social (GONÇALVE; MORITA & HADDAD, 2007). Assim como as vítimas, os impactos dos acidentes de trânsito

são sentidos amplamente por todos aqueles envolvidos, e principalmente pela família. Nessa perspectiva, pode-se inferir que os acidentes de trânsito geram custos para a família, ao sistema de saúde e à sociedade. No trecho que segue, observamos como o acidente foi percebido por Nicolas

Na hora que eu bati, eu senti assim, uma coisa que eu não tinha sentido nos outros acidentes, era um formigamento no corpo tremendo, porque esta parte aqui sangrou muito, sangrava, jorrava sangue, jorrava sangue [...] E cada... cada...cada vez que ia passando o tempo eu ia sentindo mais fraqueza, mais moleza, eu ia fechando o olho e tentando ficar forte [...]Je nisso que eu não aguentava mais nem falar direito [...]Je eu já não aguentava mais respirar[...]Aí eu deitei de novo e vi a gravidade do problema... do problema [...]Je eu não conseguia respirar, não tinha mais ar pra mim(NÍCOLAS).

A descrição do evento traumático é carregada de detalhes que mostram o quanto tal experiência foi marcante para a pessoa. Detalhes que foram lembrados com muita precisão mesmo já tendo se passado vários meses após o acidente. A percepção dos agravos e dos danos biológicos sofridos por Nicolas pode ser vislumbrada como custo para a pessoa envolvida em acidentes de trânsito decorrente do uso de motocicleta, caracterizando tal experiência como sofrimento psíquico. A síndrome do estresse pós-traumático é uma morbidade de difícil diagnóstico por ser facilmente confundida com outros quadros de comorbidade apresentados, porém bastante comum em pessoas que tiveram experiências traumáticas. Pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, em especial nas rodovias, em condições de distanciamento físico do atendimento e do resgate, desenvolvem um quadro de comorbidade no qual a depressão e a ansiedade são as consequências mais frequentemente descritas no cenário internacional (GONÇALVES; MORITA & HADDAD, 2007)

De acordo com essas autoras tal assunto é muito valorizado no exterior. Na Suécia, por exemplo, existem pesquisas e investimentos para diminuição dos custos sociais do estresse pós-traumático, investigando-se as seguintes variáveis: sequelas físicas, sequelas psicológicas, afastamento do trabalho, necessidade de ajuda do Estado e mudanças na situação profissional. Enquanto que, na União Européia há estudos com vítimas e familiares que revelam impactos e consequências na vida pessoal como divórcio, mudança de casa, envolvimento com álcool e drogas. No Brasil, há necessidade do desenvolvimento de estudos nessa área tanto pela importância do tema como pela carência de

estudos, pois apenas alguns grupos de pesquisa desenvolvem trabalhos sobre o assunto.

O momento do evento traumático é marcado por várias experiências, dentre elas a inferência de transeuntes sobre o estado da vítima do acidente de trânsito. A generosidade que move certos indivíduos para o auxílio em situações de emergência traumática é imbricada de curiosidade, tornando o evento um espetáculo que constrange e desespera o protagonista, como pode ser observado na fala a seguir.

O pessoal tudo... o pessoal tudo tirando foto, vendo e aquela aglomeração. E aí passou um ônibus de viagem, parou bem do meu lado, e aquele escapamento vindo em mim, quente, quente, quente, quente, quente. [...] E o pessoal batia no ônibus 'Vai, vai, vai, vai'. E o povo tudo com a cara na janela [...] E eu não conseguia ficar calmo, porque todo mundo que passava 'Ah! Esse já perdeu a perna!', 'Ah! Esse daí já não tem mais condição, olha a perna dele, já era' (NÍCOLAS).

De acordo com Souza Filho; Xavier & Vieira (2008) quanto maior o impacto na saúde, mais sintomas de sofrimento psíquico as pessoas apresentam. Segundo essas autoras, o modo como a saúde fica abalada é um dos fatores de risco para o estresse pós-traumático.

E assim por diversas vezes aconteceu né de eu tá bem assim conversando e de repente eu começo a chorar, aí.... tem uma fase assim que... que isso aconteceu nesses últimos dias bastante... só que... acho que isso é.. tá aqui dentro... dia inteiro fala ah mas tem internet, tem o DVD, tem uma caixa de filme pra se assistir você num guenta dia inteiro, tem livro pra lê, você num guenta, dia inteiro, dia inteiro, dia inteiro dentro de casa, meu Deus do céu. (NÍCOLAS)

As limitações no cotidiano afetado pelo trauma decorrente do acidente quando passam a ser constantes e persistentes podem abalar o estado emocional das vítimas. Neste sentido o apoio de pessoas próximas pode ser fundamental na experiência do doente. O uso do genograma nos permite visualizar a estrutura familiar do Nícolas. Assim, apresentamos o desenho para melhor compreensão do contexto familiar em que ele está inserido.

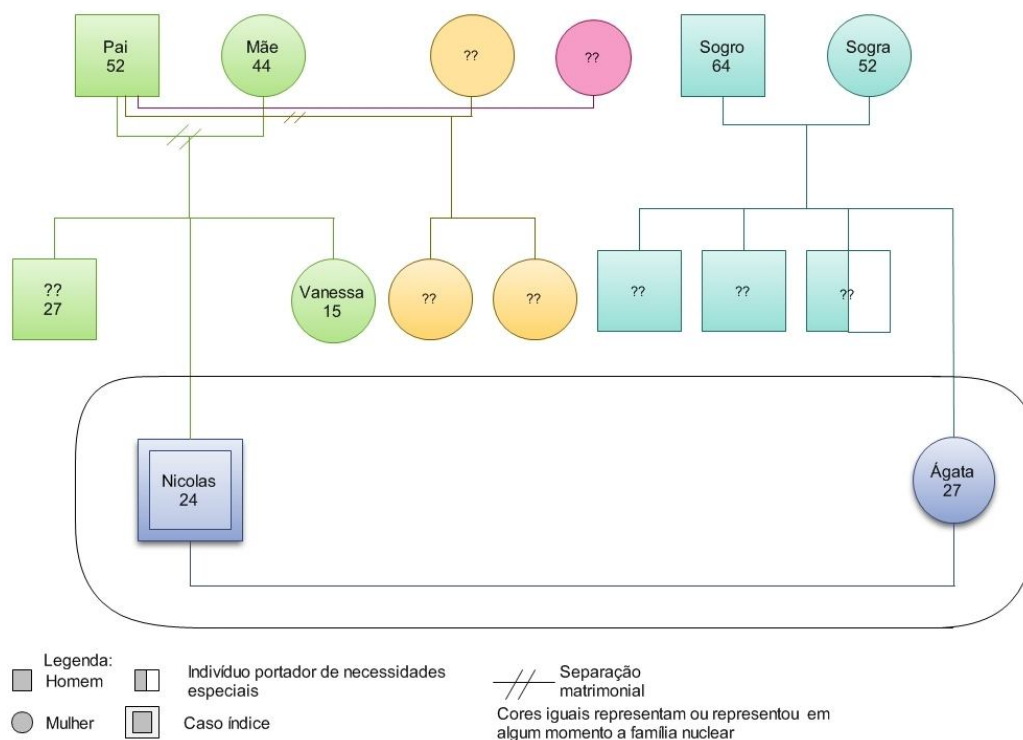


Figura 1 - Genograma do Nicolas

A partir da observação do genograma da família de Nicolas, observamos que se trata de um núcleo familiar numericamente reduzido. Os dados da entrevista apontaram que o casal tem bom relacionamento com as famílias de origem, pelas quais nutre intenso afeto.

A minha família ela é muito unida mesmo, né [...] eles gostam muito do Nicolas (ÁGATA).

Assim, a família como partícipe da experiência traumática sofre juntamente com o indivíduo vítima de um acidente de trânsito, do momento de conhecimento dos fatos e por todo o período de busca por respostas as suas necessidades de saúde. Considerando que a família é uma unidade sistêmica que precisa de equilíbrio e harmonia para o bem estar de todos os envolvidos, acredita-se que, quando um de seus membros se encontra em um momento de crise, o âmbito familiar entra em desequilíbrio (SOUZA FILHO; XAVIER & VIEIRA, 2008).

Minha mãe já tava lá inclusive, ela pegou e veio muito rápido. Eu ainda perguntei pra ela se ela veio de helicóptero [...] porque vim de Santo Antônio do jeito que ela veio [...] Ela pegou o mesmo... ela pegou um táxi lá e veio na hora. E no... e no desespero, né? na hora que eu cheguei, ela chegou junto comigo. Ela já pegou e já olhou, já olhou, viu. Do jeito que ela viu, ela virou a cara e chorava, chorava, chorava, chorava, chorava, chorava (NÍCOLAS).

De acordo com Girardon-Perlini & Pillato (2008) o período de deslocamento da família até o hospital acontece em meio a um emaranhado de emoções, ansiedade e dúvidas provocadas, principalmente, pela desinformação ou pela pouca informação recebida. Estas experiências são repletas de intenso sofrimento tanto para a família, que vivencia um desespero “exacerbado pela série de suposições que vão sendo formuladas em torno da idéia de que algo muito grave aconteceu, embora isso possa ser diferente da realidade” (idem), como para o acidentado que sente pesar por provocar sofrimento em seus entes queridos.

As consequências de um evento traumático atingem não somente o indivíduo que sofreu um trauma, mas também as suas relações familiares e sociais. Embora sejam de difícil quantificação, esses impactos precisam ser identificados e caracterizados, pois evidenciam a amplitude da violência dos acidentes (GONÇALVES; MORITA & HADDAD, 2007).

Ele ligou pra minha mãe [...] Aí minha mãe já desesperou, já ligou pro meu irmão [...] Aí o... o meu irmão chegou na hora e, meu irmão na hora que ele me viu, ele desesperou, ele não aguentou, chorava, chorava, chorava, chorava, chorava igual criança (NÍCOLAS).

As dificuldades inerentes à busca por cuidado de saúde e tratamento, após um evento traumático, produzem sofrimento intenso que por vezes, atrapalha a dinâmica familiar e a rotina dos envolvidos, concorrendo para o aumento dos custos (sofrimento) nessa nova forma de viver. Para Souza Filho; Xavier & Vieira (2008) a estrutura familiar fortalece e serve como base de apoio a todos os indivíduos que dela participam, e com o surgimento de doença ou trauma em um de seus membros integrantes, o sofrimento pode modificar toda a sua dinâmica, pois a doença surge como um mal estar, gerador de sofrimentos e desajustes nas relações e na construção de valores. Nessa perspectiva observamos que para Nícolas assim como para sua família, os danos decorrentes do acidente os levaram a vivenciar os desajustes citados por estes autores, como pode ser exemplificado na fala a seguir:

Eu tive problemas... na faculdade... porque eu não conseguia fazer minhas coisas direito... não tinha cabeça né... pra estudar... meu curso era exigido muita apresentação né... que eu tenho que fazer apresentação na frente... fazer trabalho em grupo... então todas essas coisas... já ficou... complicado... e no serviço também eu tive dificuldades por causa disso... por que... não pra você trabalhar tem que saber como tá... ...você não leva seus

problemas pro serviço... mas você tem que tá bem... isso... passou em mim, como passou na mãe dele também... eu acho que toda a família sofre né (ÁGATA).

A família de uma pessoa vítima de acidente motociclístico que vivencia uma condição crônica é também vitimada pelo trauma, pois compartilha sofrimentos e conflitos (SOUZA FILHO; XAVIER & VIEIRA, 2008). Estudo realizado com famílias de pessoas internadas em unidades de emergência evidencia que o sofrimento da família é diretamente proporcional à gravidade que motivou a internação. Do ponto de vista antropológico o padecimento do familiar comporta diversos conceitos, significados e sentidos. Assim, os membros reagem de acordo com suas visões de mundo e, dependendo de suas experiências pessoais e do momento aflitivo vivenciado, podem dar significado diverso ao seu sofrimento. A valorização das contribuições culturais da família pelas instituições de saúde possibilita maior proximidade entre profissionais de saúde e família, permitindo também uma aproximação dos conhecimentos biomédicos com as visões de mundo e experiências da família (PINHO & KANTORSKI, 2004).

Neste sentido, a consideração da família pelos profissionais da equipe de emergência depende não apenas do conhecimento dos danos orgânicos ocorridos e das formas de manejos aos mesmos, mas, também, da sensibilidade a respeito do sofrimento vivenciado pelos familiares neste momento, tais como suas dúvidas, seus estranhamentos, seus limites pessoais, enfim, suas necessidades de cuidados. Assim, ações aparentemente pequenas, como comunicação oportuna e informações corretas e completas podem ter grande importância para minimizar o sofrimento dos familiares oferecendo conforto humano e espiritual, pois muitos sofrimentos e angústias sentidos pela pessoa internada são igualmente vivenciadas por seus familiares, embora não sejam, na mesma medida, percebidas pelos profissionais de saúde durante a internação.

Então... um dia... que ele tava com alguma carência e tal... eu já via, já ia daqui pra lá assim né... aquele emocional assim totalmente abalado, já ficava mais triste, eu choro bastante... com as coisas que tenho... choro mesmo... e... então eu ia...teve vez que eu tive que parar de fazer alguma coisa pra ir chorar... eu não aguentava... segunda vez que ele ficou internado... eu não acreditei, sabe... que ele tinha pego uma outra infecção... que ele já veio de lá do hospital com essa infecção né... então você pensa.. eu falei assim nossa, como que você vai pra tratar... e daí não dá certo porque pegou uma infecção...não sei de quem, ele... num, eu não aceitava, eu queria que melhorasse... não que voltasse... daí teve que voltar, teve que voltar pro hospital... daí eu vi tudo aquilo de novo... tudo de novo (ÁGATA)

Embora outros conhecimentos sejam necessários para um atendimento integral em situações de emergências traumáticas, as boas práticas biomédicas são essenciais e quando elas não são efetivadas geram diferentes necessidades e sofrimentos também nos familiares, como pode ser evidenciado no desabafo de Ágata. No entanto, quando o foco das práticas em saúde é apenas no procedimento, como técnica aplicada exclusivamente na dimensão biológica de um corpo agudamente enfermo, com a probabilidade de morte iminente leva os profissionais a deixar em segundo plano outras dimensões da vida humana, a essencialidade das práticas biomédicas pode ser comprometida, gerando, em consequência, outros danos que recaem sobre a família. Na fala de Ágata pode-se evidenciar o sofrimento motivado por uma segunda internação em decorrência de uma infecção. Ao mesmo tempo, evidencia também sua avaliação a respeito das práticas de saúde ofertadas na instituição hospitalar.

Assim, os custos envolvidos na condição aguda estendem-se e ampliam-se ao se tornar uma condição crônica, as necessidades de saúde de Nicolás passam a requerer mais dedicação por parte dos familiares, levando-os a reconstruir suas vidas e refletir sobre perspectivas traçadas, tendo em vista a atual condição do Nicolás, a família terá que considerar o seu novo estado.

Com base em um estudo realizado por Urizzi (2005) sobre vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva, Girardon-Perlini & Pilatto (2008), consideram ainda importante a construção de uma relação profissional-familiar que propicia a aprendizagem para os membros da família para lidar com as situações de dor e o sofrimento a partir de seus próprios recursos. Afirmam que a troca de informações e experiências sobre a pessoa cuidada pelos profissionais de saúde e familiares reflete “uma assistência ética, humana e tecnicamente competente”.

Na visão de Souza Filho (2004) é preciso que a família se encontre em harmonia e bem estruturada emocionalmente para, conseqüentemente, apoiar seu ente que foi vitimado, bem como ser capaz de se adaptar e adaptá-lo à nova realidade. Nesse sentido Gonçalves; Morita & Haddad (2007) afirmam que o impacto do acidente e suas conseqüências para a vítima irão atingir desigualmente os familiares, podendo afetar a saúde do grupo familiar, e comprometer ou fortalecer a rede social e as oportunidades para enfrentamento do problema.

Reconhecer e considerar o custo que representa o sofrimento da família que vivencia o adoecimento decorrente de um acidente de trânsito de um ou mais de seus membros é de relevância aos profissionais que assistem em unidades de atendimento ao trauma. A análise das falas dos entrevistados evidencia ausência de referência quanto ao cuidado profissional, visando ao acolhimento no momento de entrada no serviço de saúde assim como durante o período de hospitalização. Oferecer orientações e informações possibilita estabelecer uma comunicação eficiente, que funciona como uma aliada na recuperação do enfermo, bem como que proporciona credibilidade, conforto e segurança às pessoas envolvidas (GIRARDON-PERLINI & PILATTO, 2008), nesse sentido utilizar o que Mattos (2004) chama de oferta adequada ao contexto do encontro da equipe de saúde com o sujeito.

5.1.2 Custos financeiros arcados pela família

Um acidente de trânsito é oneroso financeiramente para a família, pois gera gastos ‘extras’ no orçamento familiar, como com alimento, remédios, transporte, etc. Mesmo que a pessoa seja usuária do SUS, existem custos no tratamento que não estão inclusos na gama de serviços ofertados pelo sistema. As falas abaixo exemplificam situações assim:

A gente passou muitas dificuldades né, o tanto que pra ficar lá era difícil, porque nessa época que a gente começou a ir pro hospital daí eles cortaram a alimentação, que não ia ter mais almoço pra acompanhante né, é difícil porque a mãe dele mandava uma pessoa pra vir de lá pra cá, tinha que pagar ônibus [...] outra coisa que a gente teve dificuldade também foi com remédio né... porque depois que ele veio pra casa, teve que tomar antibiótico... teve que tomar anti-inflamatório [...] então a maioria dos remédios eram todos caros, tanto que um vidrinho de rifocina é quatorze reais né... um vidrinho é... até dá pra você comprar, mas precisava de vários... porque teve bastante machucado, usou bastante (ÁGATA).

A família de uma vítima de acidente motociclístico sofre duplamente os impactos financeiros decorrentes do trauma, pois a dinâmica familiar se altera e se a vítima era arrimo de família, com o acidente ela deixa de contribuir na renda ou tem a mesma diminuída e ainda passa a requerer cuidados que podem ser onerosos para o orçamento familiar. Trabalhadores assalariados podem contar com o auxílio do Estado, através da Previdência Social para manterem seus rendimentos no período em que se encontram afastados de suas atividades

laborais. Todavia, esse auxílio é limitado a um teto, logo o valor que passam a receber não corresponde necessariamente ao salário que a pessoa recebia anteriormente. Para aqueles que trabalham na informalidade o impacto tende a ser pior, pois não podem contar com o auxílio do Estado.

Final de semana eu trabalho por conta, que eu tava vendendo os bonés [...] e partir disso eu tive que largar tudo e ficar em casa, largar do meu salário, que hoje é 3 vezes inferior (NÍCOLAS)

Os dados do estudo nos mostram que o sujeito investigado mantinha duas formas de trabalho antes do acidente. Uma como assalariado, exercida no decorrer da semana e a outra, informal, desenvolvida nos finais de semana, buscando complementar o orçamento familiar. Com o acidente seu rendimento conseguido através do trabalho informal foi interrompido e a família passou a contar apenas com o auxílio doença da Previdência Social.

A preocupação com a manutenção da terapêutica instituída pelos profissionais de saúde ao usuário é fonte de ansiedade às famílias, pois geram gastos com materiais para curativos, com medicações e com uma alimentação diferenciada que passam a fazer parte da rotina doméstica. Nesse sentido, reiteram-se as conclusões de estudos prévios, a família, ao se deparar com dificuldades econômicas, destinam os poucos recursos à medicação e alimentação, demonstrando que sua “atitude é determinada pelo significado que os fenômenos, a alimentação e a medicação, representam para elas e sua contribuição para o bem-estar da pessoa cuidada” (MACHADO; FREITAS & JORGE, 2007).

Outro fator que merece destaque é o impacto dos gastos com essa nova condição para a saúde mental da família, enquanto cuidadora, Veras et al. (2007) enfatizam que o impacto dos gastos pode ser considerado um indicador do grau de estresse e sobrecarga, principalmente emocional, que tão frequentemente acompanha as responsabilidades dos cuidadores.

Na vivência da condição crônica após o acidente, diante das limitações decorrentes dele, o usuário desenvolveu novas formas de complementar o orçamento familiar. Como técnico de manutenção de computadores passou a fazer trabalhos em sua residência, os quais poderia realizar mesmo com a limitação que o trauma lhe colocava.

Falo aqui do serviço né... que ainda hoje eu trabalho que é só sentado, porque se fosse fazer outra coisa eu não dava conta [...] Eu fico pensando quem assim... que tipo... um pedreiro que sofre um acidente igual eu sofri que não pode fazer nada, não tem condições de fazer nada (NÍCOLAS).

Nesse sentido observamos o que Souza (2006) enfatiza, é possível estar enfermo etimologicamente e saudável em outros aspectos da vida, ou seja, ter capacidade para lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir o modo de andar a vida às limitações das condições crônicas, ou seja, buscando uma nova normalidade na perspectiva de Canguilhem(1995).

5.1.3 Custo de Produtividade

No afastamento das atividades laborais por situação de doença ou incapacidade, como é o caso das vítimas de acidente de trânsito com motocicleta, o custo de produtividade passa a existir. Ele está associado à perda de produtividade de um indivíduo ou de um grupo de pessoas, em função da morbimortalidade ocasionada por enfermidades (BRASIL, 2005). Complementando esse conceito encontramos o termo Custo da Perda de Produção, que corresponde às perdas econômicas sofridas pelas pessoas, pela interrupção temporária ou permanente de suas atividades produtivas, em decorrência de envolvimento em acidentes de trânsito. Aplica-se a pessoas inseridas nos mercados formal e informal de trabalho. No caso de um assalariado, a perda equivale ao custo necessário para a substituição do empregado durante o tempo não trabalhado (IPEA, 2003).

O custo de perda de produção representa cerca de 43% dos custos anuais com os acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras (idem). Neste estudo nos propomos refletir sobre algumas perdas que são reais para as vítimas, porém de difícil valoração. Nesse sentido apresentamos o que denominamos de **tempo de vida perdido**, nos referimos ao período que a pessoa perde de sua vida aguardando as respostas do sistema de saúde às suas necessidades de saúde.

Você fica ali dentro, e vai ficando, vai ficando, coisa que poderia ser muito mais rápido nessa que eu fiquei três meses e meio dentro do hospital, e fiquei quase dois meses esperando cirurgia, lá dentro só ocupando vaga [...] Como ele falou pra mim né... que era pra mim ficar com esse aparelho é... cinco dias só... e eu estou com ele já tem, vai pra dez meses já que eu tô com ele (NÍCOLAS)

No caso apresentado o período de espera pela implantação do tratamento definitivo - fixador Ilizarov - correspondeu ao tempo estimado para o uso

do mesmo. Segundo Ramos et al. (1999) para fraturas com grandes perdas ósseas o tempo médio de uso do fixador é de 8 meses. Isso porque esse tipo de tratamento permite maior mobilidade do paciente o que favorece o crescimento ósseo e a calcificação (MACRI et al., 2008). O acesso a esse tratamento representa menor tempo de afastamento das atividades laborais, colaborando com menores perdas às vítimas de acidentes motociclístico.

Se tivesse ti... colocado esse aparelho e tirado com quinze dias e colocado esse outro, já tava bom já, porque a previsão do outro pra mim ficar é de nove meses a um ano com ele na perna... aí... já perdi aí... quanto tempo? Uns dez meses né?(NICOLAS)

De acordo com o significado que o trabalho tem em nossa cultura, esse tempo de vida perdido vai além daquele relacionado ao ato de trabalhar para receber uma remuneração que permita a manutenção das necessidades materiais, para se inscrever nos planos simbólicos e psíquicos. Com base na psicodinâmica do trabalho, Lancman (2004, p. 29) afirma que o trabalho tem também uma função psíquica de alicerçar a constituição do sujeito e sua rede de significados. "Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade".

Entendemos que o atendimento resolutivo às necessidades de saúde apresentadas pela população diminuiria esse tipo de perda às vítimas de acidente de trânsito. O tempo de espera a uma resposta resolutiva é um custo arcado pelo usuário e seus familiares, considerando que nesse período a produtividade dessa pessoa diminuiu ou cessou, porém as despesas da família aumentaram com a situação de doença. Outro fator de relevância nesse contexto é apresentado por Oliveira & Bastos (2000) quanto ao significado do adoecimento para famílias de baixa renda, para essas autoras o adoecimento constitui-se em um evento altamente incapacitador, na medida em que é muitas vezes incompatível com o trabalho, considerando a precariedade das condições de vida, de emprego e do acesso a recursos sócio-sanitários, a doença representa forte ameaça à subsistência da família.

Até aqui falamos dos custos para a família, todavia esse prolongamento do tempo para as respostas efetivas às necessidades de saúde também representa um aumento do custo para o Estado, considerando o sistema

de saúde, a Previdência Social, entre outros setores que são afetados com a diminuição da renda de uma parcela da população.

Nesse mesmo contexto a análise dos dados nos permite observar outra situação, a que vem somar ao que já apresentamos:

No serviço eu tava com uma oportunidade extraordinária, eu tava com uma porta se abrindo pra mim, e partir disso eu tive que largar tudo e ficar em casa [...] eu iria subir de cargo novamente... (NICOLAS).

Com tristeza o entrevistado se refere a esta oportunidade perdida, percebe que além da incapacidade que lhe foi imposta pelo trauma, tem ainda no tempo de resposta as suas necessidades outro empecilho para voltar ao percurso que trilhava antes do acidente de trânsito.

Entendemos que as perdas aqui apresentadas, por serem de difícil valoração, com facilidade passam despercebidas por aqueles profissionais que cotidianamente trabalham com vítimas de acidentes de trânsito. Todavia, o fato de ser um custo subjetivo não o torna inexistente, pois para o usuário do sistema de saúde que vivencia tal experiência é um custo real.

Aos profissionais de saúde cabe a reflexão “o que podemos fazer para minimizar os custos do acidente de trânsito para as suas vítimas?”

5.2 As redes sociais de apoio e sustentação: uma alternativa que minimiza os custos na condição crônica

Apresentamos as redes sociais presentes no contexto de Nícolas, conforme podem ser visualizadas através da figura do genograma e do ecomapa.

A rede social é composta por: **1. Família do Nícolas**, entendendo aqui como a família de origem; **2. Família da Ágata**, família de origem; **3. Rede de Transporte**: formada por algumas pessoas que em determinadas situações se dispunham a transportá-lo, mediante pagamento ou não; **4. Serviços de saúde**: composta por aqueles serviços que foram utilizados pelo entrevistado; **5. Igreja**: denominação evangélica que o entrevistado e a esposa passaram a frequentar após o evento traumático; **6. Trabalho da Ágata**: composta pelos amigos de trabalho da esposa do Nícolas; **7. Faculdade da Ágata**: representada aqui especificamente por uma amiga; **8. Prima do Nícolas**: representada por ser apoio importante principalmente durante a hospitalização.

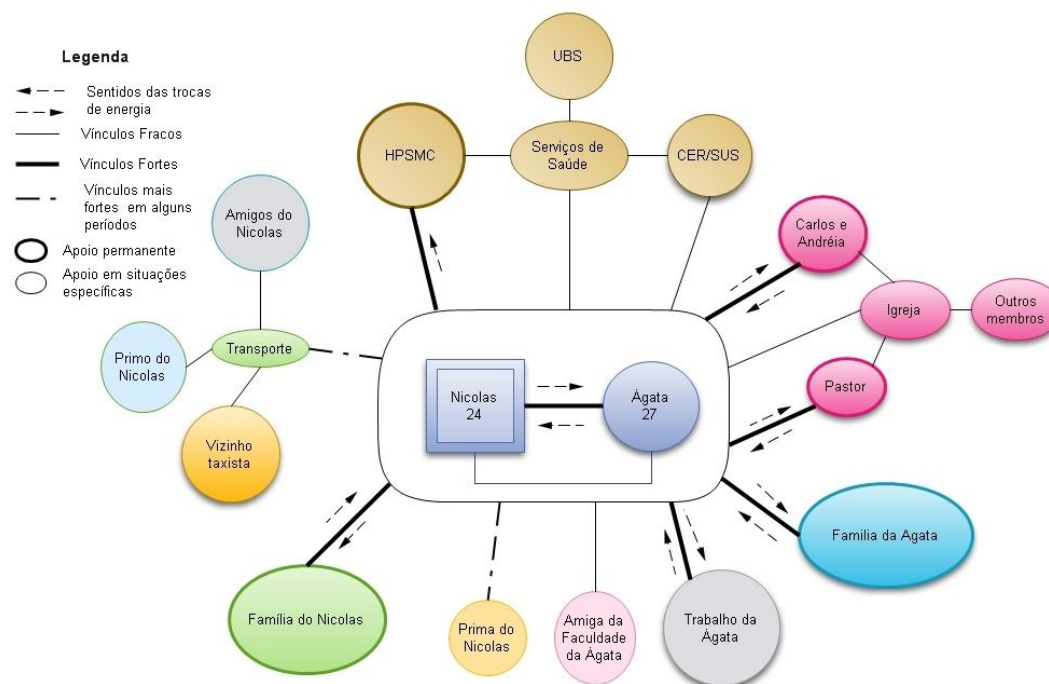


Figura 2 - Ecomapa do Nícolas

A Figura 2 mostra que embora a rede social do usuário possa parecer estática, as relações e vínculos se movimentam no decorrer do tempo, no decorrer da busca por cuidado de saúde, segundo as necessidades de apoio requeridas por Nícolas e Ágata. No estudo apresentado observamos a abrangência

das relações do casal e em que medida esta rede é acionada: para apoio no transporte, para apoio na busca por atendimento em saúde, para apoio espiritual, etc.

Assim, ao analisar os vínculos estabelecidos no interior das redes sociais é notório que os mesmos se diferenciam, nesse sentido Bellato et al. (2008) diferenciam as redes sociais em redes de apoio e sustentação, enfatizando que

numa primeira dimensão, a rede de sustentação é conformada por um núcleo de permanência, que se mantém no tempo e espaço de forma mais perene na biografia da família. Esse núcleo é, com frequência, constituído por pessoas da própria família ou que com ela mantenham vínculos mais afetivos e de solidariedade. Os movimentos e arranjos da família em seu cotidiano afetam a dinâmica desse núcleo de permanência conferindo à rede de sustentação o caráter de transitividade. Essa rede é também marcada pela temporalidade dos acontecimentos biográficos da família e pelos diversos 'ciclos' da condição crônica, pois esta não apresenta uma linearidade no tempo, mas intercala períodos de relativa estabilidade e de agudização. Já a rede de apoio tem um caráter de ajuda ou assistência sendo, por este motivo, exterior àqueles que compartilham a experiência de adoecimento e busca por cuidado; além disso, ela é tecida pontualmente em torno de necessidades específicas de produção, busca e gerenciamento do cuidado pela família. Pressupomos que a rede de apoio seja subsidiária à rede de sustentação, sem questionarmos a eficácia de uma ou outra, mas reafirmando suas potencialidades diferenciadas na experiência de adoecimento e na produção, busca e gerenciamento do cuidado.

Logo, assumir o conceito de rede social de apoio e sustentação em situação de saúde doença parece bastante apropriado para essa discussão. Observa-se que enquanto há núcleos dessa rede onde as pessoas são constantes, em outros núcleos há pessoas que entram e saem em dados momentos da biografia dessa família.

A experiência de adoecimento de Nicolas mostra que a família é o principal núcleo da rede social, onde a família nuclear encontra na família extensa apoio moral, emocional e inclusive financeiro. Wrigth & Leahey (2004) enfatizam que os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa podem ser invisíveis, mas são forças muito influentes na estrutura familiar.

Tem família né [...] eu falo pai e mãe né [...] a minha família ela é muito unida [...] então meu pai minha mãe sempre ajudaram bastante mesmo, sempre quando precisou de dinheiro meu pai mandava (ÁGATA)

Na ocasião do evento traumático a família nuclear já gozava de autonomia financeira, moravam em casa separada dos pais, porém o acidente de trânsito os fez voltar a depender da família de origem. Isso é confirmado por

Serapioni (2005) ao afirmar que a família nuclear mesmo independente como domicílio, continua fazendo parte do grupo mais amplo do parentesco, logo, essa rede de parentesco não residencial provê ajuda e suporte em caso de necessidade.

A família extensa representada pelos membros da família de origem do casal tornou-se a principal referência na rede social na experiência do adoecimento, pois buscavam suprir as necessidades apresentadas por eles. A análise evidenciou que dentro da rede, nos núcleos formados pelas famílias do casal é bem marcante a figura materna trazendo para si a responsabilização do cuidado, isso é perceptível em ambos os lados.

A mãe do Nicolás inicialmente cogitou a venda de bens da família para proporcionar o acesso do filho ao tratamento, não sabendo que este estava disponível através do sistema público de saúde.

Vamo ligar, vamo ligar, vamo ver quanto que vai ser... pra gente fazer né no particular. Aí ela pegou e olhou. Ficava em torno, acho que de 10 a 12 mil pra fazer a cirurgia. E aí... e aí eu falei pra ela 'Não, eu vendo a casa, vendo a moto, a senhora vende o carro. A gente faz né?' (NÍCOLAS).

No seguimento essa mãe se vê impossibilitada de acompanhar o filho durante a internação, então articula e provê meios para que outras pessoas estivessem com ele diariamente durante a internação, visto que a nora não poderia acompanhá-lo devido aos compromissos com o trabalho e estudo.

Teve a mãe dele também que não podia ficar né, com ele lá no hospital, mas sempre mandava alguém, às vezes ela vinha pra dormir aqui também (ÁGATA).

Diante das necessidades financeiras esta mãe também atuou como suporte ao casal, na manutenção de suas necessidades. Após o acidente a mãe da Ágata deixou seus compromissos domésticos, inclusive os cuidados de um filho com necessidades especiais, para fazer companhia à filha, durante a internação do genro.

Sempre quando precisava minha mãe vinha pra cá, então ela teve que largar a casa dela lá e ficar aqui todos os dias comigo, aí imagina pra ela ter que me largar aqui sozinha (ÁGATA).

Nas duas situações as mães não residem no mesmo município dos filhos, o que caracteriza maior mobilização de recursos para atender as necessidades dos filhos.

Oliveira & Bastos (2000) evidenciaram em estudo sobre práticas de atenção à saúde no cotidiano de famílias de diferentes estruturas e classes sociais, a mãe como o principal agente de cuidados da saúde. Mesmo em se tratando de filhos adultos, observamos que a ideologia da responsabilidade da mãe pelo cuidado dos filhos, mesmo casados não as afastaram de participar do cuidado deles.

Nas redes sociais as mães são importantes para o fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados, atuando no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso, da vizinhança e do associacionismo de ajuda mútua, colaboram também no melhoramento do acesso aos serviços de saúde, graças a sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso (SERAPIONI, 2005).

A análise do ecomapa nos permite observar que existem núcleos que são acionados em momentos específicos, como é o caso da prima do Nicolás, que não foi inserida no núcleo família, pois a sua relação estabelecida como apoio aconteceu de forma única, não desmerecendo a relevância do papel desempenhado. A presença dela se restringiu ao acompanhamento hospitalar durante os períodos de internação. Nesse sentido observamos que o nível de participação dela no apoio é pontual quando comparado aos demais membros da família extensa para os quais a participação acontece de forma continuada e mais intensa.

O mesmo pode ser observado no núcleo transporte, onde observamos que a relação com Nicolás também ocorreu apenas nesse sentido, ou seja, nas ocasiões em que havia a necessidade de deslocamento os membros desse núcleo foram acionados.

Na onde que eu quero ir, eu tenho... tô precisando de alguém pra levar[...] é... amigos, é meu irmão, meu pai... é assim.... que tem carro né... sempre precisa fazer alguma coisa... meu primo o vizinho daqui do lado (NÍCOLAS).

O núcleo composto por um primo e alguns amigos de Nicolás, essas pessoas se disponibilizavam a transportá-lo sem cobrar por isso, uma atitude de solidariedade. Outro membro desse núcleo é um vizinho taxista, que se dispôs a fazer corridas e, posteriormente, receber por elas.

A análise dos dados evidencia um núcleo formado pelo trabalho da Ágata, é bem marcante a presença desse núcleo, pois se observa que são bastante sensíveis às necessidades apresentadas pela companheira de trabalho. As respostas vieram através de medicamentos, mobilização do grupo para levantar dinheiro, e encaminhamento para realização de exame.

A sorte que eu tenho uma amiga que o pai dela trabalha numa indústria farmacêutica ele é representante, ele conseguiu bastante medicamento pra gente. [...] Daí o que eles fizeram, eles fizeram uma rifa, arrecadaram dinheiro pra ajudar a gente a comprar remédio, pra gente fazer exame. Um amigo tem a mulher que trabalhava no LAB ele sempre disse no que eu precisasse né... dava conta... então tudo isso... ajudou (ÁGATA).

Na busca por cuidados de saúde, Nícolas contou com o auxílio de redes informais. Serapioni (2005) chama-nos a considerar a família e as redes informais da comunidade não apenas destinatárias da atenção à saúde, mas como sujeitos ativos que podem contribuir, com recursos próprios, para o processo de produção de saúde.

Gerhardt (2007) aponta que nas redes de apoio existe um modelo concêntrico, com um núcleo central onde a família está no centro das trocas, onde a relação desenvolvida se pauta na igualdade e reciprocidade. A autora chama atenção para outra a face desse tipo de relação, onde o ambiente social no qual a família está inserida permite o desenvolvimento de relações onde a ajuda conseguida que serve para minimizar as situações de crise, também corrobora o desenvolvimento de relações desiguais e de dependência.

Na busca por cuidados, a família se viu cercada de dúvidas quanto à melhor terapêutica a ser utilizada, pois como dependiam do serviço público, só tinham acesso a uma opinião profissional. Daí entra outro núcleo da rede, uma amiga da faculdade da Ágata, que consegue uma consulta gratuita em um serviço particular.

É assim na faculdade da minha esposa ela, ela tem uma amiga [...] Ela trabalha no setor de internação... lá do Hospital Particular e ela tem conhecimento né com o doutor Guilherme[...] ela conseguiu essa consulta gratuita... aí eu fui e consultei com ele, assim e ele fez pelo conhecimento dela (NÍCOLAS).

Assim o usuário tem acesso e a possibilidade de discutir sua situação com outro profissional de saúde, além de ouvir uma segunda opinião a respeito de seu caso.

Um núcleo dessa rede que surgiu de forma bem marcante foi o denominado Igreja.

O pastor ele, ia lá, levava muitas palavras mesmo, que acabavam animando ele né [...] ele sempre deu esse apoio [...] tanto que depois que a gente saiu do hospital né [...] ele vinha, buscava a gente levava na igreja, quando ele não podia também mandava algum irmão da igreja vir buscar, então isso ajudou bastante mesmo (ÁGATA).

Após a ocorrência do evento traumático aconteceu uma aproximação significativa da família com a religião. Girardon-Perlini & Pilatto (2008) evidenciaram que, ao enfrentar momentos difíceis como é o caso de acidente de trânsito, a família busca forças principalmente na espiritualidade, como mecanismo de enfrentamento e renovação de esperança. Em nosso estudo observamos que esta aproximação não aconteceu apenas em um momento isolado, mas que se desenvolveu por todo o período de busca por cuidados, cumprindo a função de rede conforme listado por Sluzki (2006), ou seja, como companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social; ajuda material e de serviços e o acesso a novos contatos.

Na igreja a gente fez muito amigos, tem um casal, que eles moram aqui no bairro, eles sempre vêm aqui em casa, ajuda bastante, o Carlos, que é o esposo da Andréia ficou muito amigo do Nicolás, já é casado, tem filho né, ele dá muito conselho pro Nicolás (ÁGATA).

Para a família essa aproximação é avaliada como algo positivo, ao favorecer interação social, ampliando o grupo de relacionamento social, sendo companhia durante a internação em ocasiões em que os familiares estavam impossibilitados de permanecer como acompanhantes.

Oliveira e Bastos (2000) relatam que em famílias da camada popular, observa-se um estilo de vida mais comunitário, no qual a rede de apoio (vizinhos, "irmãos" da igreja) representa um recurso fundamental. Em nosso estudo pudemos evidenciar o quanto foi importante tal rede de apoio, principalmente no que se refere à alternativa de como encaminhar a vida dentro de uma condição crônica, na qual o afeto e a solidariedade são elementos que dão segurança a quem precisa do estabelecimento de novas normas de vida.

Souza & Lima (2007), apoiadas no referencial teórico de Canguilhem, defendem que frente a uma condição crônica com comprometimento biológico na qual há impossibilidade momentânea, ou definitiva de retorno às normas de vida anteriores, há possibilidade da constituição de novas

normatividades, inclusive podendo estas ser em superiores às antigas. Na história de vida de Nicolas e Ágata observamos que as redes sociais foram essenciais na criação destas novas normas, que possibilitaram maior compreensão da vida e abertura para a reformulação de suas práticas cotidianas.

O núcleo dos serviços de saúde como rede de apoio é representado pela Unidade Básica de Saúde, Hospital e Central de Regulação. Nesse núcleo podemos observar maior vínculo com o Hospital, pois na visão de Nicolas praticamente todas as respostas as suas necessidades de saúde eram resolvidas neste segmento. O relacionamento com a unidade básica de saúde aconteceu ao receber alta hospitalar, pela primeira vez, quando procurou o serviço para solicitar material para realização dos seus curativos.

Eles falaram que no posto tem, mas no posto não presta, eu tenho gaze até hoje aí. Se você vai abrir ele, você vê que ele cai, esfarela tudinho. E fui no posto [...] cheguei lá, ela falou 'Oh, só posso te dar de 3 em 3 pacotinho' Falei 'Minha filha, 2 pacotinho eu uso pra fazer 1 curativo. Eu faço 2 curativo num dia'. Tanto é que 1 eu abri e 2 eu guardei. Nunca mais fui no posto pegar (NÍCOLAS).

De acordo com a fala de Nicolas esse contato não foi resolutivo, pois apesar de ter acessado o serviço o mesmo não respondeu às suas necessidades. Não se observa no material de análise nenhuma outra referência a este serviço, atividades que poderiam ser realizadas neste nível de atenção, quando não realizadas pelo próprio usuário, como é o caso dos curativos, ele busca resolução no serviço hospitalar, a exemplo da retirada de pontos cirúrgicos.

A Central de Regulação faz parte do núcleo dos serviços de saúde, porém a análise dos dados leva-nos a observar que o usuário demonstra não ter conhecimento do papel desse serviço e dessa rede de apoio, pois seu contato com o mesmo se restringiu a um contato telefônico para agendamento da cirurgia ortopédica que o mesmo aguardava.

Eu já estava esperando ela em casa dois meses já [...] Me ligaram falando que tava marcado, pediram pra mim fazer o cartão do SUS. Eu já fui e já fiz já o cartão do SUS. E agora só tô aguardando (NÍCOLAS).

A análise dos dados mostra que no núcleo dos serviços de saúde o Hospital foi o mais acionado pelo usuário na busca por cuidados de saúde. O que se justifica pela complexidade do problema de saúde de Nicolas, embora se

observe que, às vezes, o serviço é acionado para solução de problemas que poderiam ser solucionados em outros níveis.

Chama-nos atenção a relação de apoio ou não, que é estabelecida entre o usuário e esse serviço de saúde. Observa-se que no decorrer da hospitalização Nicolas desenvolve vínculos com algumas pessoas, o que em certa medida corrobora com a sua busca por cuidados, como pode evidenciado na Figura 4. Neste caso a função dessa rede, de acordo com a classificação de Sluski (2006), se restringe à ajuda material e de serviços. Situação semelhante foi observada em um estudo sobre o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde realizado em Portugal, segundo a autora, no sistema público de saúde daquele país, os vínculos fracos⁶, quando acionados, proporcionam acessibilidade, menos tempo de espera e melhor atendimento (PORTUGAL, 2005).

⁶ A autora distingue os vínculos em fracos e fortes se baseando na definição de Granovetter, que considera a força dos vínculos proporcional à duração da relação, à intimidade e aos serviços recíprocos. O que Sluski (2006) chama de atributos do vínculo, são eles: função predominante, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade (compromisso), frequência dos contatos e história. Sendo assim, os vínculos fortes comumente são estabelecidos com familiares e amigos íntimos, enquanto os vínculos fracos são aqueles estabelecidos com os demais membros da rede social.

5.3 Itinerário-Terapêutico: O caminho empreendido na busca por cuidado em saúde

As necessidades de saúde mobilizam a pessoa a empreender um caminho na busca por cuidados, todavia inúmeros aspectos interferem no modo como esse percurso será empreendido. Gerhardt (2007, p. 286) aponta “características do sujeito/indivíduo – fatores de predisposição: idade, sexo, categoria social, educação, profissão, nível de vida, família, interações sociais, etnia/raça/cor, etc.; características do problema de saúde e de sua percepção – fatores de predisposição: crônico, agudo, grave, benigno, modelos explicativos da doença, etc.; características do sistema de saúde - fatores que contribuem: acesso, aceitabilidade, vínculo, qualidade, comunicação, etc.” como variáveis que podem implicar na organização e complexidade, manifestando o pluralismo dos IT. Na visão dessa autora os itinerários e escolhas terapêuticas devem ser analisados não somente como um estado crônico ou agudo, mas como o resultado de um processo, no qual se articulam o individual e o coletivo nas estratégias dos diversos enfrentamentos colocadas em prática por pessoas capazes de mobilizar recursos materiais e imateriais.

Corroborando esse pensamento OLIVEIRA & BASTOS (2000, p.99) ao afirmarem que

as escolhas presentes ao longo desse itinerário são geralmente influenciadas por uma série de fatores, como por exemplo: o contexto em que ocorre a doença, os tipos de assistência disponíveis, a necessidade ou não de pagar por estes serviços, as condições do paciente para arcar com estas despesas, e o modelo que o paciente utiliza para explicar seu estado de saúde. O impacto de cada um desses fatores será certamente singularizado pela experiência individual, em articulação com as referências sócio-culturais mais amplas.

Na experiência do adoecimento de Nícolas, são bem marcantes algumas de suas características, assim como do sistema de saúde utilizado por ele que influenciaram os percursos empreendidos na busca por atendimento às suas necessidades de saúde.

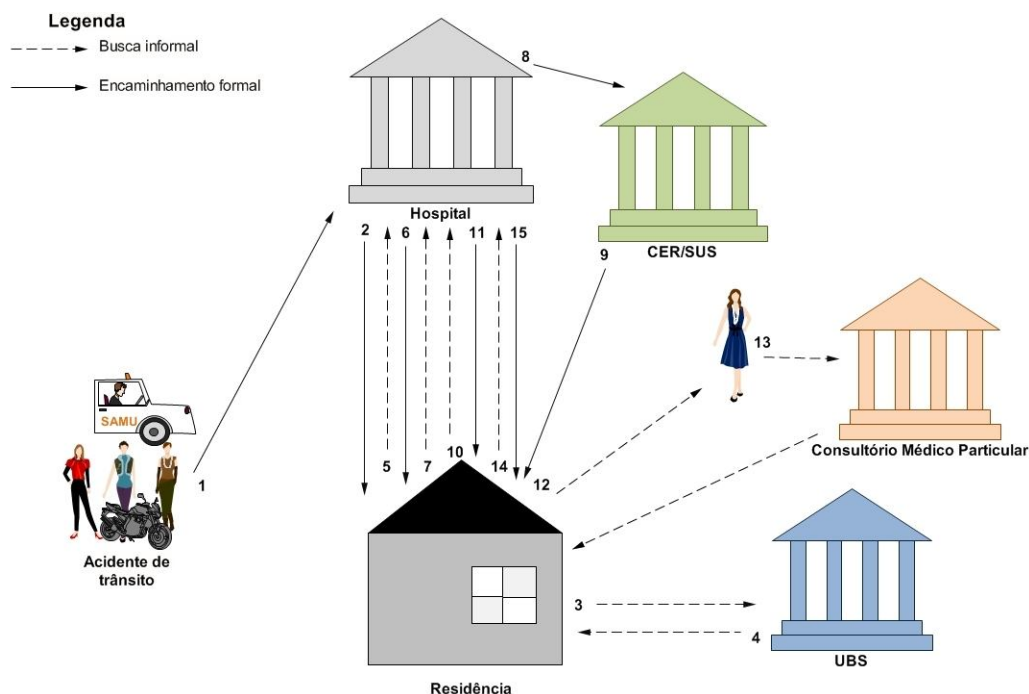


Figura 3 - Itinerário Terapêutico do Nicolas

A análise da experiência de adoecimento do Nicolas evidencia o IT que tem início após um acidente de trânsito no uso de sua motocicleta. Antes do acesso ao atendimento formal o usuário recebeu cuidados de pessoas que passavam pelo local. Entendemos que esta atenção é prestada pela solidariedade que é um dos fatores que movem as pessoas a prestar socorro a alguém que se encontra em dificuldade. Esse cuidado inclui uma conversa no sentido de acalmar a pessoa, medidas para proporcionar conforto, comunicação do evento aos familiares e o acionamento da assistência formal.

A entrada formal do Nicolas no sistema de saúde acontece através do serviço de APH SAMU.

A hora que eles chegaram, eles olharam, me imobilizaram [...] eles me imobilizaram, puxaram a perna, e colocaram um aparelho [...] eles ainda colocaram eu dentro da ambulância, aí fizeram uma medicação [...] 'Fique calmo, fica calmo'. Nossa, assim um amor de pessoa que ele foi, né? [...] Sei que ele foi muito profissional. E ele, e ele assim falava pra mim manter muita calma (NÍCOLAS).

Na perspectiva do usuário entrevistado o atendimento pré-hospitalar foi resolutivo. A análise dos dados nos leva a inferir que neste encontro do usuário com os profissionais de saúde tenha se estabelecido vínculo, ou seja, a utilização

das tecnologias leves, um instrumento de atendimento que possibilita acessar os sentimentos e percepções do usuário, facilitando o diálogo e a interação entre usuário e profissional de saúde, conforme definição de Merhy (1997). Defendemos que este tenha sido o diferencial do encontro, pois as intervenções com o uso das tecnologias duras e leve-duras são inerentes ao protocolo de atendimento em emergência, todavia o estabelecimento de vínculo e acolhimento transforma essas intervenções em cuidado. Embora não haja protocolo para o uso das tecnologias leves e para o estabelecimento de vínculo e acolhimento entre as pessoas nas intervenções e no cuidado, esta estratégia tem sido um elemento importante para tornar o atendimento mais integral, no sentido da busca por boas práticas em saúde.

Após receber o atendimento neste nível, Nícolas foi encaminhado para o serviço de referência no atendimento de emergência hospitalar em Cuiabá, onde permaneceu por aproximadamente dois meses, constituindo sua primeira internação. A trajetória de Nícolas neste serviço é marcada por um processo ativo, associado ao contexto do atendimento recebido e pelas características de Nícolas, pois demonstrou influenciar a sua trajetória na instituição.

Aí eu fui lá no hospital, cheguei lá pedi um exame pra ele, ele pegou e me fez, né a cultura [...] Eu fui lá peguei o resultado, já tava veaco lá no hospital, né? [...] Subi lá no 4º andar, olhei lá no quadro, tinha uma vaga no quarto de infecção. [...] Já tinha visto que tinha dado a bactéria, desci lá embaixo, falei com o doutor Douglas. Falei 'Doutor, eu to com essa bactéria assim, assim, assado, e o senhor tem que me internar' [...] Antes disso eu tinha perguntado pra ele, eu perguntei pra ele 'Tem como eu tomar esses remédios VO?', ele falou 'Não. É só EV', eu falei 'Então o senhor vai ter que me internar' (NÍCOLAS).

Assim, durante a hospitalização o usuário desenvolve uma busca ativa, sendo perceptível que o mesmo não se coloca na posição de “paciente”, que aguarda passivamente as intervenções, mas empreende uma trajetória própria, na qual mobiliza pessoas a fim de atingir o seu objetivo, ou seja, resolutividade para suas necessidades de saúde. Em sua experiência de adoecimento e no convívio com os profissionais de saúde durante a internação, Nícolas foi adquirindo conhecimentos clínicos e organizacionais que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de cuidados de si e de avaliação de sua evolução clínica. Assim, a experiência de adoecimento e a longa permanência de hospitalização o levaram a aumentar o seu capital cultural e social.

Comumente as redes informais acionadas pela pessoa na busca por cuidados de saúde são formadas por familiares, amigos e associações (GERHARDT, 2007). Neste caso observamos que no período de internação hospitalar essa rede se constituiu, principalmente, de profissionais do sistema de saúde, porque o usuário na medida em que julgava necessário determinadas intervenções acionava os profissionais. A constituição dessa rede pode ser visualizada através da Figura 4.

No decorrer da caminhada de busca por cuidados em saúde Nícolas e sua família fazem avaliações sobre o andamento do tratamento, ou seja, da busca e das respostas alcançadas aos seus problemas de saúde. Esse é um dos fatores que o leva a buscar uma segunda opinião sobre o seu problema de saúde junto ao setor privado de saúde, através da ajuda de membros da rede apoio. Nícolas ao ser questionado sobre o motivo da busca ao setor privado de saúde, responde:

Ahh... você fica cansado ali no pronto socorro, um fala uma coisa... aí o que me atendeu de emergência, foi aquilo que eu falei né, ele já não quis mais mexer, porque ele falava que o conhecimento dele era só perna, como ele falou pra mim né, que era pra mim ficar com esse aparelho é... cinco dias, eu estou com ele já tem, vai pra dez meses já que eu tô com ele (NÍCOLAS).

A figura 4 esquematiza a relação entre a rede e o percurso desenvolvido por Nícolas na busca por cuidados no interior da instituição hospitalar.

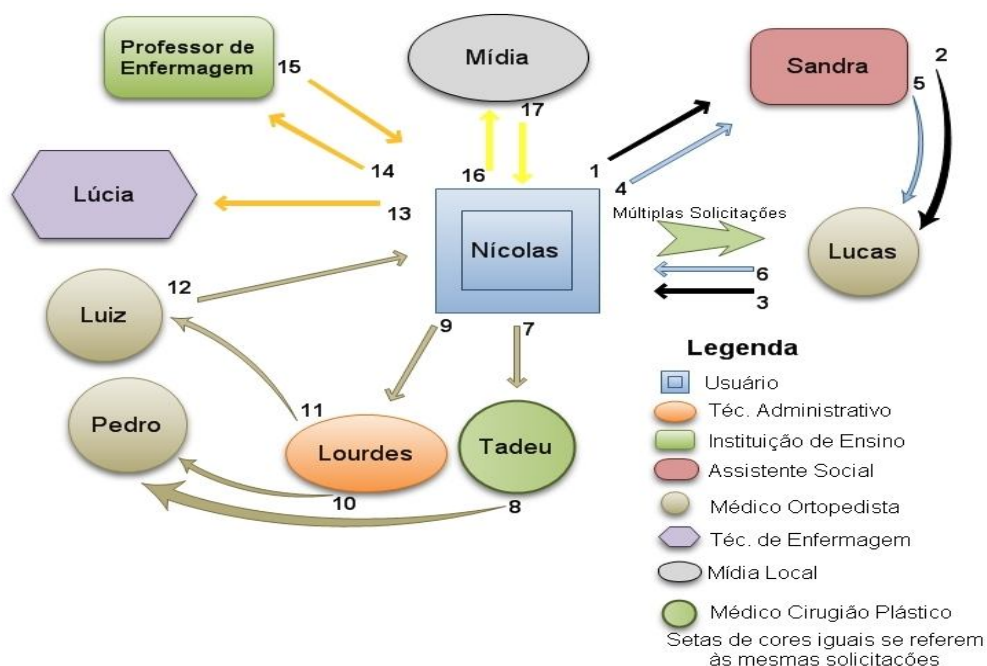


Figura 4 - Rede de apoio intra-hospitalar

A seguir apresentamos relatos de Nicolas que evidenciam as situações onde essa rede foi acionada. Seguindo a ordem de ocorrência dos fatos que o levaram a acionar a rede, apresentamos as intervenções dessa rede de apoio informal, que faz parte da rede formal, ou seja, apesar dos profissionais de saúde estarem inseridos na rede de apoio formal, que é o Hospital, a atuação nas situações apresentadas acontece de maneira informal, e não por fazer parte, por exemplo, de um protocolo de atendimento à pacientes com problemas ortopédicos.

Ao chegar ao setor de emergência hospitalar Nicolas foi avaliado pelo profissional médico que define a necessidade de cirurgia, no entanto, ele fica aguardando por horas pela cirurgia de emergência. Avaliando a necessidade de agilizar a realização do procedimento cirúrgico, a família aciona uma profissional conhecida da área de serviço social e esta busca um médico de seu conhecimento para favorecer o encaminhamento resolutivo das necessidades cirúrgicas, tal como evidencia o relato a seguir.

Aí foi lá e catou o doutor Lucas, doutor Lucas tava lá. Levou o doutor Lucas lá, fez o doutor Lucas olhar. E daí o doutor Lucas olhou o pulso, e viu que tinha pulso na perna, tava correndo ainda sangue ainda no pé. Ele pegou e falou 'Não, prepara agora e vamo levar agora pra sala de cirurgia'. Aí prepararam, levaram eu (NÍCOLAS).

Devido à gravidade do trauma, a família se encontra reunida na recepção do hospital em profundo desespero, quando encontra Sandra uma profissional do serviço que é amiga da família, que busca se inteirar dos acontecimentos, conhecendo a situação de Nicolas e conversando com o médico (Figura 4, processos 1, 2 e 3).

A espera em situação de trauma é angustiante para a família, pois a concepção do que seja urgência e emergência difere para o usuário e para os profissionais de saúde, Giglio-Jacquemot afirma que

os usuários têm a concepção cujo caráter 'globalizante' contrasta bastante com a concepção biomédica, pois esta reúne o que aquela dissocia e concebe separadamente. As urgências vividas por esses leigos são configurações ameaçadoras, fenômenos e acontecimentos heterogêneos, que não têm todos uma ancoragem fisiológica, mas que têm todos em comum de ser considerados e vivenciados como risco que põem a vida em perigo. Suas urgências indicam suas necessidades, mas sobretudo, os transtornos e sofrimentos que pesam no seu inseguro viver e sobreviver (Giglio-Jacquemot, 2005, p.133-134).

Assim o espaço do pronto socorro apresenta-se como um ambiente onde as ações se distanciam do cuidado pautado na integralidade, e um

dos fatores que corrobora isso são as aspirações e concepções diferenciadas dos sujeitos envolvidos nesse encontro.

Ainda durante a internação hospitalar Nicolás percebe algo errado com fixador que está em sua perna. Então solicita uma avaliação médica, todavia a resposta só vem com a intervenção da amiga Sandra (Figura 4, processos 4,5 e 6).

Eu fiquei com o osso mexendo na perna [...] e eu falava e eu falava, ia atrás do doutor Lucas, consegui o telefone dele, ligava pra ele, ligava pra ele 'Doutor meu osso ta mexendo doutor, meu osso ta mexendo doutor, pelo amor de Deus, meu osso ta mexendo doutor, aperta esse negócio'. Ele 'Não... não sei o que...' Daí eu peguei, fui e falei com a Sandra, né? Ela pegou, ligou pra ele, falou pra ele que era pra ele mexer na minha perna. [...] No sábado, ele passou a visita cedo e falou 'Oh, você fica de jejum, não come nada e não bebe nada que hoje eu vou mexer na sua perna'. Falei 'Tudo bem'. Fiquei alegre, né?! (NÍCOLAS).

Posteriormente Nicolás observa a presença de “necrose” em sua perna, então solicita ao seu médico que avalie e tome providências, ao que lhe responde que o uso da pomada de “Papaína” resolverá o problema. De acordo com o relato de Nicolás essa terapêutica se estendeu por alguns dias sem o resultado esperado. Nesse período o mesmo passou a ser acompanhado pela equipe da cirurgia plástica que aguardava o momento propício para a realização da cirurgia. Porém a cirurgia plástica não poderia ser realizada antes da realização do debridamento ósseo⁷.

Ele... o médico da plástica veio e olhou e falou 'É... você tem que fazer um debridamento ósseo, porque a carne não vai crescer. Só que isso a gente não faz. E sua plástica só vai ser feita depois que a carne cobrir o osso. Então tem que falar pro ortopedista fazer'. Aí os ortopedistas não queriam fazer o debridamento ósseo porque eu tava pela plástica, sendo que o serviço do debridamento ósseo é do ortopedista. E aí fica um jogando pro outro. Ele [cirurgião plástico] tinha aparecido lá bem na hora que o ortopedista tava lá. Ele pegou e falou pro ortopedista bem assim, falou 'Você não pode, pelo amor de Deus, pegar o NÍCOLAS, leva ele pro Centro Cirúrgico e fazer o debridamento ósseo? Pra gente dar continuidade no trabalho?' Aí ele pegou, olhou e falou 'Não, tudo bem... eu vou jeitar isso'(NÍCOLAS).

Apesar de o ortopedista responder afirmativamente à solicitação do cirurgião plástico, o debridamento não acontece de acordo com o esperado (Figura 4, processos 7 e 8). E para acessar este procedimento Nicolás conta com o auxílio de uma técnica administrativa do serviço que tem acesso “fácil” aos

⁷ Procedimento médico onde se retira a porção óssea desvitalizada.

ortopedistas e intercede para que se faça o procedimento (Figura 4, processos 9, 10, 11 e 12).

Para realização do procedimento o cirurgião ortopédico recomenda a Nícolas que procure um técnico de enfermagem do serviço e solicite que seja instalado um acesso venoso. De acordo com a fala do usuário ao chegar à unidade de internação ele solicita o procedimento ao profissional responsável por sua enfermaria (Figura 4, processo 13).

Aí eu falei 'Lúcia, ele vai me levar pro Centro Cirúrgico. E ele pediu pra colocar um abocath e um soro pra pingar na veia, pra mim já ir pronto'. Ela olhou, falou 'O que? Ele pediu? Mentira. Isso daí eles fazem lá no Centro Cirúrgico'. É... eu falei 'Mas Lúcia, eu te juro que ele pediu. Liga lá na ortopedia pra você falar com ele. Ele pediu. Ela falou 'Olha, sinto muito, mas eu to com preguiça. Eu não vou fazer isso não (NÍCOLAS)'.

Para resolver esse impasse gerado o usuário contou com a solidariedade de um professor de enfermagem que acompanhava estágio na instituição (Figura 4, processos 14 e 15).

E eu peguei, cheguei e falei pro professor, falei. [...] 'Oh professor, pelo amor de Deus, é... eu to precisando de um abocath na minha veia pra mim ir pro Centro Cirúrgico, pro médico fazer minha cirurgia' [...] Aí ele falou 'Não, tudo bem. Eu coloco'. Ele mesmo colocou, não colocou nem aluno, né? Ele já tava vendo meu desespero, porque ele já tava ali bem uns 10 dias ali com os alunos, né? E... eu peguei e fui pro Centro Cirúrgico (NÍCOLAS).

Outro momento que merece destaque no que diz respeito à influência do Nícolas no atendimento às suas necessidades de saúde, aconteceu em um dos episódios de “osteomielite”, quando após a realização de cultura bacteriana, foi evidenciado que a droga de escolha deveria ser o “Imipenem”, porém

passou 2 dias e eu 'cadê o remédio?' Peguei o médico lá e falei 'Oh por que eu não tô tomando o remédio ainda?' 'Você não tá tomando porque não tem o remédio no hospital'. [...] Eu tive que chamar a televisão pra alegar isso (Figura 4, processos 16 e 17). E o diretor do hospital vim falar pra mim que tinha o remédio sim. Passou a matéria de noite, de manhã já tava pingando o remédio pra mim na veia. Então você precisa se manifestar pra acontecer alguma coisa (NÍCOLAS).

A experiência de adoecimento evidencia que Nícolas se vale de vínculos estabelecidos com alguns profissionais de saúde para ter acesso àquilo

que, via de regra, seria seu por direito, ou seja, uma assistência resolutiva baseada no princípio da integralidade. O princípio da integralidade garantido pelo SUS como direito de todo cidadão, ainda é um desafio a ser enfrentado pelas práticas profissionais que, como mostra o IT de Nícolas, ainda tem lacunas na sua efetivação. Desse modo, ele passa a lançar mão de sua rede de apoio, chamada de informais, constituídas por profissionais sensíveis às suas necessidades e que se encontram em posições estratégicas para conferir certa resolutividade, mesmo que de forma pontual e parcial.

Conforme Portugal (2005) evidenciou, esse processo revela duas faces da mesma moeda, “a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos”. Pois o usuário consegue através dos vínculos sociais aquilo que não consegue através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade. A autora chama a atenção para a reprodução das desigualdades imposta por este modelo, pois nesse sentido as redes sociais são inclusivas e excludentes, ou seja, protetora para quem faz parte e indiferente para quem está fora.

A experiência de hospitalização de Nícolas também evidencia uma lacuna no que diz respeito ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem, isso não se dá por ignorância do usuário quanto ao papel dessa categoria profissional, pois as falas evidenciam relativo conhecimento sobre o trabalho de enfermagem, chegando a questioná-lo em algumas ocasiões. A partir dos relatos de Nícolas é possível observar que a enfermagem do serviço hospitalar estudado ainda não tem consciência das potencialidades do trabalho de enfermagem na promoção de práticas resolutivas e mais integrais.

Pois de acordo com Merhy e Cecílio (2003) “a prática de enfermagem ‘vértebra’ o cuidado”, pois tem em si um poder ampliado de articulação e contratualização com os demais membros da equipe. Sendo assim, tem em si um potencial para promover práticas cuidativas focalizadas no princípio de integralidade.

Os relatos dos entrevistados nos mostram ainda, uma busca contínua de respostas as suas necessidades de saúde objetivando “*integralidade à sua maneira*” (Bellato; Araújo & Castro, 2007, p. 171). Durante a hospitalização e após a alta. Assim, a partir da análise dos dados chegamos aos desenhos do IT intra-hospitalar, que evidenciam momentos em que Nícolas acessa intervenções em saúde, enquanto realiza sua caminhada na busca por cuidados, Figuras 5 e 6.

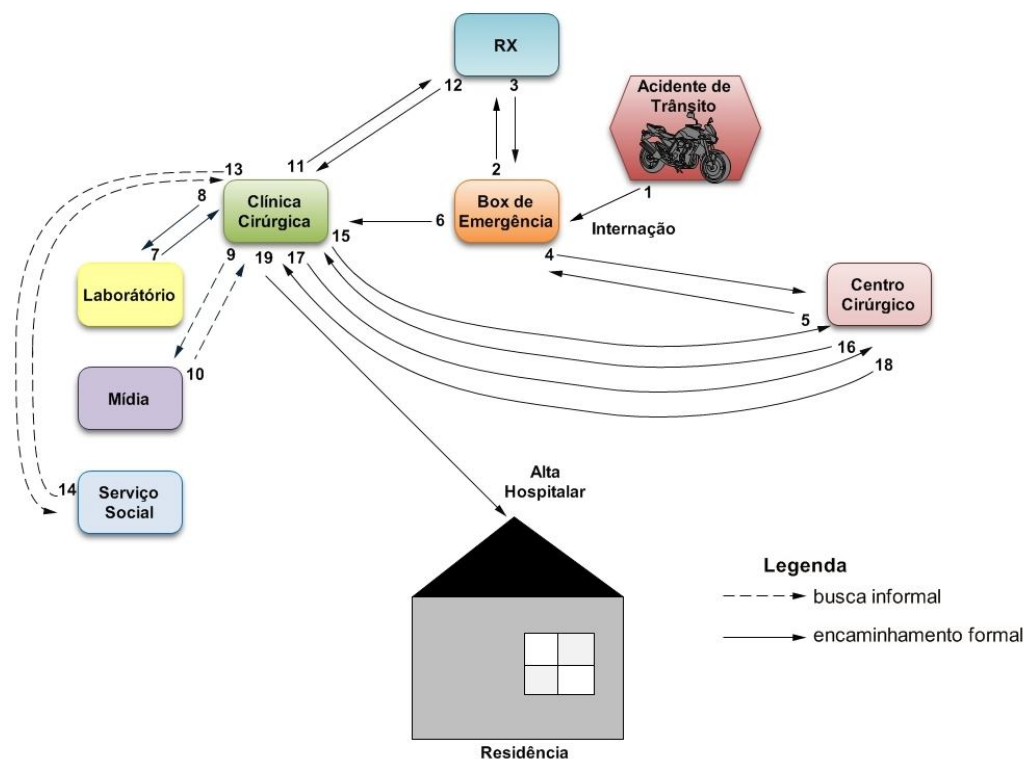


Figura 5 - Itinerário Terapêutico Intra - Hospitalar - 1º. Momento

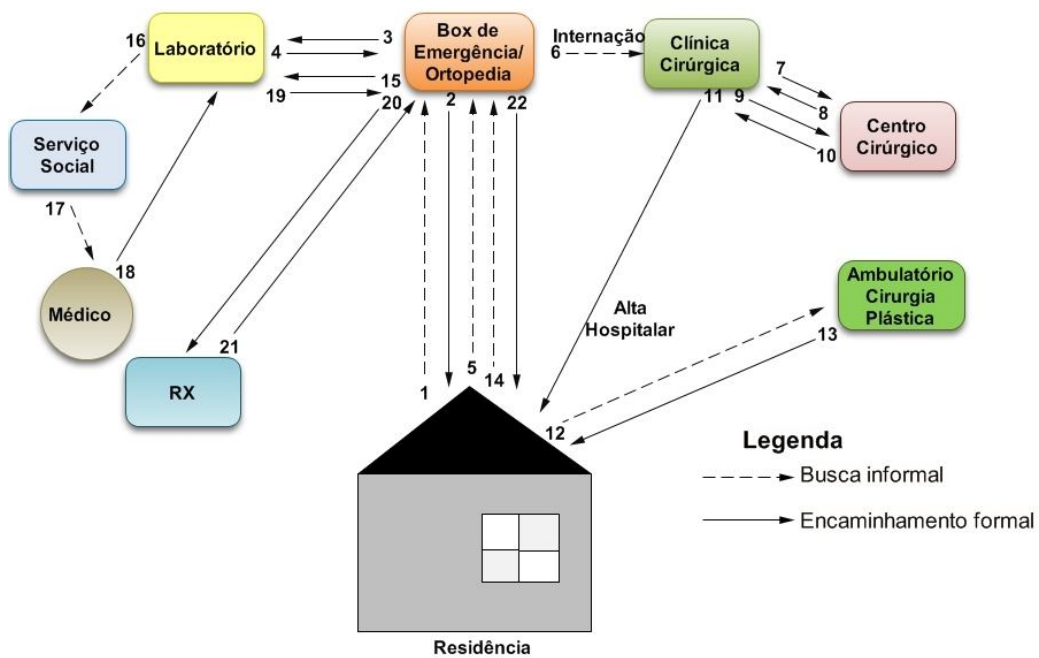


Figura 6 - Itinerário Terapêutico Intra - Hospitalar - 2º. Momento

Sobre o percurso empreendido na busca de cuidados continuados de saúde Bellato; Araújo & Castro (2007, p. 171) afirmam que

mais que transitar por entre os diversos sistemas de cura e cuidado, os usuários constroem pontos e faces de intersecção e mediação entre os mesmos nas buscas que realizam por cuidado. [...] Nesta perspectiva o usuário nos parece mais integrativo na valorização das diversas práticas e saberes que compõem cada um destes subsistemas, sendo menos ortodoxo na sua busca por resolução de seus problemas de saúde, recortando-os menos por dada racionalidade, mas buscando integralidade à sua maneira.

Assim, o IT intra-institucional oferece elementos importantes para a avaliação das práticas profissionais ofertadas pelos serviços do SUS no que se refere ao “custo-efetividade”, ou seja, se elas estão atingindo as metas de resolutividade em relação às necessidades evidenciadas no sentido de propiciar anos de vida ganhos e evitar dias de sofrimentos e doenças (SILVA, 2003).

Cecílio e Merhy (2003) ao discutirem o tema integralidade da atenção no hospital, problematizam a partir de dois ângulos: a visão do hospital como parte do sistema de saúde, e o outro que é a integralidade tendo como referência o cuidado multidisciplinar no âmbito hospitalar. No que diz respeito ao hospital como parte do sistema saúde e, portanto responsável por respostas resolutivas e articuladas com outros serviços de saúde, observamos a partir dos relatos de Nícolas, certa desarticulação do serviço dentro do sistema de saúde. Pois como porta de entrada (serviço de emergência) constitui o início de uma linha de produção de cuidado que finaliza no momento da alta, devido à desresponsabilização pela continuidade do cuidado.

Corroborando esta discussão Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 967) ao afirmarem que

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a ‘linha de cuidado’ pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. O hospital pode ser visto como uma ‘estação’ fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Os autores acrescentam que há o desafio de criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde, para pensar a construção da integralidade desde o hospital, “sem imaginar uma auto-suficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta”.

No sentido das potencialidades para o agir em saúde buscando a integralidade no cuidado multidisciplinar, segundo ângulo problematizado por

Cecílio e Merhy (2003), os relatos de Nicolas nos permitem inferir que, o serviço hospitalar acessado por ele apresenta problemas para dar respostas resolutivas as suas necessidades e, portanto, não se pautam na integralidade da atenção em saúde. Isto porque é possível visualizar, a partir das entrevistas, pouca articulação no trabalho dos profissionais que atuam na instituição, no sentido de somarem os pequenos cuidados de forma que estes venham se complementar para responder à necessidade de saúde apresentada.

A coordenação das práticas hospitalares é feita através de diferentes lógicas e nenhuma delas contempla a lógica dos usuários dos serviços de saúde, pois o que predomina é a lógica das profissões. Cada profissão zela pela manutenção de seus espaços de autonomia e poder e não tem se efetivado o cuidado integral às pessoas internadas, desde sua entrada até a sua saída, pois uma lógica de cuidado ainda não se constituiu. Para tal constituição Cecílio & Merhy (2003, p.198) propõem o estabelecimento de diálogo entre as lógicas profissionais, ou pontos de contatos bem definidos visíveis, aceitos e simétricos centrado no cuidado, bem como a criação de canais de comunicação facilitadores da coordenação das práticas cotidianas no hospital.

A natureza do cuidado no âmbito das instituições hospitalares é multidisciplinar, pois sua realização só é possível mediante a atuação de vários profissionais e distintos saberes. Assim o cuidado imprescindível às necessidades de saúde das pessoas internadas

é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO & MERHY, 2003, p.198).

Ao analisar o IT intra-hospitalar de Nicolas, observa-se que o cuidado como “razão de ser” para o campo da saúde, tal como afirmado por Silva Junior; Alves & Alves (2005, p.79), ainda é um desafio a ser alcançado na instituição de saúde acessada. Considerando o cuidado como fio tecedor da integralidade e uma das dimensões do trabalho para os profissionais de saúde, a análise dos dados nos mostra um afastamento dessa dimensão por parte dos profissionais de saúde envolvidos na atenção a Nicolas, priorizando o uso de

tecnologias, equipamentos e técnicas em detrimento das tecnologias relacionais, leves, conforme definição de Merhy (1997). Defendemos que Nicolas ao buscar cuidados de saúde recebe intervenções, pois as práticas assistenciais têm por foco as intervenções apoiadas predominantemente em “tecnologias duras e leve-duras” (MERHY, 1997, p.89), tais como, medicação, procedimentos, instrumentos, e técnicas, quando deveriam ir além delas para que se concretizasse o cuidado de acordo com o princípio da integralidade.

Assim, concordamos com Ayres (2004) quando afirma que as ações demandadas pelas necessidades de saúde não se resumem a aplicação de tecnologias, pois a técnica precisa ser complementada por outros aspectos não tecnológicos e que não se pode limitar os cuidados à saúde apenas “à criação e manipulação de ‘objetos’” (AYRES, 2004, p. 84). Entretanto, ao demandar ações de saúde,

qualquer indivíduo é, de fato, potencial ‘objeto de conhecimento e intervenção’. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades [...](IDEM)

A partir dos relatos de Nicolas é possível observar que as práticas profissionais são realizadas de forma seriada e descontínua, evidenciando uma linha de produção de intervenções, na qual o usuário, embora tendo um profissional médico responsável pelo encaminhamento do seu tratamento este não se mostrou resolutivo para que a condição aguda não se tornasse crônica. De acordo com as entrevistas, a linha de produção de intervenções na instituição hospitalar acessada por Nicolas é operada de acordo com a racionalidade médica. Assim, a organização do trabalho assistencial se faz de acordo com tal racionalidade.

É um médico por dia que passa [...] porque ele passa pra ver 4 quartos, cada quarto são 6 pacientes [...] Ele passa, é... por exemplo Ne mim... leito A ‘Bom dia, o que que houve com você? Ah.. acidente de moto? Quebrou a perna? Ah...então ta’. Aí vai no outro ‘O que que houve com você? Ah... acidente de carro? Oh... quebrou o braço?’ ‘Que que houve com você? Ah... você caiu da escada?’ No outro sábado que ele vai passar de novo, é a mesma coisa. ‘O que que houve com você? Ah... então ta...’ Isso... se ele passa no sábado, ele vai passar no outro sábado, aí no de domingo passa no domingo, de segunda passa na segunda, então são 7 médicos, certo? Só que na hora que você precisa fazer um debridamento ósseo, que é o ortopedista que tem que fazer, de 7, 6 não mexe porque o sétimo que te operou primeiro, ele que tem que fazer. E todos tinham que fazer isso né? Porque todos são ortopedistas. Ali a gente ta pela ortopedia e não ta pelo doutor fulano, entendeu? E. isso me enrolou, me enrolaram lá um mês.

Rollo (1997), ao discutir possibilidades de construção de novas práticas assistenciais nos hospitais públicos, defende a criação de modelos assistenciais centrados nas pessoas internadas, com estabelecimento de vínculos entre profissionais e pessoas assistidas, garantindo unidades de trabalho que permitam problematização, discussão de diretrizes, escuta de usuários e negociações entre os distintos atores envolvidos no funcionamento hospitalar.

O IT intra-hospitalar de Nícolas mostra ainda, que as práticas profissionais, mesmo aquelas específicas do âmbito hospitalar, são realizadas de forma fragmentada e sem condução coordenada e sistemática considerando as necessidades apresentadas e suas prioridades. Essa forma de conduzir os cuidados de saúde propicia ações pouco resolutivas também no que se refere às necessidades biológicas, nos levando a questionar a racionalidade existente nas práticas em unidades de urgência e emergência.

A análise dos dados permitiu identificar os recursos tecnológicos em saúde e tipos específicos de intervenções que são ofertadas na instituição utilizada por Nícolas, bem como o seu modo de funcionamento, possibilitando esboçar a Linha de Produção de Intervenção (LPI), Figura 7.

Na busca por cuidados de saúde Nícolas não acessou a linha de produção de cuidados conforme citado por Cecílio & Merhy (2003), e sim uma linha de produção de intervenções bem definida, onde há predominância da lógica das profissões e pouca articulação na efetivação das práticas cuidativas no âmbito hospitalar. Assim, o que direciona na apreensão desta linha é que ela se apresenta prioritariamente na forma de intervenções concretas como procedimentos técnicos especializados, realizados pelos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde dentro da instituição onde Nícolas foi atendido (UFMT, 2007). Nesse sentido, concordamos com Almeida e Bellato (2009) quanto à pertinência de empregar a designação “intervenção” aos atos profissionais que incidem sobre a pessoa doente, deixando o termo “cuidado” para uso nas situações em que a integralidade esteja direcionando tais ações.

O desenho temporal e espacial da LPI nos permitiu indagar sobre as práticas profissionais, ou seja, o modo de atuar de seus agentes sob uma dada racionalidade, bem como se esse modo pode responder ao princípio de integralidade e em que medida tais práticas são capazes de conferir resolutividade às necessidades decorrentes de um acidente de trânsito motociclístico. Foi possível observar que a LPI foi montada sob perspectiva biológica e na disponibilização de instrumentos e equipamentos tecnológicos condizentes com as respostas a tais

necessidades, permitindo o alcance de uma “integralidade focalizada”, mas o seu modo de operacionalização ocorre de conformidade com a lógica e o tempo dos profissionais de saúde, impossibilitando o alcance de tal integralidade. Para ser efetiva a LPI precisa ser acionada considerando, além dos aspectos técnico-científicos, também o tempo requerido para a eficácia das intervenções biológicas. Os relatos da experiência de Nicolas evidenciaram um movimento da LPI marcado de forma linear, pontual e moroso, exigindo dele um tensionamento contínuo para lhe conferir maior agilidade e, portanto, mais resolutividade. Neste tensionamento, Nicolas se mostra o tempo todo como um sujeito ativo em seu IT intra-institucional, interferindo de forma intensa e positiva nas decisões dos profissionais de saúde, reconduzindo muitas vezes o seu processo terapêutico de acordo com aquilo que considera ser o mais condizente para o seu tratamento.

Os dados empíricos analisados permitiram evidenciar uma realidade semelhante àquela observada em estudos que utilizam outras abordagens, qual seja a de que os usuários só são visíveis naquilo que os saberes deste modelo médico hegemônico legitimar. Assim, as necessidades de saúde passam a ser vistas como propriedade exclusiva da medicina, sendo também abordadas e tratadas apenas no âmbito de lógica de seus agentes. Os demais profissionais de saúde, ao se limitarem a este modelo, não se permitem forjar novas práticas profissionais na abordagem do sofrimento humano e na promoção da vida. Tal circularidade dificulta e até mesmo impossibilita que os recursos injetados no sistema de saúde sejam adequados para a efetivação de práticas resolutivas. Um novo modo de operar as práticas em saúde se faz necessário para o estabelecimento de uma relação trabalhador-usuário mais efetiva e potencial, portanto, mais solidária entre todos os agentes (MERHY, 2006).

O hospital enquanto estação no circuito percorrido pelo usuário dos serviços de saúde na busca pela integralidade de que necessita (CECÍLIO e MERHY, 2003), pode oferecer uma atenção integral, ainda que ‘focalizada’, como resultado do esforço de cada um dos profissionais de saúde componente da equipe, no sentido de fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários que buscam o serviço. Isso demandaria em preparo e sensibilidade para decodificar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde apresentadas (CECÍLIO, 2006). Todavia, torna-se necessário compreender que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe e por melhor que seja a comunicação. Pois

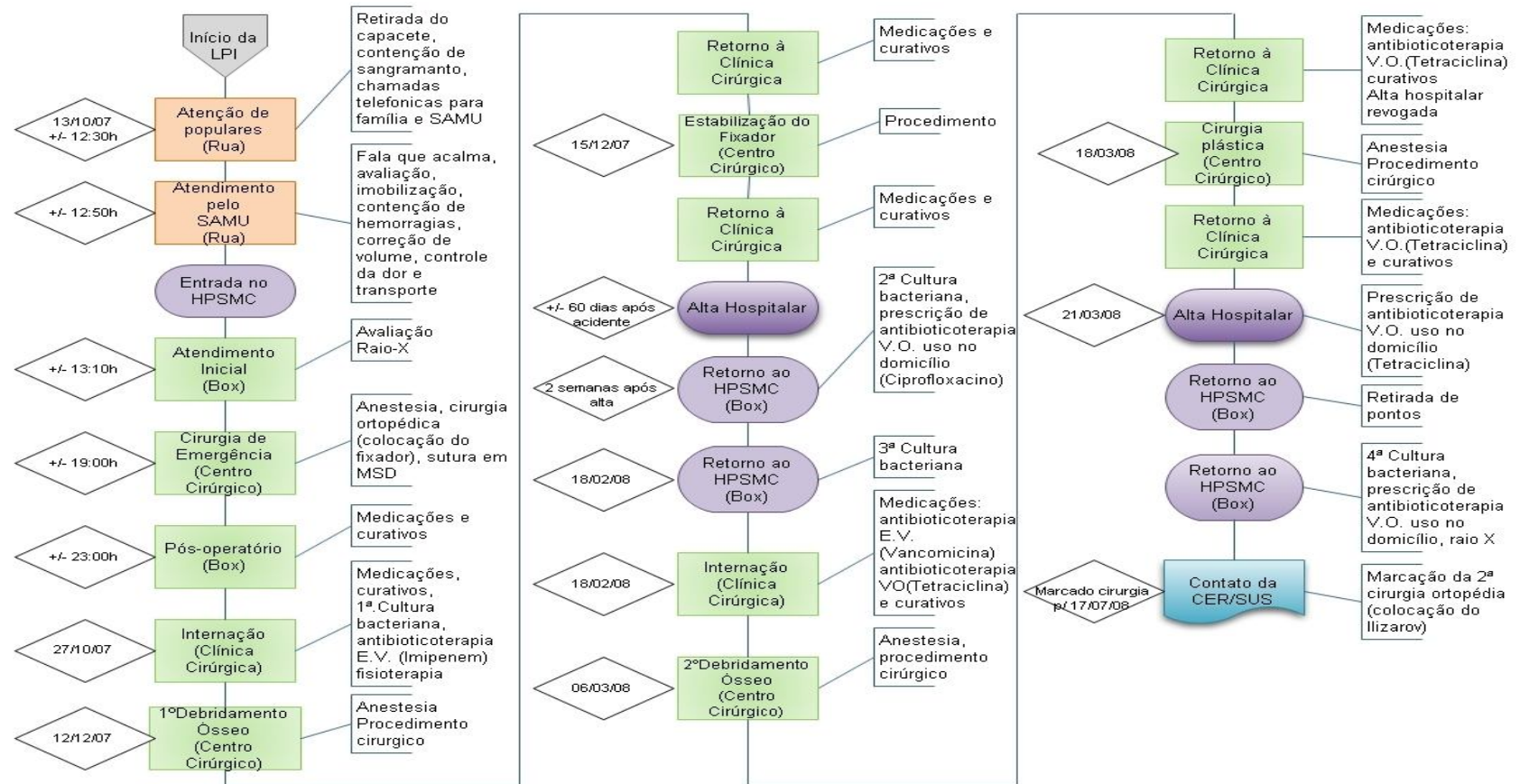


Figura 7 - Linha de Produção de Intervenções do Nicolas

de acordo com Cecílio integralidade é objetivo de rede, e essa articulação em rede é denominada 'integralidade ampliada' onde o epicentro são os serviços de saúde que se articulam a partir das necessidades de saúde reais das pessoas.

A proposta de Cecílio (2006) é a materialização do princípio da integralidade como eixo norteador das práticas e da organização do trabalho no âmbito hospitalar. Entendemos que este é um desafio à gestão do serviço que necessita aprofundar as discussões acerca da integralidade, para que este princípio deixe de parecer algo utópico e passe a fazer parte do cotidiano das pessoas que buscam resolutividade para as suas necessidades de saúde no sistema público.

Para Mattos (2001) nortear a organização do serviço de saúde pautada no princípio da integralidade, implica ampliar a percepção das necessidades da população, tendo como foco que as necessidades de saúde não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno dos sofrimentos, ou informações que possam reduzir sofrimentos futuros, tampouco que apenas uma disciplina pode dar conta de apreender tais necessidades. Enfatiza que o princípio da integralidade implica superar reducionismos.

Assim, torna-se necessário visualizar o cuidado como uma tecnologia complexa em saúde. Complexa não no sentido do custo do equipamento utilizado na prestação do cuidado, mas reconhecendo a existência de diferentes dimensões que envolvem os sujeitos, ou seja, sociais, econômicas, políticas e culturais (PINHEIRO, 2003). Mesmo nos momentos em que a dimensão biológica do cuidado seja a primeira necessidade apresentada pela pessoa que busca por cuidados de saúde, as demais dimensões devem ser consideradas.

Enfatizamos que este é um desafio para todos os níveis de atenção do sistema de saúde que deve operar como uma rede, pois o cuidado integral acontece na efetivação da rede. Assim, é necessária a articulação dos diferentes níveis de atenção e a garantia do acesso do usuário às distintas tecnologias e interação com a equipe profissional em seu projeto terapêutico.

6 CONSIDERAÇÕES E LIMITES DO ESTUDO

A concepção que nos guiou na realização deste trabalho foi a de que, a história de vida de pessoas vivenciando uma condição crônica decorrente de um acidente de trânsito pode oferecer fundamentos valiosos para a avaliação das práticas profissionais adotadas no sistema de saúde, frente às necessidades assistenciais demandadas nas situações envolvendo traumas de distintas naturezas.

A história de Nicolas traz a experiência e os sentidos a ela atribuídos pela própria pessoa, embora atendendo aos propósitos do pesquisador que busca retratar com fidelidade as experiências e interpretações da pessoa sobre sua história. Assim, ao finalizar este estudo a nossa concepção é a de que os resultados aqui apresentados representam apenas uma das dimensões da vida de Nicolas e Ágata focada no episódio do acidente motociclístico e a condição crônica desencadeada a partir de então.

Esta história nos convida a refletir sobre os custos implicados nesta experiência, seus respectivos enfrentamentos e, conseqüentemente, a buscarmos novas práticas profissionais em saúde de modo que possa responder de forma mais integral e resolutiva às necessidades de saúde decorrentes de acidentes de trânsito, durante a hospitalização e no período de reabilitação da pessoa acidentada.

Os relatos de Nicolas e Ágata ofereceram dados empíricos que possibilitaram a articulação coerente de suas experiências na condição crônica após um acidente e a busca por cuidados às suas necessidades de saúde no enfrentamento aos custos emergidos, confrontando-os com as práticas profissionais de atenção à saúde ofertada pelo SUS no município de Cuiabá/MT.

A análise evidenciou neste caso que o APH se pautou no princípio que é a mola propulsora do atendimento de emergência, ou seja, a assistência resolutiva na primeira hora, buscando diminuir a mortalidade e minimizar a morbidade encaminhando a pessoa acidentada ao atendimento definitivo.

Todavia, acessar o segmento hospitalar não garante resolutividade para dar respostas às necessidades de saúde apresentadas, pois os relatos evidenciam que o serviço tem suas práticas cuidativas ainda pautadas fortemente no modelo hegemônico biomédico, que reduz o cuidado em saúde ao

membro/órgão traumatizado, ou simplesmente ao corpo doente, organizado de acordo com a ótica dos profissionais. Tal visão implica uma conduta de conformidade com o tempo estipulado pela equipe de saúde, retardando – na visão de quem precisa dos cuidados – as intervenções necessárias à solução de seus problemas/sofrimentos.

O estudo evidenciou que, na ótica do usuário, os serviços de saúde, por si só, não têm conseguido responder às necessidades de saúde apresentadas com a resolutividade esperada. Assim, tal resolutividade tem ficado por conta dos usuários que, em situação de emergência/urgência e também na condição crônica busca por aqueles recursos que julga necessário, trazendo as respostas às suas necessidades.

Na análise dos dados empíricos pudemos evidenciar que mesmo o atendimento das necessidades biológicas, algumas vezes não foi considerado na agilidade requerida para os devidos atendimentos. Assim, mesmo a *integralidade focalizada*, como algo que se pode ofertar quando se conjuga distintos saberes e habilidades de uma equipe multiprofissional no espaço concreto da unidade de pronto socorro, não se efetivou no tempo ideal para a solução das necessidades de saúde trazidas pela pessoa acidentada.

A história de vida de Nicolas e Ágata evidencia que a oferta de práticas cuidativas pautadas no princípio de integralidade em sua dimensão focalizada, ou seja, como um momento de integralidade, permite o alcance de outras dimensões da integralidade que pode ser tecida a partir do atendimento resolutivo das necessidades biológicas emergidas no acidente de trânsito. Quando avaliadas e atendidas tais necessidades, delimita-se o evento agudo, evitando-se que o mesmo se estenda ou se perpetue em uma condição crônica que gerará distintas necessidades demandando múltiplos custos para a pessoa, seus familiares e para o SUS.

Nesse sentido o cuidado integral ainda é um desafio, pois na análise das entrevistas evidenciamos que as intervenções têm sido pontuais, e em algumas ocasiões só acontecem devido à insistência do usuário acidentado, que se mostra crítico, consciente de seus direitos, questionando as condutas e exigindo resolutividade, configurando ser uma pessoa ativa e conhecedora dos seus direitos enquanto cidadão.

O estudo, portanto, também contribui para uma reflexão sobre as práticas cuidativas de enfermagem considerando o cuidado integral como a

essência da profissão. Logo, mudanças no modo de agir em enfermagem podem contribuir minimizando os múltiplos custos para as vítimas de acidentes de trânsito que acionam os serviços de referência ao trauma, tanto em Cuiabá/MT como em outras regiões. A enfermagem nas unidades de urgência e emergência apresenta as potencialidades para integrar os distintos profissionais e práticas de saúde, já que está permanentemente em contato com as pessoas internadas, conhecendo suas histórias e podendo se aliar a elas para lutar por práticas mais integrais e resolutivas. Além disso, possui capacitação profissional que a habilita para uma atuação assistencial e administrativa frente às necessidades de saúde da população.

O uso do IT se mostrou uma tecnologia avaliativa de grande valia para o desenvolvimento do estudo, pois permite a compreensão da experiência de busca por cuidado do usuário, assim como dá visibilidade às redes de apoio e sustentação construídas pelo usuário e família na experiência do adoecimento. Também nos permite analisar as práticas profissionais, sendo essa uma potencialidade do estudo que merece aprofundamento em estudos posteriores.

O estudo evidenciou uma linha de produção de intervenções no decorrer da busca do sujeito da pesquisa por cuidados, que foi desenhada neste momento com o objetivo de visualizarmos o processo de cronificação do seu estado de saúde. O desenho temporal e espacial da LPI nos permitiu indagar sobre as práticas profissionais, ou seja, o modo de atuar de seus agentes sob uma dada racionalidade, bem como se esse modo pode responder ao princípio de integralidade e, em que medida tais práticas são capazes de conferir resolutividade às necessidades decorrentes de um acidente de trânsito motociclístico. Foi possível observar que a LPI foi montada na perspectiva biológica e na disponibilização de instrumentos e equipamentos tecnológicos condizentes com as respostas a tais necessidades, permitindo o alcance de uma “integralidade focalizada”, mas o seu modo de operacionalização ocorre de conformidade com a lógica e o tempo dos profissionais de saúde, impossibilitando o alcance de tal integralidade.

Para ser efetiva a LPI precisa ser acionada considerando, além dos aspectos técnico-científicos, também o tempo requerido para a eficácia das intervenções biológicas. Os relatos da experiência de Nicolas evidenciaram um movimento da LPI marcado de forma linear, pontual e moroso, exigindo dele um tensionamento contínuo para lhe conferir maior agilidade e, portanto, mais resolutividade. Neste tensionamento, Nicolas se mostra o tempo todo como um

sujeito ativo em seu IT intra institucional interferindo de forma intensa e positiva nas decisões dos profissionais de saúde, reconduzindo muitas vezes, o seu processo terapêutico de acordo com aquilo que considera ser o mais condizente para o seu tratamento. Porém, entendemos que muito há para se discutir e refletir sobre a linha de produção de intervenções ficando, portanto como sugestão para outros estudos nessa área.

Frente aos pressupostos, questionamentos e objetivos deste estudo, pudemos compreender que a vivência de uma condição crônica evitável, tal como a apresentada no decorrer do relatório desta pesquisa, nos direciona a repensar o modelo técnico-assistencial hegemônico de características liberal-privatista focado apenas nos saberes da clínica ou da epidemiologia, adotados nas instituições de saúde do Brasil e, particularmente no município de Cuiabá/MT.

Uma relação mais solidária entre profissionais e usuários permitirá a visualização da família como principal rede de sustentação dos cuidados em saúde recaindo sobre ela os maiores custos no gerenciamento dos cuidados requeridos em uma situação de adoecimento, seja aguda ou crônica. Assim, as práticas profissionais precisam ser direcionadas no sentido de uma maior vinculação com a família e na identificação de suas dificuldades e potencialidades. Se por um lado é sobre ela que recai a administração, a continuidade da prestação dos cuidados requeridos e, portanto, a co-responsabilização pela integralidade da atenção, por outro, compete aos profissionais de saúde ofertar noções e técnicas de cuidados que a habilite a atuar com segurança. Neste sentido, conhecer a experiência de adoecimento na lógica de quem a vivencia é essencial para ajudá-la a conviver e responder de forma menos traumática às necessidades de saúde emergidas, a partir de seus próprios recursos.

Ao vivenciar uma condição crônica decorrente de um acidente de trânsito, o usuário do sistema de saúde passa a gerenciar múltiplos custos, que às vezes não são conhecidos pelo setor saúde. E no decorrer da busca por cuidados ele encontra nas redes sociais o apoio para enfrentar as situações de crise e minimizar os custos decorrentes do prolongamento do adoecimento. Entendemos que as redes sociais de apoio ou sustentação são partes importantes desse processo por conferir ao indivíduo maiores chances de alcançar integralidade. Logo, o desenvolvimento destas redes deve ser estimulado na sociedade com vistas a alcançar cuidados mais integrais. No entanto, no âmbito interno das instituições de saúde, as redes profissionais precisam se estruturar de forma a não

impor aos usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade a necessidade de um tensionamento constante das redes de apoio informais para a resolução das necessidades de saúde que são técnicas e, moralmente de responsabilidade das práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. G. BELLATO, R. **Linha de Produção de Intervenções (LPI) - uma tecnologia avaliativa em Saúde sob a perspectiva da integralidade da atenção.** Relatório de Pesquisa. UFMT/FAEN. Projeto de Pesquisa inserida no Processo: 042-10037475/CNPq/2006 - Edital PPSUS-MT 2006/FAPEMAT – Nº. 010/2006, de “apoio a projetos de pesquisa para o SUS”. Cuiabá, 2009.

ANDRADE, S. M.; MELLO-JORGE, M. M. P. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e qualidade dos dados **Cad. Saúde Pública** v.17 n.6 Rio de Janeiro, nov./dez. 2001.

ANDRADE, G.R.B, VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):925-934, 2002.

ARAÚJO, L. F; BELLATO, R; SOUZA, S. P. S; MARUYAMA, S. A.T; COSTA, A. L. R. C. O itinerário terapêutico como tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (59: 2007: Brasília, DF). Comunicação Oral. **Anais** / LIMA, M.G; PINHO, D. L. M; SANTOS. E. R. (Orgs.) Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2007.

ARAUJO, L. F. S; BELLATO, R; SOUZA, S. P. S; MARUYAMA, S. A. T. A entrevista desenhando itinerários terapêuticos em saúde em pesquisa sobre integralidade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14, **Anais**. Florianópolis, SC, 30 de maio a 01 de junho, Centro de Cultura e Eventos UFSC, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina - Florianópolis (Brasil): ABEn / ABEn-SC, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n 14, p. 73-92, set/2003 – fev.2004.

BELLATO, R; ARAÚJO, L. F. S; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JÚNIOR, A. G; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro (RJ): CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2008. 360p.

BELLATO, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [internet]. 2008;10(3):849-56. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a32.htm>. Acessado em: 14 de dez de 2008.

BELLATO, R. et al. Redes Sociais de Sustentação e de Apoio no cuidado em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (60:2008: Belo Horizonte - MG) Comunicação Oral. **Anais**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 de mar de 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3 ed. ampl. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

BRASIL.. **DATASUS**.Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Banco de dados. [on line] Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em 19 de maio 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4^a. ed. Rio Janeiro: Forense Universitária, 1995.308 p.

CECCIN, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5): 1400-1410, set - out, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4^a. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.180p.

CECÍLIO, L.C.O. MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO,2003.

COMITÊ DO PHTLS DA NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT) EM COLABORAÇÃO COM O COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: Básico e avançado**. Trad. Renato Sérgio Poggetti, et al. 1^o reimp. da 5^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHRISTOFFEL, M. M; PACHECO, S. T. A; REIS, C. S. C. Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem, **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, 12 (1): 160 – 5, Marc, 2008.

CUIABÁ. **Vigilância de causas externas**. Secretaria municipal de saúde: HPSMC, 2007.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO. **Notícias**. Disponível em <<http://www.defensoriapublica.mt.gov.br/Noticias/2007/Not070.htm>> Acesso em: 14 de mar de 2008.

DELLATORRE, M. C. C. Prefácio. In: GIGLIO-JAQCQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 144p.

FEUERWERKER, L. C.M., CECÍLIO, LC.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (4): 965-971, 2007.

FONTES, E.M.A., LOBO, C.L.C., MOTTA, K.M.M. Evento sentinela: estratégia de gerenciamento do risco clínico. 2008.

FREITAS, M. C; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise de um conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 15(4): 77-84, jul. - ago., 2007.

GALÁN, J. I. P. Criando e recriando a família. **Humboldt**, num. 97, ano 50, 2008. Disponível em: <www.intercef.com.br/artigos_criandoerecriando.html> Acesso em: 30/11/2008.

GARCÍA, P. B. Enfermedades crónicas en la infancia. **Boletín Esc. de Medicina**, Chile, 23: 41-4, 1994.

GAWRYSZEWSKI, V. P; KOIZUMI, M. S; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):995-1003, jul-ago, 2004.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11): 2449-2463, nov., 2006.

_____. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 404p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GIGLIO-JAQCQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 144p.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O, PILATTO, M. T. S. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Rev. Eletr. Enf.** 10(3):721-32. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a18.htm>. Acesso em: 26 de Nov 2008.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GONÇALVES, F; MORITA, P. A; HADDAD, S. **Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno do estresse pós-traumático como problema de saúde pública**. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201008.jsp?ttCD_CHAVE=2826>. Acesso em 14 de Nov. de 2008.

HARTZ, Z.M.A, CONTADRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviço de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 sup 2: S 331-336, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **IBGE cidades**. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 27 /06/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Tábuas Completas de Mortalidade – 2007**: Em 2007, no Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 72,57 anos. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1. Acesso em: 01/12/2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA – IPEA. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas**: Síntese da Pesquisa. Brasília, 2003. 21p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/Destaques/textos/relatorio.pdf>> Acessado em: 20/09/2008.

JORNAL PEQUENO. **Prefeitura realiza mutirão de cirurgia ortopédica** Disponível em: <<http://www.jornalpequeno.com.br/2006/5/25/Pagina34986.htm>>. Acesso em 01/12/2008.

LANDIM, F.L. et al. Comunidade mutirante: características familiares e suas redes de suporte social procedimentos metodológicos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 177-186, 2004.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S., SZNELWAR, L.I., (Orgs.) **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004.

LÓES, Tânia. **Causas Externas (Acidentes e Violências)** Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/media/traumaseagravos.pdf>. Acesso em: 30/11/2008.

LOPES, R. M., SILVA, L. M. V., HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S283-S297, 2004.

MACHADO, A.L.G, FREITAS, C.H.A., JORGE, M.S.B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 60(5): 530-4. set-out 2007.

MACRI, et al. Avaliação da Consolidação Óssea em Indivíduos com Fratura em Membros Inferiores Utilizando Fixação Externa Circular após Programa de Reabilitação. In: Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica. (21, 2008, Salvador, BA) **Anais**. Sociedade Brasileira de Engenharia Biomédica, 2008.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-americana Enf.**, v.4, n.3, p. 5-18, dezembro, 1996.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

_____. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A.(Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/ABRASCO; 2001.

_____. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R; (orgs.).**Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. p. 33-46.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In.CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 117 -160

MERHY, E.E. CECÍLIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.64, p. 110-122, maio/ago. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 269p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS N. C. Métodos,, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MUNIZ, J. R. **Genograma: um instrumento útil para a prática clínica**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, M. L. S; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2000, v. 13, n. 1, pp. 97-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=iso Acesso em 29/11/2008.

OLIVEIRA, N. L. B; SOUSA, R. M. C. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 19 (3): 284-289, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília: 2003.

PENNA. M. L. F. Condição Marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Texto de Apoio Unidade I. In SANTANA, José Paranaguá de (Coord). **Capacitação em gerências de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília, OPAS, 1993. 96p. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf Acesso em: 30 de maio 2007.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformações e inovações na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: **Boletim ABEM**. Rio de Janeiro, jan-abr. 2003.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A.G; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008. 360p.

PINHO, L. B; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias De pacientes internados na unidade de emergência. **CIENCIA Y ENFERMERIA**. X (1): 67-77, 2004.

PORTUGAL, S. “Quem tem amigos tem saúde”: O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: **Simpósio “Família, Redes Sociais e Saúde”**. Inst.Sociologia da Universidade de Hamburgo, Hamburgo, 2005. Disponível em: <http://web.ces.uc.pt/ces/publicacoes/oficina/235/235.pdf> Acesso em: 23 de set 2008.

RAMOS, et al. **Tratamento das grandes falhas ósseas pelo método de Ilizarov: Técnica trifocal**. Rev Bras Ortop. Vol. 34, Nº 4 – Abril, 1999, p. 255-59. Disponível em http://www.rbo.org.br/pdf/1999_abr_06.pdf. Acesso em 03 de abril de 2009.

REINALDO, A. M. S. **Conhecendo o Itinerário Terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico**. 113 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem psiquiátrica). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.;ONOKO, R. (ORGS). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 321-39.

SERAPIONI, M. O papel das famílias e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 10 (sup): 243-253, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G. ALVES, C. A; ALVES, M. G. M. Entre Tramas e Redes: Cuidado e Integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos**. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Trad. Claudia Berliner. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SOARES, B. A. C; SCATENA, J. H; GALVÃO, N. D. Evolução e características da morbidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá - Mato Grosso. **Espaço para a Saúde**. Londrina, v.9, n.2, p. 26-38, jun. 2008.

SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S; MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão de violência social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

SOUZA, S. P. S. **A repercussão da febre reumática na vida de crianças e adolescentes**: o movimento entre sentir-se saudável e sentir-se doente. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006. 238p.

SOUZA, S. P. S; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun 2007.

SOUSA FILHO, O. A. **Acidente no trânsito como propulsor de conflitos no âmbito familiar**. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: UNIFOR, 2004. 141p.

SOUZA FILHO, A. O. XAVIER, E. P., VIEIRA, L. J. E. S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar acompanhante. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 42 (3):539-46, 2008.

TOMÁEL, M. I., ALCARÁ, A. R. DI CHIARA, I.G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/viewFile/642/566>>. Acesso em: 18 Nov 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Faculdade de Enfermagem. BELLATO, R., ARAÚJO, L. F. S., CASTRO, P. **Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso**: Projeto de Pesquisa. N.º Processo: 042-10037475/CNPq/2006 - Edital PPSUS-MT 2006/FAPEMAT – N.º. 010/2006, de “apoio a projetos de pesquisa para o SUS”. Cuiabá, 2007.

VERAS, R.P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. Psiq. Clín.** 34 (1); 5-12, 2007.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. Fundamentos teóricos dos modelos Calgary de avaliação e intervenção na família. In: **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** [trad. Silvia M. Spada] 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Cuiabá -MT, 31 de janeiro de 2008

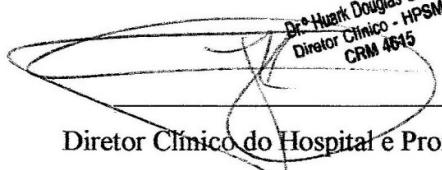
Ilm^a. Sr^a
Prof^a. Dr^a. MARIA APARECIDA MUNHOZ GAÍVA
MD. Coordenadora do Comitê de Ética – HUJM/UFMT

Sr^a. Coordenadora,

Informamos à VS^a que fomos previamente esclarecidos sobre os procedimentos técnicos e éticos do Projeto de Pesquisa intitulado AVALIAÇÃO DOS MÚLTIPLOS CUSTOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE FAMÍLIAS E DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO, sob a coordenação da Prof^a Dr^a Roseney Bellato da Universidade Federal de Mato Grosso e, portanto, como Diretor Clínico, AUTORIZO a realização da referida pesquisa nesta instituição de saúde.

Estamos à disposição de VS^a para quaisquer outros esclarecimentos relacionados à execução desta pesquisa.

Atenciosamente,


Dr^o Huelton Douglas Correia
Diretor Clínico - HPSMNC
CRM 4645

Diretor Clínico do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

**PESQUISA: AValiação DOS MÚltiplos Custos em Saúde Na Perspectiva DOS
Itinerários Terapêuticos de Famílias e da Produção do Cuidado em
SAÚDE EM Municípios de Mato Grosso**

OBJETIVO DA PESQUISA: Avaliar os múltiplos custos em saúde na perspectiva dos Itinerários Terapêuticos de famílias com necessidades de cuidado continuado e prolongado e na perspectiva da produção deste cuidado no Sistema Único de Saúde em municípios do Estado de Mato Grosso

DIÁRIO DE CAMPO⁸

Destina-se aos registros de pontos importantes relacionados aos dados que o pesquisador ouviu, viu ou experienciou na fase de coleta dos dados. São realizados depois de cada observação ou entrevistas. São descrições das pessoas (aparência, estilos de fala do entrevistado, trechos de fala), objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, inclui ainda, registro de idéias, estratégias, reflexões e “insights” do pesquisador. É um relato escrito do que o pesquisador ouve, vê e pensa no processo de coleta de dados e reflexão dos dados.

NOME DO PESQUISADOR:

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

EXPERIENCIA DE ADOECIMENTO:

DATAS DAS ENTREVISTAS:

1 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

2 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

3 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

4 - ____/____/____

TEMPO DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADO⁹:

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ (idade)

CIDADE:

ESTADO:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO DO ENTREVISTADO: RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONE PARA CONTATO:

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ONDE O ENTREVISTADO SE ENCONTRA:

REGISTRO NA INSTITUIÇÃO:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO (segundo o diagnóstico clínico):

DATA DA HOSPITALIZAÇÃO: ____/____/____

DATA DA ALTA HOSPITALAR: ____/____/____

TEM RETORNO AMBULATORIAL MARCADO: ____/____/____

⁸ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Bellato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

⁹ Se houver mais de um entrevistado repetir os mesmos dados no verso da página.

A FAMÍLIA

DADOS FAMILIARES: (Relacionar todas as pessoas que moram na mesma casa)

GRAU DE PARENTESCO	NOME	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

ÁREA DE ADSTRIÇÃO DE SAUDE DA FAMÍLIA - (BASE TERRITORIAL DA UNIDADE BASICA DE SAUDE):

REGISTRO DOS DADOS DE OBSERVAÇÃO¹⁰

A observação deve focalizar o contexto e as relações dos indivíduos nos encontros sociais, bem como os aspectos estruturais e funcionais do que está sendo estudado. Observar as expressões faciais, linguagens corporais, comportamentos, tempo de silêncio, etc.

OBS – Ver outros itens de observação no instrumento de transcrição da entrevista

NOME DA PESQUISADORA: NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC: DATA DA OBSERVAÇÃO:	PRIMEIRA LEITURA E PRÉ-ANÁLISE
NÚMERO DA OBSERVAÇÃO:	

¹⁰ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Bellato e Profª Drª Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

**TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA**

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 307/CEP-HUJM/06

“COM PENDÊNCIAS”

☐

APROVADO “ad referendum”

☐

APROVAÇÃO FINAL

☒

NÃO APROVADO

☐

O projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso,” encaminhado pelo (a) pesquisador (a) *Roseney Bellato* foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 11/04/07 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 11 de abril de 2007.


Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário da Pesquisa : “**Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso**” Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final esse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller pelo telefone: (65) 3615-7254.

Pesquisadores envolvidos no Projeto de Pesquisa: Dr^a. Roseney Bellato, Dra. Rosa Lúcia Ribeiro, Dr^a. Solange Pires Salomé de Souza, Dra. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa, Dra. Laura Filomena Santos de Araújo, Esp. João Carlos da Silveira, Esp. Tânia Mara Nogueira, MSDN Phaedra Castro Oliveira, MSDN Damaris L. B. Figueiredo, MSDN Magda Mattos.

Instituição à qual o Projeto de Pesquisa está vinculado: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

Objetivo principal: Compreender como foi a sua experiência de adoecimento e a busca de cuidados e as repercussões que ela trouxe para você e sua família. **Sua participação nesta pesquisa será em entrevistas gravadas** enfocando a sua experiência de adoecimento e a busca por cuidados à sua saúde, a ser feita local e horário de sua escolha, sendo que, após a primeira entrevista, marcaremos as próximas que se fizerem necessárias. O resultado de sua entrevista irá compor um **Banco de Dados em Pesquisa** que será gerenciado pela coordenadora deste projeto, Prof^a Dr^a Roseney Bellato, servindo para futuros estudos. Garantimos seu completo anonimato neste banco de dados, bem como o respeito a sua vontade de ter suas informações no mesmo e de aí permanecerem ou não enquanto seja do seu interesse. Os dados referentes a sua pessoa serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. A sua participação na pesquisa não oferecerá qualquer risco à sua saúde ou qualquer dano a você. Você terá apenas o desconforto de participar das entrevistas, sempre respeitada a sua vontade de participar ou não da pesquisa. A sua participação no estudo não trará benefícios diretos a você, mas sim o conhecimento sobre como é a experiência de adoecimento e a necessidade de buscar cuidados continuados e prolongados em serviços de saúde, o que poderá contribuir para melhoria da atenção à saúde das pessoas no Sistema Único de Saúde em Cuiabá e em Mato Grosso

Eu.....RG/CPF

nº....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia do completo anonimato e confidencialidade e que ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso ao meu nome como informante desta pesquisa. Os resultados da pesquisa a serem divulgados também deverão manter meu anonimato. Entendo também que tenho direito a receber informações sobre o estudo a qualquer momento que seja do meu interesse, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Concordo também que os dados informados por mim componham o **Banco de Dados da Pesquisa** que será gerenciado pela coordenadora desta pesquisa, servindo para futuros estudos, desde que garantido o meu anonimato, minha vontade de ter meus dados disponibilizados neste banco e de aí permanecerem enquanto for de meu interesse.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante (ou do responsável, se menor):

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

Data (dia mês e ano) _____ de _____ de 200_. Em caso de necessidade, contate a Prof^a Dr^a Roseney Bellato ou Prof^a Dr^a Laura Filomena Santos de Araújo, através do telefone (65) 3615-8826 – UFMT/Faculdade de Enfermagem ou pelo e-mail roseney@terra.com.br e laurafil@bol.com.br. Informações sobre o projeto fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller: fone (65) 3615-7254.

