

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“Por uma tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera
para artroplastia total primária de joelho no INTO”**

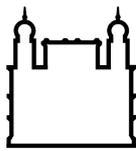
por

Katharine Fonseca de Almeida

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá

Rio de Janeiro, agosto de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Por uma tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera para artroplastia total primária de joelho no INTO”

apresentada por

Katharine Fonseca de Almeida

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior

Prof.^a Dr.^a Creuza da Silva Azevedo

Prof.^a Dr.^a Marilene de Castilho Sá – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 26 de agosto de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A447 Almeida, Katharine Fonseca de
Por uma tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera para artroplastia total primária de joelho no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. / Katharine Fonseca de Almeida. -- 2011.

x,108 f. : tab. ; graf.

Orientador: Sá, Marilene de Castilho

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Listas de Espera.
3. Artroplastia do Joelho. 4. Equipe de Assistência ao Paciente.
5. Tecnologia Biomédica. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1042

A JULIO E RAFAEL

E

A TODOS ÀQUELES QUE AGUARDAM NA FILA DE ESPERA DO SUS

Agradecimentos

A elaboração de uma dissertação como esta depende sempre, e muito, do apoio e da cooperação, sob as mais variadas formas, de diversas pessoas, principalmente se durante o seu percurso nos deparamos com a necessidade de se cuidar e ser cuidada, para enfrentar um adoecimento inesperado.

Ao Dr. Geraldo Motta, diretor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia que viabilizou a parceria para a realização do Mestrado Profissional e ao meu chefe Dr. Naasson Cavanellas, Coordenador da Unidade Hospitalar pelo seu total apoio a minha pesquisa;

A Guilherme, Luciane, Claudia, Germana, Graziela, Bianca, América, colegas do INTO que tiveram toda a paciência em colaborar, facilitando meu acesso aos dados, mas também comentando e discutindo os achados;

Ao Dr. Hugo Cobra e demais colegas da equipe do Centro do Joelho, que aceitaram participar e contribuir com a pesquisa;

A Delma, minha secretária e a Patricia Mussoi, minha mais recente colaboradora, pela ajuda inestimável;

A Marilene, minha orientadora, detalhista e criteriosa, pela sua dedicação tornou possível a realização deste trabalho;

Ao Dr. Hiran Lucas, que se responsabilizou inteiramente pelo meu tratamento, minha eterna gratidão;

Aos meus amigos de longa data, André, Afonso e Marcio que estiveram o tempo todo do meu lado, cuidando de mim, favorecendo a minha recuperação;

A Liene, colega e amiga, pelas sugestões, discussões e conhecimentos, que iluminaram a minha trajetória nesse mestrado;

A Karin, amiga incondicional, que não me deixou desanimar, compartilhando os difíceis caminhos do meu tratamento, zelando pelo meu restabelecimento;

A minha família, pelo carinho e sustentação, que me ensinou o enfrentamento e a superação dos obstáculos,

A Alcione, sempre ao meu lado, cuidando de mim e da minha casa;

A Erany, minha mãe, pelo exemplo de vida.

RESUMO

O objeto do estudo em questão é o cuidado ao paciente que está na fila de espera para um procedimento ortopédico de alta complexidade, a artroplastia total primária de joelho no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Atualmente o tempo aproximado de espera na instituição para a realização desse procedimento, após a indicação pelo especialista, é de 44 meses. A proposta inicial foi o desenho, com a participação dos profissionais envolvidos, de um dispositivo de intervenção pela equipe multidisciplinar ao paciente que está aguardando na fila, contribuindo para o aperfeiçoamento de práticas de assistência integral, humanizada e voltadas para qualidade do cuidado. Esse cuidado integral ao sujeito em sofrimento deve ser entendido, principalmente, como se opondo à visão reducionista focada na doença, tão presente no modelo biomédico assistencial hegemônico. A abordagem metodológica foi clínico-qualitativa apoiada na Psicossociologia Francesa e na Psicodinâmica do Trabalho. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os pacientes da fila de espera e posteriormente entrevistas em grupo semi-estruturadas com a equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Especializada do Joelho, baseadas na problematização do material produzido nas entrevistas com os pacientes. Adotamos como principais categorias analíticas a noção de cuidado ao paciente, o sofrimento vivenciado por eles, a integralidade em saúde, o imaginário e a produção do sentido pelos sujeitos da pesquisa. Embora não tenha sido possível construir com a equipe uma proposta de cuidado integral ao paciente na fila de espera para a artroplastia total primária de joelho, consideramos ter obtido resultados relevantes que permitirão contribuir para o seu alcance no futuro. Entre esses resultados pode-se destacar a visibilidade conferida à situação dos pacientes na fila, bem como, ao modo como os profissionais, especialmente os médicos, representam os pacientes e suas demandas e a forma como concebem seu processo de trabalho e as possibilidades de atenção aos pacientes.

Palavras chaves: Assistência integral à saúde. Lista de espera. Artroplastia total de joelho. Equipe multidisciplinar de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The object of the present study is the health care of the patient on the waiting list for an orthopedic procedure of high complexity, the knee replacement, in the National Institute of Traumatology and Orthopedics. Currently, the approximate waiting time for the surgical procedure, following the specialist indication, is 44 months. The initial proposal of this study was to design, with the participation of the health professionals, a device for intervention by the multidisciplinary team regarding patients who are on the waiting lists, contributing to the improvement of comprehensive health care focused on quality and health care humanization. This comprehensive health care to the individual suffering should be understood primarily as opposed to the reductionist view focused on the disease, as present in the hegemonic biomedical model of health care. The methodological approach was clinical-qualitative, based upon French Psychosociology and Work Psychodynamics. Semi-structured individual interviews with patients from the waiting lists were used, as well as semi-structured group interviews with the *knee center* multidisciplinary team, conducted from the problematization of the material produced in the interviews with patients. We adopt, as main analytical categories, the notion of patient health care, the suffering experienced by them, the comprehensive health care, the imaginary and the production of meaning by the research subjects. Even if it wasn't possible to set, with the *knee center* team, a comprehensive health care approach to patients in the waiting list, we believe that we achieved significant results that will contribute to its reach in the future. Among these results, can be pointed out the visibility given to the patients situation in the waiting lists, as well as the way the professionals, especially physicians, represent patients and their needs and how they conceive their work process and the possibilities health care.

Keywords: Comprehensive health care. Patient care team. Waiting lists. Knee replacement.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: O ACESSO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS E A SITUAÇÃO ESPECÍFICA NO INTO.....	18
1.1 O INTO.....	18
1.2 O ACESSO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS	21
1.3 O CENTRO ORTOPÉDICO DO JOELHO	25
CAPÍTULO 2: O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE E OS DESAFIOS DA MUDANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	31
CAPÍTULO 3: A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E A ENTRADA EM CAMPO	43
3.1 ENTRANDO EM CAMPO	45
3.1.1 AS ENTREVISTAS COM OS PACIENTES	45
3.1.2 BUSCANDO UMA INTERLOCUÇÃO COM A EQUIPE	53
CAPITULO 4: ESCUTANDO OS PACIENTES	57
4.1 DOR E SOFRIMENTO.....	57
4.2 A ESPERA, A RESIGNAÇÃO E A ESPERANÇA	59
4.3 A DESINFORMAÇÃO, O DESAMPARO E A INVISIBILIDADE.....	63
4.4 A PEREGRINAÇÃO, AS DIFICULDADES DE (SE) CUIDAR E SER CUIDADO.....	66
4.5 SOBRE O INTO E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	70
CAPITULO 5: ESCUTANDO A EQUIPE DO CAE DO JOELHO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	91
APÊNDICES	92
ANEXOS	100

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1: Distribuição da População da Fila para ATJ por Faixa Etária.....	27
TABELA 2: Distribuição da População da Fila de ATJ pó Gênero.....	27
TABELA 3: Distribuição da População da Fila de ATJ por Local de Origem.....	28
TABELA 4: Distribuição dos Pacientes de acordo com a Posição na Fila para ATJ....	47
GRÁFICO 1: Perfil dos pacientes Sorteados por Gênero.....	49
GRÁFICO 2: Perfil dos Pacientes Sorteados por Faixa Etária.....	49
GRÁFICO 3: Perfil dos Pacientes Sorteados pela Distribuição Geográfica no RJ.....	50
GRÁFICO 4: Perfil dos Pacientes Sorteados pelo Grau de Escolaridade.....	50

LISTA DE QUADROS**QUADRO 1:** Subfilas do Centro do Joelho.....26**QUADRO 2:** N° de ATJ Realizadas em Relação ao N° de Ingressos na Fila.....28

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: Roteiro / Guia para as Entrevistas.....	93
APÊNDICE B: Apresentação para o CAE do Joelho.....	94
ANEXO A: Jornal O Globo.....	101
ANEXO B: Fluxograma de Admissão dos Pacientes.....	102
ANEXO C: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	106

LISTA DE SIGLAS

ATJ	Artroplastia Total de Joelho
ASFIL	Assessoria da Fila
CAE	Centro de Atenção Especializado
CODIN	Coordenação de Desenvolvimento Institucional
COENP	Coord. de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
COEX	Coordenação Executiva
COUNH	Coordenação da Unidade Hospitalar
CNRAC	Central Nacional Regulação de Alta Complexidade
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende abordar o problema do cuidado ao paciente que está na fila de espera para uma cirurgia eletiva, a artroplastia total primária de joelho (ATJ) no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) no Rio de Janeiro. Atualmente o tempo aproximado de espera na instituição para a realização desse procedimento, após a indicação pelo especialista, é de 44 meses. Os pacientes são inscritos numa fila que se encontra disponível na internet e que apresenta como critério para o atendimento a ordem cronológica de entrada nesta fila. Ao permanecerem aguardando os pacientes tendem a apresentar, além do agravamento da condição ortopédica, co-morbidades clínicas e psicológicas, com repercussões na vida sócio-econômica e familiar que podem acarretar inclusive, o adiamento do procedimento cirúrgico por ocasião da sua convocação.

O modelo público de ações e serviços em saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi formulado na esteira da luta pela redemocratização do país, pelo movimento da Reforma Sanitária, culminando com sua criação na Constituição Federal (CF) de 1988 e sendo implantado após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde: lei nº 8.080/90, complementada pela lei nº 8.142/90. É adotada uma visão ampla de conceito de saúde, agora um “*direito de todos e dever do Estado*” (artigo 196 da CF) preconizando a universalidade e equidade no acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo as diretrizes organizativas de descentralização, com direção única em cada esfera, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O conceito de acesso e o uso de sistemas de saúde têm sido amplamente discutidos (Travassos e Martins, 2004) e a tendência é não se limitar o seu entendimento à ótica da oferta, mas incluir o impacto na saúde e a adequação do cuidado recebido. Ao ampliar o escopo do conceito de acesso aos serviços de saúde para além da oferta, inserindo a dimensão do resultado obtido, a autora põe em evidência a questão da qualidade dos serviços de saúde. O setor está cada vez sendo mais avaliado em função de sua eficiência econômica e efetividade das respostas alcançadas pelo modelo de gestão organizacional, incluindo padrões de excelência na prestação de serviços.

No caso específico da proposta de artroplastia total primária de joelho no INTO, parto do pressuposto que iniciar o cuidado ao paciente a partir do momento da indicação da terapêutica cirúrgica e do seu ingresso na fila de espera é altamente relevante para

melhoria do acesso e da qualidade da assistência, principalmente pelo perfil demográfico apresentado pela população que demanda esse procedimento.

A ATJ é um processo cirúrgico ortopédico eletivo de alta complexidade que consiste na reconstrução total da articulação comprometida através da implantação de uma endo-prótese, que restaura a função perdida, sendo recomendada para pacientes portadores de danos irreversíveis e que não responderam ao tratamento conservador (Felson, DT et al., 2000). A degeneração da cartilagem, também chamada de artrose é o resultado do desgaste da articulação, sendo a causa mais frequente de indicação de artroplastia entre as doenças músculo-esqueléticas, cuja sintomatologia principal é a dor e a imobilidade física que podem ocorrer em diferentes graus (Felson, DT et al., 2000). A artrose é considerada uma doença complexa, multideterminada, incluindo aspectos genéticos e hábitos de vida, com fatores de risco sistêmicos, metabólicos e locais ou traumáticos. Afeta principalmente a população de meia idade, aumentando progressivamente a sua incidência com o passar dos anos, havendo no caso da artrose de joelho, também referida como gonartrose, uma predominância no acometimento de mulheres, obesas e na pós-menopausa (Felson, DT et al., 2000). O relevante envelhecimento da população brasileira (IBGE, revisão de 2008) está, provavelmente, entre os principais fatores de expansão da demanda pelo procedimento também entre nós, como vem ocorrendo nos países desenvolvidos (FELSON, DT et al., 2000).

O INTO atua como centro de referência nacional para média e alta complexidade na especialidade de traumatologia e ortopedia para todo o país. O instituto é organizado por Centros de Atenção Especializada (CAE) baseados em linha de cuidado e que se diferenciam pelo conjunto de saberes e recursos tecnológicos empregados nos procedimentos. Ao todo são 12 Centros (CAE): Coluna, Ombro e Cotovelo, Quadril, Joelho, Pé e Tornozelo, Mão, Tumor, Infantil, Trauma do Adulto e do Idoso, Crânio-Maxilo-Facial, Microcirurgia Reparadora, e Dismetria (fixador externo). Os Centros são formados por equipe multidisciplinar composta pelos ortopedistas especializados nos diferentes segmentos do sistema musculoesquelético, patologia óssea ou procedimento e demais profissionais da área de saúde incluindo médicos de outras especialidades, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista.

Atualmente a equipe do CAE do Joelho direciona sua abordagem aos pacientes internados nas enfermarias e no pós-operatório, no âmbito ambulatorial e nas visitas domiciliares. No período compreendido entre a indicação da cirurgia pelo ortopedista do

CAE e o momento da convocação para a realização dos exames pré-operatórios, o paciente fica aguardando na fila sem, praticamente, nenhum cuidado. No caso da subfila para ATJ esse período estava, em novembro de 2010, durando 39 meses.

A porta de entrada do paciente no INTO é no ambulatório pelo serviço de triagem, pois o Instituto não possui serviço de emergência, nem aceita procura espontânea. A consulta de triagem é realizada por ortopedista, geralmente um residente, sendo necessário o paciente trazer o encaminhamento preenchido por médico de outra unidade em formulário próprio, disponibilizado na recepção e também pela internet. O atendimento na triagem não é agendado e ocorre frequentemente no mesmo dia do comparecimento do paciente à unidade, mas a 1ª consulta com o especialista do CAE do Joelho, no caso em discussão, é marcada atualmente para mais de 12 meses após a triagem. Os ortopedistas do Centro de Atenção Especializada fazem a avaliação do paciente e caso indiquem a cirurgia o paciente será incorporado à fila de espera, disponível na recepção e no site do INTO.

Ao longo dos últimos anos observamos no INTO uma tendência ao crescimento do número de pacientes na fila de espera para os procedimentos de alta complexidade em traumatologia e ortopedia, com conseqüente alargamento do tempo de espera para a realização da cirurgia. Em 01/04/2004 foi implementada no INTO a Assessoria de Fila (ASFIL) responsável pelo gerenciamento da fila de espera, através de um sistema informatizado, que cadastra e organiza de forma transparente o seu andamento. O paciente é incorporado à fila de acordo com procedimento a ser realizado, estabelecendo-se subfilas dentro de cada especialidade ortopédica. A fila é organizada em função da posição do paciente, nas seguintes etapas: SOLICITAÇÃO, também denominada de AGUARDANDO O CHAMADO, se refere ao primeiro período após a entrada na fila onde as inscrições seguem uma ordem cronológica; EXAME, momento em que o paciente está realizando os exames pré-operatórios para a avaliação do risco cirúrgico; PRONTO, quando houve a liberação médica para a cirurgia e o paciente está esperando a disponibilização de um leito para a internação.

Ações específicas têm sido desenvolvidas para enfrentar o incremento da fila de espera, tais como a realização dos mutirões de cirurgia dentro da sede do INTO e a criação do Projeto Suporte, em convênio com diferentes municípios e estados, locais para onde o INTO desloca equipe especializada, insumos e material para a realização de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de média e alta complexidade. Além de capacitar os profissionais de outras regiões, o Instituto auxilia na reestruturação do

atendimento na especialidade, nos diversos Estados brasileiros, diminuindo a necessidade de transferência de pacientes via Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Está previsto para iniciar em agosto de 2011 a mudança para as instalações do novo INTO, um complexo hospitalar que deverá triplicar a produção cirúrgica, além de ampliar as atividades de atendimento ambulatorial, de ensino e pesquisa, elevando-se a oferta da assistência ortopédica de alta complexidade. Haverá também um Centro de Reabilitação que terá capacidade para atender os pacientes inclusive no pré-operatório, diferente do que acontece na sede atual. Apesar desses esforços para a redução da demanda e do aumento previsto da produção, estima-se que a fila, para alguns procedimentos permanecerá como um problema a ser enfrentado em consequência, principalmente, do crescente envelhecimento da população (IBGE, revisão 2008).

Enquanto profissional da área de saúde mental tenho acompanhado ambulatorialmente alguns pacientes do pré-operatório para ATJ, que apresentam um quadro depressivo reativo e observo as repercussões sociais e familiares dessa condição. Identificamos a ocorrência do agravamento do quadro ortopédico devido não só a própria evolução da doença degenerativa, bem como ao aparecimento de co-morbidades em função da longa espera pelo procedimento cirúrgico. A experiência obtida em quase duas décadas de trabalho assistencial na instituição, me possibilita considerar a necessidade do desenvolvimento de uma abordagem a esses pacientes e aos seus familiares pela equipe multidisciplinar, desde o momento da indicação da proposta terapêutica e durante o seu percurso de espera e preparação para a cirurgia, com o objetivo de minimizar os agravos e complicações que possam inclusive, levar ao adiamento do procedimento cirúrgico. Ajudar o paciente e aos seus familiares a lidar com as limitações físicas e ao sofrimento impostos pela patologia e agravados pela espera, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida enquanto aguardam a cirurgia, possibilitará consideráveis benefícios sócio-familiares, além de colaborar para uma maior agilização dos processos institucionais envolvidos na assistência ao paciente.

A proposta da abordagem ao paciente da fila de espera pela equipe multidisciplinar que compõe o Centro de Atenção Especializada do Joelho significa promover ações de saúde que contribuam para o cuidado centrado no usuário (Merhy, 2007b). Esse cuidado integral ao sujeito em sofrimento deve ser entendido, principalmente, como se opondo à visão reducionista focada na doença, tão presente no modelo biomédico assistencial hegemônico. Trata-se de uma concepção abrangente de

atos em saúde, capazes de influenciar as vivências cotidianas dos sujeitos, nos espaços institucionais de saúde, necessitando da construção de novas práticas e “*utilizando o cuidado como unidade de análise e campo privilegiado de sua ação*” (Pinheiro e Guizardi, 2008, p.24).

Merhy (2007a) ao descrever a micropolítica dos atos de saúde ressalta a importância de se combinar a produção do cuidado com atos de promoção, proteção e cura, utilizando como ferramenta de análise a noção ampliada da definição de tecnologias, falando em tecnologias “duras”, “leve-duras” e “leves”. As tecnologias duras seriam os equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras seriam os saberes estruturados e as leves as relações e os vínculos estabelecidos. Assim a reestruturação da produção em saúde envolve novos arranjos tecnológicos que procurem entender o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupa e seu modo de operar os processos produtivos, além das caixas de ferramentas utilizadas pelos seus protagonistas.

Ao pensarmos em discutir a gestão do cuidado em um serviço de saúde altamente especializado como o INTO, voltado para atenção terciária e quaternária, estamos explorando os desafios existentes em se olhar o sujeito, seu sofrimento e suas necessidades, bem como valorizar a inovação, tanto de tecnologia leve quanto de tecnologia dura, no setor saúde como força propulsora do desenvolvimento científico e, por conseguinte, do crescimento econômico reforçando a noção do complexo econômico-industrial da saúde, igualmente produtor e consumidor de tecnologias de alta complexidade, incorporando interesses sociais legítimos. (GADELHA, 2003).

Acreditamos na relevância de apontar para uma mudança nas ações de saúde, através de equipe multidisciplinar, defendendo a integralidade como um valor (Mattos, 2009) que se expressa na forma como os profissionais respondem ao sofrimento dos pacientes que estão aguardando na fila para uma cirurgia eletiva, sendo abordada no presente estudo, a artroplastia total primária de joelho no INTO. O reconhecimento da integralidade como um princípio orientador da boa prática, alinhado com a organização do trabalho, implica numa visão holística do sujeito em sofrimento, não aceitando o reducionismo de se olhar apenas a doença e sim perceber o paciente com suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. As ações de integralidade devem fazer parte da organização do trabalho de todos os profissionais da equipe, independente do *locus* de atuação, caracterizadas pela apreensão abrangente das necessidades de saúde, assumindo uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus

diferentes modos de perceber e interagir com as necessidades de cuidado (MATTOS, 2009).

Em países desenvolvidos, especialmente os que possuem sistema público universal, identificamos estudos publicados há mais de vinte anos (West and McKibbin, 1982; Hochuli, 1988) que trazem a preocupação com a fila de espera para artroplastia, por acometer uma população bastante vulnerável, que são os idosos e que tende a aumentar a cada ano. Do ponto de vista da intervenção alguns estudos preconizam o acompanhamento fisioterápico no pré-operatório (Rymaszewski et al., 2005; Aiken et al., 2007), outros trabalhos discutem a importância do estabelecimento de prioridades (Woolhead, 2002) e a utilização de protocolos de priorização em filas de espera para artroplastia, bem como questionam o que consideram o tempo máximo aceitável de espera (Conner-Spady et al., 2004, 2007; Allepuz et al., 2008). No Brasil a imprensa tem realizado matérias sobre o que denomina de “fila invisível” (Anexo A) para as cirurgias eletivas, destacando sua dimensão e os prejuízos para a população, além de chamar a atenção para a dificuldade de se obter os dados completos do SUS (O GLOBO, 23/05/2010).

O desenvolvimento de um projeto terapêutico multiprofissional junto aos pacientes que estão aguardando a ATJ seria também uma forma de contribuir para o gerenciamento da fila de espera para procedimentos de alta complexidade e poderia ser estendido às outras equipes ortopédicas do INTO.

Assim sendo, iniciei o presente estudo movida por questões tais como: Quais as necessidades de cuidado que demandam os pacientes da fila de espera? É possível dimensionar o seu sofrimento? O que a situação de espera representa em termos de qualidade de vida? Quais são as expectativas em relação à cirurgia e o pós-operatório? Que possibilidades de resposta do ponto de vista assistencial podem ser oferecidas a esses pacientes ainda na fila de espera?

Este estudo pretende, portanto, propor um dispositivo de intervenção pela equipe multidisciplinar ao paciente que está aguardando na fila, contribuindo para o aperfeiçoamento de práticas de assistência integral, humanizada e voltadas para qualidade do cuidado.

Definimos então, como **objetivo geral** deste trabalho, desenvolver condições para a construção de um projeto de cuidado integral como ferramenta de gestão do atendimento ao paciente que está na fila de espera para artroplastia total primária do

joelho (ATJ) no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). E como objetivos específicos, os seguintes:

1. Identificar a percepção de pacientes da fila de espera para ATJ sobre sua situação de saúde, sobre a cirurgia e sobre o hospital, bem como o sentido que atribuem à espera na fila.
2. Apreender o sofrimento e as demandas de cuidado de pacientes da fila de espera para ATJ.
3. Identificar, a partir do material produzido nas entrevistas com os pacientes, as representações dos profissionais sobre os pacientes na fila de espera para ATJ, sobre suas demandas e as possibilidades de intervenção que identificam.
4. Desenhar, com a participação dos profissionais envolvidos, um projeto de cuidado integral ao paciente na fila de espera para ATJ.

Esse último objetivo específico – que aponta para a operacionalização do objetivo geral - todavia, não pôde ser alcançado. Ao longo do texto que se segue procuraremos apresentar a trajetória de investigação percorrida, os desafios encontrados no trabalho de campo e as “luzes” que nossa investigação pôde lançar sobre o cuidado aos pacientes do INTO.

Assim, no capítulo a seguir apresentaremos o INTO dando destaque à questão do acesso às cirurgias eletivas. No capítulo 2 realizaremos uma discussão conceitual sobre o cuidado integral à saúde e os desafios para as mudanças nas organizações de saúde. A metodologia empregada e a entrada em campo são descritas no capítulo 3. As categorias analíticas apreendidas nas entrevistas com os pacientes serão examinadas no capítulo 4 e no capítulo 5 faço uma exposição das falas da equipe do CAE do Joelho. Completo esse estudo com as considerações finais.

CAPÍTULO 1: O ACESSO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS E A SITUAÇÃO ESPECÍFICA NO INTO

1.1 O INTO

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) é uma Unidade de Saúde da administração direta do poder executivo do Governo Federal especializada em procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade na área. É um órgão com instância técnica e executiva do Ministério da Saúde e atua como Centro de Referência Nacional nas especialidades de Traumatologia e Ortopedia, realizando ações assistenciais, de ensino e pesquisa além de assessorar o Ministro de Estado da Saúde na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas. Teve seu Regimento Interno criado através da Portaria nº 2161 de 29/12/1994.

A origem do INTO remonta a 1943 quando atendia aos funcionários e segurados da Companhia de Navegação Lloyd Brasileiro, com a denominação de Hospital Central de Acidentados. Em 1973 o hospital foi desativado e incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para prestar atendimento em Traumatologia e Ortopedia aos segurados e passou a se chamar Hospital de Traumato-Ortopedia (HTO), com a coordenação de uma equipe originária do Hospital Geral de Bonsucesso. No final de 1994, foi criado o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. A partir de 2002 o Instituto vem paulatinamente realizando um movimento crescente pela integração no Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de ações assistenciais e de educação prestadas na sua sede e nos demais Estados do Território Nacional, participando da organização das redes de atenção em Traumatologia e Ortopedia no país. Essa integração possibilitou ao INTO o conhecimento das condições de assistência à saúde na especialidade e apontou para a necessidade de reformular seu projeto assistencial e de ensino. Além disso, o Instituto identificou como uma de suas missões a geração de conhecimento através da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico. O

marco deste movimento pode ser identificado com o planejamento da construção da nova sede para efetivar o novo projeto.

A Missão do INTO é descrita como:

“Promover ações como Instituto de Referência na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e articulação de políticas públicas em Traumatologia, Ortopedia e Reabilitação” (INTO, 2010).

As atividades oferecidas são:

- Cirurgias nas especialidades ortopédicas, divididas em Centros de Atenção especializada (**CAE**).
- Consultas ambulatoriais de pré e pós-operatório.
- Internação Hospitalar.
- Atendimento Domiciliar (**UDOMI**).
- Ensino e Pesquisa: Capacitação interna (residência médica em traumatologia e ortopedia, convênio com residência em enfermagem e farmácia) e externa (Projeto Suporte e Jornadas Científicas, Semana de Imersão em Cirurgias), Pesquisa em terapia gênica e célula-tronco; Estudo do Movimento Humano e Fisiologia do Esporte.
- Serviço de Reabilitação.

Para desenvolver essas atividades foram implementadas quatro coordenações:

- Coordenação da Unidade Hospitalar (**COUNH**) – responsável pela assistência, realiza preferencialmente procedimentos em alta complexidade, gerando protocolos e parâmetros na especialidade de traumatologia e ortopedia.
- Coordenação de Desenvolvimento Institucional (**CODIN**) - responsável pelo subsídio técnico aos programas nacionais e ao controle e avaliação de sistemas e redes assistenciais, bem como na regulação da alta complexidade, do uso de tecido músculo-esquelético e da utilização de órteses, próteses e implantes referentes à especialidade.
- Coordenação de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (**COENP**) – atua na qualificação de profissionais em todos os níveis assistenciais e desenvolve linhas de pesquisa na especialidade.

- Coordenação Executiva (COEX) – responsável por subsidiar as atividades desenvolvidas pelas diversas áreas quanto a coordenação de aquisição de suprimentos e serviços, estoques, recursos humanos, gestão financeira e patrimonial, suporte em tecnologia da informação, desenvolvimento de sistemas de informação e planejamento e avaliação das ações.

O INTO aponta para o futuro com a seguinte Visão:

“Contribuir para o SUS por meio da assistência em alta complexidade, da geração e disseminação de conhecimento técnico e de gestão, da formação de profissionais e pesquisadores de saúde de reconhecimento nacional e internacional, e do apoio ao Ministério da Saúde na elaboração de políticas públicas efetivas na área de Traumatologia, Ortopedia e Reabilitação” (INTO, 2010).

A instituição vem num processo de crescimento da profissionalização de sua gestão, através da implantação de colegiados gerenciais (Assistencial em 2000, Diretor em 2002 e Administrativo em 2004) e realizando oficinas e reuniões específicas de definição de metas e de indicadores de avaliação de qualidade e desempenho. Com a finalidade de ampliar a participação externa e promover o controle social, foi implantado o Conselho de Gestão Participativa, que tomou posse oficial em 03/02/2006.

A construção de dispositivos gerenciais coletivos visando melhorar a qualidade do atendimento inclui a criação de comissões assistenciais, tais como: Infecção Hospitalar, Suspensão de Cirurgias, Humanização, Controle e Revisão de Prontuário, Revisão de Óbito, entre outras, que procuram desenvolver uma responsabilização dos profissionais e da instituição na assistência prestada.

O Instituto recebeu em março de 2006 a Certificação Internacional da Acreditação Hospitalar, conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA) que utiliza metodologia da Joint Commission International (JCI). Em outubro de 2009 obteve a renovação deste selo de qualidade por mais três anos.

Até o final do 2º semestre de 2011 a mudança para a nova sede do INTO deverá ser finalizada, o que proporcionará a ampliação em, aproximadamente, três vezes a capacidade de atendimento ambulatorial e da realização de cirurgias, além de contar com um Centro de Reabilitação. Em agosto de 2010 foi criado um grupo responsável

pela Gestão da Mudança, que se reúne semanalmente, para o planejamento estratégico da mudança, incluindo a revisão e ajuste dos atuais processos operacionais.

Apesar de constatar todos esses esforços institucionais para melhorar a qualidade dos serviços prestados, observamos a necessidade de discutir alterações significativas na forma de atuar dos profissionais de saúde. O modelo biomédico hegemônico é reducionista e privilegia a atenção centrada em procedimentos e não no usuário e nas suas necessidades de saúde. É preciso reforçar a importância das ações em equipe multidisciplinar, com seus diferentes saberes, na discussão dos casos clínicos e na articulação das propostas terapêuticas, envolvendo e responsabilizando os trabalhadores na produção de saúde. Evidentemente o aprimoramento de técnicas de diagnóstico e de terapêuticas cirúrgicas é uma etapa fundamental no atendimento de média e alta complexidade, mas para se conseguir que o paciente se beneficie obtendo uma melhora de seu sofrimento e na sua qualidade de vida outras ferramentas devem ser utilizadas, as chamadas “*tecnologias leves*” (MERHY, 2007b).

1.2 O ACESSO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS

Travassos e Martins (2004) discutem a complexidade do conceito de acesso e apontam a imprecisão com que os autores utilizam os termos acesso e acessibilidade em relação ao uso dos serviços de saúde. Após extensa revisão na literatura chegam a conclusões que permitem considerar o acesso um conceito polissêmico, uma vez que apresenta variações de acordo com o tempo e com o contexto. As autoras indicam a necessidade de mudança do enfoque da questão da entrada nos serviços de saúde (oferta) para os resultados dos cuidados obtidos, mas ressaltam a importância de se manterem as “*distinções entre acesso e uso de serviços de saúde, acesso e continuidade do cuidado e acesso e efetividade dos cuidados prestados*” para se destacar as diferenças entre os modelos explicativos (TRAVASSOS E MARTINS, 2004, p.197).

A distribuição dos recursos pelo SUS segue sendo um dos grandes desafios dos gestores públicos para enfrentar a questão do acesso aos serviços de saúde, mas inevitavelmente a vertente da qualidade é também uma perspectiva fundamental a ser enfrentada, devendo-se promover mudanças nos processos de gestão.

A partir da discussão apresentada acima apontamos a necessidade de se avaliar uma proposta de atenção que inclua a continuidade e a efetividade do cuidado e não apenas a possibilidade do uso dos serviços de saúde. A abordagem pela equipe multidisciplinar aos pacientes que estão aguardando na fila de espera para ATJ possibilitaria não só dar continuidade ao cuidado do paciente que ingressa na fila, como também, diminuir os agravos e as complicações das co-morbidades comumente presentes nessa população vulnerável, composta principalmente por pacientes acima de 60 anos (Felson, DT et al., 2000). Em função dos principais sintomas da artrose serem dor e a imobilidade e os danos às articulações serem irreversíveis, o quadro ortopédico só tende a se agravar, além disso, pela idade dos pacientes as co-morbidades clínicas estão comumente associadas (Felson, DT et al., 2000) o que as vezes impossibilita a liberação para o procedimento cirúrgico. Essas constatações reforçam a importância do cuidado integral aos pacientes que estão aguardando o chamado para realizarem o procedimento cirúrgico.

A clientela do INTO é referenciada para cirurgia e atualmente a trajetória do paciente na instituição pode ser assim descrita: a entrada acontece através do serviço de triagem, sendo necessário vir com encaminhamento em formulário próprio, preenchido por médico de unidade pública de saúde e com exames de imagem realizados anteriormente (Raio X p.ex.), além de documentos como comprovante de residência e de identidade (carteira de identidade ou certidão de casamento ou nascimento acompanhada de documento com foto). Após apresentar a documentação na recepção o paciente aguarda o atendimento pelo ortopedista da triagem, que irá definir se o mesmo será encaminhado para consulta de 1ª vez com especialista dos Centros de Atenção Especializada (CAE) ou retornará ao serviço de origem, podendo também ser encaminhado diretamente para outro serviço público. Os ortopedistas dos Centros avaliam os pacientes e definem o próximo passo e caso haja indicação de cirurgia o paciente é incorporado a subfila específica, de acordo com o procedimento a ser realizado (Fluxograma em Anexo B).

É importante observar que antes mesmo do paciente entrar para a fila de espera de cirurgia já existem gargalos e afunilamentos em seu percurso. Inicialmente o paciente esteve em outra unidade de tratamento ortopédico que ao identificar a necessidade de tratamento cirúrgico realiza o encaminhamento em formulário próprio, disponível na recepção do ambulatório e na internet. Após a triagem o paciente se submete ao tempo de espera para a consulta com os especialistas dos Centros, este

intervalo vem aumentando de ano para ano e averiguamos que a agenda de marcação da consulta de 1ª vez no CAE do Joelho para o ano de 2010 foi aberta em 07/10/2009 e encerrada em 16/12/2009, sendo assim a espera para esta consulta de avaliação já ultrapassa 12 meses. O passo seguinte é ser incorporado à fila de espera para o procedimento na subfila específica.

Do exposto, percebemos o grande intervalo existente entre a consulta na triagem do ambulatório e a chamada para internação, embora o paciente só seja incorporado na fila de espera após a indicação pelo especialista do Centro. A Assessoria de Fila (ASFIL) criada em 2004 é a responsável pelo gerenciamento da fila, cadastrando e organizando de forma transparente, por meio da internet, o seu andamento. Uma vez dentro da subfila de espera encontramos posições diferenciadas e a possibilidade de enfrentarem vários novos gargalos.

Ao entrar na fila o paciente ingressa na etapa denominada SOLICITAÇÃO ou AGUARDANDO O CHAMADO, que segue unicamente o critério cronológico. Antes da internação o paciente deve se submeter a uma avaliação pela clínica médica e pela anestesiologia para a realização do risco cirúrgico, quando então são evidenciadas suas condições clínicas. Esta etapa é identificada como em EXAME. A partir deste momento não prevalece mais a ordem cronológica de entrada na fila em função da possibilidade do paciente não ser liberado para a cirurgia e precisar ser acompanhado pela Clínica Médica, o que leva ao prolongamento da espera. Esta situação é frequente para os pacientes da fila para ATJ devido à idade e a presença de co-morbidades. Mesmo após a liberação o paciente tem que aguardar a disponibilização de leito para ser internado, incluindo a garantia de vaga na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) quando se tratar de procedimentos de alta complexidade, como é o caso da ATJ, permanecendo então na etapa PRONTO até sua chamada para a internação. Em virtude da validade do risco cirúrgico ser de seis meses a convocação para iniciar esses exames acontece quando existe previsão de vaga dentro deste período. No entanto, diversas intercorrências podem alterar essa expectativa levando a necessidade de repetir a avaliação e o risco cirúrgico. Atualmente um dos principais gargalos está relacionado ao quantitativo de leitos, tanto na enfermaria quanto na UTI. Portanto, enquanto aguardam na fila de espera os pacientes estão subdivididos em três posições: aguardando cronologicamente o chamado na subfila específica (SOLICITAÇÃO); realizando os exames pré-operatórios (EXAME); já liberados para a cirurgia e aguardando vaga para internação (PRONTO).

Com o objetivo de facilitar o acesso às cirurgias de média e alta complexidade, o INTO apresentou não só o projeto para a expansão de suas instalações, o que deverá ocorrer com a inauguração da nova sede, que terá capacidade para triplicar a sua produção atual, como também iniciou a coordenação de atividades fora de seus muros, com o Projeto Suporte que funciona desde 2005. Através de convênios estabelecidos com estados e municípios há o deslocamento de profissionais e equipamento para a realização de ações assistenciais de média e alta complexidade, capacitando e aperfeiçoando os profissionais locais, além de apoiar a proposta de reestruturação das redes de atenção em traumatologia e ortopedia, enfrentando assim a questão da dimensão geográfica do território nacional com suas desigualdades e que influenciam na dificuldade do acesso dos pacientes às cirurgias eletivas. O INTO participa também de convênios para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), ficando os pacientes desses convênios em subfilas próprias dentro de cada Centro. O atendimento desses pacientes que residem em municípios distantes é otimizado com a utilização de serviços de hotelaria próximos da instituição, onde eles permanecem no pós-operatório, acompanhados pela UDOMI.

Acredito que a expansão da capacidade de produção, que acontecerá com a inauguração da nova sede, promoverá uma agilidade no atendimento com conseqüente redução do tempo de espera, mas não evitará os gargalos, principalmente no caso da fila de espera para ATJ, devido aos aspectos específicos da evolução do quadro ortopédico (geralmente artrose), bem como do perfil da população acometida (maioria idosos). A proposta de iniciar o acompanhamento do paciente a partir do momento da indicação para a cirurgia pela equipe multidisciplinar está em consonância com os princípios de melhorar o acesso (oferta), com continuidade e efetividade do serviço prestado. O objetivo é oferecer cuidados, que atualmente são realizados pela equipe multidisciplinar apenas no pós-operatório, aos pacientes que estão aguardando na fila de espera. Ao se estender as ações para o pré-operatório, será possível obter uma melhoria na qualidade de vida do paciente

ainda na fila de espera, além de buscar evitar o aparecimento de co-morbidades que impeçam a liberação para a cirurgia. A abordagem deverá ser feita no ambulatório e iniciar logo após a indicação da cirurgia, permitindo um acompanhamento do paciente durante todo o período de espera para a cirurgia.

1.3 O CENTRO ORTOPÉDICO DO JOELHO

A partir de 2006, a Unidade Hospitalar do INTO assumiu uma estrutura assistencial através dos Centros de Atenção Especializados (CAE), compostos por diferentes profissionais, formando as equipes multidisciplinares. Cada profissional da equipe tem suas atribuições delineadas e escritas em manuais, porém, realiza as ações em conjunto com os outros profissionais. A proposta é de atuação baseada em linhas de cuidado, possibilitando a participação dos diferentes membros da equipe multidisciplinar nas decisões assistenciais, não deixando, contudo, de propor uma definição clara do responsável pelas ações necessárias a serem tomadas (INTO, 2010).

A Unidade Hospitalar (COUNH) especifica sua missão como: *“Oferecer a melhor assistência para pacientes com afecções ortopédicas de alta complexidade baseado em ensino e pesquisa, com foco na melhoria contínua”*. Esta proposta está em consonância com o Lema da instituição: *“Humanização e Qualidade”*, pautado em Valores e Princípios que identificam a *“Humanização, a Qualidade, a Transparência, a Ética, a Credibilidade, a Excelência Técnica e a Geração do Conhecimento como fundamentais para seu funcionamento”* (INTO, 2010).

O CAE do Joelho foi constituído pelo grupo de especialistas em patologias do joelho e dos especialistas em medicina desportivas. Atualmente a equipe conta com 11 (onze) cirurgiões, 4 (quatro) enfermeiras, 2 (duas) assistentes sociais, 2 (duas) fisioterapeutas, 2 (duas) psicólogas, 1 (uma) farmacêutica, 1 (uma) nutricionista e 1 (uma) secretária, que participam das reuniões semanais para a discussão de casos clínicos e questões administrativas. A equipe também dispõe de 4 (quatro) ortopedistas em pós-graduação (os estagiários) e 2 (dois) residentes do INTO que fazem rodízio entre os Centros. Durante o período da internação os pacientes são também acompanhados pela Clínica Médica e quando necessário é solicitado o parecer de um especialista como, do infectologista, psiquiatra, fisiatra, terapeuta ocupacional, de acordo com a proposta elaborada na formação do CAE.

Os cirurgiões do CAE do Joelho operam de segunda-feira a sábado, contando com um total de oito salas por semana, seguindo uma programação discutida e estabelecida nas reuniões semanais.

Em abril de 2010 estavam aguardando na fila para Artroplastia Total Primária de Joelho 3.121 pacientes e o tempo de espera era de aproximadamente 44 meses. É uma das maiores e mais demoradas subfilas do INTO: este número representava 66.2 % do total de pacientes esperando por uma cirurgia no CAE do Joelho. Cabe a ASFIL organizar o andamento das subfilas, convocando os pacientes tanto para os exames pré-operatórios, avaliação na Clínica Médica e na Anestesiologia, quanto para a internação.

A fila do CAE do Joelho foi organizada em 39 subfilas classificadas (Quadro 1) de acordo com o tipo de procedimento a ser realizados e a Artroplastia Total Primária (código 003 do Quadro 1) é apenas uma delas. São acrescentadas para todos os Centros mais duas subfilas: para o TFD e para CNRAC.

QUADRO 1: SUBFILAS DO CAE DO JOELHO

Sub-centro
232 - AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO/REVISÃO
044 - ARTRODESE
213 - ARTROPLASTIA FEMORO-PATELAR
004 - ARTROPLASTIA PRIMÁRIA BILATERAL OPERADA INTO
003 - ARTROPLASTIA PRIMÁRIA NÃO OPERADA
006 - ARTROPLASTIA UNICOPARTIMENTAL
269 - ATJ-PÓS FRATURA ENVELHECIDA/PATOLÓGICA/OUTROS
238 - ATJ/ARTRITE REUMATOIDE
070 - BIOPSIA / INFILTRAÇÃO
071 - CONTINUIDADE DO TRATAMENTO (INTO)
009 - CONVERSÃO DE ESPAÇADOR
144 - DISFUNÇÃO PATELO-FEMORAL
151 - FRAT-LUXAÇÃO - RUPTURA TENDINOSA AGUDA (ATÉ 3 SEM.)
014 - INFECÇÃO INTO
015 - INFECÇÃO NÃO INTO
017 - JOELHO - ARTROSCOPIA
072 - JOELHO - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO - POSTERIOR
179 - JOELHO BLOQUEADO AGUDO COM LESÃO DO LCA
180 - JOELHO BLOQUEADO AGUDO SEM LESÃO DO LCA
093 - LESÃO OSTEOCONDAL (MO SAICOPLASTICA / MICROFRATURA)
258 - LESÕES PSEUDO TUMORAIS/ TUMOR (BIOPSIA E/OU RESSECÇÃO)
185 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR
108 - OSTEOTOMIA DE FÊMUR
107 - OSTEOTOMIA DE TIBIA
081 - QUADRICEPSPLASTIA
134 - REALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR
181 - RECONSTRUÇÃO DO LCP + EXTRA-ARTICULAR
152 - RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR
099 - RECONSTRUÇÃO INTO (COM ENXERTO ÓSSEO)
089 - RECONSTRUÇÃO LCA + MENISCECTOMIA
090 - RECONSTRUÇÃO LCA + MULTI-LIGAMENTAR
101 - RECONSTRUÇÃO NÃO INTO (COM ENXERTO ÓSSEO)
261 - RETIRADA DE MAT. SINTESE-CORPO ESTRANHO-OUTROS(NÃO INTO)
103 - RETIRADA DE MAT. SINTESE/CORPO ESTRANHO/OUTROS (INTO)
110 - RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE - CORPO ESTRANHO - OUTROS(NÃO INTO)
100 - REVISÃO INTO (SEM EXERTO ÓSSEO)
102 - REVISÃO NÃO INTO (SEM ENXERTO ÓSSEO)
109 - SINOECTOMIA
291 - TRANSPLANTE DO APARELHO EXTENSOR/BANCO DE TECIDOS/PATELAR

Fonte: MV/Portal/SistemasWeb/INTO

Na análise do perfil demográfico dos integrantes da fila para ATJ observamos que a maioria dos pacientes está na faixa etária acima de 60 anos (TABELA 1). Em relação ao gênero, é composta majoritariamente por mulheres (TABELA 2).

A nossa observação coincide com os dados internacionais que apontam para maior incidência de artrose em mulheres, na pós-menopausa, determinando a indicação de artroplastia de joelho (Felson, DT et al, 2000).

TABELA 1: Distribuição da População da Fila para ATJ por Faixa Etária – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia –INTO - 2010

Idade	Frequência	
	N	%
< 60	690	22,1
>= 60	2.431	77,9
Total	3.121	100,0

Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO.

TABELA 2: Distribuição da População da Fila para ATJ por Gênero – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO - 2010

Gênero	Frequência	
	N	%
Feminino	2.168	69,5
Masculino	953	30,5
Total	3.121	100,0

Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO.

Quanto à procedência dos pacientes dessa fila observamos que 99,1% são do estado do Rio de Janeiro e 0,9% são dos demais estados da federação. Dentro do estado, distinguimos que 86,8% são da região metropolitana (Grande Rio) e 12,3% são das demais regiões do estado.

TABELA 3: Distribuição da População da Fila para ATJ por Local de Origem – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - 2010

UF	Quant.	%
RJ (Região Metropolitana)	2.708	86,8
RJ (Demais Regiões)	385	12,3
MG	8	0,3
NI (não informado)	4	0,1
PR	7	0,2
ES	2	0,1
PB	5	0,2
AC	1	0,0
AM	1	0,0
Total	3.121	100,0

Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO.

Abaixo podemos observar que um importante gargalo é a entrada muito maior de novos pacientes na fila do que a capacidade de realizar a ATJ; mesmo com a proposta do Novo INTO de triplicar a capacidade cirúrgica haverá uma tendência a continuar formando uma fila de espera (QUADRO 2).

QUADRO 2: ATJ Realizadas/2010 em relação aos Ingressos na Fila para ATJ/ 2010

Joelho/ATJ		
	N ingressos na fila	N cirurgias realizadas
jan/10	81	16
fev/10	72	22
mar/10	79	25
abr/10	85	19
mai/10	111	41
jun/10	79	28
jul/10	78	36
ago/10	110	34
set/10	120	31
out/10	96	28
nov/10	79	38
dez/10	24	19
	1014	337

Fonte: MV/portal/Sistemas Web/INTO

O acúmulo atual de pacientes aguardando poderá ser reduzido na nova sede do INTO, através p.ex. de mutirões como já foi feito anteriormente, mas certamente continuará uma questão a ser enfrentada, tanto pela necessidade de profissionais qualificados, quanto inclusive pelas limitações do financiamento no SUS para os procedimentos de alta complexidade. Em função da principal indicação de ATJ ser para as doenças crônicas degenerativas, que acometem a população idosa, possivelmente haverá um aumento das indicações ao longo dos próximos anos, reforçando assim a necessidade de se propor ações para minimizar as conseqüências dessa espera.

Atualmente o atendimento pela equipe multidisciplinar, devido inclusive às restrições do espaço físico do ambulatório, volta-se basicamente para o acompanhamento dos pacientes internados, continuando no pós-operatório imediato e na reabilitação. O paciente quando obtém alta hospitalar sai com uma cartilha de orientação, construída por integrantes da equipe, também disponível no site do INTO e com a consulta ambulatorial de retorno já agendada. Sempre que houver indicação o paciente é incluído no programa de Atendimento Domiciliar (UDOMI), baseado nos protocolos estabelecido por cada CAE. O Atendimento Domiciliar tem como objetivo dar seqüência ao tratamento ortopédico iniciado na unidade hospitalar, oferecendo aos pacientes a assistência especializada de enfermagem e fisioterapia no domicílio, contando também com o apoio dos profissionais das áreas de assistência social e psicologia.

Propor atenção e cuidados para os pacientes enquanto eles ainda aguardam na fila torna-se um importante desafio junto aos profissionais da equipe do Centro do Joelho. Na prática significa atender uma população que se encontra sem ser “olhada” nem “ouvida” pela equipe, embora todos tenham conhecimento da sua existência e do quanto a espera prolongada agrava o quadro e dificulta a reabilitação. Por outro lado, diminuir o impacto dessa espera através de ações que reduzam o aparecimento de comorbidades e melhorem a qualidade de vida do paciente facilitará a recuperação no pós-operatório, momento que hoje concentra a atenção dos profissionais. No caso da fisioterapia, uma das justificativas para não ser realizado o atendimento no pré-operatório é a falta de espaço físico e infra-estrutura, o que será diferente a partir da inauguração do novo INTO, que apresenta no projeto espaço para instalações específicas. Portanto, já estamos vislumbrando a possibilidade de mudar a foco de atuação da equipe e incluir o cuidado aos pacientes que estão aguardando na fila de espera, mas para que isto se torne realidade será necessário que os profissionais

promovam uma maior articulação entre seus diferentes saberes e adotem a integralidade como linha de cuidado.

No meu percurso na instituição, enquanto profissional da saúde mental, tenho observado alguns encaminhamentos esporádicos desses pacientes da fila de espera, não só para mim como também para outros profissionais que realizam atendimento ambulatorial a pacientes no pré-operatório (clínica da dor, nutricionista, p. ex) o que corrobora a percepção da necessidade de oferecer atenção a essa situação de espera. Acredito na relevância de se iniciar, no pré-operatório, uma abordagem de cuidado integral aos pacientes, de forma sistemática e coordenada, principalmente diante da perspectiva da inauguração da nova sede do INTO, cujas instalações propiciarão uma atuação mais ampla da equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO 2: O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE E OS DESAFIOS DA MUDANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Ao adotarmos a visão da saúde como um bem público e um direito igual para todos, não deixamos de apontar a necessidade de oferecer serviços de alta complexidade e de excelência na prestação de cuidados, com objetivo de produzir benefícios e melhorias na vida do indivíduo e da coletividade. Optamos pela utilização da noção de cuidado para enfatizar a importância de ações que incluem: “o tratar, a respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento” (Pinheiro, 2008, p.23), reconhecendo que as pessoas sofrem e conseqüentemente buscam ajuda. A integralidade, por sua vez, faz parte das diretrizes e princípios do SUS e as ações integrais em saúde devem se constituir de práticas eficazes, estruturadas e dirigidas ao indivíduo como um todo e não reduzidas apenas ao sistema biológico doente. Assim entendemos que o cuidado integral em saúde é fruto da interatividade positiva entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em um tratamento digno, respeitoso e com qualidade, utilizando além do saber profissional e das tecnologias necessárias, a dimensão subjetiva e o contexto social da pessoa que procura alívio para seu sofrimento.

Mattos apóia a integralidade “*como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa **na forma** como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram*” (Mattos, 2009, p.52, grifo meu). A integralidade deve ser entendida como uma dimensão das práticas dos diferentes profissionais de saúde. A reflexão é sobre o quanto não cabe apenas a aplicação dos conhecimentos biomédicos, de maneira fragmentada, mas sim buscar reconhecer o conjunto de necessidades de ações e serviços apresentadas pelos pacientes que procuram ajuda. Assim, a integralidade também se refere aos atributos da organização dos serviços de saúde, tanto do trabalho como das políticas de gestão.

As práticas atuais das ações em saúde se consolidaram ao longo do tempo e para melhor situar as transformações ocorridas, será interessante abordar alguns trabalhos, como os de Lilia Schraiber e Denise Pires.

Schraiber (2008), em seus estudos de inspiração marxista sobre o trabalho médico e a estruturação da medicina no Brasil, caracteriza dois arranjos, historicamente dados, nos planos técnico, organizacional e mercantil, que são os modos de trabalhar e

produzir os serviços: a medicina liberal e artesanal, que ocupou o século XIX até meados do século XX e a medicina empresarial e tecnológica que vem se configurando de modo generalizado desde 1960. A passagem da medicina liberal à tecnológica acarretou, além do assalariamento e progressivo empresariamento da produção do trabalho assistencial, “*uma fragmentação especializada e despersonalização da assistência*” (Schraiber, 2008, p.21). O trabalho que anteriormente era artesanal passou a incorporar intensivamente tecnologias, provocando sensíveis mudanças na prática dos serviços assistenciais e do mercado profissional.

A autora realizou extensa pesquisa qualitativa, com coleta dos dados através de entrevista aberta, sobre o cotidiano do trabalho do médico no estado de São Paulo, narrado por eles mesmos. Manteve o referencial teórico dos trabalhos pioneiros de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre as práticas em saúde como processos de trabalho e da reelaboração do conceito de tecnologias em saúde, desenvolvendo então sua tipologia de medicina liberal e medicina tecnológica

Entendendo a estruturação do trabalho médico como dependente de uma estruturação social maior, porque dela faz parte, Schraiber aponta a expectativa histórica da medicina – tratar e cuidar das pessoas – sendo realizado de forma diferente de acordo com a época em questão. Assim, o uso de recursos técnicos e equipamentos se ajustam às exigências de cada época e são ativamente exigidos pelos próprios médicos, para cumprir suas finalidades sociais, sendo percebidos como uma necessidade médica. Diferente de outros trabalhos técnicos e manuais, a prática médica expressou-se por longo período com muita liberdade, preservando a autonomia do seu agente e caracterizando-se como prática liberal. Com o desenvolvimento científico e tecnológico na prática profissional e na organização do trabalho, houve perda da autonomia na esfera mercantil, ampliando o assalariamento e a especialização, havendo o resgate do domínio na esfera técnica-tecnológica.

Sobre as mudanças sofridas na prática médica e nas condições de trabalho, Schraiber destaca que enquanto a pessoa do médico simbolizou a medicina liberal, por outro lado, na medicina tecnológica os médicos passaram a ser meros aplicadores dos conhecimentos e das técnicas, seguindo rotinas e aprimorando a uniformidade de suas intervenções, sem muita interferência pessoal. A qualidade da assistência estaria na presença de recursos tecnológicos, que se tornam os mediadores da relação médico-paciente, levando a “*despersonificação do cuidado e da impessoalidade da prática*” (Schraiber, 2008, p.142). Com a universalização da assistência à população configurou-

se o consumo de massa dos serviços médicos, acarretando mudanças no significado das relações entre os indivíduos nessa nova prática. A progressiva especialização provocou a necessidade de produção de trabalho coletivo e em equipes, definindo-se o hospital como o agregador das diversas especialidades médicas. A prática clínica centrada na longa consulta com anamnese e exame físico, muitas vezes no próprio domicílio do paciente, característica da medicina liberal ou artesanal, cedeu lugar ao atendimento por diferentes especialistas, com menos tempo para relacionamentos interpessoais, utilizando recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados para dar vazão à crescente demanda.

Portanto, fica então exposto o dilema e o desafio atual: a reificação da tecnologia como um bem em si, provoca uma subversão nas relações interpessoais não só na medicina, mas na sociedade contemporânea como um todo, sendo necessário reconhecer que o *“encontro entre pessoas foi substituído pela relação de cada um com os intermediários”* (Schraiber, 2008, p.208). Instaure-se uma crise de confiança em todas as esferas relacionais, tornando-se então *“a principal questão da medicina tecnológica, seja entre o médico e seu paciente, o médico e seus colegas e outros profissionais no trabalho e o médico e seu saber”* (SCHAIBER, 2008, p.206).

Denise Pires (2008) foi outra pesquisadora a realizar importante trabalho de campo em hospitais de ponta, no sentido de uso de equipamentos de tecnologia avançada e reconhecidos por prestarem uma assistência de qualidade na saúde. A autora utilizou algumas categorias clássicas às investigações de processo de trabalho tais como: tecnologia, fragmentação, alienação, profissões, poder, custos, etc. e outras mais necessárias ao estudo do trabalho em saúde, como a relação com a clientela, com as políticas sociais, com o estado e o trabalho em equipe, entre outras. Por ser o setor saúde parte do setor de serviços, encontrou tanto características em comum, como o fato de ser influenciado pelas mudanças tecnológicas, pela informática, pela automação microeletrônica e pelos modos de organização do trabalho, particularmente da teoria da organização científica da Escola Taylorista,¹ quantas outras características mais específicas, diferentes de outros setores produtivos da economia (Pires, 2008, p.18). Através de seus estudos, a autora observou que há uma forma hegemônica de organizar a ação em saúde e, partindo do entendimento dessa lógica e da sua contextualização,

¹ Frederick Winslow Taylor (1856-1915) considerado o pai da Administração Científica, sinônimo de Gerência Científica ou de Organização Racional do Trabalho.

propõe que se repense as relações entre tecnologia e trabalho em saúde, entre equipe e usuários e entre os próprios trabalhadores em saúde.

Ao fazer uma caracterização histórica do processo de trabalho em saúde, Pires identifica que a assistência aos doentes, desde seus primórdios, *“sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos que tinham um conhecimento especial ou que eram reconhecidos pelo grupo como dotados de uma capacidade especial”* (Pires, 2008 p.81). Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, sem divisão de tarefas, em que os profissionais detinham o controle não só sobre os processos em si, como também sobre o ritmo de trabalho, o produto final, além da produção e reprodução do conhecimento (via tradição oral e acompanhamento da prática na relação mestre-aprendiz). Enquanto nas sociedades tribais e indígenas da Antiguidade os problemas de saúde eram tratados por pessoas especiais – feiticeiros, pajés ou sacerdotes, na Idade Média o trabalho era realizado por múltiplos agentes, tanto religiosos como leigos, que desenvolviam atividades diversas. A assistência clínica às camadas privilegiadas da sociedade era realizada pelos físicos (os médicos clínicos formados nos mosteiros e universidades) e por sua vez, os pobres eram atendidos pelos homens de ofício, como os cirurgiões-barbeiros, os dentistas, as parteiras, os boticários, entre outros (Pires, 2008, p.81,82,83). O local prioritário para o atendimento era o domicílio do doente e, até o século XVIII, os hospitais eram organizações religiosas e atendiam à população mais pobre (PIRES, 2008, p.84).

Quando o hospital passa a concentrar as atividades assistenciais, o atendimento passa a ser um trabalho coletivo de médicos e outros trabalhadores, *“os médicos, agora clínicos ou cirurgiões, assumem o controle do trabalho coletivo, delegando atividades”* (Pires, 2008, p.85). Dentre outras conseqüências, observamos que o avanço dos conhecimentos na área da saúde intensifica esse processo de coletivização do trabalho em saúde, tendendo a fragmentação do conhecimento e a ampliação do número de especializações, ficando a assistência em saúde parcelada em diversas atividades e exercida por profissionais treinados para atividades cada vez mais específicas.

Em relação ao intensivo uso de tecnologias e ao aprofundamento do conhecimento e da complexidade do trabalho em saúde, culminando com o surgimento da superespecialização, a pesquisadora considera que resultou num efeito perverso: a visão fragmentada do homem, *“dificultando o entendimento da totalidade e desconsiderando-o como determinante e determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social”* (PIRES, 2008, p.101).

É preciso ressaltar que apesar da influência da gerência Taylorista na organização do trabalho assistencial, os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho com relativa autonomia, sob o gerenciamento médico e a lógica do parcelamento de tarefas, estabelecendo-se uma rede de relações hierárquicas com a dependência cada vez maior de equipamentos tecnológicos sofisticados. Essas duas lógicas – relativa autonomia e trabalho coletivo - convivem durante todo o século XX na organização e na prática assistencial em saúde “*elas são contextualizadas historicamente e influenciadas pela lógica do capital e pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho que são aplicadas em outros campos do trabalho humano*” (PIRES, 2008, p.95).

Merhy (2007a) define como objeto do campo da saúde a produção do cuidado, por meio do qual se poderá atingir a cura e a saúde, apontando para a determinação histórica e social das técnicas e práticas de cuidado, havendo uma multiplicidade de modelos de ação. Fala da tensão própria da produção do cuidado em saúde que não está, obrigatoriamente, comprometida efetivamente com a cura e promoção de saúde e sim com o modelo médico hegemônico atual que privilegia procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Propõe que a produção de atos de saúde deixe de ser “*procedimento-centrada*” para ser “*usuária-centrada*”, ou seja, atos comprometidos com as necessidades do usuário, mantendo uma combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados. Assim sendo, afirma que explorar a tensão entre procedimento/cuidado é um problema da gestão dos processos produtivos em saúde.

O autor faz também um alerta sobre as queixas dos usuários: eles não reclamam da falta de conhecimento tecnológico, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços; os usuários se sentem “*inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados*” (MERHY, 2007a, p.121).

Merhy (2007b) também aborda a questão do trabalho em saúde sob a perspectiva marxista, reconhecendo a dimensão histórico-social na determinação da estrutura das organizações assistenciais e das práticas em saúde. Ele utiliza como referência autores brasileiros pioneiros na área da Saúde Coletiva, como Maria Cecília Ferro Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para discutir as relações que se estabelecem no dia-a-dia dos serviços, descrevendo a micropolítica do trabalho e considerando a forma como funcionam os processos no interior dos serviços de saúde, bem como as possibilidades de interação entre trabalhadores e usuários. Ao sistematizar suas teses

sobre a teoria do trabalho em saúde, Merhy avança no entendimento do uso de tecnologias em saúde, tendo sempre como referência a temática do trabalho, que busca intencionalmente a produção de bens materiais ou simbólicos. Introduce o conceito de “tecnologias leves” para descrever a “tecnologia de (e das) relações” tendo como componentes desse universo, entre outros, a produção do vínculo, a responsabilização e o acolhimento; “tecnologias leve-duras”, que seriam os saberes estruturados que orientam o trabalho e as “tecnologias duras” que seriam as máquinas, ferramentas, normas e estruturas organizacionais. De acordo com Merhy, as queixas dos pacientes estariam relacionadas à forma de se utilizar as “tecnologias leves” pelos profissionais de saúde.

Consistentemente o autor ressalta a importância e o significado, no trabalho em saúde, do momento em que ocorre o encontro entre trabalhador e usuário e os seus desdobramentos, discorrendo sobre como o “*sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu modo de caminhar na vida*” (Merhy, 2007b, p.79). Descrevendo o momento do trabalho em si, Merhy (2007a e 2007b) assinala o aspecto de ser permanentemente um *trabalho vivo em ato*, ocorrendo a produção no imediato ato de ser consumido, denominando de interseçora essa relação de trabalho, singular, que resulta na dimensão chave de estar sempre em situação de governo.

A complexidade de se construir intervenções em serviços de saúde é então exposta, uma vez que o trabalhador de saúde tem autonomia e liberdade no seu espaço de atuação. O autor destaca ainda que o cuidado integral deve ser uma consequência da articulação adequada e flexível das tecnologias leves, leve-duras e duras. Assim, percebemos a importância no âmbito da gestão de se trabalhar com o modelo de cuidado centrado no sujeito, intervindo a partir de seus problemas e necessidades e não do uso de uma lógica de cura de doença como objetivo assistencial único. Também é necessário o entendimento do conceito de saúde não apenas como ausência de doença, mas incluindo os determinantes histórico-sociais bem como sua dimensão subjetiva do sofrimento e da capacidade de receber os cuidados.

Sá (2009) ao analisar os desafios para a produção do cuidado em saúde considera fundamental analisar, como fatores condicionantes, os processos intersubjetivos e inconscientes que perpassam os profissionais, as organizações e os processos de trabalho. Sua abordagem metodológica procura articular as seguintes

categorias teóricas: a psicossociologia francesa contemporânea, a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais e a psicodinâmica do trabalho. A autora apresenta a seguinte conclusão:

A especificidade do trabalho em saúde, ou o que constitui sua essência, é sua característica intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte (Sá, 2009, p.656)

As conseqüências e implicações dessa conclusão seriam que essa dimensão intersubjetiva não pode ser dissociada dos demais componentes, sendo essencial ao desenvolvimento e eficácia do trabalho em saúde, além de escapar às estratégias de controle gerencial e ser altamente exigente de trabalho psíquico (Sá, 2009, p.657). Ao reconhecer os obstáculos, ao incluir os aspectos inconscientes e dinâmicos presente na relação entre profissionais e organização e que afetam os usuários, a autora reconhece também as responsabilidades e propõe então mudanças, no âmbito da gestão, das práticas de saúde orientadas por valores como: *“fraternidade, solidariedade e cuidado com o outro”*. Aponta assim os caminhos a serem construídos, focalizando os efeitos dos processos intersubjetivos presentes nas organizações e trazendo o cuidado para o centro da gestão em saúde em suas duas perspectivas: *“garantir o cuidado com a vida no modo de produzir o cuidado em saúde, como também garantir o cuidado com o outro no modo de produzir a gestão”* (SÁ, 2009, p.660).

Figueiredo (2009), sob a ótica psicanalítica, discute o cuidar e suas diversas faces, demonstrando a dinâmica envolvida na interação com o outro, presente em diferentes situações e com agentes diversos: os pais, os professores, os amigos, os profissionais de saúde, etc. Demonstra que o objetivo de *“todas as práticas de recepção é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de **fazer sentido** de sua vida e vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte”* (Figueiredo, p.134, grifo do autor). A importância do “fazer sentido” é a experiência integradora, em oposição ao sofrimento e a ameaça da vivência potencialmente traumática do “sem sentido”, tão presente em nossa existência. Portanto, o cuidar proporciona um “fazer sentido”, ajudando a estabelecer uma ligação, dando forma e inteligibilidade para enfrentarmos os percalços da vida, principalmente nas situações de fragilidade como o adoecer. O autor descreve as modalidades de “sustentar e conter”, “reconhecer”,

“interpelar e reclamar”, como formas diversas, fundamentais e indispensáveis, de alteridade apresentada pelo agente cuidador, sinalizando a necessidade de equilíbrio nestas funções para que o cuidado efetivamente proporcione o “fazer sentido”.

Birman (2003), discutindo sobre as novas modalidades de mal-estar na contemporaneidade, indica predominar a cultura do corpo e a impossibilidade da “*subjetividade de se abrir para o outro*”, tendendo ao sentimento de “vazio” e a se perceber num mundo “sem sentido”. Aponta como marca diferencial para se entender essa subjetividade narcísica a distinção sobre dor e sofrimento:

Enquanto a dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não existindo qualquer lugar para o outro no seu mal-estar [...] no sofrimento o outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com seu apelo e lhe endereça uma demanda (p.5).

Segundo o autor seria a presença de mediadores no espaço social que possibilitaria a transformação da dor em sofrimento, evitando-se assim a restrição ao lamento e a passividade, permitindo a abertura da subjetividade para o outro.

Pelo exposto, vislumbramos a importância de se realizar uma intervenção, apesar dos desafios, junto aos pacientes na fila de espera para a ATJ, propondo ações de cuidado integral que funcionem como mediadores para a subjetividade e a sua interlocução no mundo. A noção de cuidado não está, necessariamente, associada a fazer algo, a realizar algum procedimento, mas sim a demonstrar a possibilidade de receber o outro, sustentando, reconhecendo, interpelando, propiciando assim uma experiência integradora. Caberia, na nossa proposta, à equipe multidisciplinar dar voz e visibilidade aos pacientes que estão aguardando na fila.

Sobre o trabalho em equipe, encontramos em Peduzzi (2001) a formulação de que “*consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes*”. Quanto à tipologia observamos a distinção em dois tipos, caracterizados de forma dinâmica pelas noções de fragmentação e de articulação, consoantes à proposta de integralidade das ações de saúde: “*equipe agrupamento e equipe integração*”. No primeiro tipo ocorre uma justaposição das ações e agrupamento de agentes, por sua vez, no segundo tipo ocorre uma articulação das ações e a interação dos agentes. A autora utiliza diversos critérios

para analisar a tendência para um desses tipos: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidade dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter independente e construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001, p.105).

A proposta de atuação em equipe multidisciplinar está respaldada na noção de integralidade, buscando contemplar a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades em saúde centradas no sujeito, sendo imprescindível a articulação das diferentes disciplinas e de seus agentes, em substituição ao trabalho isolado e independente.

Outro pesquisador que se debruça sobre a questão da organização dos serviços de saúde em equipe é Gastão Wagner Campos, que reconhece dois modelos polares de trabalho em equipe:

...de um lado, observa-se a agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas, criando departamentos e serviços, [...] há profundo desentrosamento entre as várias linhas de trabalho [...] e cada um sente-se responsável por fazer apenas aquilo estritamente ligado a sua área técnica ou especialidade [...] Em outro extremo há uma horizontalização dos organogramas [...] é comum igualarem-se de modo artificial todos os profissionais [...] todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular (2007b, pp.247-48).

Ao apresentar essas características polares e antagônicas, o autor observa a importância de combiná-las, com graus variáveis de polivalência e níveis necessários de especialização, sendo assim, sugere então a “*aplicação dos conceitos de Campo de Competência e Responsabilidade e Núcleo de Competência e Responsabilidade*” (Campos, 2007b p.248). Enquanto a noção de Campo se refere aos saberes e conhecimentos comuns aos diferentes especialistas, incluindo noções genéricas sobre política, organização de modelos e processo de trabalho em saúde, o Núcleo seria entendido como o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão, que define a singularidade de cada especialista. O ponto fundamental é a definição clara de responsabilidades. Segundo o autor, ao se utilizar esses conceitos não seria necessário tentar programar todos os processos de trabalho, preservando-se assim a autonomia para os profissionais, mas sim reforçar a definição de Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade dentro da equipe, para cada grupo-tarefa. Com essa

proposta haveria uma constante negociação que permitiria dar conta dos paradoxos autonomia & definição de responsabilidade e polivalência & especialização (CAMPOS, 2007b p.250).

Campos resgata a noção grega de “Paidéia”, que indica a formação integral do ser humano e sugere uma instigante proposta: *“reorientar as práticas de saúde, voltando-se para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos Sujeitos”* (Campos, 2007a p.16), tendo denominado de “Método Paidéia” e “Agir Paidéia” essa sua concepção de reforma da clínica que deixaria de ser centrada na doença para ser baseada no sujeito. É importante deixar claro que o autor se refere a uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica e não uma simples troca. A enfermidade continua como objeto de conhecimento e intervenção, mas o sujeito e seu contexto são incluídos como objeto de estudo e de práticas. O objetivo dessa prática construtiva é facilitar o sujeito a reconhecer e expressar seus interesses e necessidades, ou seja, *“co-produzir Sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão das próprias vidas e das instituições”* (CAMPOS, 2007b p.16). Utilizando o “Método Paidéia” e o “Agir Paidéia” se provocaria o “Efeito Paidéia”:

É um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, objetivando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre as relações (p.87).

O autor considera essencial o papel da equipe multidisciplinar, reforçando a importância de se utilizar os conceitos de Núcleo e Campo descritos acima, articulando a co-gestão e assegurando assim a saúde da população e a realização pessoal dos trabalhadores.

A partir dos estudos expostos acima, acreditamos conseguir desenhar uma proposta de atenção aos pacientes que estão aguardando na fila para ATJ, mas antes teremos que examinar alguns processos organizacionais que desafiam a difusão de novas idéias. Ao pensarmos em construir projetos coletivos em nossas organizações de saúde não podemos deixar de levantar as questões que dificultam a promoção de mudanças na gestão da atenção à saúde no âmbito hospitalar.

Azevedo, Braga Neto e Sá (2002) apresentam relevantes contribuições da Psicossociologia Francesa, uma vertente da Psicologia Social, que enfoca grupos,

organizações e comunidades em situações cotidianas, para o entendimento das resistências aos processos de mudanças que ocorrem dentro da organização. Ao discutirem as matrizes teórico-metodológicas mais difundidas, principalmente no campo da saúde, que são o enfoque estratégico de planejamento e gestão e a abordagem da gestão de qualidade total, os autores indicam claramente seus avanços como ferramentas gerenciais, mas apontam suas limitações ao deixarem de admitir a presença, ao lado do registro consciente e racional, do registro inconsciente, conflitivo, dos sujeitos dentro da organização e que seriam os responsáveis pelas resistências às mudanças. Esse seria o diferencial da contribuição da psicossociologia, que incorporando noções psicanalíticas básicas, abandona a visão do comportamento humano guiado apenas por fatores conscientes, conhecidos e passíveis de controle. “*A ambigüidade e o equívoco constituem o espaço de manifestação do desconhecido, do ‘erro’, da contradição e da incoerência, condições que a consciência procura rejeitar*” (AZEVEDO, BRAGA NETO e SÁ, 2002, p.239).

A partir dessa abordagem a organização passa a ser entendida como uma microssociedade, onde os sujeitos vivenciam toda a gama de afetos, disputas e desejos. Por sua vez, o processo de mudança deve ser entendido não apenas como algo material e objetivo, mas também como um processo psíquico e subjetivo:

Toda vida em sociedade é geradora de angústias. Do mesmo modo, a organização luta – a rigor, os indivíduos e grupos em uma organização lutam – contra várias angústias. O medo do “informe”, do caos, é uma delas. Toda organização se apresenta como “formação” e luta contra a ameaça de um caos desorganizador. Assim, o espontâneo, o imprevisto, os movimentos criadores são vividos, em sua maioria, como “desordens”. Do mesmo modo, a novidade, o desconhecido, podem ser vividos como “fissura” (AZEVEDO, BRAGA NETO e SÁ, 2002 p.242).

Diante dessas contribuições, os autores alertam para as tensões e desafios sempre presentes ao se propor mudanças e para o grau de incerteza dos resultados a serem obtidos.

Mais recentemente, Azevedo et al.(2010) analisando o atual contexto da problemática da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar do SUS, discute amplamente duas abordagens teóricas e estratégias metodológicas utilizadas: a primeira, que responde pela maioria das experiências em curso, “*dá ênfase*

ao processo de racionalização das práticas médico-hospitalares, buscando melhoria contínua da qualidade” e a segunda seriam “as abordagens voltadas para a ampliação da clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde.”

Apesar de apontarem para o fato de essas abordagens poderem ser vistas como complementares em alguns aspectos, os pesquisadores alertam para as diferenças em relação ao modo de conceber as organizações, bem como dos instrumentos e das estratégias propostas para as intervenções. O primeiro grupo, apesar de incluir diferentes propostas como a Governança Clínica, a Acreditação e a Contratualização, se apóia em uma *“visão racional e funcionalista da organização, particularmente quanto às possibilidades de mudança na cultura organizacional”* (AZEVEDO et al., 2010).

Por outro lado, no segundo grupo se destacam os elementos subjetivos, incluindo tanto a dimensão consciente quanto os processos inconscientes, simbólicos e imaginários, presentes no vínculo do sujeito com o trabalho e com as organizações e conseqüentemente a centralidade dos elementos intersubjetivos do trabalho gerencial. Aqui a organização é entendida como uma *“realidade viva, onde os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, onde se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo”* (AZEVEDO et al., 2010).

Assim, os autores ressaltam as limitações e o reducionismo da visão do primeiro grupo e identificam no segundo grupo a possibilidade de se construir uma gestão preocupada com a integralidade do cuidado, centralizada no sujeito e nos processos intersubjetivos. Entre os defensores desse modelo gerencial estão autores já citados como Gastão Wagner Campos e Emerson Merhy.

Portanto, apesar de reconhecerem os desafios para a implementação de propostas de mudanças no âmbito hospitalar, os pesquisadores entendem que a possibilidade de intervenção depende não apenas das características teórico-metodológicas, mas principalmente *“da capacidade de mobilização subjetiva e de construção coletiva de projetos para a organização, onde os processos de idealização e identificação são os reais substratos”* (AZEVEDO et al., 2010).

CAPÍTULO 3: A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E A ENTRADA EM CAMPO

Segundo Minayo (2008, p.14) a metodologia “*inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), o instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)*”.

O objeto do estudo em questão é o cuidado ao paciente que está na fila de espera para um procedimento ortopédico de alta complexidade, a artroplastia total de joelho, no INTO. No capítulo 2 mapeamos alguns caminhos teóricos que deram suporte às investigações utilizando pensadores do campo da Saúde Coletiva no Brasil, comprometidos com a política e gestão dos serviços de saúde, destacando-se a contribuição daqueles autores que conferem ênfase ao papel dos processos intersubjetivos e cotidianos, alguns deles orientados pela abordagem psicanalítica/psicossociológica dos processos organizacionais. A partir desses autores, adotamos como principais categorias analíticas a **noção de cuidado** ao paciente, o **sofrimento** vivenciado por eles em função da sua situação e da sua trajetória pela instituição, a **integralidade em saúde**, o **imaginário** e a **produção do sentido** pelos sujeitos da pesquisa.

Para o desenho das estratégias metodológicas, recorreremos, entre outros autores, a Turato (2010), que propõe uma metodologia a partir da articulação entre métodos qualitativos socioantropológicos (compreensivo-interpretativos) de pesquisa e os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas adotadas pelo enfoque psicanalítico das relações interpessoais e no campo da prática da medicina clínica Ela é concebida para conhecer e interpretar os sentidos e as significações trazidas pelos indivíduos sobre os fenômenos no campo saúde-doença, como uma pesquisa qualitativa, mas o seu diferencial é o uso de conceitos desenvolvidos na prática clínica histórica e na psicanálise, sendo então, uma particularização do método qualitativo genérico.

Segundo o autor são três os pilares (atitudes) que sustentam a metodologia clínico-qualitativa, tanto para a construção e aplicação dos instrumentos, quanto para a discussão dos resultados:

a **atitude existencialista** da valorização dos elementos “angustia” e “ansiedade”, presentes na existencialidade do sujeito a ser estudado; a **atitude clínica** da acolhida dos sofrimentos emocionais da pessoa, inclinando-se a escuta e o olhar, movido pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda; e **atitude psicanalítica** do uso de concepções vindas da dinâmica do inconsciente do indivíduo (Turato, 2010 p. 230, grifo do autor).

De acordo com a proposta apontada acima, nesta abordagem o pesquisador deve criar um *setting* adequado com o entrevistado, acolhendo, olhando com atenção sua linguagem corporal e seu comportamento, escutando a fala do sujeito, valorizando as trocas afetivas, enfim, adotar uma postura clínica ao abordar o alvo do estudo. O objetivo é colocar em evidência o universo dos significados, crenças e valores do entrevistado, pautando-se na interdisciplinaridade de referenciais teóricos, com destaque para as noções psicanalíticas básicas, que deverá ainda nortear a elaboração e aplicação dos instrumentos auxiliares de pesquisa.

Apesar de se buscar objetivar os meios de expressão dos sujeitos que estão sob cuidados, o trabalho em saúde é pautado nas relações interpessoais o tempo todo, daí a interpretação dos sentidos e significados trazidos pelos indivíduos ser o cerne da investigação. Ao mesmo tempo, por lidar com o sofrimento, com angústias e ansiedades existenciais, é fundamental que a aproximação ocorra a partir de atitudes adequadas, incorporando também conceitos psicanalíticos sobre a dinâmica das entrevistas.

É importante destacar outras características da metodologia a ser utilizada: conforme ressalta Turato o pesquisador é o principal instrumento para a coleta e registro de dados em campo e também deve funcionar como *bricoleur*, isto é, construir objetos novos a partir de fragmentos, não sendo apenas as teorias, mas as próprias experiências e percepções do investigador o ponto de partida. Além disso, o interesse maior é no processo em si e não no produto das correlações, devendo incluir a possibilidade tanto do raciocínio indutivo como do dedutivo para a construção do conhecimento. Outros aspectos a serem evidenciados no método são a integração das fases de exibição dos dados tratados e a sua discussão, além da tendência ao predomínio da particularização em relação à generalização (TURATO, 2010, p.267).

Ao adotarmos a abordagem clínico-qualitativa, o desenho da proposta centrou-se na utilização das seguintes técnicas:

1. Entrevista individual semi-estruturada, com os pacientes da fila de espera para ATJ no INTO. Tal estratégia visava, mais diretamente, a responder a questões que, desde o início do mestrado se colocavam, como: Quais as necessidades de cuidado que demandam os pacientes na fila de espera? É possível dimensionar o seu sofrimento? O que a situação de espera representa em termos de qualidade de vida? Quais são as expectativas em relação à cirurgia e o pós-operatório? Que possibilidades de resposta do ponto de vista assistencial podem ser oferecidas a esses pacientes ainda na fila de espera? Essas questões deram origem ao roteiro de entrevistas em anexo.
2. Entrevistas em grupo semi-estruturadas com a equipe multidisciplinar do Centro do Joelho baseadas na problematização do material produzido nas entrevistas com os pacientes. O objetivo foi explorar as possibilidades de resposta às demandas de cuidado identificadas junto aos pacientes.

Foi definido um roteiro para as entrevistas (Apêndice A) que contemplasse os objetivos e as questões levantadas, mapeando a vida cotidiana dos pacientes, incluindo os aspectos sócio-familiares, suas condições de saúde em geral e a condição ortopédica, assim como os principais tópicos a serem apresentados e discutidos com a equipe do CAE do joelho.

A pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos e condições para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.1 ENTRANDO EM CAMPO

3.1.1 AS ENTREVISTAS COM OS PACIENTES

A proposta da pesquisa foi selecionar, através de sorteio, alguns pacientes inscritos na fila de espera para ATJ de acordo com a sua posição, considerando os diferentes momentos dessa fila.

O relatório contendo a lista completa dos pacientes da fila de espera para ATJ foi solicitado em 23/11/2010, quando encontramos um total de 3.630 pacientes

inscritos. Neste relatório consta além do número do prontuário do paciente, o Número e a Data da Guia, data esta que se refere ao dia da entrada do paciente na fila.

A Assessoria da Fila (ASFIL), responsável pelo gerenciamento da fila, apresenta a seguinte classificação dos pacientes, conforme seu lugar na fila: SOLICITAÇÃO, EXAME, PRONTO E CARTA. Esta última lista contém o nome dos pacientes aos quais foram enviados uma carta, porque não foi possível o contato através do telefone informado e que permanecem nesta situação até responderem ao chamado do hospital. No caso da ATJ, havia 120 pacientes nesta posição que foram descartados para o sorteio.

A etapa SOLICITAÇÃO, também nomeada AGUARDANDO O CHAMADO, é organizada por ordem cronológica e se refere aos pacientes que foram encaminhados para cirurgia e estão aguardando o chamado, por telefone, para iniciarem os exames pré-operatórios. Podemos observar nesta etapa que as Guias mais antigas emitidas para a cirurgia de ATJ são de agosto de 2007, ou seja, fornecidas há 39 (trinta e nove) meses atrás, mas esses pacientes ainda precisam realizar os exames pré-operatórios e a avaliação do risco cirúrgico antes de estarem em condições de aguardar a vaga para internação. Devido ao grande número de pacientes inscritos (total de 3.152) distribuídos ao longo desses 39 meses, optamos, para a realização do sorteio para a escolha dos entrevistados, em dividir essa etapa em 3 (três) momentos, de três meses cada um (TABELA 4):

- Início da Fila: posição dos pacientes mais antigos desta etapa da fila e que possuem Guia com data de agosto/setembro/outubro/2007. Encontramos neste período 104 pacientes inscritos.
- Meio da Fila: com Guia de abril/maio/junho de 2009. Encontramos 147 pacientes inscritos neste período.
- Fim da Fila: que se referem aos pacientes que foram mais recentemente incorporados à fila, com Guia de 23 de agosto até 23 de novembro de 2010. Encontramos 298 pacientes inscritos nesta posição.

Nas demais posições apresentadas pela ASFIL, encontramos 293 pacientes inscritos na etapa EXAME e havia 65 pacientes aguardando vaga para a internação, na

etapa PRONTO. Na tabela 4 apresentamos a distribuição dos pacientes de acordo com a posição na fila, destacando os diferentes momentos definidos para o sorteio.

TABELA 4: Distribuição dos pacientes de acordo com a posição na fila para ATJ – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO – 2010

POSIÇÃO	Nº de PACIENTES
SOLICITAÇÃO: Início (ago/set/out/2007)	104
Meio (abr/mai/jun/2009)	147
Fim (23/08 a 23/11/2010)	298
EXAME	293
PRONTO	65

Fonte: MVPortal/Sistemas Web/INTO

Em relação à quantidade de entrevistas mantivemos a proposta inicial de utilizar 3 (três) pacientes de cada posição da fila, perfazendo um total de 15 (quinze), distribuídos da seguinte forma: três do Início, três do Meio e três do Fim da etapa SOLICITAÇÃO; três da posição em EXAME e três da posição PRONTO, sendo realizado novo sorteio da mesma posição no caso de algum impedimento do paciente escolhido. Com este quantitativo observamos uma saturação ou repetição nas falas, isto é, acréscimos pouco significativos no conteúdo das entrevistas. Deste modo, entende-se que a quantidade de entrevistas foi suficiente, uma vez que se trata de pesquisa qualitativa, cujo objetivo é “*conhecer cientificamente o particular*” e apreender assim a singularidade de cada paciente (TURATO, 2010, p.266).

No total foram sorteados 24 (vinte e quatro) pacientes, tendo sido agendados 16 (dezesesseis) entrevistas e todas foram realizadas. Os demais 8 (oito) pacientes sorteados foram descartados pelos seguintes motivos:

- 2 (dois) falecidos;
- 2 (dois) ninguém atendeu o telefone, em diversas tentativas no período de 72h;

- 1 (um) estava viajando e deveria retornar após trinta dias;
- 1 (um) já havia se submetido à cirurgia por plano de saúde do filho;
- 1 (um) a filha atendeu, alegou dificuldade para locomover a mãe, mas se prontificou a nos receber em casa;
- 1(um) residente em outro município (Quissamã) que havia sido encaminhado pela CODIM para o Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindú, inaugurado em julho/2010, no município fluminense Paraíba do Sul, onde o paciente já estava realizando os exames pré-operatórios.

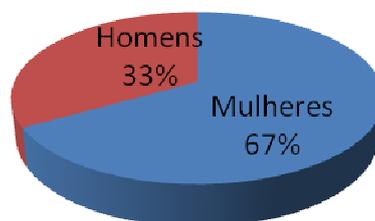
Segundo informações colhidas na Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CODIN), responsável pelos convênios com outras unidades de saúde, a proposta é encaminhar todos os pacientes que sejam residentes nas demais regiões do estado para este Hospital Estadual, seguindo um cronograma (região Norte, depois região Serrana, região dos Lagos, Costa Verde etc), tendendo o INTO a ficar apenas com a região Metropolitana. Quando realizam o contato é esclarecido ao paciente que ele tem a opção de permanecer aguardando a vaga no INTO. Após o recebimento do relatório mensal das cirurgias realizadas neste hospital, o paciente é retirado da nossa fila de espera.

A posição que necessitou de maior número de sorteados para se conseguir agendar as três entrevistas foi a posição Início da Fila (os mais antigos da etapa SOLICITAÇÃO), estando localizados nessa posição os 2 (dois) falecidos, 1 (um) já operado, 1 (um) viajando, 1 (um) não atendeu e 1 (um) paciente que tinha acabado de ser chamado para os exames, este então foi entrevistado como representante da posição Exame. O paciente encaminhado para o Hospital Dona Lindú estava na posição Meio da Fila, da etapa SOLICITAÇÃO. Na posição Fim da Fila foram entrevistados 4 (quatro) pacientes em virtude de uma paciente inicialmente ter alegado impossibilidade para comparecer ao hospital e depois telefonar aceitando agendar.

Após o sorteio, ao ser definido o paciente, acessamos a Ficha de Cadastro no MVPortal/SistemasWeb/INTO através do número do prontuário, para localizar o telefone de contato. A Ficha contém além da identificação, o endereço completo com o telefone do próprio e de parentes e o grau de escolaridade.

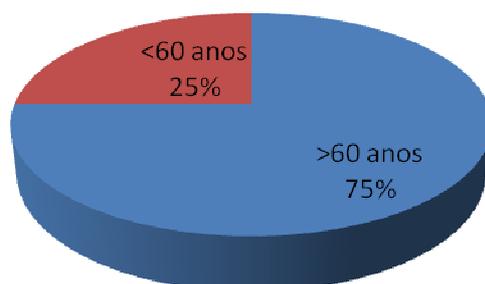
Ao avaliarmos o perfil dos sorteados encontramos os seguintes dados:

GRÁFICO 1: Perfil dos pacientes sorteados por Sexo



Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO

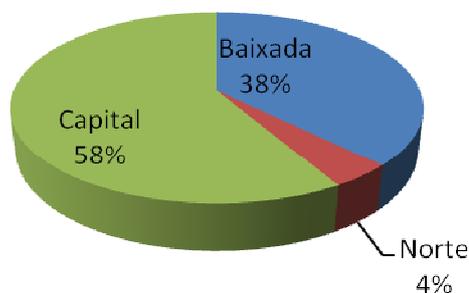
GRÁFICO 2: Perfil dos pacientes sorteados por Idade



Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO

Os achados acima confirmam as expectativas iniciais do nosso trabalho em relação ao sexo e a idade, estando em consonância com os estudos internacionais de ser a artrose do joelho uma patologia predominante de mulheres acima dos 60 anos.

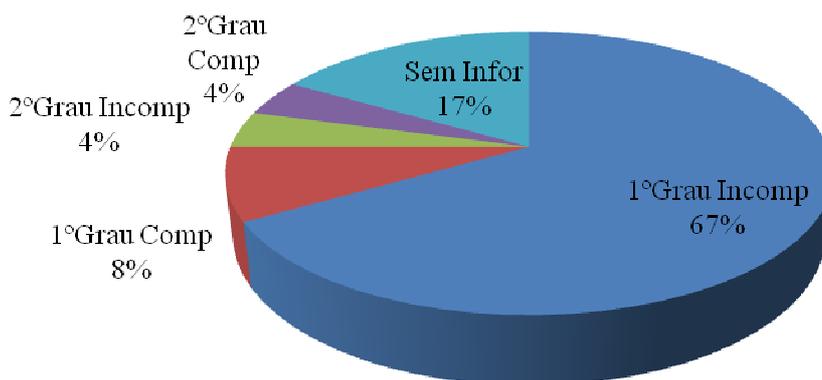
GRÁFICO 3: Perfil dos pacientes sorteados por Distribuição Geográfica no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO

Em relação à residência, a quase totalidade pertence à região Metropolitana I (capital e baixada) e o único que residia fora dessa área já tinha sido encaminhado para o Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia D. Lindú, inaugurado há seis meses.

GRÁFICO 4: Perfil dos pacientes sorteados quanto ao Grau de Escolaridade



Fonte: MV/Portal/Sistemas Web/INTO

Outro dado que merece nossa atenção é o baixo nível de escolaridade apresentado pelos sorteados. Ao pensarmos em ações para os pacientes da fila de espera

não podemos deixar de levar em conta esse achado, que parece coerente com a realidade da população que utiliza o SUS.

Enquanto pesquisadora, optei por telefonar pessoalmente para explicar o caráter voluntário da entrevista e a preservação do anonimato, além de esclarecer que a aceitação ou recusa não levaria a nenhum prejuízo e nem a mudança da posição na fila de espera.

Ao fazer o convite percebia a necessidade de enfatizar aos pacientes que aquele não era o telefonema que estavam aguardando para iniciar os exames pré-operatórios ou a internação, conforme a posição na fila, pois era habitual eu ouvir, imediatamente após me identificar como funcionária do INTO, expressões como: (...) *ah! Graças a Deus vocês ligaram (...)*, ou então (...) *eu estava pensando em ligar ou ir até aí essa semana*. Mesmo depois dos esclarecimentos os pacientes mostraram boa vontade em colaborar, agendando o horário e comparecendo às entrevistas.

Após ter completado os agendamentos com três pacientes por cada posição estabelecida foi marcada uma entrevista a mais do previsto inicialmente, da posição fim da fila, porque uma paciente que anteriormente alegara impossibilidade de comparecer ao hospital telefonou na semana seguinte dizendo: (...) *meu filho faz questão de me levar (...)*.

É importante ressaltar o comparecimento de todos os pacientes agendados e o fato deles chegarem sempre antes do horário combinado, pois todos mostravam dificuldade para caminhar. Em alguns essa dificuldade era bastante acentuada sendo necessário o uso de bengala ou do apoio do acompanhante, mesmo assim, vários vieram sozinhos e a maioria utilizou transporte público. Foram 16 (dezesesseis) pacientes entrevistados, sendo 11 (onze) mulheres e 5 (cinco) homens.

As entrevistas ocorreram em local apropriado e por se tratar de paciente externo, isto é, não internado, foi reservado sala no ambulatório, ambiente familiar ao paciente e ao pesquisador.

Inicialmente eram reiteradas as explicações e os esclarecimentos necessários, ocasião em que era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitado ao paciente a assinatura do TCLE (Anexo C)

Uma atitude comum no início da entrevista era o entrevistado pedir desculpas pela lentidão com que caminhavam e pela demora em se acomodar na cadeira. Agradeciam quando eu me dispunha a ler em voz alta, explicando o TCLE e também se justificavam por assiná-lo com dificuldade (...) *“tenho pouco estudo”*.

O compromisso com o agendamento, apesar do esclarecimento sobre o caráter voluntário, já parecia revelar a grande expectativa em que eles se encontram em relação ao INTO. Apenas uma paciente demonstrou alguma preocupação com os procedimentos em curso porque se lembrou do ocorrido com o marido num hospital universitário, onde após participar de uma pesquisa seu prontuário desapareceu, dificultando o andamento das consultas posteriores. Após explicar que não irei manusear os prontuários, não havendo, portanto, o risco desse dano ocorrer, ela então se mostra aliviada e concorda em participar.

Quando compareciam acompanhados, geralmente de um familiar mais jovem, eu lia o TCLE na presença do acompanhante e apenas um paciente se mostrou desconfiado diante da necessidade de assinar o documento, pedindo ajuda do familiar para decidir; este familiar e mais um outro, fizeram questão de permanecer dentro da sala, alegando não querer deixar o entrevistado sozinho e afirmando conhecer o direito do paciente, devido a idade, de estar acompanhado. Nestas situações eu acatei o pedido, mas solicitei que procurassem permanecer apenas observando, sem interferir nas respostas do entrevistado, esclarecendo que era importante eu conhecer a opinião do próprio e assim foi feito.

Não foi difícil, mesmo nestes casos, conseguir estabelecer um *setting* adequado, um ambiente amistoso e cordial. Foi fácil perceber que os pacientes estavam gostando da oportunidade de falarem sobre seus problemas de saúde, sobre as dificuldades que estavam vivenciando e da trajetória percorrida até então. Aliás, no contato inicial por telefone a maioria já começava a falar sobre sua situação e a descrever seu sofrimento, neste momento era reforçado ser exatamente esse o assunto que eu esperava conversar pessoalmente.

Devido à faixa etária, foi frequente o relato de viuvez ou cônjuge acometido de doença incapacitante; apenas um paciente era solteiro e não tinha filhos (morando com um irmão doente), os demais já possuíam netos e alguns inclusive bisnetos. Após discorrerem detalhadamente sobre um episódio importante de sua vida, geralmente envolvendo um familiar, concluía que tinham falado sobre assuntos que não estavam relacionadas com o seu problema do joelho. Nestes momentos eu esclarecia que estavam trazendo suas vivências e, portanto, tinham importância para o meu trabalho, uma vez que o meu interesse era conhecer melhor as pessoas que estão na fila aguardando a cirurgia. No final da entrevista se mostraram gratos pela atenção recebida

e pelas informações obtidas, afinal todos, inclusive a pesquisadora está conhecendo cada vez mais o que se passa com esses pacientes.

Quanto ao registro do material colhido, após o consentimento dos presentes, todas as entrevistas foram gravadas para facilitar o seu desenvolvimento, deixando o pesquisador livre para prestar toda a atenção no paciente e em suas reações, evitando assim a necessidade de realizar anotações durante as mesmas, além de reproduzir fielmente todo o conteúdo da entrevista.

3.1.2 BUSCANDO UMA INTERLOCUÇÃO COM A EQUIPE

Antes de iniciar as entrevistas com os pacientes entreguei ao chefe do CAE do joelho o meu projeto, esclarecendo os seus principais tópicos e as etapas programadas, ficando acertado que posteriormente eu iria procurá-lo para marcar as entrevistas com a equipe. Após completar a fase de coleta e análise do material colhido junto aos pacientes da fila de espera para ATJ retornei à chefia do CAE para marcar a realização das entrevistas em grupo com a equipe, a fim de dar prosseguimento a minha pesquisa. Foi acordado que eu participaria da reunião semanal obrigatória da equipe, mas foi solicitado que eu procurasse ser sucinta e objetiva, em função das demais atividades programadas, como o “*round*” na enfermaria que acontece antes dessa reunião, além do atendimento ambulatorial e das cirurgias que estão agendadas a seguir.

No horário combinado compareci ao local da reunião e o chefe do CAE anunciou que eu iria mostrar o meu trabalho, mas que eu teria 15min para fazê-lo. Estavam presentes os ortopedistas (nove), três enfermeiras, as duas psicólogas, a farmacêutica, a fisiatra, a fisioterapeuta e a secretária do grupo. Organizei a apresentação tendo como foco alguns fragmentos mais relevantes das falas dos entrevistados, além de uma breve apresentação dos objetivos e metodologia do projeto. O material capturado junto aos pacientes foi agrupado segundo as categorias analíticas adotadas na pesquisa, bem como as emergentes, apreendidas no trabalho de processamento e análise das entrevistas. A intenção era que esse material contribuísse para a sensibilização dos profissionais quanto à importância de se pensar propostas de atenção ao paciente na fila. A exposição terminava com a formulação de algumas questões para serem discutidas com a equipe, seguindo não só o roteiro previsto (Apêndice A), como também em função dos achados apreendidos na etapa anterior. As

questões estão destacadas abaixo e todo o material da exposição encontra-se no Apêndice B.

- O paciente da fila de espera é paciente do INTO? Ele tem um responsável? Como se exerce esta responsabilização.
- Quando o paciente ingressa na fila ele é informado sobre qual ou quais profissionais a quem reportar caso tenham alguma dúvida sobre a espera ou alguma intercorrência relacionada à situação ortopédica.
- É possível pensar na definição de profissionais responsáveis por acompanhamento periódico de grupos de pacientes da fila de espera? Como se daria esse acompanhamento? Que tipo de atividades/procedimentos envolveria? Com que periodicidade?
- Que características esse acompanhamento deveria ter para se garantir uma abordagem integral ao paciente na fila de espera?
- É possível pensar alguma articulação ou dispositivo de comunicação regular entre os profissionais responsáveis pelo paciente na fila e os serviços da rede básica aos quais os pacientes estariam vinculados?

Após eu ter enumerado as questões acima, a chefia do CAE propôs que a discussão ficasse para a próxima reunião dado ao adiantado da hora, como ninguém se opôs eu optei por distribuí-las por escrito. Durante a minha apresentação todos permaneceram calados e mesmo quando eu perguntei se havia alguma dúvida, ninguém se pronunciou, somente o chefe se posicionou, preocupado com o tempo transcorrido.

Em seguida o ortopedista estagiário da equipe iniciou sua exposição com a seguinte fala *“agora vamos ver o que acontece com os sobreviventes dessa peregrinação”* A partir desse momento começou a descrição dos procedimentos cirúrgicos realizados na semana, com a exibição das imagens radiológicas antes e depois da cirurgia. Em cada caso era citado o nome do paciente, a sua idade, as queixas principais (inevitavelmente dor e dificuldade de deambular), o dia e o nome dos médicos que participaram da cirurgia. Era mostrado o resultado obtido através dos exames radiológicos, com alguns questionamentos sobre a técnica cirúrgica utilizada e sua adequação. Só os cirurgiões envolvidos no procedimento, além do chefe, teciam os comentários e explicações, os outros profissionais ficaram em silêncio. Soube posteriormente que esse é o formato usual das reuniões semanais.

No final da reunião a psicóloga que estava me ajudando na observação e anotando as reações, disse que alguns membros da equipe queriam conversar comigo, o que imediatamente me prontifiquei a fazer. Permaneceram então os profissionais da enfermagem, psicologia, farmácia e fisioterapia. É importante destacar como elemento de análise que os profissionais ao utilizarem o termo a “equipe” ou “equipe multidisciplinar”, se referem a todas profissionais exceto aos médicos, o que sinaliza as dificuldades reais de integração desses últimos ao trabalho multiprofissional.

Na conversa estabelecida então, uma das psicólogas apontou ter sido a primeira vez que um profissional sem ser ortopedista falou e ainda apresentou um trabalho nesta reunião. Essa rotina dos profissionais não médicos de participarem das reuniões dos médicos é relativamente recente e advinda da consultoria realizada com vistas a reorganização para o Novo INTO. Elas discorreram sobre a proposta de atendimento dentro do CAE do joelho, que já foi escrita e entregue para o chefe do CAE, mas até aquela data ainda não tinham recebido uma resposta. Nesta proposta está incluído o atendimento aos pacientes no pré-operatório, segundo a diretriz institucional para abordagem ao paciente no Novo INTO.

O segundo encontro com a equipe geral só ocorreu três semanas depois, neste intervalo houve um congresso de ortopedia fora da cidade, sendo cancelada a reunião e na semana seguinte eles receberam a visita de dois cirurgiões estrangeiros e a chefia do CAE adiou a discussão do meu projeto. Iniciei a minha segunda participação na reunião do Centro do joelho lembrando resumidamente o meu projeto e expondo as questões para o debate. A composição do grupo era basicamente a mesma, as alterações foram a presença da nutricionista e da volta das férias de um ortopedista, mas um outro que estava na reunião anterior por sua vez entrou de férias. Novamente a chefia pontuou a importância da objetividade da discussão e do pouco tempo disponível.

Nesta reunião consegui instigar os médicos a explicitarem suas opiniões, mas foi possível perceber novamente que os demais profissionais participaram pouco, se limitaram aos comentários que coincidiram com algum ponto de vista já exposto anteriormente na discussão. Entre os médicos, o staff demonstrou estar mais a vontade para se manifestar do que os estagiários e os residentes. Em determinados pontos, apenas o chefe do CAE se dispôs a responder, os demais permaneciam em silêncio.

Mesmo depois de encerrada a minha participação, permaneci até o final da reunião, assistindo a exposição dos relatos das cirurgias realizadas durante a semana. Após o término da reunião, diferentemente do ocorrido da primeira vez, alguns médicos

se aproximaram e fizeram questão de trazer exemplos de situações ocorridas recentemente, mas que são usuais, para exemplificar como se sentem pressionados diante da grande demanda de atendimento. As falas trazidas pelos profissionais são melhores exploradas no capítulo 5.

CAPITULO 4: ESCUTANDO OS PACIENTES

4.1 DOR E SOFRIMENTO

O intenso sofrimento vivenciado pelos pacientes foi identificado desde o primeiro momento de contato, ainda por telefone, complementado pela observação da dificuldade que apresentavam para caminhar, ao entrarem na sala da entrevista.

A presença constante do quadro álgico e da rigidez articular foi revelada em falas como: (...) *dói todo dia* (...) *dói muito* (...) *não agüento fazer mais nada* (...) *minha vida parou* (...) *tem dias que não agüento nem levantar da cama* (...), que foram universais e surgiram ainda na conversa pelo telefone, bem como também a constatação: (...) *no início era só um joelho, mas agora são os dois*.

As mudanças na rotina diária, a piora da qualidade de vida, as limitações e fragilidades impostas pelo quadro clínico apareceram em todos os relatos, inclusive dos pacientes que foram incorporados mais recentemente na fila:

A vida é muito ruim, meu marido é quem faz as coisas dentro de casa, é dor demais, estou estressada (...) não posso andar, por isso não saio, moro no 2º andar de prédio sem elevador, como é que posso? Minha vida tá muito difícil (...) a perna falha toda hora (...) a bengala foi a médica lá da fisioterapia que indicou, uso até dentro de casa (Mulher, 72 anos, Início da fila)

Ou então:

Estou há 12 anos com dor no joelho, ninguém fala nada para se evitar isso (...) eu caio muito, levo muito tombo, coisa de nada, eu já caio (...) deixo de sair, dói muito (...) o médico disse que daqui uns dias eu nem vou mais andar, a perna tá atrofiando (Mulher, 74 anos, Meio da fila).

E ainda:

Não estou agüentando andar, dói muito, incha (...) faço coisas dentro de casa porque sou obrigada, não tenho quem faça (...) não agüento tá andando, tá arriscado eu cair (...) muito tempo não sei o que é passear, as vezes vou na Igreja, mas com dificuldade (...) tenho problema há muito tempo, desde os 50 anos, o problema é nos dois joelhos (...) eu não agüento andar não, tô muito parada, faço uma coisa e corro pra cama” (Mulher, 66 anos, Fim da fila)

Observamos que no início das entrevistas os pacientes davam ênfase nas queixas álgicas e na dificuldade para deambular, mas aos serem estimulados a descrever sua rotina diária percebemos que o seu sofrimento se manifestava também nas queixas sobre suas limitações e perda de autonomia na vida social e familiar.

Uma paciente que precisa tomar conta do neto de seis anos enquanto a mãe trabalha diz (...) *meu neto vive assustado porque eu já caí várias vezes, inclusive na rua e ele não agüenta me levantar, por isso não saio mais de casa, nem para ir a Igreja (...)*

A queda do poder aquisitivo desponta como mais uma das dificuldades que os pacientes e familiares estão tendo que enfrentar, pois mesmo os entrevistados que já tinham se aposentado, complementavam sua renda com serviços que atualmente, em função do quadro clínico, estão impossibilitados de realizar.

Apenas uma entrevistada, que tem o 2º Grau completo, conseguia manter suas atividades laborativas anteriores, que consistia em dar aulas particulares em sua própria residência (...) *sou explicadora de português e matemática, sempre fiz isto para ajudar nas despesas da casa (...)*. Os demais alegaram não conseguir manter suas tarefas produtivas em função das dificuldades de locomoção e do quadro álgico, pois suas atividades exigiam algum esforço físico (...) *não faço mais meus serviços para fora e fico sem ganhar dinheiro*.

Um paciente de 58 anos que está em benefício pelo INSS e trabalhava como bombeiro hidráulico em firma prestadora de serviços assim descreve sua situação (...) *eu ganhava muito mais trabalhando do que agora encostado, sem conseguir fazer nada, preciso ficar bom logo, agora tô dependendo da ajuda da patroa que passou a trabalhar em casa de família, tá horrível, horrível, horrível (...)*.

Inicialmente, em seu discurso, os pacientes tinham como foco o joelho, este era “o problema”, mas aos poucos passavam a trazer o sofrimento do seu dia a dia, as suas limitações e a queda da qualidade de vida. Não se identificavam mais apenas como um

joelho doente, mas sim como sujeitos em situação de vulnerabilidade. Afinal o sofrimento não se limita à dor física e nem devemos limitá-lo à dimensão biológica, ele pode ser o resultado da perda dos papéis sociais e dos relacionamentos significativos. Aqui podemos observar o que foi descrito por Birman (2003) sobre a importância dos mediadores sociais para “*a transformação do lamento da dor em sofrimento*”, através da fala e da linguagem, agora endereçando ao outro a sua subjetividade. Por conseguinte, a abordagem ao paciente não deve ser restrita apenas ao “problema” (joelho), através do uso exclusivo de “tecnologias duras” (cirurgia de ATJ), mas incluir a possibilidade de oferecer um cuidado a esses pacientes, utilizando as “tecnologias leves”, produzindo vínculos, acolhimento e a responsabilização por esse cuidado, conseguindo assim fazer frente às suas necessidades de forma integral. (Merhy, 2007b).

4.2 A ESPERA, A RESIGNAÇÃO E A ESPERANÇA

No decorrer das entrevistas me deparei frequentemente com uma postura de resignação diante do sofrimento provocado pela doença em si e pela necessidade de aceitar as dificuldades de acesso ao tratamento, principalmente a um atendimento considerado de qualidade. Não percebi um sentimento de revolta nas falas, mas sim um tom de constatação de algo inevitável.

Sou perseverante na minha fé, acredito muito na vontade de Deus, na hora certa... acho que a minha hora não é a hora de Deus, se nada aconteceu é porque não era para ter acontecido, vou esperando (...) vou tentando me conformar (Mulher, 59 anos, Fim da Fila)

Os pacientes parecem não reconhecer a saúde como um direito de cidadania, mas sim como uma benesse distante e difícil de conseguir quando se precisa, então recorrem às suas crenças religiosas para enfrentar essa situação. De modo conformado diziam: (...) *fazer o quê, tem mesmo que esperar não é?(...)*, ou (...) *para Deus nada é impossível, se for da vontade dele eu consigo (...)* e ainda (...) *temos que ter a paciência de Jó, está na Bíblia*”.

Essa ausência de demonstração de revolta com a situação de espera na fila chamou a minha atenção. As dificuldades de acesso ao atendimento médico no serviço público são uma realidade diária e o fato de estarem inscritos numa fila parece dar alguma esperança. O questionamento sobre a longa espera foi uma unanimidade, mas o INTO parece ser a única possibilidade viável, mesmo que a longo prazo.

Carreteiro (2010), refletindo sobre as pessoas que vivem em meios sociais desfavorecidos e às margens da cidadania, aponta para a perspectiva do sofrimento vivenciado por elas só conseguir obter reconhecimento institucional quando etiquetado como doença: “*não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente*” (p.96). A partir dessas ponderações talvez possamos considerar que, para o paciente, estar inscrito na fila para uma cirurgia eletiva no INTO signifique algum grau de reconhecimento, o que poderia explicar, em parte, a resignação com a longa espera sugerida em diversas falas como p.ex.:

Eu achava que isso tem que ser mais rápido e não 2/3 anos, mas tem que ter paciência, tem que esperar, sei que tem muita gente (...) falaram que tem mais de duas mil pessoas na minha frente (...) se for da vontade de Deus, eu vou operar e ficar boa (...) tenho muita fé em Deus... tenho que esperar, não tenho outra alternativa (Mulher, 70 anos, Fim da fila).

A ausência de manifestação de revolta e a resignação também podem ser entendidas como uma estratégia psíquica, um mecanismo de defesa, para lidar com as dificuldades de acesso ao atendimento na rede pública de saúde e um recurso para se obter um sentido para a espera, enfim, para que ela se torne tolerável. Deste modo, entendemos que essa “*atividade de fazer sentido*” se torna indispensável para enfrentar não só as vicissitudes da existência ao longo do tempo, como também as “*experiências de desproporção ou desencaixe que são uma ameaça contínua em nossas vidas*” (Figueiredo, 2009, p 134).

Uma das pacientes por telefone mostrou-se aliviada e disse (...) *ah! Que bom que telefonou, acho que esqueceram de mim* (...). Mesmo com os esclarecimentos ela se prontificou a colaborar com a pesquisa.

Ela compareceu sozinha, caminhando lentamente e com dificuldade. Na entrevista relatou que o seu problema de joelho começou “*há muito tempo*” e mostrou receita de ortopedista de posto de saúde com data de 1996, disse ainda que veio

encaminhada para o INTO em 2004 (sua guia de entrada na fila é datada de Jan/2006), já foi chamada e fez os exames: o RX, o Sangue e o ECG.

Já tem mais de dois anos a última consulta aqui, sempre que telefono e pergunto dizem que estou em exame, mas eu não entendo o que isso quer dizer, já vim aqui e me encaminharam para uma sala perto do refeitório e lá falaram que só depois de passar pelo anestesista é que vou poder operar, mandaram então eu esperar o telefonema, aí deixei para lá, não procurei mais, se for da vontade de Deus eu sei que vou conseguir, Deus está no controle. (Mulher, 65anos, Exame).

Os pacientes que estão no Meio da fila e no Fim da fila, ainda na etapa SOLICITAÇÃO relatam que a dificuldade de acesso começou na marcação da consulta com o especialista do joelho, após passarem pela triagem (...) *esperei um tempão, foi só no outro ano (...)*. Uma paciente conta que foi preciso procurar a Ouvidoria para conseguir a consulta, porque toda vez que telefonava diziam que ainda não estava aberta a marcação. Depois de vários meses resolveu vir ao hospital e se dirigiu a ouvidoria (...) *fui lá e então um moço muito simpático disse que tinha uma desistência, perguntou se eu queria marcar, é claro que eu aceitei (...)*.

Essa queixa confere com as informações colhidas no setor de marcação de consulta que esclarece estar cada vez mais demorado a realização da primeira consulta com o especialista de joelho. A tendência apresentada é de esgotar a marcação poucos dias depois da abertura da agenda para o ano seguinte, o que geralmente ocorre no mês de novembro. Nos últimos dois anos foram criadas, pelas secretárias da triagem, listas de espera para a marcação de primeira consulta e quando a agenda era aberta lotava com os nomes que já estavam aguardando. Era anotado o nome e o número do prontuário fora do sistema oficial e só quando abriam as agendas eram feitas as marcações. A direção decidiu não permitir mais realização dessa listas, devido à falta de transparência e a orientar aos pacientes que telefonem a partir de outubro de 2011 para agendar a consulta para 2012.² Aqui percebemos como os profissionais que lidam com os primeiros momentos do paciente na instituição tentaram dar uma resposta à grande

² No novo INTO não haverá setor de triagem. O encaminhamento será feito através de formulário eletrônico, que disponibiliza todos os procedimentos realizados no INTO e tria o paciente diretamente para um dos Centros de Atendimento. Deverá ser preenchido por ortopedista da rede pública previamente cadastrado no sistema.

demanda, optando por “*arrumar um jeitinho/transgressão, um quebra-galho como defesa para enfrentar o sofrimento no trabalho*” (Sá, 2009).

Mesmo nas posições mais antigas da fila houve relato dessa demora inicial para marcar a consulta com o especialista de joelho, bem como para passar para a etapa seguinte.

De um modo geral, cada um dos entrevistados repetiu mais de uma vez ser a longa espera para a realização da cirurgia o grande problema do hospital (...) *o único problema é a fila, não tenho mais o que falar desse hospital (...) aqui tudo é muito limpinho, até o banheiro* (Mulher, 70 anos, EXAME); ou então (...) *a minha reclamação é só quanto ao tempo de espera, mas isso a gente não tem como mudar* (Homem, 71anos, PRONTO).

Apenas um paciente, ainda no telefone, comentou que estava pensando em procurar a Justiça para conseguir ser operado, isto porque ouviu do vizinho ser este o caminho, para quem não tinha “padrinho”, conseguir ser internado no INTO. Seu tom de voz não era de revolta e sim de amargura. Ele está com 80 anos, no Início da fila da etapa SOLICITAÇÃO, antes de ser chamado para os exames pré-operatórios e sua Guia é de outubro de 2007. Além desse paciente que estava pensando em recorrer à Justiça, outros pacientes disseram saber de situações de pessoas que esperaram menos tempo para operar do que eles estão esperando (...) *tenho um vizinho que se acidentou, ele e a mulher, em acidentes diferentes, que já operaram aqui (...)*. Apesar de reconhecerem esses casos como diferentes do seu, mostraram-se intrigados com a possibilidade de se conseguir uma vaga para internação de forma mais rápida.

Por sua vez, mesmo os pacientes que sabem da fila específica para ATJ mostram algum grau de desconfiança sobre a necessidade de esperar tanto tempo (...) *sei que tem muita gente na fila, é muita gente precisando dessa cirurgia, mas eu sinto muita dor, tá difícil esperar, num tem um jeito de ser mais rápido? (...)*. Um paciente na posição PRONTO que já trabalhou como segurança de deputado, relata já ter visto vários pedidos de internação ser atendido (...) *“mas não para esse hospital, mas desconfio que é possível conseguir, com conhecimento se consegue muita coisa difícil”*.

4.3 A DESINFORMAÇÃO, O DESAMPARO E A INVISIBILIDADE

O desconhecimento sobre as etapas envolvidas no processo e o possível tempo de espera na fila foi um denominador comum (...) *falaram para eu esperar que o hospital chama quando for para operar, apenas isso, ou então (...) o médico falou que não sabe nada, só que demora mesmo e que é pra eu esperar o telefonema (...).*

Uma paciente que está aguardando vaga para a internação ressalta que “*mudei toda a minha vida*”, em função da espera, depois que foi chamada para iniciar os exames pré-operatórios. Esta paciente, que trabalha dando aulas particulares, relata que em julho deste ano (há seis meses) quando recebeu o telefonema e começou a fazer os exames pré-operatórios, interrompeu o seu trabalho porque achou que fosse ser chamada logo para a realização da cirurgia, mas até agora está aguardando. Ela está na posição PRONTO e faz o seguinte relato:

A todos os funcionários que eu perguntei, quando vim fazer os exames, mesmo os médicos que me atenderam, ninguém sabe responder, só dizem “não é comigo, não sei de nada, aguarda o telefonema em casa”; estou parada, sem trabalhar e fico preocupada, está chegando o fim do ano e fico sem planejar nada, mesmo agora no natal, não sei se viajo para casa de parentes ou se tenho que ficar aqui no Rio, se vão telefonar logo. (Mulher, 59anos, PRONTO).

Observamos que além da dor física e do sofrimento pela piora na qualidade de vida, foi eloqüente nos relatos a presença da sensação de desamparo pela desinformação e pela incerteza sobre o momento da cirurgia. Os pacientes se mostram perdidos, se sentem abandonados, em função de permanecerem na fila de espera sem obterem informações precisas sobre as possibilidades ou a previsão de atendimento, sem compreenderem claramente os fluxos e as rotinas institucionais e também sem ter a quem especificamente recorrer. Penso que tais relatos denunciam a necessidade de uma responsabilização por esses pacientes da fila de espera. Dessa forma, poderia ser amenizada a dificuldade dos pacientes em programar seus compromissos pessoais, familiares e mesmo de trabalho, uma vez que atualmente eles parecem se sentir

impossibilitados de planejar o seu futuro, paralisados pela longa espera e pela falta de informações.

Eu me sinto um peixe fora d'água, não tenho consulta marcada com o ortopedista, acho que deveria ter (...) eu cheia de dor e o médico não prescreveu remédio, disse que não adianta, eu fico sem saber como agir (...) tô solta na parte de ortopedia, o médico que me deu o papel disse que o hospital iria entrar em contato. eu teria que aguardar, só isso (Mulher, 59anos, Fim da fila).

E ainda:

Eles não explicam direito como vai ser nem como não vai ser (...) as informações são preciosas, não deveriam fazer a operação sem informação adequada (Mulher, 70 anos, Fim da fila).

Ou então:

Eu me trato neste hospital há cinco anos, é difícil marcar consulta aqui, mesmo com prontuário (...) foi da última vez que eu vim que o médico daqui disse que ia me colocar na fila (...) ele não me examinou só olhou o RX (...) não me explicou nada (Mulher, 66 anos, Início da fila).

Durante as entrevistas era frequente os pacientes pedirem esclarecimentos sobre o tempo de espera, o tempo de internação, as condições na alta e até sobre a cirurgia (...) *quantos dias vou ficar no hospital? (...) qual o material que colocam dentro do joelho? (...) posso ficar com acompanhante? (...) vou precisar de bengala?* (...) expondo a falta de informação e ficando claro o quanto desejam conhecer mais sobre esse processo. Alguns declararam terem sido orientados pelo cirurgião quanto aos riscos do procedimento, inclusive sobre a necessidade de emagrecer, mas nada sobre a reabilitação ou sobre o funcionamento da instituição como um todo e da fila em particular. Mesmo quando conseguiam telefonar³ não era possível obter informações de

³ Em fevereiro de 2011 iniciou o funcionamento de um serviço de *Call Center* para fornecer informações sobre a instituição de um modo geral e principalmente sobre o atendimento, marcação de consultas e posição na fila de espera.

forma satisfatória, pois dependendo do funcionário que atendesse ao telefone, não havia esclarecimento nem orientação. Nenhum dos entrevistados recebeu a cartilha de *Orientações aos Pacientes e Familiares* e nem sabiam de sua existência.

Apesar de entenderem que conversar comigo não ia mudar a espera na fila, constatei que os entrevistados gostaram de poder falar sobre a sua rotina, sua história familiar e a trajetória de seu quadro clínico, além de poderem opinar sobre o hospital e receberem esclarecimentos.

Na medida em que fui escutando cada um dos pacientes, foram se repetindo as falas de lamento, mas também de esperança no tratamento proposto, foi possível perceber o quanto poder expressar esses sentimentos era valioso para eles. Mesmo após o esclarecimento do objetivo da entrevista e do caráter aleatório do sorteio, eles demonstraram estar se sentindo acolhidos pela instituição, uma vez que uma funcionária do hospital estava lhes dando atenção. Ao serem encaminhados para a sala da entrevista entendiam, pela fala das recepcionistas, que eu era “doutora” e faziam questão de confirmar essa informação, embora ao longo da conversa ficasse evidente que consideram que “doutor” é qualquer profissional de saúde que realize um atendimento, seja médico, nutricionista, fisioterapeuta etc.

Diante dessas observações é importante recuperar a proposta de Campos (2007a; Campos e Amaral, 2007) para a concepção da Clínica Ampliada que se baseia na construção de responsabilidade singular e de vínculo ou referência estável entre equipe de saúde e paciente. A abordagem do cuidado deve ser ampliada, dirigida ao doente e não apenas à doença, com a designação do profissional de referência que seria o encarregado da coordenação do acompanhamento do paciente na instituição, desde o momento do ingresso na fila. O trabalho da equipe multidisciplinar seria organizado de forma a propiciar um melhor preparo para a cirurgia, incluindo orientações e esclarecimentos. A responsabilização pelo cuidado, além de fornecer uma referência na instituição, deverá contribuir para que o paciente não se sinta invisível e desamparado, criando assim, um espaço para que ele possa ser ouvido e ajudado a lidar com o seu sofrimento.

Ao propor essa forma de atuar, a equipe estaria se apoiando no conceito de acolhimento aos usuários preconizado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) e que se refere à maneira como os usuários são recebidos nos serviços de saúde e como são incluídas suas demandas e necessidades. Teixeira (2007), afirma que o acolhimento “*é um dispositivo indispensável para o bom*

*desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde” e aborda esse tema sob a perspectiva “essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde” (p. 101). Para o autor a utilização de qualquer uma das técnicas de conversa produz o “acolhimento-diálogo” que está presente nos diferentes encontros ao longo da trajetória do usuário pelo serviço e não apenas na atividade de recepção, ao mesmo tempo em que desempenha “*papel fundamental e deflagra os diferentes possíveis trânsitos dos usuários pelo serviço, por seus diferentes módulos de atenção*” (p. 104). Então estabelecer encontros/consultas com os pacientes da fila de espera seria proporcionar um acolhimento-diálogo facilitando o reconhecimento de suas necessidades, permitindo a valorização do autocuidado e ampliando sua autonomia.*

4.4 A PEREGRINAÇÃO, AS DIFICULDADES DE (SE) CUIDAR E SER CUIDADO

Embora a maioria dos pacientes tenha sido encaminhada de postos de saúde, ocorreram relatos de encaminhamento proveniente de hospitais que realizam esta cirurgia, inclusive de serviços universitários (...) *falaram que aqui era certo eu me operar e até mais rápido do que lá no outro* (Mulher, 59anos, Fim da Fila).

Devido ao fato de ser necessário possuir o encaminhamento para o procedimento cirúrgico para se conseguir a consulta na triagem, todos os pacientes relataram que suas queixas começaram há vários anos. Quando eu pedia para descrever mais detalhadamente esse percurso, mostravam um ar incrédulo e espantado, pareciam estranhar ter que explicar algo aparentemente tão óbvio, que é a dificuldade de se ter acesso ao atendimento médico na rede pública, principalmente pelo especialista (...) *a senhora sabe né, não se consegue consulta, quase não tem ortopedista (...) ou (...) só chegando de madrugada e marcando para muito tempo depois (...) ou ainda (...) já rodei muito por esses lugares aí atrás de médico para esse meu problema (...)*. Ao serem instigados a opinar sobre essa situação não demonstram estranhar a existência delas e alguns disseram que a solução seria ter dinheiro para pagar plano de saúde ou poder ir mais vezes a médico particular. Um paciente que já fez várias cirurgias

(apêndice, hérnia, vesícula, catarata, e até radioterapia para tumor de próstata) e cita diferentes hospitais para cada cirurgia, faz o seguinte comentário:

Ir a médico particular é mais fácil do que está esperando em hospital [...] Já vi muita coisa correndo esses hospitais, já andei muito em hospital já vi muita preferência, sempre um pedido adianta mais [...] consegue aquele que tem mais, não é mole não [...] Quando Romário chegou no Hospital dos Servidores, os médicos pararam tudo e foram até o carro para buscá-lo (Homem, 80 anos, Início da fila).

Houve inclusive um paciente que relatou já ter vindo ao INTO e daqui ter sido encaminhado para outro hospital “*acho que na época o HTO não tava apanhando essas cirurgias toda não*”. Consegui esclarecer que tal encaminhamento ocorreu antes de 2004, quando a fila foi organizada, foi só quando retornou, mais de três anos depois, é que o paciente foi inscrito na fila. Por outro lado, foi o único paciente que se mostrou em dúvidas quanto à realização da cirurgia, afinal diante de tantas dificuldades estava achando “*ser um aviso de Deus para evitar a cirurgia*”. Sua entrevista foi comovente e ele se emocionou ao fazer o seu relato, sendo um dos entrevistados que andava com extrema dificuldade:

Depois que perdi minha filha, que era tudo para mim, que me ajudava a correr os hospitais, eu já não sei se não [...] é melhor eu não mexer nisso [...] como eu vou ficar depois, sozinho dentro de casa sem poder andar, eu não tenho ninguém, ela era filha única e eu já perdi a mãe dela também, moro sozinho, só eu e Deus [...] o pessoal lá onde eu moro falou para eu procurar a justiça, parece que tem gente que consegue se operar assim [...] falaram também que se não tiver padrinho fica toda vida esperando, mas eu não tenho ninguém [...] seu telefonema foi um aviso de Deus, é melhor eu nem me operar [...] eu estou esperando há muitos anos, eu já entrei na fila de 5 hospitais para operar e até hoje nada (...) aqui também já vim antes, há muito tempo e mandaram eu procurar outro lugar, fui até a Santa Casa e lá quiseram me cobrar, mas minha filha ainda era viva e não aceitou [...] também não tinha como pagar, a prótese é muito cara. (Homem, 80 anos, Início da Fila).

Esse paciente revela o seu desamparo social e familiar ao descrever o seu medo de se submeter à cirurgia e ir para casa em condições piores do que a atual. É viúvo,

reside sozinho, não tem irmãos, sua única filha já faleceu e só tem uma neta casada e com filho pequeno. Conta que seu problema de joelho começou há mais de dez anos atrás e se queixa: *“dói muito, dói todo dia, o que me mata é a dor, já tomei muito remédio e nenhum resolve mais”*. O tom de voz de seu relato demonstra mais um lamento do que um sentimento de revolta e observo o quanto o paciente precisa falar sobre o que está acontecendo em sua vida. Ao final da entrevista ele se mostra sorridente e se despede agradecendo *“a paciência”* que eu demonstrei ao ouvir a sua história.

Nos pacientes que estão na etapa da fila em SOLICITAÇÃO, ou seja, antes de serem chamados para fazer os exames pré-operatórios, com frequência observamos não estar presente a preocupação em relação ao seu estado geral de saúde e sua relação com o quadro de dor e também com o procedimento cirúrgico. Em relação ao atendimento médico já recebido no INTO, poucos citaram o nome do ortopedista que os examinou e os esclarecimentos que receberam, a maioria descreveu a consulta com o especialista como uma avaliação bem objetiva: *“o médico examinou o meu joelho, viu o RX e falou que era caso de cirurgia [...] foi uma consulta rápida, tinha muita gente para ser atendida”*.

Ao serem questionados diretamente sobre algum dado específico como peso ou pressão arterial, alguns se lembraram que foram orientados pelo ortopedista para emagrecer e apenas uma tinha sido encaminhada para atendimento pelo nosso serviço de nutrição. Ela estava bastante satisfeita com esse acompanhamento, já tinha começado a perder peso com as orientações fornecidas e estava disposta a continuar se cuidando. Quanto à pressão arterial, alguns falaram que já tinham se submetido a procedimento cirúrgico e sabiam que era um fator que influencia na possibilidade ou não de ser operado, mas não tinham recebido orientação aqui no INTO. Apenas os pacientes que residiam no município do Rio de Janeiro relataram conseguir com certa facilidade, o acompanhamento para hipertensão e/ou diabetes em postos de saúde perto de casa; os residentes da baixada disseram necessitar procurar tratamento nos hospitais e, portanto, não realizavam o tratamento com regularidade. Sobre outros cuidados, como fisioterapia, mesmo os que já tinham conseguido fazer, tinham interrompido. A alegação mais frequente era que *“só melhora na hora depois a dor volta”* ou então *“lá perto de casa é tudo pago, só aqui prá baixo é que tem”*. Apenas uma paciente tinha sido orientada para manter a fisioterapia no pré-operatório, indicada para evitar o agravamento do quadro motor, além melhorar o quadro algico; ela estava fazendo

hidroginástica, mas ponderou: “*faço lá no SESC, mas é pago, estou esperando vaga no público*”.

Por outro lado, a partir da etapa em EXAME, após realizarem os exames e passarem na consulta com o clínico, todos estavam cientes da importância desse cuidado e as duas pacientes desta etapa que estavam em acompanhamento com nutricionista, uma delas no posto perto de casa, mostraram-se animadas com o resultado obtido até então: uma havia perdido 13k e a outra 10k. Embora os entrevistados tenham dito, quando perguntado diretamente sobre o fato, que em algum momento já tinham sido alertados para a questão do excesso de peso, só agora é que conseguiram iniciar mudança nos hábitos alimentares.

Ao ouvir esses relatos devemos resgatar as afirmações de Figueiredo (2009) sobre como “*as atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais de saúde*” (p. 131) e de Merhy (2007a) “*todo profissional de saúde independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado*” (p. 129) que colocam o cuidado como a tarefa nuclear das atividades de saúde e a necessidade dos profissionais estarem atentos e habilitados para exercer esse papel, estabelecendo o vínculo e a responsabilização. Os autores também apontam para a importância de levar o paciente a desenvolver suas capacidades (auto)cuidadoras, introjetando essas funções (Figueiredo, 2009), bem como a produzir a co-gestão dos sujeitos, reconstruindo sua cidadania e subjetividade possibilitando-o a se defender das suas dificuldades (Merhy, 2007a).

Portanto, com base nesses autores podemos avaliar a importância de se olhar para esses pacientes da fila de espera e entender a necessidade de se oferecer uma intervenção (“*tecnologia leve*”) que promova o autocuidado e a co-gestão dos sujeitos. Assim, seria possível proporcionar algum alívio no sofrimento dos pacientes que aguardam a cirurgia, favorecendo sua capacidade de enfrentar os obstáculos e dificuldades, contribuindo para a melhora da sua qualidade de vida.

4.5 SOBRE O INTO E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Diante da imensa disposição em colaborar com a realização da entrevista percebemos, desde o contato inicial ainda por telefone, como os pacientes estão numa grande expectativa em relação à cirurgia e ao INTO.

Em relação à qualidade do atendimento no INTO, expressões como “referência”, “hospital excelente” ou ainda “médicos já experientes” são usuais, foram incorporadas à fala e parecem refletir a imagem que possuem do hospital. Uma paciente, que já esteve aguardando na fila de hospital universitário e que veio encaminhada, descreve com entusiasmo o que acompanhou quando seu vizinho fez a ATJ aqui no INTO:

O tratamento que ele teve eu fiquei maravilhada, deram uma atenção [...] ele foi levado de ambulância para casa, não teve que se deslocar, cederam as muletas e depois ia médico, fisioterapeuta em casa para fazer curativo e fisioterapia [...] fazia fisioterapia em casa, depois ficava andando com ele pela vila, atencioso [...] é um hospital fora de série, de primeiro mundo, foi a primeira vez que vi isso acontecer. (Mulher, 59anos Fim da Fila).

Outros repetem os elogios que ouviram no saguão de espera do atendimento, oriundos de familiares e pacientes que já fizeram a ATJ: “aqui é o melhor que tem para operar desse problema de joelho”; ou então “falam muito bem desse hospital, dizem que se é muito bem cuidado na enfermaria” e ainda “a boa referencia que eu tenho é daqui [...] faço questão de esperar para operar aqui [...] só falam bem daqui [...] sei que tratam bem aqui”.

Alguns pacientes disseram que já tiveram a oportunidade de entrar na fila de espera de outro hospital, mas optaram por ficar no INTO devido “ao que pessoal lá onde eu moro fala daqui, tem vários lá que já operaram aqui”. Mesmo o paciente que acreditava que “pedindo ajuda para deputado” poderia ser operado mais rápido, estava disposto a aguardar porque “quem opera aqui só fala bem daqui, diz que aqui é muito bom, tem os melhores médicos, vem gente de todo Brasil para operar aqui”.

Sobre a cirurgia existe um consenso na fala dos entrevistados de ser esta a única esperança para o alívio do seu quadro clínico, uma vez que o tratamento conservador com medicações e fisioterapia se mostrou ineficaz *o médico disse que é o único jeito, tem que operar [...] só a prótese resolve esse problema do joelho*, ou “*só assim vou voltar a fazer as minhas coisas como antes*”, ou ainda “*sei que primeiro se opera um joelho e depois o outro e se fica bom*”.

Nenhum dos entrevistados se recorda de ter ouvido falar de casos de complicações, embora mais de um tenha dito que o ortopedista explicou os riscos da cirurgia “*mas toda cirurgia tem não é?*” Quando questionados diretamente sobre se sentiam medo, as respostas seguiram também um padrão “*um pouco, mas a dor é tanta que não agüento mais ficar assim*”.

Examinando essas falas entendemos que o INTO é reconhecido pela qualidade da assistência circunscrita à cirurgia e ao pós-operatório havendo, portanto, um contraponto com a situação da longa espera na fila e pela falta de informação no pré-operatório. É como se os pacientes da fila não fossem pacientes do INTO. Figueiredo (2009) ao falar dos hospitais de primeira linha diz que “*não faz parte da lógica desta instituição que os cuidados possam ser tão ou mais necessários que os chamados procedimentos*” e questiona como introduzir a dimensão do cuidado em “*um ambiente tão asséptico, administrado e tecnológico*” (p.150). No imaginário da população entrevistada encontramos um hospital de excelência, mas que está muito distante do alcance dos que estão aguardando na fila, por anos a fio. Enquanto esperam eles se sentem excluídos, invisíveis, inseguros do acesso efetivo ao tratamento, sensações que são acentuadas pela dificuldade em obter informações, só conseguem ouvir a promessa que irão receber, um dia, um telefonema.

A partir desses relatos ficou inegável a importância de se propor a abordagem aos pacientes do pré-operatório de ATJ no INTO, introduzindo dispositivos institucionais que promovam, através do acolhimento-diálogo, uma melhora da qualidade de vida e diminuição do sofrimento manifestado por eles.

CAPITULO 5: ESCUTANDO A EQUIPE DO CAE DO JOELHO

No primeiro encontro com a equipe, quando fiz a exposição do meu projeto e incluí os fragmentos das falas dos pacientes, a resposta inicial foi o silêncio, não houve interrupções nem questionamentos. Desde o princípio foi colocado pelo chefe do CAE a necessidade da minha apresentação nessa reunião ser objetiva e sintética. A proposta de adiar a discussão das questões ressaltadas foi explicada por ele como sendo inevitável, em função do pouco tempo que os profissionais teriam para permanecer naquele local, pois deveriam seguir para suas atividades de ambulatório, do centro cirúrgico e ainda antes, seria apresentado o trabalho realizado naquela semana: “*se formos discutir hoje essas questões não sairemos daqui tão cedo*”. Ninguém contestou essa decisão. Ainda tentei argumentar se havia consenso desta proposta, mas ninguém se manifestou. Eu estava com a expectativa de conseguir sensibilizar a equipe, de despertar nesses profissionais, a partir da exposição das falas e do sofrimento dos pacientes, algum desejo de refletir sobre possíveis alternativas para àquelas situações, mas a realidade observada foi de uma acessibilidade mínima, de pouco espaço nesta reunião para qualquer outra discussão exceto sobre a especificidade do procedimento cirúrgico.

A pressão para otimizar o tempo da reunião, onde apenas as imagens radiológicas das cirurgias ortopédicas de alta complexidade do joelho são debatidas, por especialistas num segmento ósseo articular do membro inferior do corpo humano, parece revelar a pouca disponibilidade interna desses profissionais para uma discussão mais integral ou ampliada da situação dos pacientes. A organização e o gerenciamento das reuniões da equipe, centradas nas imagens radiológicas, impede ou pelo menos dificulta uma abordagem do paciente como um sujeito. O foco da atenção é o joelho comprometido, antes e depois da cirurgia específica. Esta situação pode ser vista como resultado dos processos apontados por autores como Schraiber (2008), Pires (2008), entre outros, que estudaram as transformações ocorridas no trabalho médico, que se caracteriza hoje pela fragmentação e a superespecialização, onde a utilização de tecnologias cada vez mais sofisticadas não se faz acompanhar de uma preocupação com a compreensão da situação global dos pacientes.

Outro autor que se debruça sobre essa questão é Merhy (2007a) quando faz suas reflexões sobre a gestão dos processos produtivos em saúde. Ao destacar as tensões

existentes entre a lógica de procedimento e a lógica do cuidado, aponta haver um predomínio nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário. Este autor considera “*o ato de cuidar como a alma dos serviços de saúde*” (p.117) e conclui que “*uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico é diminuir muito a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular do próprio médico*” (p.123).

O fato dos profissionais da equipe do CAE do Joelho, exceto os ortopedistas, solicitarem conversar comigo, separadamente, parece ser mais um indicador da subordinação desses profissionais ao trabalho médico e da fragmentação do trabalho em saúde no hospital. Até então esses integrantes da equipe não haviam tido voz nessas reuniões e não se tinha discutido outros saberes. A cobrança institucional da presença obrigatória de todos os profissionais lotados no CAE do joelho nessa reunião é relativamente recente, mas ainda não aconteceu uma integração entre os ortopedistas e os demais membros da equipe. Esses últimos se mostraram sensibilizados com o material apreendido junto aos pacientes, inclusive revelaram desconhecer os dados detalhados na minha apresentação sobre a fila de espera para ATJ.

Uma das enfermeiras falou sobre a proposta de atendimento em equipe multidisciplinar aos pacientes antes da cirurgia, como já vem ocorrendo em outros CAE do INTO. Atualmente os ortopedistas do CAE do joelho não fazem uma reavaliação do paciente antes da cirurgia. Depois que ele é colocado na fila de espera só é revisto pelo ortopedista dentro do centro cirúrgico e no caso da ATJ esse intervalo é muito longo. Nesse período só são atendidos pelo clínico geral e pela anestesiologia, para a realização do risco cirúrgico. Tanto as enfermeiras, quanto a fisioterapeuta, a assistente social e as psicólogas concordaram com a necessidade dos pacientes serem abordados pelos outros profissionais, além do próprio ortopedista, ainda no pré-operatório. As psicólogas ressaltaram inclusive a importância de se rediscutir a indicação da cirurgia, afinal muitos meses se passam entre a indicação e a realização da mesma. A grande dificuldade que elas estão tendo é em definir quando ocorreria tal avaliação multidisciplinar no caso da ATJ, devido à grande demanda e do longo tempo de espera.

Alguns profissionais se posicionaram a favor desse atendimento acontecer no momento em que o paciente ingressa na fila. Esta parece ser a diretriz apresentada pela direção para o Novo INTO e já vem acontecendo em outros Centros, mas são Centros menores e com pouca fila de espera (CAE da Mão, Cranio-Maxilo-Facial, Ombro, entre outros). No entanto, o CAE do joelho apresenta a maior produção cirúrgica e possui

uma das maiores e mais demorada fila de espera. Sendo assim e considerando a necessidade de continuar atendendo no pós-operatório, iniciar abordagem ao paciente logo que ele ingressa na fila, ou seja, nos novos pacientes daqui para frente é importante, mas não resolve a situação dos que já aguardam na fila (em nov/2010 eram 3.630). O diálogo então se concentrou em como realizar esse trabalho com esses pacientes que já estão inscritos e aguardando serem chamados para a realização da cirurgia, desde os que estão na etapa SOLICITAÇÃO quanto os que estão em EXAMES e os PRONTOS. O sentimento predominante foi de impotência diante desse desafio, principalmente se não houver uma articulação com os médicos. Optamos então por continuar essas considerações no próximo encontro semanal do CAE, quando eu iria propor a discussão da abordagem aos pacientes da fila de espera. Neste momento acreditei ter obtido algum avanço na minha proposta, pois além de sensibilizados esses profissionais se mostraram interessados em contribuir para a construção de um projeto de cuidado ao paciente da fila de espera para ATJ.

A minha segunda reunião com equipe completa do Centro do joelho ocorreu três semanas depois e centrou-se nas questões que destaquei ao final do primeiro encontro.

A pergunta inicial voltava-se para a discussão da responsabilidade sobre o paciente da fila de espera para ATJ e levantou intenso debate. A maioria dos médicos argumentou que eles não deveriam ser considerados pacientes do INTO, mas apenas uma inscrição para o procedimento cirúrgico. Afirmaram que o cuidado desses pacientes deveria ser inteiramente assumido pela rede básica de atenção, inclusive o acompanhamento na ortopedia, alegaram ser um “*jogo de empurra*” eles não continuarem com o atendimento nas demais unidades de saúde. Justificaram esse ponto de vista através da explicação de ser o INTO uma unidade quaternária de atenção, especializada em procedimentos ortopédicos de alta complexidade e que deveria ser voltada exclusivamente para a cirurgia e o pós-operatório. “*Sabemos que quando o paciente diz que está aguardando vaga para cirurgia aqui no INTO, ninguém quer mais cuidar dele, mas não deveria ser assim, o INTO não tem que atender esses pacientes*”. Mesmo os que disseram que os pacientes da fila pertencem ao INTO, como o chefe do CAE, afirmaram que com o quantitativo atual de recursos humanos não teriam como assumir o cuidado desse paciente no pré-operatório. Essa justificativa foi um consenso, incluindo alguns representantes de outras categorias profissionais, além dos médicos.

A expressão “*um jogo de empurra*” descreve bem o que os pacientes contaram a respeito de sua peregrinação pelos serviços de saúde. É uma realidade que o INTO não

tem como absorver o cuidado básico, mas também é verdade que a rede não está dando conta de realizar essa atenção. Assim sendo, temos então que levantar as seguintes questões: qual a inserção de um hospital especializado, de atenção quaternária na rede? Continuar recebendo eternamente os pacientes, mantendo-se isolado e sem articular uma contrapartida? Aceitar não ser sua função cuidar dos pacientes que estão aguardando na fila por uma cirurgia, durante anos, sem exercer nenhuma pressão para a rede básica, a principal responsável pelo encaminhamento desses pacientes? Não estabelecer algum tipo de pacto com a rede, apenas dizer para ele procurar atendimento perto de casa, enquanto aguarda o procedimento cirúrgico, parece configurar realmente “*um jogo de empurra*”.

Cecílio e Merhy (2007), discutindo o papel do hospital no SUS partem da premissa que ele deve funcionar como uma “*estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita*”. Afirmam que o atendimento integral só é possível obter em rede e que a “*linha de cuidado plena atravessa inúmeros serviços de saúde*” (Cecílio e Merhy, 2007, p 202). Assim, o hospital deve se articular com a rede básica de serviços, onde a produção do cuidado se inicia e para aonde o usuário deve retornar, funcionando apenas como uma das estações da rede de serviços de saúde. Dessa forma os autores recomendam a adoção de uma gestão centrada na coordenação do cuidado, sendo necessários “*processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular com as Secretarias Municipais de Saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas*” (Cecílio e Merhy, 2007, p. 211).

Eugenio Vilaça Mendes (2007a) é outro autor a fazer reflexões sobre a modelagem de atendimento em redes de atenção à saúde, preconizando uma oferta de cuidados contínua, sob um comando integrado, a partir de alianças e sinergias de diferentes atores para alcançar objetivos comuns, sendo a responsabilização pelos cuidados um pressuposto básico. Alerta para a necessidade da criação de redes temáticas (saúde da mulher e da criança, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares, etc.), diferenciadas em atenção às condições agudas e às condições crônicas, organizadas em sistemas logísticos de fluxo e contrafluxo, estruturadas em tecnologias de informação eficazes. Mendes (2007b) realiza uma extensa revisão bibliográfica internacional aonde além do referencial teórico expõe a experiência de alguns países, inclusive do Brasil, para sustentar sua proposta de formação de redes de atenção à saúde.

A partir dessas leituras podemos então propor questionamentos sobre a inserção do INTO na rede. A finalidade de um hospital quaternário não é realmente fazer atenção primária em saúde e sim oferecer procedimentos especializados, mas em função de seu papel diferenciado deveria ser capaz de pressionar a rede de serviços para garantir que o usuário seja aceito mediante a contraproposta da manutenção dos cuidados básicos no local de origem. Por outro lado, como a própria regulamentação do SUS prevê que o hospital deve funcionar em rede hierarquizada e regionalizada não há como deixar de realizar uma articulação estreita e uma pactuação com os gestores das diferentes esferas, sobre mecanismos de acesso e de relacionamento com os demais serviços de saúde (Campos e Amaral, 2007). Não há dúvidas que assegurar o cuidado integral ao paciente seja algo que possa ser feito apenas internamente no INTO, pois demanda uma pactuação entre gestores locais e regionais..

Ainda sobre a responsabilização dos cuidados ao paciente, a posição dominante na equipe alega que *“o paciente é da instituição, portanto não precisa ser o mesmo profissional que indica o paciente para a fila e aquele que faz a cirurgia”*.

Até que ponto afirmar que o paciente é da instituição não seria um indicativo da dificuldade de assumir o cuidado ao paciente, revelando a não responsabilização, uma vez que o paciente seria ao mesmo tempo de todos e de ninguém. Essa posição parece demonstrar a imensa fragmentação nos processos de trabalho em saúde e uma estratégia defensiva, como distanciamento e indiferença para lidar com o sofrimento no trabalho (Sá, 2009). O cirurgião transforma-se em um técnico especializado na troca da parte defeituosa, no caso o joelho, deixando de ser um profissional da área de saúde encarregado de cuidar de pessoas.

Ao tentar trazer para a discussão o papel da equipe multidisciplinar e perguntar se todos sabiam da existência da proposta de atendimento pelos demais profissionais da equipe, a chefia esclarece enfaticamente que o documento não está pronto e conseqüentemente não pode ser apresentado para o debate. Não parece haver, até então, espaço nem um possível apoio para a participação de outros saberes dentro da reunião semanal e obrigatória do CAE.

Destaco ainda, em função dos achados nas entrevistas, o quanto os pacientes demonstraram desconhecer informações sobre a fila, os processos institucionais, a cirurgia e o pós-operatório, revelando assim a importância de se ter um profissional de referência, mas foi dito por um dos médicos que o paciente pode procurar a ouvidoria e

a gerencia de fila para obter informação. Ainda sobre informações prestadas, um dos médicos fez a seguinte afirmação, corroborada por outros:

Ao indicar a cirurgia eu explico tudo para o pacientes, os riscos da operação, a necessidade de emagrecer, de cuidar da pressão arterial, mas acho que eles não absorvem o que é falado e isso é uma questão que não me compete mais, já fiz a minha parte.

Essa fala sugere que o médico não se sente responsável nem pela desinformação do paciente, culpabilizando o paciente. Quando pergunto como então isso poderia ser minimizado, os médicos reforçam o argumento de ser esse o papel da rede básica de atenção.

Em relação aos fragmentos das entrevistas dos pacientes sobre sua situação e qualidade de vida, foi unânime a postura dos médicos: “já sei quais são as queixas, são sempre as mesmas, mas só a cirurgia pode resolver, não adianta ficar passando anti-inflamatório, é até perigoso”. Essa afirmação parece marcar a dificuldade em pensar outras possibilidades de oferta de cuidado aos pacientes, além da intervenção cirúrgica. Aparentemente eles não se sensibilizaram com as falas apresentadas, a exposição não parece ter sido suficiente para estimulá-los a pensar numa alternativa para o cuidado aos pacientes da fila de espera. Não demonstraram ter disponibilidade de oferecer outra abordagem além da atual, limitada ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório. Essa visão está em consonância com o modelo biomédico assistencial hegemônico, centrado no procedimento e na valorização da superespecialização em detrimento do cuidado integral ao paciente..

O posicionamento dos médicos acima destacado reforça a nossa compreensão de que esses profissionais não têm uma percepção global dos pacientes e da suas necessidades de saúde. Sua condição de sujeito não parece ser considerada e seriam percebidos de forma restrita, apenas como um joelho a ser reconstruído cirurgicamente. Os pacientes são tidos como desleixados e culpados pelas complicações e comorbidades apresentadas e pela dificuldade de assimilar as informações fornecidas.

Campos (2007b) é um dos autores que afirmam não ser possível alcançar a qualidade do atendimento em saúde sem enfrentar o tema das representações dos profissionais dentro das organizações: “*analisar e reconstruir relações entre*

profissionais, instituições e população {...} quebrar estas formas de relacionamento consolidadas pelo jogo institucional é tarefa central em qualquer modelo de gestão que pretendesse envolver trabalhadores com a produção em saúde” (p.245).

Sá, Carreiro e Fernandes (2008) refletindo sobre as especificidades do trabalho em saúde, pela sua dimensão relacional e intersubjetiva, altamente exigente de trabalho psíquico concluem que:

o acesso a este universo simbólico e imaginário que atravessa os serviços de saúde, e ao sentido que o mesmo confere à vida organizacional deve ser buscado, tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores, como condição para a melhoria da capacidade de escuta e resposta à população e suas demandas (p.1341).

Ao término desse segundo encontro alguns médicos se aproximaram e fizeram relatos sobre como se sentem pressionados pela demanda, aparentemente tentando justificar a impossibilidade de realizar outro tipo de trabalho, que incluísse os pacientes do pré-operatório.

Foi mencionado que no dia anterior um médico, acompanhado de um residente, realizou 63 (sessenta e três) consultas ambulatoriais “*é um trabalho subumano, não tem como fazer direito*”. Explica que a maioria dos atendimentos é reavaliação de pós-operatório e como cada vez tem mais pacientes operados, só tende a aumentar essa demanda “*esses pacientes devem ser acompanhados e revistos e sempre temos que atender mais que o previsto inicialmente, não tem limite máximo de marcação, só de mínimo*”. É claro que com essa demanda não há como oferecer um atendimento de qualidade, havendo uma forte pressão para trabalhar mal e uma fonte de sofrimento para o profissional (Sá, 2009). Não há como negar que seja realmente “subumano” para ambos, médicos e pacientes, ter de se submeter a essas condições de atendimento.

Cecílio (2009) refletindo sobre as necessidades de saúde aponta uma definição ampliada de integralidade da atenção que incluiria uma dimensão focal, presente em **todos** os serviços, mesmo os superespecializados, além da dimensão macro que incluiria uma rede de serviços com múltiplas entradas e múltiplos fluxos. O autor defende:

uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades que vão além da demanda ‘referenciada’ que o traz ao consultório (...) a intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente (p.123)

Outro médico da equipe diz ser inevitável discutir a questão da baixa remuneração dos profissionais de saúde no serviço público; cita como exemplo a suspensão de cirurgias que ocorre por falta de anestesistas, pois vários deles que entraram nesse último concurso já pediram demissão “*nós os ortopedistas ainda temos motivação para vir trabalhar aqui no INTO, mesmo com esse salário e a imensa cobrança por produção cirúrgica*”. Aqui surge outro elemento importante que vem a ser o papel do reconhecimento no campo do trabalho como possibilidade de diminuir o sofrimento (Sá, 2009). Para os ortopedistas trabalhar no INTO é uma forma de ser (re)conhecido, afinal é uma instituição de ponta em traumatologia e ortopedia, mas para outros profissionais ficaria só a sobrecarga de trabalho e a baixa remuneração. Essas e ainda outras falas que aconteceram nos corredores, denunciaram a presença do sofrimento desses profissionais de saúde diante da necessidade de apresentar uma grande produção cirúrgica e do sentimento de impotência diante da demanda, mas que habitualmente fica encoberto por estratégias defensivas como a indiferença e a não responsabilização. A consequência mais imediata é a perda da qualidade do cuidado e no caso, observamos que a culpa é colocada na rede básica de serviços ou no próprio paciente.

Diante do exposto acima observamos a importância da reorganização do trabalho clínico e da gestão do cuidado para os pacientes na fila de espera para ATJ. A diretriz institucional é o trabalho em equipe, mas a proposta deverá contemplar a discussão de casos e elaboração de um projeto terapêutico singular, recolhendo as diversas contribuições dos diferentes especialistas, estabelecendo-se assim novos padrões de microgestão do trabalho clínico. Campos (2007b) preconiza a aplicação das noções de Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade para a construção de um projeto de cuidado, através da integração da equipe multidisciplinar, possibilitando assim a superação da fragmentação e superespecialização do trabalho assistencial. Em

outro texto, Campos e Amaral (2007), refletindo sobre os processos de trabalho em saúde apontam a necessidade de se promover uma reforma da clínica praticada nos hospitais, ampliando o “*objeto de trabalho*” dos serviços de saúde, deslocando a ênfase na enfermidade para centrá-la na pessoa enferma, constituindo assim a “*clínica do sujeito: não há problema de saúde ou doença que não esteja encarnado em sujeitos, em pessoas*” (p.852). Os autores ressaltam que ao se propor lidar com pessoas, deve-se incluir a dimensão social e subjetiva além da dimensão biológica, não se restringindo a terapêutica apenas ao uso de medicamentos e à cirurgia, mas valorizar recursos como “*o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial*” (*ibid*). Assim os objetivos do trabalho clínico também devem ser ampliados, incluindo além da busca da produção de saúde a contribuição para a construção da autonomia e do autocuidado por parte dos usuários.

Em oficina realizada recentemente a direção apresentou as mudanças na gestão do cuidado ao paciente que deverão ser implementadas no Novo INTO. A diretriz institucional é para que o atendimento da primeira consulta do paciente encaminhado para cada CAE siga o padrão já discutido e validado de atendimento multidisciplinar, que inclui o atendimento pelo ortopedista, enfermagem, profissional da reabilitação e assistente social. Alguns Centros definiram também a necessidade, ainda nesse primeiro momento, de atendimento específico como, por exemplo, o atendimento por psicólogo no CAE do Tumor e por fonoaudiólogo no CAE da Cranio-Maxilo-Facial.

Está previsto então que o paciente será acompanhado desde a primeira consulta, e durante todo o pré-operatório. No caso dos Centros ou mesmo dos procedimentos que não apresentam fila de espera, esse processo leva ao encaminhamento do paciente para a cirurgia. O problema reside nos Centros em que existe alguma fila de espera, porque é necessário ainda ser definido não só o intervalo de tempo em que ocorrerá o retorno do paciente no caso da longa fila de espera, como também quem será o responsável pelo acompanhamento do paciente no pré-operatório. Além disso, persistirá o desafio de cuidar dos pacientes que já estão hoje aguardando na fila, porque a proposta é para os novos ingressos no INTO.

A partir do observado no CAE do joelho entendemos haver um grande desafio pela frente, pois será necessário haver uma integração dessa equipe multidisciplinar, uma vez que atualmente parece não haver espaço para discussão dos casos de forma a incluir os diversos saberes, apenas se foca no procedimento cirúrgico ou, como observa Campos (2007b), apenas no Núcleo de Competência dos cirurgiões, não havendo uma

abordagem pelo Campo de Competência e Responsabilidade, que se refere ao conhecimento compartilhado pela equipe toda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as expectativas do Mestrado Profissional em propor dispositivos de mudanças em um serviço público de saúde, devemos reconhecer, em primeiro lugar, os desafios e as limitações para se alcançar os objetivos desta dissertação, que era desenvolver condições para a construção de um projeto de cuidado integral como ferramenta de gestão do atendimento ao paciente que está na fila de espera para artroplastia total primária do joelho (ATJ) no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). junto com a equipe do Centro de Atenção Especializada do Joelho.

A escolha específica da fila de espera para ATJ, um procedimento cirúrgico eletivo que reconstrói a articulação do joelho danificada, se deu em virtude de ser uma das mais longas e demorada fila de espera do INTO e por ser composta por uma população bastante vulnerável: predominantemente mulheres, idosas, de nível de escolaridade baixo, com quadro de dor e limitação para deambular e que dependem exclusivamente do serviço público de saúde.

Tenho me apoiado ao longo dos capítulos anteriores em autores que advogam reformas nos serviços de saúde e transformações no relacionamento entre profissionais e a população dependente das organizações de saúde do SUS. O modelo hegemônico que orienta grande parte das práticas atuais da assistência em saúde é pautado na visão biomédica reducionista, que prioriza o diagnóstico e tratamento das doenças definidas pela racionalidade científica. De acordo com os autores apresentados, é preciso transcender a dualidade saúde/doença e cuidar dos sujeitos em sua totalidade, ampliando o objeto de ação da clínica, tornando “*o ato de cuidar a alma dos serviços de saúde*” (Merhy, 2007a).

As discussões teóricas apresentadas deixam clara a relevância de se oferecer uma abordagem a partir de uma apreensão ampliada da situação dos pacientes e suas necessidades de saúde. Destaca-se entre elas um projeto de cuidado singular, responsabilizado, que reconheça, ao lado das “tecnologias duras”, a importância do papel das “tecnologias leves” (Merhy, 2007a) para oferecer um efetivo acolhimento às demandas de cuidado dos usuários. A preocupação dos profissionais de saúde deve ser voltada para uma visão abrangente das necessidades de saúde dos pacientes, emergindo neste contexto a integralidade como “*um principio de organização contínua dos*

processos de trabalho nos serviços de saúde” (Mattos, 2009). Utilizando a integralidade como uma diretriz institucional, entendemos que as necessidades dos sujeitos não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina. Por outro lado, a complementaridade dos saberes e das ações entre os diferentes profissionais deve ser decorrente da coordenação, articulação e integração dos agentes, superando o isolamento e a subordinação entre os trabalhadores da equipe. Desta forma, o atendimento deve ser personalizado e o trabalho das equipes deve reforçar a educação em saúde, apoiando os usuários a ampliar sua autonomia e o autocuidado (Campos, 2007a)

Se não foi possível desenhar com a equipe envolvida uma proposta de cuidado integral ao paciente na fila de espera para a ATJ consideramos, no entanto, que obtivemos resultados relevantes que permitirão contribuir para seu alcance no futuro. Entre esses resultados pode-se destacar a visibilidade conferida à situação dos pacientes na fila.

No relato dos pacientes entrevistados conseguimos identificar não só o seu sofrimento pela piora da qualidade de vida, sua resignação pelas dificuldades enfrentadas, mas também a grande expectativa em relação ao hospital e ao tratamento. Ainda foi possível observar como eles estão desinformados sobre os fluxos e rotinas do hospital, o que parece demonstrar o quanto a espera pelo telefonema da instituição significaria um aprisionamento ao presente, dificultando o planejamento de suas vidas. Ao atenderem o meu telefonema logo se mostravam aliviados e dispostos a colaborar, havendo a realização de todas as entrevistas agendadas.

Enquanto funcionária do hospital, da área da saúde mental, foi possível ter certeza da importância da escuta desses pacientes. Mesmo explicando o objetivo da entrevista e o caráter aleatório da escolha, pude perceber que fui identificada mais como uma trabalhadora da instituição do que uma pesquisadora e os pacientes, cada um ao seu modo, demonstrou se sentir acolhido. No meu entender, baseado inclusive na metodologia empregada, eu realmente estava implicada no campo da pesquisa o tempo todo, apresentando uma atitude clínica (Turato, 2010). Em relação à equipe também percebi a vantagem de ser uma funcionária antiga, que conhece o funcionamento da instituição e do serviço, conseguindo ficar bem à vontade, sem constrangimentos em relação à pressão para ser objetiva e não usar muito o tempo da reunião. Eles dão pouca abertura para outros saberes, mas eu não me senti inibida em perguntar e instigar;

mesmo sendo pressionada para ser breve na exposição e na conversa com eles, eu fiquei bem mais tempo que o acenado inicialmente pelo chefe do CAE.

Por outro lado, é também possível que, em virtude da minha inserção na instituição como chefe da saúde mental, os médicos tenham entendido minhas colocações como mais uma cobrança para a equipe, mais uma demanda institucional, agora para atender também os pacientes da fila e não como um projeto, uma proposta de trabalho apresentada por uma pesquisadora. Eles se queixam constantemente da pressão para dar conta da demanda existente e do pouco tempo que podem dispor para cada paciente e, provavelmente, a minha exposição pode ter sido percebida simplesmente como uma crítica ao trabalho deles.

O meu objetivo era conseguir discutir sobre as alterações imprescindíveis na abordagem desses pacientes, desde o momento da indicação da cirurgia e durante o período em que eles aguardam o procedimento, até mesmo para poder agilizar os processos institucionais. Eu partia do pressuposto que seria capaz de sensibilizar os integrantes da equipe com a situação geral dos pacientes e seu sofrimento apreendido nas entrevistas e, então, conseguir desencadear um processo de construção de uma proposta de cuidado integral aos pacientes da fila de espera.

Entretanto, a chefia do CAE se posicionou desde o início, sem tempo para discutir sobre outras questões que não fosse o padrão nessas reuniões: a avaliação das técnicas empregada no procedimento cirúrgico e os resultados encontrados, através do estudo das imagens radiológicas do joelho dos pacientes. Nessas reuniões os médicos não dão voz aos demais membros da equipe e nem discutem outros saberes. Aliás, como foi observado, parece haver uma segmentação da equipe: de um lado os médicos e de outro a intitulada “equipe multidisciplinar”, composta pelos demais membros. Inclusive já teria sido escrito um projeto de trabalho conjunto, por orientação institucional, mas até àquela ocasião não tinha sido apresentado à equipe, apenas entregue à chefia do CAE para apreciação.

Qual então seria a finalidade da reunião de equipe? Por que a presença obrigatória dos demais membros se a discussão está se dando em cima do núcleo de Competência e Responsabilidade exclusiva dos médicos? Qual o espaço para a discussão do campo de Competência e Responsabilidade?

Como vimos nas discussões precedentes, o trabalho nos serviços de saúde está cada vez mais fragmentado e superespecializado e o papel da equipe multidisciplinar seria articular os diferentes saberes, de forma a precisar claramente os compromissos e

responsabilidades de cada profissional. No contexto atual há um predomínio, nas áreas assistenciais de saúde, da lógica de procedimento sobre a lógica do cuidado, que deve ser o objetivo central do trabalho em saúde, conforme discutido nas páginas anteriores.

A direção do INTO apresentou, em recente oficina sobre a nova sede, as mudanças que deverão ocorrer no atendimento ao paciente no pré-operatório, estando prevista a abordagem ambulatorial do paciente, logo após a indicação de cirurgia pelo ortopedista do CAE, pela enfermeira, assistente social e profissional da reabilitação. Todavia, precisa ainda ser detalhado o intervalo para as reavaliações e a determinação da responsabilização pelo cuidado. Sendo assim, espero ter conseguido através desse estudo, lançar luzes sobre os enormes desafios que precisam ser enfrentados, principalmente pelos Centros que possuem grandes filas de espera, como é o caso do CAE do joelho.

De acordo com os ortopedistas, os pacientes da fila de espera devem ser atendidos pela rede básica de saúde e realmente considero ser imperativo pensar na articulação do INTO com a rede, responsável pelo encaminhamento dos pacientes. O INTO enquanto referência nacional em ações de traumatologia e ortopedia, especializado em alta complexidade deveria poder vir a funcionar, segundo o modelo de Cecílio e Merhy (2007), como uma estação de cuidados dentro de uma rede de serviços de saúde. A modelagem em rede, por sua vez, exige uma articulação com atores externos e uma gestão centrada na coordenação do cuidado.

Apesar de não ter conseguido construir junto com a equipe do CAE do joelho uma proposta de cuidado integral - principal objetivo do meu trabalho - considero ter alcançado os objetivos específicos ou parciais do estudo, como a apreensão da percepção dos pacientes sobre sua situação de saúde, suas expectativas sobre a cirurgia e o hospital, o sentido que atribuem à espera na fila, seu sofrimento e as demandas de cuidado que apresentam. Complementando, pude dar visibilidade ao modo como os profissionais, especialmente os médicos representam os pacientes e suas demandas e a forma como concebem seu processo de trabalho e as possibilidades de atenção aos pacientes.

Portanto, apesar de limitada no tempo de trabalho com a equipe, creio ter podido favorecer as discussões em torno das modificações necessárias no modelo atual de atendimento ao paciente em fila de espera no INTO. Embora não tenha percebido muita disposição em promover mudanças na gestão do cuidado ao paciente, o fato de ter introduzido outro saber na reunião, habitualmente restrita à discussão de procedimentos

técnicos, pode talvez ter representado uma primeira “fenda” por onde os demais membros da equipe poderão tentar abrir espaço.

Conseguir quebrar determinadas formas de relacionamento consolidadas, enfrentando as resistências institucionais é um pressuposto básico em qualquer modelo de gestão em saúde. As propostas de mudanças na gestão do cuidado devem ser negociadas com os atores principais, isto é, os trabalhadores. Por sua vez, os objetivos devem ser explicitados de forma ampla e generalizada e devem apontar na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário.

Por fim, mesmo diante dos desafios, continuo acreditando na possibilidade da redefinição das relações dos profissionais de saúde com os pacientes e familiares e na promoção do aumento da capacidade de autonomia sobre o corpo e sua doença. Acredito também no trabalho em equipe multidisciplinar integrado e sem a subordinação dos saberes e ainda na valorização do vínculo e responsabilização do cuidado ao paciente, dentro das organizações de saúde do SUS e, em especial no INTO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEPUZ, A. et al. Prioritisation of patients on waiting lists for hip and knee arthroplasties and cataract surgery: Instruments validation. *BMC Health Services Research* 8:76, 2008. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/76>, acessado em junho/2010.

AIKEN, A. B.; ATKISON, M.; HARRISON, M.M.; HOPE, J. Reducing hip and knee replacement wait times: an expanded role for physiotherapists in orthopedic surgical clinics. *Healthc Q*; 10(2): 88-91, 6, 2007. Disponível em <http://www.directaccesssummit.com/studies/4.pdf> , acessado em junho/2010.

AZEVEDO, C.S.; BRAGA NETO, F.C.; SÁ, M.C. O Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad. de Saúde Pública*. 18(1):235-247, jan-fev, 2002. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20020001&lng=en&nrm=iso, acessado em junho/2010.

AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Caminhos da Organização e Gestão do Cuidado em Saúde no Âmbito Hospitalar Brasileiro. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. 2010, 1(1); pp 95-116.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm acessado em junho/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Cartilha da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3ªed. Brasília, 2006. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>, acessado em junho 2011.

BIRMAN, J. Dor e Sofrimento Num Mundo Sem Mediação. *In: Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial*, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf, acessado em junho/2010.

CAMPOS, G.V.S. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

CAMPOS, G.V.S. Subjetividade e Administração De Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, *In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir Em Saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b, pp. 229-66.

CAMPOS, G.V.S.; AMARAL, M.A. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007; 12(4): 849-59.

CARRETEIRO, T.C. A doença como projeto: Uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. *In: SAWAIA, B. (Org.). As Artimanhas da*

Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 10ª Ed.-Petrópolis, RJ: Vozes, 2010 pp 89-97.

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. 8ªed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009, pp 117-130.

CECÍLIO, L.C. O.; MERHY,E.E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4ªed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2007, pp 199-212.

CONNER-SPADY, B.; ESTEY, A.; ARNETT, G.; NESS, K.; MCGURRAN, J.; BEAR, R.; NOSEWORTHY, T. Prioritization of patients on waiting lists for hip and knee replacement: validation of a priority criteria tool. **Int J Technol Assess Health Care.** Canada, v 20 (4): 509-15, 2004. Disponível em http://www.wcwl.org/media/pdf/library/published_papers.16.pdf, acessado em junho/2010.

CONNER-SPADY, B.; JOHNSTON,G.; SANMARTIN, C.; MCGURRAN, J.J.; NOSEWORTHY, T.W. Patient and Surgeon Views on Maximum Acceptable waiting Times for Joint Replacement. **Health Policy.** Canada 3(2): 102-116, nov 2007. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645176/pdf/policy-03-102.pdf>. acessado em junho/2010.

FABRINI, F; ALENCASTRO, C. Na fila do SUS, espera sem fim por cirurgias. **O Globo.** Rio de Janeiro: 22/05/2010, 1º caderno fl.2 e 23/05/2010, 1º caderno, fls 3 e 4.

FELSON, D.T.; LAWRENCE, R.C.; DIEPPE, P.A. et al. Osteoarthritis, new insights. Part 1: The disease and its risk factors. **Ann Intern Med**, vol.133 nº8 pp. 635-46 oct 2000. Disponível em <http://www.annals.org/content/133/8/635.full.pdf+html>, acessado em junho/2010.

FELSON, D.T.; LAWRENCE, R.C.; DIEPPE, P.A. et al Osteoarthritis, new insights. Part 2: Treatment Approaches. **Ann Intern Med**, vol.133 nº 9 pp. 726-37 nov 2000. Disponível em <http://www.annals.org/content/133/9/726.full.pdf+html>, acessado junho/2010.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar:** novos ensaios psicanalíticos. São Paulo: Escuta, 2009.

GADELHA, C.A.G. O Complexo Industrial da Saúde e a Necessidade de um Enfoque Dinâmico na Economia da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 8 Nº 2, 2003 p. 521-35. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=pt, acessado em junho/2010.

HOCHULI, V. K. Orthopaedic waiting list reduction through a review of service provision: the problems encountered. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v 81 p 445-47 august 1988. Disponível em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291712/pdf/jrsocmed00159-0015.pdf>, acessado em junho/2010.

IBGE, revisão de 2008, disponível em www.metadados.ibge.gov.br, acessado em maio/2010.

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), disponível em www.into.saude.gov.br acessado em maio/2010.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, Terceira Edição, 2007a, Cap. 2 p. 41-66; Apêndice pp. 115-35.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir Em Saúde**: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b, pp. 71-112

MENDES, E. V. A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde, 2007a, disponível em http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf, acessado em junho/2011.

MENDES, E.V. Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde, 2007b, disponível em http://www.conass.org.br/admin/arquivos/redes_de_atencao_a_saude_eugenio_vilaca.pdf, acessado em junho/2011

MINAYO, M.C.S. O Desafio da Pesquisa Social, *In*: DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Organizadora). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27ªed. Petrópolis, RJ: vozes, 2008.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos, *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2009, pp. 43-68.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 2001; 35(1):103-9. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>, acessado em junho/2010.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, L.F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano, *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. 4ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, pp. 23-38.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo, Annablume editores, 2008, Cap. I p. 27-42; Cap. IV pp.79-104.

RYMASZEWSKI, L.A.; SHARMA, S.; MCGILL P.E. et al. A team approach to musculo-skeletal disorders. **Ann R Coll Surg Engl** 87: 174-80, 2005. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963899/pdf/15901377.pdf> Acessado em junho/2010.

SÁ, M.C. A Fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl. 1, 2009, pp. 651-64. Disponível em <http://www.interface.org.br/>, acessado em junho/2010.

SÁ, M.C.; CARRETEIRO, T.C.; FERNANDES, M.I.A. Limites do Cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, 24(6): 1334-1343, jun, 2008.

SCHRAIBER, L.B. **O Médico E Suas Interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.Ç

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 4ªed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2007, pp 91-112.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Supl. 2: S190-S198, 2004. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso, acessado em junho/2010.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WEST, R.R.;McKIBBIN. Shortening waiting lists in orthopaedic surgery outpatient clinics. **British Medical Journal**: v.284 p728-30 6 march1982. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496693/pdf/bmjcred00596-0046.pdf>, acessado em junho/2010.

WOOLHEAD, G.M.; DONOVAN, J.L.; CHARD, J.A.; DIEPPE, P.A. Who should have priority for a knee joint replacement? **Rheumatology** 41: 390-94, 2002. Disponível em <http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/reprint/41/4/390>, acessado em junho/2010.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AZEVEDO, C. S. **Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. **Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Interciência, 2009.

FAZZI, M.S. **Fila para cirurgia ortopédica em Unidade de Referência: a espera no SUS**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ. Orientadora Ligia Bahia, 2007.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO, 1994. Cap. 1 pp.15-54 e Cap.2 pp. 55-124.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca do cuidado na sociedade civil de hoje. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (org.) **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 4ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, pp.11-22.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

SÁ, M.C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A –

ROTEIRO / GUIA PARA AS ENTREVISTAS

(REFERÊNCIA PARA A CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS)

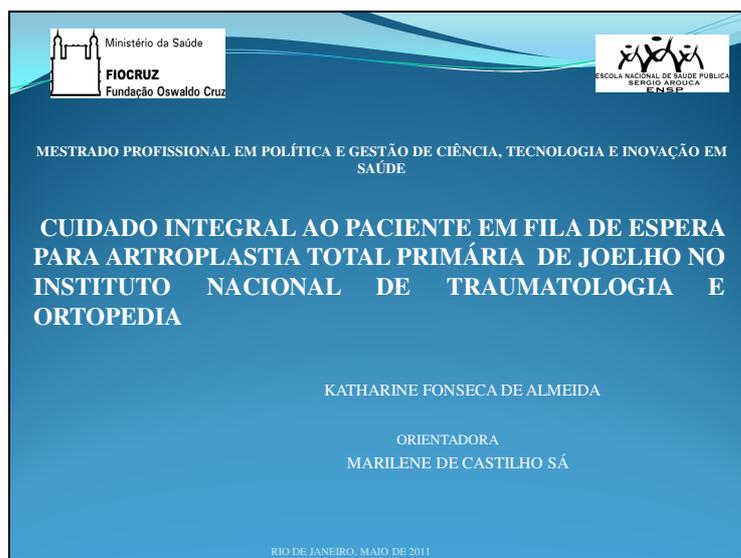
A) INDIVIDUAL COM OS PACIENTES DA FILA DE ESPERA PARA ATJ

- Solicitar ao paciente que fale livremente sobre seu estado de saúde, sua vida em geral e suas atividades diárias.
- Explorar o grau de autonomia para locomoção, a necessidade de ajuda de terceiros para seu dia a dia e com quem conta para lidar com suas dificuldades.
- Apreender a visão do paciente sobre o seu problema, como enfrenta os sintomas e as soluções que busca, abrangendo principalmente as mudanças ocorridas após a entrada na fila de espera e suas expectativas em relação à cirurgia (explorar as possibilidades de resposta)
- Explorar o conhecimento do paciente e as informações que dispõe sobre o funcionamento da fila, sobre o tempo provável que deverá aguardar e a forma de acompanhar a fila.
- Solicitar que fale sobre o hospital, sobre o atendimento de um modo geral e sobre a questão da espera pela cirurgia.

B) EM GRUPO COM A EQUIPE DO CENTRO DO JOELHO

- Promover a discussão sobre o material apreendido nas entrevistas com os pacientes, explorando as representações e o imaginário sobre os pacientes, seu sofrimento e as demandas de cuidado.
- Discutir o processo de trabalho, incluindo o trabalho em equipe, seus limites e possibilidades, no que se refere à integralidade do cuidado.
- Incentivar a equipe a apresentar propostas para o atendimento das demandas trazidas pelos pacientes, explorando as possibilidades de mudança nas práticas e construção de uma proposta de cuidado para o paciente da fila de espera.

APÊNDICE B - APRESENTAÇÃO PARA A EQUIPE DO CAE DO JOELHO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
BERGÍO ABRUÇA
ENSP

MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICA E GESTÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE EM FILA DE ESPERA PARA ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DE JOELHO NO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA

KATHARINE FONSECA DE ALMEIDA

ORIENTADORA
MARILENE DE CASTILHO SÁ

RIO DE JANEIRO, MAIO DE 2011

INTRODUÇÃO

- **OBJETO DE ESTUDO:** O cuidado ao paciente na fila de espera para uma cirurgia eletiva, a artroplastia total primária de joelho (ATJ) no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).
- **PROBLEMA:** O agravamento da condição ortopédica e a presença de comorbidades clínicas e psicológicas em decorrência do longo período de espera (41 meses), com repercussões na vida sócio-econômica e familiar, que podem inclusive levar ao adiamento do procedimento cirúrgico por ocasião da convocação.

OBJETIVO GERAL: desenhar um projeto de cuidado integral como ferramenta de gestão do atendimento ao paciente que está na fila de espera para ATJ no INTO.

CONTRIBUIÇÕES ESPERADAS

- Construir novas práticas na abordagem aos pacientes da fila de espera.
- Incentivar ações de cuidado integral amenizando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida.
- Promover ações de saúde centradas no paciente, se opondo a visão reducionista focada na doença, ressaltando a noção de integralidade.
- Apontar a relevância do trabalho em equipe multidisciplinar para os pacientes da fila de espera no INTO.

METODOLOGIA: Estudo Exploratório utilizando o Método Clínico-Qualitativo

Concebido para conhecer e interpretar os sentidos e as significações trazidas pelos indivíduos sobre os fenômenos no campo saúde-doença (Turato,2010).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

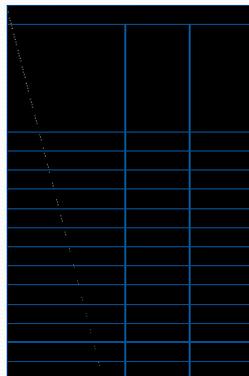
- **Entrevista individual** semi-estruturada, **com os pacientes** em fila de espera em torno de questões como:
 - Quais as necessidades de cuidado que demandam os pacientes na fila de espera?
 - É possível dimensionar o seu sofrimento?
 - O que a situação de espera representa em termos de qualidade de vida?
 - Quais são as expectativas em relação à cirurgia e o pós-operatório?
 - Que possibilidades de resposta do ponto de vista assistencial podem ser oferecidas a esses pacientes ainda na fila de espera?
- **Entrevistas em grupo** semi-estruturadas com a **equipe multidisciplinar** do Centro do Joelho baseadas na problematização do material produzido nas entrevistas com os pacientes.
 - Objetivo: explorar as possibilidades de resposta às demandas de cuidado identificadas junto aos pacientes.

ENTRANDO EM CAMPO

1. O TAMANHO DA FILA E A CAPACIDADE DE RESPOSTA DO INTO

Em 23/11/2010 havia na fila para ATJ, uma das 39 subfilas do Centro do Joelho **3.630** pacientes inscritos, distribuídos da seguinte forma:

- **SOLICITAÇÃO OU AGUARDANDO O CHAMADO: 3.152** (Guias por ordem cronológica de entrada na fila, sendo as mais antigas de AGOSTO DE 2007, ou seja, há 39 meses atrás.
- **EXAME: 293**
- **PRONTOS: 65**
- **CARTA: 120** (não foi possível o contato por telefone)



ENTRANDO EM CAMPO

2. A SELEÇÃO DOS PACIENTES

A escolha dos pacientes foi através de sorteio sendo a proposta ter 3 pacientes de cada posição (um total de 15) assim distribuídos:

POSICÃO	Nº de PACIENTES P/ SORTEIO
SOLICITAÇÃO: Início (ago/set/out/2007)	104
Meio (abr/mai/jun/2009)	147
Fim (23/08 a 23/11/2010)	298
EXAME	293
PRONTO	65

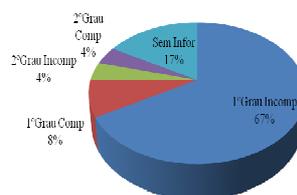
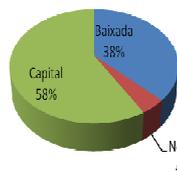
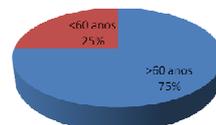
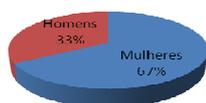
• Fonte: MVPortal/Sistemas Web/INTO

24 pacientes sorteados

16 entrevistas agendadas e todas foram realizadas e gravadas .

ENTRANDO EM CAMPO

PERFIL DOS PACIENTES SORTEADOS



Fonte: MV/PORTAL/ SISTEMA WEB/INTO/2010

ENTRANDO EM CAMPO

DOR E SOFRIMENTO:

Queixas álgicas

Dificuldade para caminhar com conseqüente limitação física e perda da autonomia na vida social e familiar

Mudança na rotina diária, piora da qualidade de vida

Limitações e fragilidades impostas pelo quadro clínico

Queda do poder aquisitivo

“A vida é muito ruim, meu marido é quem faz as coisas dentro de casa, é dor demais, estou estressada (...) não posso andar, por isso não saio, moro no 2º andar de prédio sem elevador, como é que posso? Minha vida tá muito difícil (...) a perna falha toda hora (...) a bengala foi a médica lá da fisioterapia que indicou, uso até dentro de casa” (Mulher, 72 anos Início da fila na SOLICITAÇÃO)

DOR E SOFRIMENTO

- *“Estou há 12 anos com dor no joelho, ninguém fala nada para se evitar isso (...) eu caio muito, levo muito tombo, coisa de nada, eu já caio (...) deixo de sair, dói muito (...) o médico disse que daqui uns dias eu nem vou mais andar, a perna tá atrofiando” (Mulher, 74 anos, Meio da fila na SOLICITAÇÃO).*
- *“eu ganhava muito mais trabalhando do que agora encostado, sem conseguir fazer nada, preciso ficar bom logo, agora tô dependendo da ajuda da patroa que passou a trabalhar em casa de família, tá horrível, horrível, horrível” (Homem, 58anos, Meio da Fila na SOLICITAÇÃO).*

DOR E SOFRIMENTO

“Vontade de fazer as coisas e não consigo... já fiz várias fisioterapias, larguei por causa da dor, não ando de ônibus... não saio para nada, nem para ir na Igreja... só saio com filho, tá arriscado eu cair... eu faço a comida, é o que dá... a dor é muita, quando levanto parece que tem um parafuso saindo fora do lugar...” (Mulher, 63 anos, Meio da Fila na SOLICITAÇÃO)

“Não estou agüentando andar, dói muito, incha (...) faço coisas dentro de casa porque sou obrigada, não tenho quem faça (...) não agüento tá andando, tá arriscado eu cair (...) muito tempo não sei o que é passear, as vezes vou na Igreja, mas com dificuldade (...) tenho problema há muito tempo, desde os 50 anos, o problema é nos dois joelhos (...) eu não agüento andar não, tô muito parada, faço uma coisa e corro pra cama” (Mulher, 66 anos, Fim da fila na SOLICITAÇÃO).

DOR E SOFRIMENTO

“Não vou a lugar nenhum, só saio de carro... quero voltar a andar de ônibus... quero viajar, fazer excursão... quero passear depois que ficar boa... fico nervosa querendo fazer as coisas dentro de casa” (Mulher, 70 anos, EXAME)

“O médico não passou nenhum remédio, mas eu não consigo ficar sem anti-inflamatório... já fiz bastante fisioterapia, mas só melhora na hora... para vir aqui hoje tomei anti-inflamatório, comprei por minha conta” (Mulher, 59anos, Fim da Fila na SOLICITAÇÃO)

“sei que tem muita gente na fila, é muita gente precisando dessa cirurgia, mas eu sinto muita dor, tá difícil esperar, num tem um jeito de ser mais rápido? (Homem, 71 anos, PRONTO).

“eu queria uma solução...”

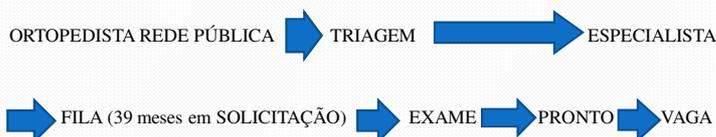
A ESPERA, A RESIGNAÇÃO E A ESPERANÇA

- *“o único problema é a fila, não tenho mais o que falar desse hospital (...) aqui tudo é muito limpinho, até o banheiro” (Mulher, 70 anos, EXAME);*
- *“Estou há 4 anos na fila, fui chamado para fazer os exames em maio/2010, passei pelo anestesista em 01/10/2010, a minha reclamação é só quanto ao tempo de espera, mas isso a gente não tem como mudar” (Homem, 71 anos, PRONTO)*
- *“tem mais de dois anos a última consulta aqui, sempre que telefono e pergunto dizem que estou em exame, mas eu não entendo o que isso quer dizer, já vim aqui e me encaminharam para uma sala perto do refeitório e lá falaram que só depois de passar pelo anestesista é que vou poder operar, mandaram então eu esperar o telefonema, aí deixei para lá, não procurei mais, se for da vontade de Deus eu sei que vou conseguir, Deus está no controle”(Mulher, 65 anos EXAME)*

A ESPERA, A RESIGNAÇÃO E A ESPERANÇA

- *“tô solta na parte de ortopedia, o médico que me deu o papel disse que o hospital iria entrar em contato... que eu teria que aguardar, só isso (...) eu não tenho consulta marcada com o ortopedista, acho que deveria ter”*
- *“o médico examinou o meu joelho, viu o RX e falou que era caso de cirurgia (...) foi uma consulta rápida, tinha muita gente para ser atendida”*
- *“eu me sinto um peixe fora d’água, não tenho consulta marcada... eu cheia de dor, eu fico sem saber como agir”*

A PEREGRINAÇÃO



“esperei um tempão, foi só no outro ano a consulta”

A INVISIBILIDADE E A FALTA DE INFORMAÇÃO

- *“bota na fila e manda pra casa esperar, não sabe se a pessoa já morreu ou se tá viva...”*
- *“eles não explicam direito como vai ser nem como não vai ser”*
- *“informações são preciosas”*
- *“não deveriam fazer a operação sem informação adequada”*
- *“quantos dias vou ficar no hospital?”*
- *“qual o material que colocam dentro do joelho?”*
- *“posso ficar com acompanhante?”*
- *“vou precisar de bengala?”*

EXPLORANDO AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO AOS PACIENTES NA FILA DE ESPERA PARA ATJ NO INTO

- O PACIENTE DA FILA DE ESPERA É PACIENTE DO INTO? ELE TEM UM RESPONSÁVEL? COMO SE EXERCE ESTA RESPONSABILIZAÇÃO?
- QUANDO O PACIENTE INGRESSA NA FILA ELE É INFORMADO SOBRE QUAL OU QUAIS PROFISSIONAIS A QUEM REPORTAR, CASO TENHAM ALGUMA DÚVIDA SOBRE A ESPERA OU ALGUMA INTERCORRÊNCIA RELACIONADA À SITUAÇÃO ORTOPÉDICA?
- É POSSÍVEL PENSAR NA DEFINIÇÃO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS POR ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO DE GRUPOS DE PACIENTES DA FILA DE ESPERA?

EXPLORANDO AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO AOS PACIENTES NA FILA DE ESPERA PARA ATJ NO INTO

- COMO SE DARIA ESSE ACOMPANHAMENTO? QUE TIPO DE ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS ENVOLVERIA? COM QUE PERIODICIDADE? QUAL PODERIA SER O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR?
- QUE CARACTERÍSTICAS ESSE ACOMPANHAMENTO DEVERIA TER PARA SE GARANTIR UMA ABORDAGEM INTEGRAL AO PACIENTE NA FILA DE ESPERA?
- É POSSÍVEL PENSAR ALGUMA ARTICULAÇÃO OU DISPOSITIVO DE COMUNICAÇÃO REGULAR ENTRE OS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE NA FILA E OS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA AOS QUAIS OS PACIENTES ESTARIAM VINCULADOS?

ANEXOS

ANEXO A - Publicação no JORNAL O GLOBO

Na fila do SUS, espera sem fim por cirurgias

Nas sete maiores capitais do país, 171 mil pessoas aguardam para serem operadas

O GLOBO DE 23-05-2010

POR DENTRO DO GLOBO

Uma fila invisível de 170 mil pessoas

O drama de uma fila invisível que não aparece na porta dos hospitais é tema de reportagem do GLOBO amanhã. Em todo o país, há inúmeros pacientes à espera de cirurgias eletivas — as consideradas não emergenciais. A ideia de produzir a matéria surgiu de uma conversa entre os repórteres CATARINA ALENCASTRO e FÁBIO FABRINI, da Sucursal de Brasília, que discutiam reportagens recentes do GLOBO sobre as crises na hemodiálise e na radioterapia. O problema das cirurgias eletivas foi tema de campanhas municipais em 2008, assim como em Belo Horizonte, onde 51 mil pessoas aguardam operações. A dupla de repórteres consultou primeiro o Ministério da Saúde, que informou desconhecer a demanda real por cirurgias no país, pois o SUS é descentralizado. Consultadas, as secretarias estaduais argumentaram que os procedimentos são realizados em unidades de mais alta complexidade, concentradas nas grandes cidades, que têm gestão plena da saúde. Por isso, também não dispunham de estatística. A solução foi correr atrás de números das capitais.

Os repórteres passaram 15 dias em contato com as secretarias municipais de Saúde e ficaram

impressionados com a resistência delas em apresentar dados. Para arrancar números, mesmo parciais, foi preciso ligar dezenas de vezes, enviar repetidos e-mails, mas, mesmo assim, algumas prefeituras, como a de Belém, não apresentaram estatísticas.

— Foi uma matéria difícil. Todas as cidades levaram mais tempo do que pediram para levantar as informações. São informações subestimadas ou imprecisas. No Distrito Federal, só o secretário de Saúde sabia a respeito. Mesmo assim, apresentou estimativa — disse Catarina.

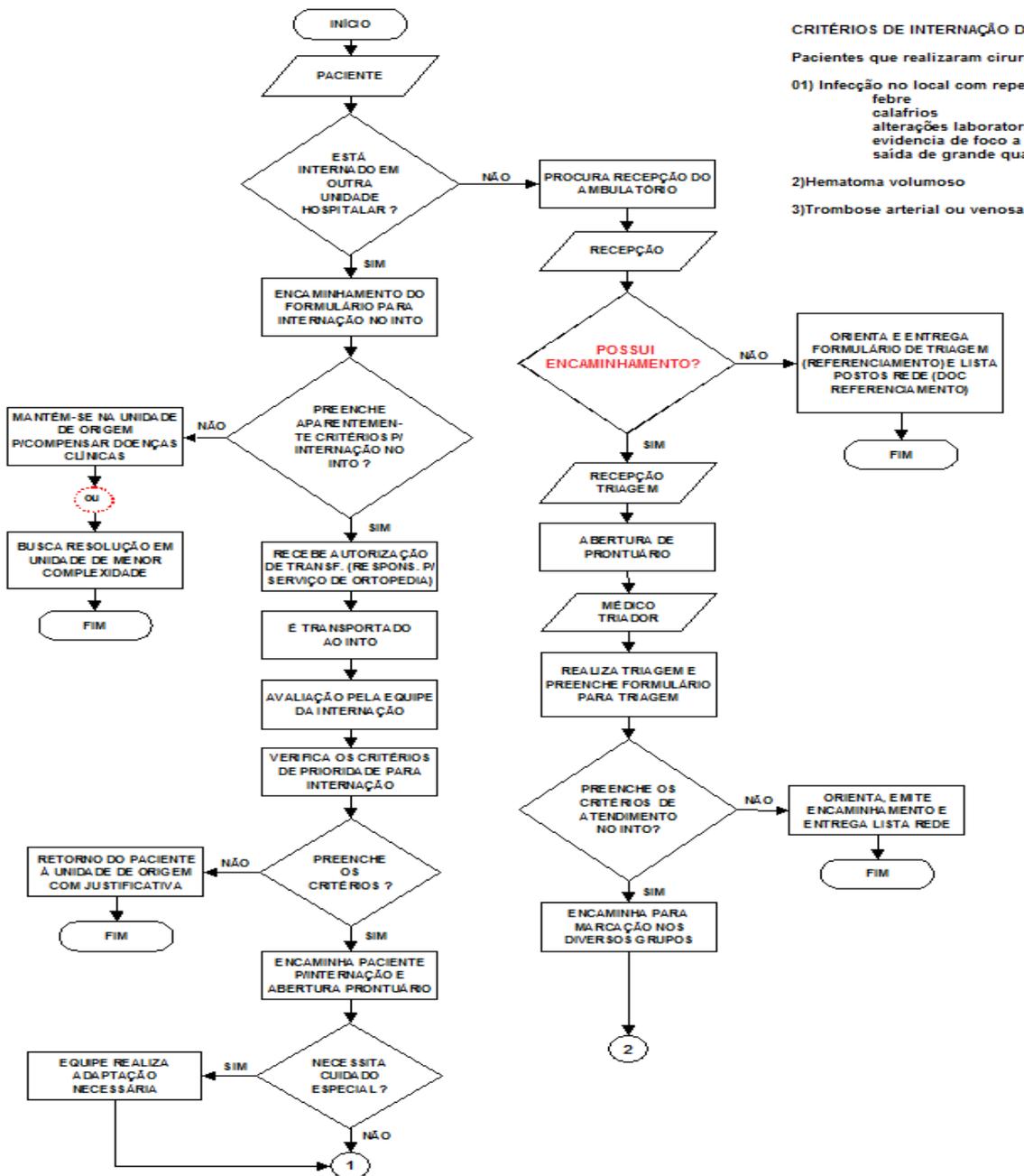
Paralelamente ao bate-cabeça com o mundo oficial, os repórteres foram atrás dos cidadãos que têm vivenciado o drama. O relato dos pacientes deu vida e dimensão aos números.

— No Hospital de Base de Brasília, a cena é chocante. Centenas de pessoas com lesões medulares, aguardando correção de fraturas na coluna, estão sobre macas, com as vidas paradas, porque um equipamento necessário às cirurgias quebrou — conta Fabrini.

A exemplo do que ocorre com medicamentos, a questão das cirurgias tem transformado os tribunais numa extensão do SUS. Em vez de médicos, é cada vez mais frequente os juizes terem de autorizar os procedimentos.

O GLOBO DE 22-05-2010

ANEXO B – FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DO PACIENTE

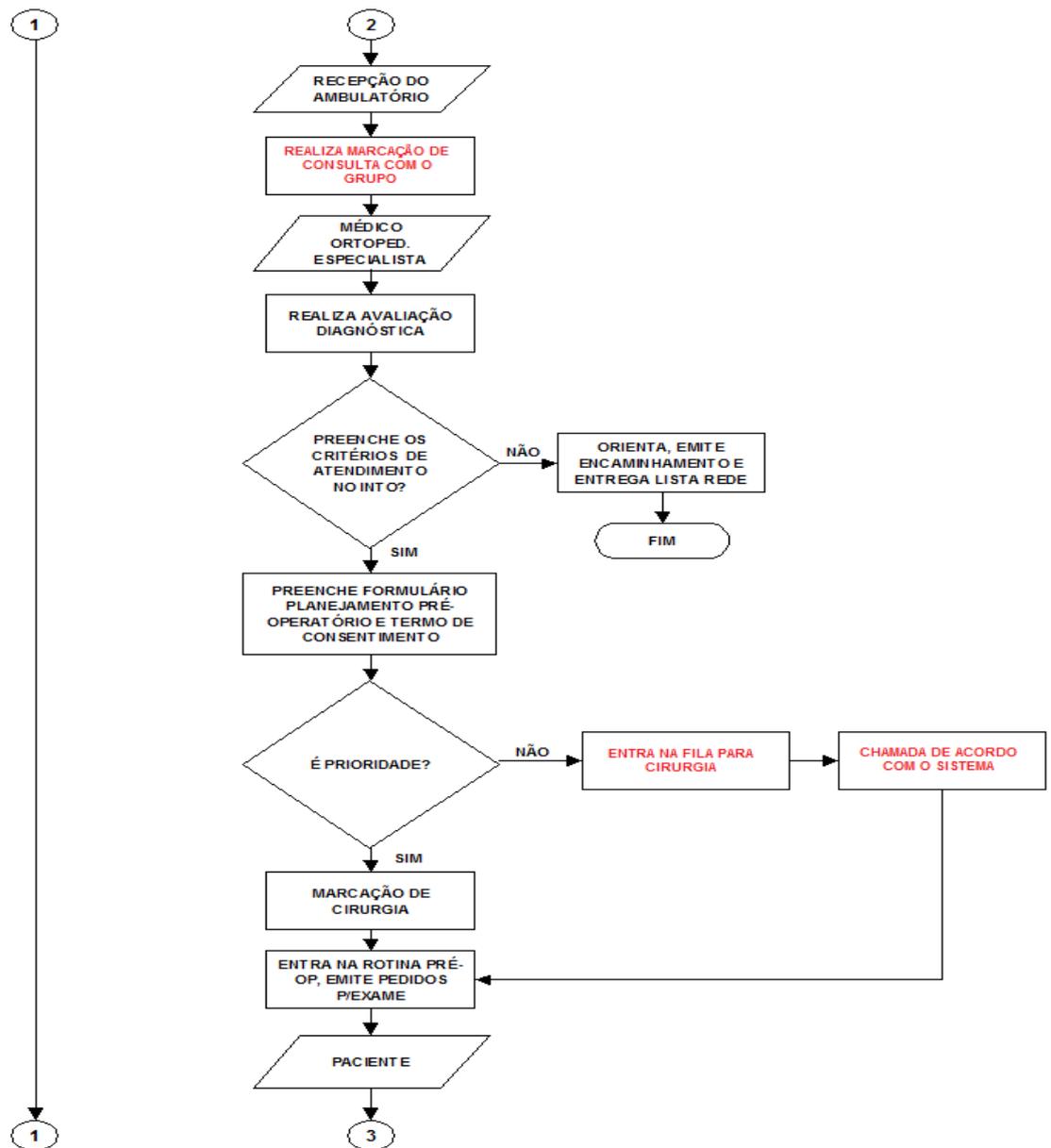


CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA

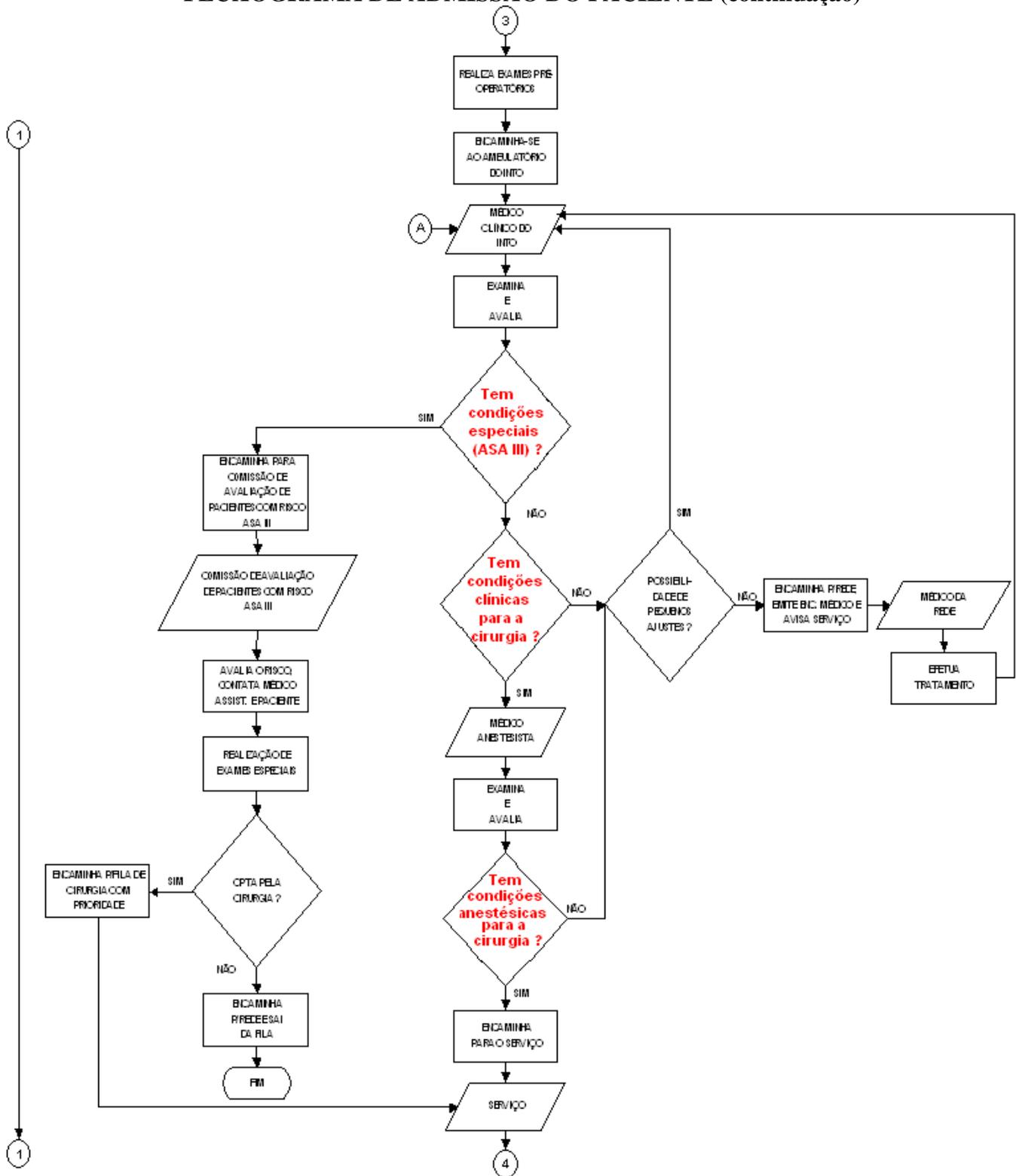
Pacientes que realizaram cirurgia na instituição e que tem:

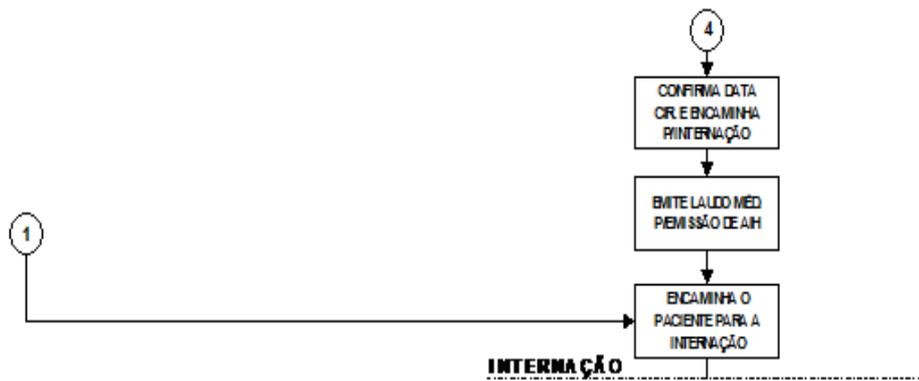
- 01) Infecção no local com repercussão sistêmica:
 - febre
 - calafrios
 - alterações laboratoriais importantes
 - evidência de foco a distância
 - saída de grande quantidade de secreção purulenta
- 2) Hematoma volumoso
- 3) Trombose arterial ou venosa

FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DO PACIENTE (continuação)



FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DO PACIENTE (continuação)



FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO DO PACIENTE (continuação)

ANEXO C
TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS PACIENTES DA FILA DE ESPERA PARA ATJ NO INTO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Uma Tecnologia de Cuidado Integral ao Paciente na Fila para Artroplastia Primária Total de Joelho no INTO”, vinculada ao Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

Você foi selecionado através de sorteio e sua participação não é obrigatória, ela é voluntária e não remunerada. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição, não alterando sua posição na fila de espera.

O objetivo deste estudo é desenhar um projeto de cuidado integral como ferramenta de gestão do atendimento aos pacientes da fila de espera para artroplastia primária total de joelho (ATJ).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista individual, quando será solicitado que responda algumas perguntas abertas sobre seu estado de saúde e sobre sua rotina diária. Essa entrevista só será gravada com o seu consentimento.

Não existem riscos/malefícios a sua saúde pela participação no estudo.

Os benefícios estarão relacionados ao auxílio na composição da dissertação de mestrado profissional e com o desenho da proposta de mudança no atendimento aos pacientes que estão na fila de espera para ATJ.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão de uso restrito para a formulação da dissertação de mestrado e divulgação dos resultados através de trabalhos técnico-científicos, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma agrupada, resguardando a identidade dos entrevistados e a preservando o anonimato.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

assinatura do voluntário

KATHARINE FONSECA DE ALMEIDA

Pesquisadora responsável

Endereço da pesquisadora responsável

Rua Washington Luis nº 61 Centro CEP 20232-070 Tel: (21) 35124999 R. 271

kalmeida@into.saude.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa CEP/ ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº1480-Térreo - Manguinhos CEP 21041-210 – RJ

Telefone (21) 25982863

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO À EQUIPE DO CENTRO DO JOELHO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Uma Tecnologia de Cuidado Integral ao Paciente na Fila para Artroplastia Primária Total de Joelho no INTO”, vinculada ao Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

Você foi selecionado por pertencer a equipe do Centro do Joelho e sua participação não é obrigatória, ela é voluntária e não remunerada. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com sua chefia ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é desenhar um projeto de cuidado integral como ferramenta de gestão do atendimento aos pacientes da fila de espera para artroplastia primária total de joelho (ATJ).

Sua participação nesta pesquisa consistirá na discussão em grupo, com a equipe multidisciplinar do Centro do Joelho, sobre o material apresentado pela pesquisadora, colhido junto aos pacientes que estão na fila de espera para ATJ no INTO.

Não existem riscos/malefícios a sua saúde pela participação no estudo.

Os benefícios estarão relacionados ao auxílio na composição da dissertação de mestrado profissional e com o desenho da proposta de mudança no atendimento aos pacientes que estão na fila de espera para ATJ.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão de uso restrito para a formulação da dissertação de mestrado e a divulgação dos resultados em trabalhos técnico-científicos. Devido à especificidade da equipe entrevistada e dos objetivos da pesquisa, não há garantia da preservação do anonimato, mas seu nome não será revelado em qualquer relatório, publicação ou apresentação resultante deste estudo.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

assinatura do voluntário

KATHARINE FONSECA DE ALMEIDA

Pesquisadora responsável

Endereço da pesquisadora responsável

Rua Washington Luis nº 61 Centro CEP 20232-070 Tel: (21) 35124999 R. 271

kalmeida@into.saude.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa CEP/ ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº1480-Térreo - Manguinhos CEP 21041-210 – RJ

Telefone (21) 25982863