

# Trajетória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação<sup>1</sup>

## Trajectory of the search for care in the experience of a traumatic event that becomes chronic

### Elen Petean

Mestranda em Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Mato Grosso.

Endereço: Rua quarenta e nove, 210, Boa Esperança, CEP 78068465, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: elenpetean@yahoo.com.br

### Laura Filomena Santos de Araújo

Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada II e Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Endereço: Rua projetada H, 85, Apto. 702, Jardim Petrópolis, CEP 78070-015, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: laurafli@yahoo.com.br

### Roseney Bellato

Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada III e Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Endereço: Av. Anita Garibaldi, 85, Jardim Universitário, CEP: 78075-190, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: roseneybellato@gmail.com

### Carla Gabriela Wunsch

Mestre em Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Endereço: Rua Alfredo Monteiro, 278, Baú, CEP 78008-180, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: carlagabizo@hotmail.com

<sup>1</sup> Estudo apresentado como trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem, integrando uma dissertação de mestrado no âmbito da pesquisa matricial "As instituições de saúde e do poder judiciário como mediadores na efetivação do direito à saúde: análise de itinerários terapêuticos de pessoas/famílias no SUS/MT".

Financiamento: bolsa de iniciação científica do CNPq e Edital de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sede / Edição 001, sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT).

## Resumo

Este estudo tem como foco a trajetória de busca por cuidado empreendida por pessoa que vivencia a condição crônica. Nessa trajetória evidenciaram-se as necessidades de cuidado, os profissionais de saúde buscados, as práticas ofertadas e a resolutividade obtida, ou não, nos diferentes componentes preconizados para o atendimento às urgências. Objetivou-se compreender a trajetória de busca por cuidado de pessoa e família que vivenciam condição crônica decorrente de evento traumático e a efetivação do seu direito à saúde. Estudo qualitativo, desenvolvido pelo método do estudo de caso. O *corpus* de análise foi composto pela estratégia da história de vida focal, operacionalizada por entrevista em profundidade. A análise apontou pouca resolutividade dos serviços de saúde e demora na oferta de cuidado profissional médico especializado. Ao se deparar com serviços de saúde pouco resolutivos, o curso do adoecimento foi modificado de um evento agudo para a cronificação. Diante da fragilidade dos serviços em ofertar o cuidado, a mediação jurídica foi acionada e garantiu acesso a um serviço de saúde requerido juridicamente pela pessoa e pela família. Contudo essa mediação se mostrou pouca efetiva, por sua pontualidade, frente a novas necessidades de saúde que a condição crônica abarca. Desse modo, ressalta-se que esses serviços têm atuado de modo precário frente às necessidades de cuidado que lhes são direcionadas, o que produz efeitos consideráveis para as pessoas e famílias. Uma vez que as práticas profissionais não são inócuas, sua baixa resolutividade interfere no curso do adoecimento, sendo um dos responsáveis pelo seu fim ou seu prolongamento.

**Palavras-chave:** Doença crônica; Direito à saúde; Negociação (mediação).

## Abstract

This study focuses on the search for care undertaken by the person who experiences a chronic condition. The trajectory showed the care needs, the health professionals sought, practices offered and the results obtained in the different components recommended for the emergency service. The objective was to understand the trajectory in the search for care of people and families experiencing a chronic condition caused by a traumatic event and the effectiveness of their right to healthcare. This was a qualitative study, developed through the method of case study. The corpus of analysis was gathered using the technique of life history, collected in an in-depth interview. The analysis revealed little effectiveness of healthcare services and delay in providing a specialized medical care. The course of the illness has changed from an acute event to a chronic one, due to inefficient healthcare. Given the fragility of care services offered, legal mediation was searched for, and access to healthcare services required by the person and family legally guaranteed. However, this mediation shows little effectiveness for its punctuality, when compared to the new healthcare needs that a chronic condition encompasses. Therefore, it is emphasized that these services have offered precarious care in face of the needs towards which they are directed, producing significant effects for people and families. Since professional practices are not innocuous, its low effectiveness interferes in the course of the illnesses and can make them responsible for its extension into a chronic state.

**Keywords:** Chronic Disease; Right to Healthcare; Negotiation.

## Introdução

O evento traumático se insere no âmbito das causas externas de morbidade que, junto com as doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, integram o chamado “grande grupo” de causa de morbidade, responsável por expressiva parcela de problemas de saúde no Brasil. No ano de 2009, as causas externas ocuparam o terceiro lugar (7,95%) das internações no Brasil. Dentre estas, os acidentes de transporte representaram 7,01%, sendo que as principais vítimas são por acidentes motociclísticos (Brasil, 2010; Ganne, 2010).

Nos acidentes com motocicletas o evento traumático resulta, frequentemente, em deficiências e perda de capacidades temporárias ou permanentes que afetam a rotina das vítimas sobreviventes ao trauma (Oliveira e Sousa, 2006). Dessa forma, gera deficiências que podem afetar todas as partes do corpo, sendo a diminuição da mobilidade bastante relevante, estando associada a percepções negativas da imagem corporal devido às limitações geradas (Paiva e col., 2010).

Decorrentes das complicações do evento traumático, as incapacidades estruturais são consideradas no rol das condições crônicas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); ou seja, são problemas de saúde que persistem no tempo e demandam cuidados que se prolongam, às vezes de modo permanente. Frente a estes, os serviços de saúde não estão preparados, pois têm sido organizados para atender a casos agudos e, mesmo assim, de forma pouco resolutiva (OMS, 2003).

A morbimortalidade pelo evento traumático produz consequências que devem ser consideradas tanto em sua dimensão orgânica, psicológica e social, quanto econômica e cultural. Tais repercussões configuram sério problema de saúde pública no Brasil, sendo um grande desafio para as políticas e serviços de saúde (Mesquita Filho e Jorge, 2007).

No âmbito da atenção em saúde, o trauma é considerado um evento agudo que demanda atendimento imediato da vítima, podendo as lesões dele decorrentes ser graves ou se agravar, gerar sequelas permanentes e até a morte, seja pela natureza e extensão do trauma, seja pelas condições de saúde preexistentes e, especialmente, pelo modo como o atendimento integral às urgências é ofertado. Quan-

do devidamente tratadas, com exceção daquelas que afetam gravemente as estruturas orgânicas, as lesões traumáticas podem evoluir para a reabilitação completa (Figueiredo, 2009).

Para que o evento agudo se delimite, evitando, assim, sua cronificação, o atendimento imediato ao trauma deve ser resolutivo. Além de ser garantida sua continuidade nos componentes fundamentais pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar da atenção ao trauma, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (Brasil, 2006), com práticas guiadas pelo princípio da integralidade. Porém, os serviços de saúde nem sempre atuam com base nesse princípio, ou o fazem de maneira parcial, de modo que a falta de continuidade no atendimento tem sido um elemento que contribui para transformar o evento traumático em uma condição crônica, com consequente aumento de ônus para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para as pessoas acidentadas e suas famílias (Figueiredo, 2009).

Em Mato Grosso a descontinuidade do atendimento ao evento traumático tem gerado demandas judiciais, com quantitativo relevante de cirurgias que garantam o tratamento às vítimas que já vivem a condição crônica decorrente de sequelas do trauma. Dessa forma, tais demandas por cirurgias foram para reparação de danos (Soares e col., 2011).

As demandas judiciais têm sido geradas por necessidades não acolhidas pelos serviços de saúde e/ou por respostas pouco resolutivas e integrais, principalmente aquelas relacionadas às condições crônicas, incluindo as decorrentes da cronificação de eventos agudos (Araújo e col., 2011).

Diante o exposto, verifica-se que as necessidades de saúde se ampliam em proporção direta com a não efetividade das práticas profissionais. Nesse sentido, o não atendimento às necessidades imediatas e mediatas ao trauma gera, dentre outras implicações, novas necessidades decorrentes da cronificação desse evento agudo. Esse cenário leva a uma gama de outras necessidades, tornando-se, assim, um círculo vicioso que onera o sistema de saúde e, principalmente, produz sofrimento e desgastes desnecessários às pessoas e famílias (Soares e col., 2011).

Este estudo tem como foco a trajetória de busca por cuidado empreendida por pessoa que vivencia a condição crônica pós-trauma e sua família. Nessa trajetória buscaram-se evidenciar suas necessidades de cuidado, os profissionais de saúde buscados, as práticas ofertadas e a resolutividade obtida, ou não, nos diferentes componentes preconizados para o atendimento às urgências. Também evidenciou-se a participação da instância jurídica nessa trajetória, especificamente a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso.

A abordagem de trajetórias de busca por cuidado permite compreender a efetividade dos serviços de saúde frente às necessidades de pessoas e famílias que vivenciam adoecimento (Bellato e col., 2008b), bem como analisar a efetividade da instância jurídica na consecução do direito à saúde (Bellato e col., 2011).

Assim, este estudo objetivou compreender a trajetória de busca por cuidado de pessoa e família que vivencia condição crônica decorrente de evento traumático e a efetivação do seu direito à saúde.

## Metodologia

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que se desenvolveu pelo método do estudo de caso (Minayo, 2010), realizado em Cuiabá, Mato Grosso, entre fevereiro e junho de 2011.

Os critérios de seleção do sujeito foram estabelecidos pela pesquisa matricial, à qual este estudo se vincula, sendo eles: ser uma pessoa adulta; ter acessado uma instituição jurídica em busca da efetivação do direito a saúde no mínimo um ano antes do início da coleta de dados; e ter a liminar judicial já atendida pelo SUS, para que fosse possível analisar a repercussão da instância jurídica em sua busca por cuidado. Os critérios específicos foram: ter sofrido um evento traumático; e vivenciar a condição crônica decorrente desse trauma.

A busca pelo sujeito ocorreu em fevereiro de 2011 por meio da relação de pessoas com pedido de liminar constantes na Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso.

Aceitou fazer parte deste estudo uma mulher de 57 anos, nomeada ficticiamente por Mariê, que so-

freu evento traumático por queda de motocicleta em outubro de 2009, fraturando seu úmero esquerdo em cerca de dez partes. Desde então, tem empreendido buscas por cuidado no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados.

Para a composição do *corpus* de análise empreendeu-se a história de vida focal operacionalizada pela entrevista em profundidade (Bellato e col., 2008a), orientada pela questão: “Conte-nos como tem sido a experiência de adoecimento e a sua busca por cuidados após o acidente motociclístico, e como isso tem afetado sua vida e a vida de sua família”.

Essa abordagem possibilitou compreender como Mariê e seu filho, Paulo (nome fictício), atribuem sentidos à busca por cuidado após o acidente e ao longo do período de cronificação do evento traumático. Foram realizados quatro encontros com Mariê, um deles também com a participação de seu filho.

Utilizou-se a observação de campo para compor a descrição das pessoas, objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, que, junto com a transcrição integral das entrevistas, compôs o diário de campo; e esse conjunto organizado de texto compôs o *corpus* de análise do estudo (Costa e col., 2009). As notas de observações de campo foram nomeadas pela sigla NOC, seguida da data em que ocorreram.

A partir da leitura aprofundada desse *corpus* buscaram-se os elementos que evidenciavam as buscas por cuidado profissional realizadas por Mariê e família, desde a ocorrência do evento traumático até o momento do encerramento do trabalho de campo da pesquisa. Foi-se demarcando cada serviço e profissional buscado, as respostas obtidas para os seus problemas, bem como o tempo decorrido para cada acesso a esses serviços e profissionais ao longo do processo de adoecimento. Foi elaborado, assim, o desenho da trajetória de busca por cuidado (Figura 1), constituindo-se uma ferramenta que permite analisar a efetividade das práticas de gestão e cuidado (Bellato e col., 2008b).

O estudo respeitou as prerrogativas éticas em pesquisa com seres humanos, sendo a pesquisa matricial à qual ele se insere aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob protocolo 671/CEP-HUJM/09. As pessoas consentiram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussões

A experiência de adoecimento de Mariê e as buscas por cuidado empreendidas por ela são representadas pelo desenho sintetizador de sua trajetória (Figura 1), na qual as setas indicam a direção das buscas e os números apontam a sequência temporal em que ocorreram.

Mariê é viúva há oito anos, mãe de um filho de 25 anos; foi professora em escola rural de uma comunidade a cerca de 20 quilômetros de Cuiabá; e residia em uma chácara próxima de seu trabalho até a ocorrência do acidente.

A sua história de adoecimento teve início em 24 de outubro de 2009, próximo ao local onde morava, quando sofreu um acidente motociclístico por queda (Figura 1, seta 1) que resultou em fratura múltipla no braço esquerdo. A partir do acidente iniciou-se sua trajetória de busca por cuidado nos serviços de saúde, inicialmente solicitando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sem ter obtido resposta, foi socorrida pelo próprio filho que se deslocou de Cuiabá para atendê-la (Figura 1, setas 2 e 3), conforme se segue:

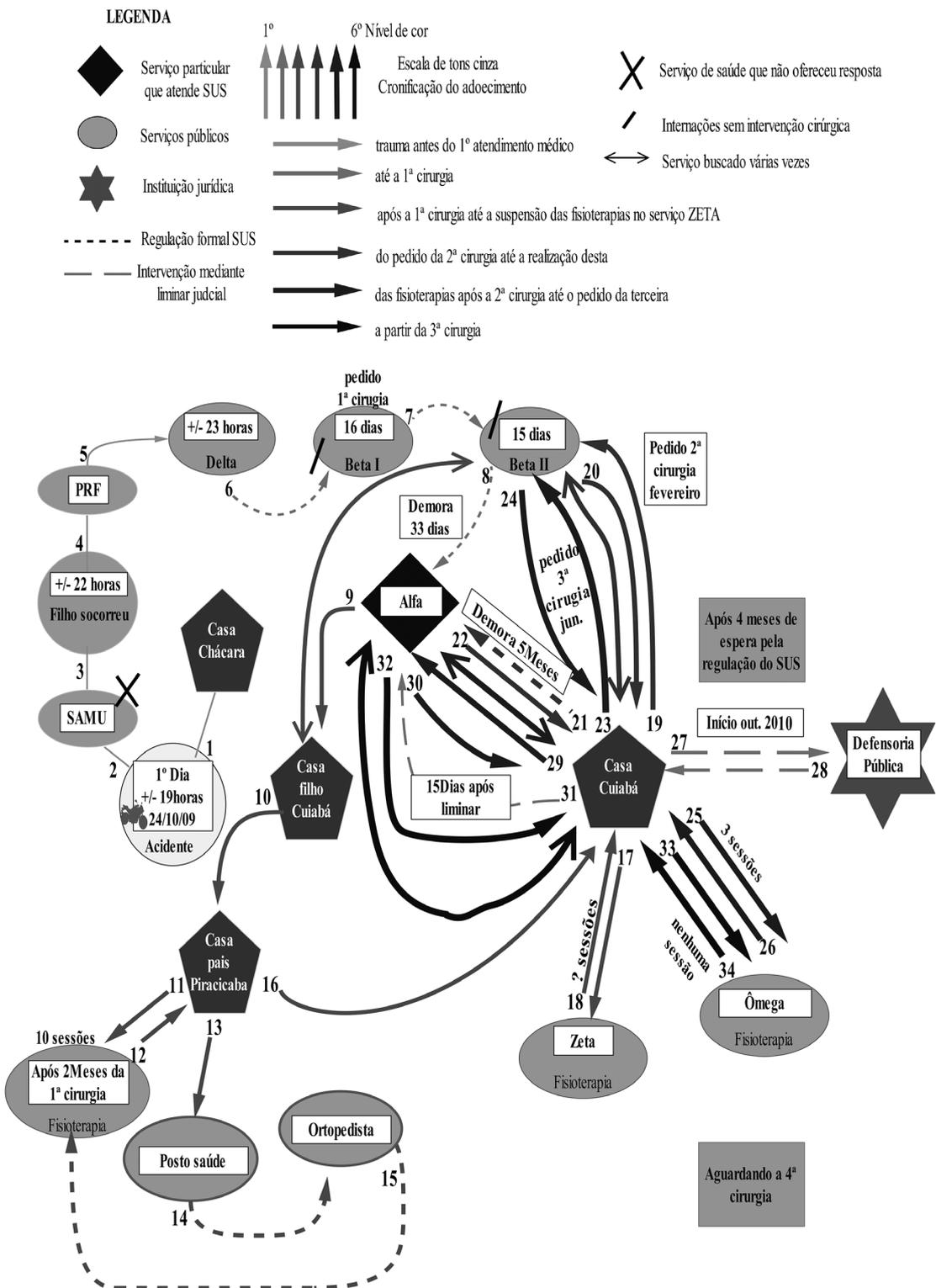
*caiu da moto cerca de 19:00 horas, então ela ligou para o SAMU; porém, por telefone lhe informaram que não havia ambulância para buscá-la [...] por volta de 22:00 horas ligou para o filho que foi ao seu encontro. [NOC, 29/03/11]*

Mariê foi transportada no carro de Paulo até Cuiabá, e ele explica em que condições:

*Só que isso, no caminho, que ela veio com o carro, a gente veio muito rápido! Passando atropelando tudo, buraco, quebra-mola e, nisso, eu acho que afetou o braço dela, deve ter quebrado mais o braço, fraturado mais [...]. [Paulo]*

Ainda no retorno a Cuiabá, e buscando informações de socorro junto à Polícia Rodoviária Federal, foram orientados a procurar o serviço de atenção secundária (Figura 1, setas 4 e 5), onde Mariê recebeu os primeiros socorros, aproximadamente quatro horas após o acidente. Logo a seguir, esse serviço a encaminhou para um hospital de referência terciária (Figura 1, seta 6), em Várzea Grande, município próximo de Cuiabá, uma vez que os serviços públicos de saúde da capital encontravam-se em greve.

**Figura 1 - Trajetória espacial de busca por cuidados em saúde de uma pessoa com condição crônica decorrente de trauma e sua família**



PETEAN, E. Trajetória espacial de busca por cuidados em saúde de uma pessoa com condição crônica decorrente de trauma e sua família. 2011.

*[...] inclusive foi o... o policial rodoviário que falou. Meu filho falou lá: 'escuta aqui, no beta II de Cuiabá [serviço nomeado ficticiamente] eu tô sabendo que tá em greve. Minha mãe tá aqui com o braço quebrado, será que eu consigo ser atendido lá?' [...] Aí eles falaram: 'Passa com ela no Delta primeiro, aí pede informação lá; socorre ela primeiro, depois ele encaminha'. Foi o que eles fizeram. Eles me deram injeção pra dor e eles imobilizaram meu braço [...] daí que me encaminharam pra Várzea Grande. [Mariê]*

O movimento de busca por cuidado empreendido pelas pessoas pode ser direcionado tanto segundo a lógica dos fluxos e protocolos que organizam a rede de atenção à saúde no município e Estado, quanto sob a própria lógica das pessoas que buscam os serviços que possam resolver suas necessidades. Dessa forma, elas constroem, na própria busca, um conhecimento empírico sobre os caminhos dentro do sistema, diferentemente da lógica previamente traçada pelos serviços de saúde (Bellato e col., 2008b).

Porém, mesmo sendo a busca de Mariê direcionada segundo o que está preconizado como fluxo formal de atendimento ao evento traumático no SUS, isso não garantiu seu acesso ao SAMU, que deveria ser a porta de entrada, não sendo, portanto, resolutivo. E, mesmo depois, ao ser encaminhada do nível secundário ao terciário da atenção (Figuras 1, seta 6), questiona-se a resolutividade lá obtida, pois permaneceu 16 dias internada apenas com tratamento sintomático, embora já houvesse um primeiro pedido de cirurgia, conforme Mariê narra:

*[...] fiquei internada 16 dia [...] o médico mandou tirar raio X. Daí, quando ele tirou o raio X, ele já falou: 'Ah, isso aqui é caso de cirurgia, a senhora quebrou o braço em dez lugares'. Ele falou, né?, 'vai ter que aguardar aqui, a cirurgia. Se a senhora quiser que saia mais rápido, tem que aguardar aqui, porque se aguardar em casa, não tem previsão.' [Mariê]*

Em relação ao componente hospitalar da atenção às urgências, no hospital Beta I Mariê esteve internada em acomodações precárias, sendo encaminhada ao hospital Beta II, em Cuiabá, após o término da greve nos serviços de saúde desse município, nele permanecendo por mais 15 dias (Figura 1, seta 7). Em ambos, somados 31 dias de internação, não foi realizada a cirurgia ortopédica, sendo este o

tratamento específico para o trauma sofrido. Mariê narra este período e as condições precárias da sua permanência em internação:

*Eu fiquei numa ENFERMARIA [ênfase] com outras pessoas. Lá não podia nem levar televisão, NADA! [ênfase] [...] de Várzea Grande, não tem aquelas cadeiras, assim, tipo cadeira de sol. Então, naquelas cadeiras, cadeira de maca que fala, né? Nessas cadeiras que eu ficava, numa sala, acho, que dava o tamanho dessa sala minha aqui, né, filho? Tinha seis, seis, seis [referindo-se ao número de pessoas internadas]. Chegou época deles pôr encostadinho, assim, de ter oito pacientes [...] só me dava medicamento pra dor, não fizeram, não imobilizaram nada, né? Enfaixaram do dia que eu cheguei, ficou até o dia que eu saí. [Mariê]*

O filho reforça a descrição da mãe quanto às condições de atendimento dizendo que:

*Chegar lá e ver minha mãe na situação onde ela ficava, lá nem ventilação não tinha lá, né? [Paulo]*

Em relação à resolutividade dos serviços de saúde, não apenas na perspectiva da oferta de insumos e serviços, mas do tempo decorrido dessa oferta, verifica-se sua falta na trajetória de Mariê, pois, esta foi marcada por longos períodos de espera. Exemplar foi a demora na realização da cirurgia, pois, do hospital Beta II ela foi encaminhada, via regulação municipal, para o hospital Alfa (Figura 1, seta 8), e a cirurgia ortopédica ocorreu somente após 33 dias do acidente (Figura 1, seta 9), com implante de material de fixação, quando já havia uma consolidação da fratura óssea. Mariê narra a complicação da fratura:

*Meu osso tinha colado torto! E do jeito que tava, torto ficou! [Mariê]*

Em outro percurso de sua trajetória o acesso lhe foi dificultado, em razão de ter sido obrigada a seguir rigorosamente o fluxo da atenção básica para secundária apenas para obter a transcrição de um pedido de fisioterapia, que deveria ser garantida de forma continuada, pois faz parte do componente pós-hospitalar da atenção às urgências. No entanto, o atendimento fisioterápico em Piracicaba, SP, no nível secundário da atenção, foi-lhe inicialmente negado (Figura, seta 11 e 12), porque o pedido de fisioterapia do ortopedista de Cuiabá não foi aceito,

obrigando-a a uma série de buscas:

*Pro centro de fisioterapia lá, o pedido daqui não valia lá. [Mariê].*

Primeiramente, ela precisou procurar um serviço de atenção primária (Figura 1, seta 13), que a encaminhou para a atenção secundária (Figura 1, seta 14). Lá um ortopedista transcreveu o pedido para as sessões de fisioterapia de que necessitava (Figura 1, seta 15):

*Eu tive que passar por outro ortopedista lá, pra ele fazer o requerimento [...] pertinho da minha casa tem um posto de saúde, né? Aí eu fui lá, fiz minha carteirinha e eles já fizeram o encaminhamento. [Mariê]*

Na busca por cuidado Mariê percorreu o fluxo da rede de atenção à saúde, tanto para o atendimento inicial como ao longo de sua evolução, seguindo aquilo que é preconizado em relação aos níveis de atenção primária, secundária e terciária, porém, com resolutividade e efetividade bastante questionáveis. Justifica-se, desse modo, que o fluxo preconizado entre os níveis de atenção à saúde seja transgredido pela população, que tende a buscar serviços em que o acesso seja mais facilitado e onde seja possível o atendimento às suas necessidades (Cecílio, 1997).

Na trajetória de Mariê a distorção do fluxo formal não foi evidenciada; no entanto, embora tenha seguido o fluxo de atendimento, segundo os componentes fundamentais da atenção à pessoa vítima de trauma, isto não lhe garantiu cuidado resolutivo. Já no momento do acidente, considerado como “minutos de ouro” (NAEMT, 2011, p. 181), não obteve atendimento ao acionar o SAMU, componente pré-hospitalar da atenção. Também se evidencia a grande quantidade de “idas e vindas” entre os serviços buscados apenas para cumprimento do fluxo formal, tal como os percursos que ela teve que, obrigatoriamente, empreender para realizar as sessões de fisioterapia.

Cecílio (1997) aponta a necessidade de superar o que está posto pela rede hierarquizada da atenção, que impõe às pessoas um seguimento burocrático de fluxo sem haver, no entanto, nenhuma garantia de resolutividade para seus problemas.

Diante disso, os serviços acessados mostraram-se, segundo a perspectiva de Mariê, pouco eficazes, de

modo a modificar o curso do seu adoecimento, em que o evento traumático agudo se cronificou à medida que ela se deparou com serviços de saúde pouco resolutivos. Para Chavaglia e colaboradores (2008) “está definitivamente comprovado que um atendimento inicial inadequado pode, em si, ser uma causa de agravamento das lesões traumáticas” (p. 102).

O agravamento de um evento traumático pode ocorrer tendo como principal responsável os próprios serviços de saúde que atendem vítimas de acidentes motociclístico priorizando a manutenção da vida, de forma que, após estabilizada, a pessoa é encaminhada para prosseguir o tratamento a depender da capacidade do sistema público em atender às demandas que se seguem. Isso resulta, na maioria dos casos, em uma longa espera, configurando o agravo agudo em uma condição crônica (Figueiredo, 2009).

A cronificação do adoecimento de Mariê foi representada pela escala de tons cinza das setas (Figura 1), mais escuros, à medida que o adoecimento se cronificava. A não resolução de um evento agudo pode indicar a pouca resolutividade do sistema de saúde, o que implica maiores custos tanto para a pessoa e sua família quanto para o próprio sistema de saúde, pois a condição crônica imprime necessidades de cuidados permanentes e progressivos (Soares e col., 2011).

Logo após a primeira cirurgia Mariê apresentou muitas dores, dificuldades de movimentação e outros sinais que, avaliados pelo ortopedista, foram diagnosticados como rejeição do material de platina. E após três meses da primeira cirurgia foi indicada a necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica para retirada desse material. Mariê narra esse período:

*Aí que tava havendo rejeição, meu braço ficava verde, tinha hora que ficava vermelho, tinha hora que ficava roxo, menina, e doía muito! Daí o médico: ‘Nós vamos ter que fazer a retirada dos pinos’ [Procedimento realizado por intervenção cirúrgica]. [Mariê]*

No entanto, devido à demora na regulação pelo SUS, essa segunda cirurgia foi realizada no hospital Alfa somente cinco meses após o diagnóstico e oito meses depois de implantado esse material (Figura 1, seta 21).

A mobilidade do braço de Mariê ficou prejudicada desde o acidente e, à medida que o tempo do adoecimento se prolongava, intensificavam-se as complicações. Essas complicações foram decorrentes da rejeição dos materiais fixadores da fratura, da demora no procedimento cirúrgico para retirada desses materiais e da impossibilidade do desenvolvimento da fisioterapia, dentre outros fatores. Desse conjunto resultou a perda parcial do tônus muscular e limitação progressiva de movimentos de Marie, que narra sua aflição:

*Porque a culpabilidade mais, quer dizer, o maior desse erro médico, aí do meu braço continuar, é... meio atrofiado, né?, é do SUS! Porque eles demoram demais pra liberar, tanto a primeira quanto a segunda e quanto a terceira cirurgia. [Mariê]*

Mariê associa a perda da mobilidade do seu braço à demora no atendimento nos serviços de saúde, responsabilizando a falta de efetividade do SUS por seu agravamento. Seu filho também tem essa percepção:

*Demorou tanto pra ela fazer a cirurgia que o braço dela, ela vai perder praticamente setenta por cento do movimento do braço, por causa da... do atraso da cirurgia. [Paulo]*

A cronificação do adoecimento é, portanto, relacionada pela família ao ciclo de longas esperas pelo atendimento às suas necessidades. Ao mesmo tempo, media a constituição da noção de direito à saúde por Mariê e família, a partir da sua pouca efetivação nas práticas cotidianas dos serviços:

*É LEI, NÉ?! [ênfase] Cuidar da saúde, né, da população. [Mariê].*

Dessa forma, embora exista a garantia constitucional do direito à saúde, o modo de operar do SUS tem mostrado dificuldades em dar cumprimento ele, levando as pessoas a buscarem outros meios para efetivá-lo (Nepomuceno, 2011).

No retorno de Mariê para retirada dos pontos da segunda cirurgia (Figura 1, setas 23 e 24), o ortopedista solicitou exame radiográfico, que detectou a não consolidação da fratura e, ainda, a presença de um corpo estranho (um pino fixador no local). Deu-lhe a notícia, então, de que seria necessária outra cirurgia para retirar esse material e reparar a fratu-

ra. Ele a encaminhou via regulação municipal para realizar essa terceira cirurgia, segundo narra Mariê:

*[...] Aí na hora que ele tirou o raio x e já constatou que meu osso tava descolado [...] pedindo a terceira cirurgia como uma cirurgia reparatória [...] porque eu tava com o osso descolado. Ele fez na segunda cirurgia assim, ele esqueceu o parafuso, tirou os pinos, meu osso descolado, eu fiquei quatro meses com meu osso descolado [Mariê].*

Nesse momento de sua trajetória Mariê acionou a Defensoria Pública de Mato Grosso (Figura 1, seta 27) na tentativa de resolver seu problema de acesso à terceira cirurgia, e de modo ágil. Esse movimento de busca pela mediação jurídica é impulsionado pela situação de sofrimento, conformada por um conjunto de elementos que se agregam e se reforçam, especialmente aqueles decorrentes da pouca qualidade do cuidado profissional que lhe foi ofertado. Tal situação de sofrimento impulsiona as pessoas a procurarem por alternativas que às aliviem. Ela narra esse período:

*[...] depois de três meses, eu sofrendo de dor, tomando remédio pra dor, meu osso descolado 'cê' acha que não doía? Aí foi que eu vi que eu fiquei assim, comecei a ficar nervosa e revoltada com a demora da liberação do SUS. Foi quando meu filho falou assim: 'Mãe, você não quer correr atrás, vamos entrar na justiça pra ver se eles fazem essa cirurgia rápido?' Eu falei: 'VAMO!' [ênfase]. [Mariê]*

A Defensoria Pública foi acionada pela família em busca da efetivação do direito à saúde, e frente ao agravamento do adoecimento (Figura 1), representado pelo penúltimo tom na escala de cores. Segundo Nepomuceno (2011), a família tem acionado o campo jurídico na tentativa de encontrar respostas resolutivas e efetivas para suas necessidades diante do agravamento do adoecimento.

A mediação realizada pela Defensoria Pública foi efetiva de certo modo, pois garantiu o acesso à terceira cirurgia com maior agilidade, considerando-se o tempo de espera pela regulação do SUS; com o pedido de liminar deferido, a cirurgia foi realizada em 15 dias (Figura 1, seta 31). Assim, a família vê nessa atuação um escape para as filas de espera:

*Foi 'rapidão': doutor X entrou lá com a liminar e só não saiu na primeira semana porque meus exames laboratoriais estavam vencidos.* [Mariê]

*[...] Depois que saiu a liminar pra fazer a cirurgia, foi tudo rápido, né?* [Paulo]

A família entende por resolutive a atuação das instâncias jurídicas, pois há uma resposta rápida dos serviços frente às liminares judiciais (Nepomuceno, 2011). Porém, faz-se necessário refletir sobre alguns aspectos dessa mediação, que tem se caracterizado por atender demandas individuais (Chieffi e Barata, 2009) e restritas, não abarcando os problemas que se prolongam no tempo (Araújo e col., 2011), como a condição crônica decorrente do trauma. Além disso, os sentidos da integralidade são afetados, pois os pedidos nas decisões judiciais individuais não se estendem às outras pessoas com a mesma necessidade, mesmo que sejam necessidades reiteradas (Marques e Dallari, 2007; Araújo e col., 2011).

Se por um lado pressupõe-se que a instância de função jurisdicional possa promover, em certo grau, a efetivação do direito à saúde garantido pela Constituição ao agilizar o acesso a recursos de saúde (Bellato e col., 2011), de outro, a efetivação do acesso aos bens de saúde através do recurso das ações judiciais tem gerado o fenômeno da *judicialização da saúde* (Gandini e Barione, 2007; Souza, 2007; Chieffi e Barata, 2009; Gontijo, 2010).

Salienta-se, no entanto, que a Defensoria Pública presta à população uma assistência jurídica integral e gratuita, atuando sempre que há desrespeito aos direitos das pessoas, sejam eles coletivos ou individuais (Brasil, 1994). Contudo, as reiteradas demandas em saúde têm sido, via de regra, acolhidas de forma individual pelas instituições jurídicas, dentre elas, a própria Defensoria Pública.

Embora o efeito da mediação proporcionada pela Defensoria Pública tenha tido certa eficácia para Mariê, ela o foi pontualmente e restrita a uma demanda, dentre as inúmeras por ela vivenciadas, o que configura sua árdua “peregrinação” em busca de atenção à saúde. Para Mariê a necessidade de realizar uma quarta intervenção cirúrgica já foi cogitada pelo médico:

*Ela nos disse que o médico está esperando somente os 10 meses para a permanência do material, que ele realmente irá retirar em uma quarta cirurgia.* [NOC, 01/06/11]

Com isso, Mariê já se prepara para realizar nova busca no poder judiciário, de modo a obter outra liminar solicitando cirurgia com urgência, para que esta se realize de modo ágil:

*Eu vou ter que fazer a quarta cirurgia, pra trocar os aparelhos de novo; vou ter que entrar, se eu quiser... se eu não quiser ficar na espera pelo SUS, porque o SUS demora muito, né?*

A instituição jurídica entende como ação integral o consumo dos bens de saúde (Vieira, 2008). Decorre que, por meio das decisões judiciais, ela tem garantido apenas ofertas recortadas para necessidades de saúde que são amplas (Araújo e col., 2011). A mediação que a instância jurídica realiza não garante o cuidado integral às necessidades das pessoas, já que para cada necessidade há de se mover uma nova ação para garantir o cuidado pretendido (Bellato e col., 2011; Nepomuceno, 2011). Verifica-se, assim, a pontualidade das ações judiciais e o pouco potencial mediador da instituição jurídica ao não abarcar as necessidades constantemente renovadas e impostas pela condição crônica (Bellato e col., 2011; Petean e col., 2012).

Ao mesmo tempo, a pouca efetividade da mediação jurídica decorrente de sua pontualidade não é levada em consideração pela família. Ao contrário, ela cria uma confiança na atuação da Defensoria Pública, vendo nessa mediação o fim dos seus problemas de acesso aos serviços, chegando a comparar as liminares judiciais com um “plano de saúde”. Verifica-se, assim, a confiança da família no poder de intervenção da instituição jurídica, conforme se segue:

*Hoje, onde ela for pra ser atendida [...] é atendida na hora, nem precisa de plano de saúde mais, só com a liminar [...].* [Paulo]

Desse modo, a mediação jurídica, mesmo atendendo às necessidades de saúde dos usuários do sistema público de forma pontual, possibilita, em certo grau, a garantia do direito à saúde ao facilitar

o acesso aos seus recursos e bens, possibilitando que o cuidado seja direcionado para maior efetividade e resolutividade (Nepomuceno, 2011).

## Considerações finais

Do início do evento traumático e ao longo do adoecimento Mariê e sua família empreenderam uma trajetória árdua de busca por cuidado, em contraponto ao que está preconizado na política de atenção às urgências. Desde a atenção pré-hospitalar, que lhe foi negada, ao atendimento hospitalar e pós-hospitalar, sua trajetória foi marcada por uma temporalidade dilatada, com longos dias de internação e meses de espera, além de se deparar com práticas profissionais pouco eficazes à resolução do evento traumático ortopédico, contribuindo para sua cronificação. Os serviços de saúde precisam funcionar não apenas na lógica da oferta de um fluxo de atendimento, mas garantir o desdobramento efetivo e resolutivo do cuidado demandado pelas pessoas em adoecimento.

Essa trajetória foi acompanhada de dores, da incapacidade progressiva de produzir movimentos com o braço e de adaptações na vida de Mariê. De modo que um conjunto de elementos a levou a buscar garantir o cuidado necessitado via Defensoria Pública de Mato Grosso. Este órgão, embora propiciasse acesso com rapidez a uma demanda requerida em um momento específico de sua trajetória, contudo não garantiu cuidados permanentes demandados na vivência da condição crônica por Mariê, configurando-se, assim, como uma ação pontual.

É necessário evidenciar que os serviços de saúde têm atuado de modo precário frente às necessidades de cuidado que lhes são direcionadas, o que produz efeitos consideráveis para as pessoas e famílias. Uma vez que as práticas profissionais não são inócuas, sua baixa resolutividade interfere no curso do adoecimento, sendo um dos responsáveis pelo seu fim ou seu prolongamento.

A contribuição deste estudo está em considerar a perspectiva da pessoa e sua família na vivência da condição crônica decorrente de evento traumático, o que pode oferecer subsídios aos profissionais da saúde na avaliação do alcance da efetividade de suas práticas, de maneira que possam melhor acolher as muitas dificuldades enfrentadas pelas pessoas na busca pelo cuidado profissional.

## Referências

ARAÚJO, L. F. S. et al. Análise da demanda do direito à saúde e as possibilidades de mediação pelo tribunal de justiça de Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS; Recife: Editora Universitária UFPE, 2011. p. 185-192.

BELLATO, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 849-856, 2008a. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2011.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco, 2008b. p. 167-185.

BELLATO, R. et al. “Remédio jurídico” e seus afetamentos no cuidado à saúde de uma família. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco; Recife: Editora Universitária UFPE, 2011. p. 193-201.

BRASIL. Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jan.1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp80.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp80.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS: informações de saúde*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.
- CHAVAGLIA, S. R. R. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba-MG. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 100-106, 2008.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.
- COSTA, A. L. R. C. et al. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: uma abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco; Recife: Editora Universitária UFPE, 2009. p. 195-202.
- FIGUEIREDO, D. L. B. *Os múltiplos custos, as redes sociais e o itinerário terapêutico de uma pessoa vítima de acidente motociclístico: o olhar de quem vivencia a condição crônica*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.
- GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, J. E. *A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências*. Brasília, DF: BDJur, 2007. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/16694>>. Acesso em: 25 mar. 2011.
- GANNE, N. Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas na cidade de Corumbá e região, estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, no ano de 2007. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 1, n. 3, p. 19-24, 2010.
- GONTIJO, G. D. A judicialização do direito à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.
- MESQUITA FILHO, M.; JORGE, M. H. P. M. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 579-591, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NAEMT - NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: PHTLS - Prehospital Trauma Life Support*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- NEPOMUCENO, M. A. S. *Vivência da condição crônica por adrenoleucodistrofia de criança e família: possibilidades da mediação jurídica na garantia do direito à saúde*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.
- OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 284-289, 2006.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS\\_INOVADORES\\_DAS\\_CONDICOES\\_CRONICAS.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2012.
- PAIVA, L. et al. Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1-9, 2010.
- PETEAN, E. et al. Direito à saúde: demanda por suplementos no Tribunal de Justiça. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 68-76, 2012. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a08.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a08.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2012.

SOARES, J. L. et al. Demanda por cirurgias mediadas pelo poder judiciário: considerações sobre o direito à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 4, p. 898-910, 2011.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, p. 765-770, 2007. Número especial.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008.

Recebido em: 11/04/2012

Aprovado em: 15/04/2013