

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

Alessandra Cabral Pereira

Direitos sociais e de saúde em face das potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) submetidos à cirurgia ortopédica de quadril no estado do Rio de Janeiro

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

Niterói, RJ

2015

ALESSANDRA CABRAL PEREIRA

Direitos sociais e de saúde em face das potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) submetidos à cirurgia ortopédica de quadril no estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção de Grau de Mestre em Política Social. Área de concentração: Avaliação de Políticas Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciene Burlandy Campos de Alcântara.

Niterói
Outubro / 2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

P436 Pereira, Alessandra Cabral.

Direitos sociais e de saúde em face das potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) submetidos à cirurgia ortopédica de quadril no estado do Rio de Janeiro / Alessandra Cabral Pereira. – 2015.

102 f.

Orientadora: Luciene Burlandy.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.

Bibliografia: f. 92-98.

1. Assistência à saúde. 2. Ortopedia. 3. Proteção social. 4. Serviço de saúde. 5. Integralidade em saúde. I. Burlandy, Luciene. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

A DISSERTAÇÃO INTITULADA “**DIREITOS SOCIAIS E DE SAÚDE EM FACE DAS POTENCIAIS DEMANDAS DE CUIDADO DECORRENTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DA TRAJETÓRIA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) SUBMETIDOS À CIRURGIA ORTOPÉDICA DE QUADRIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**”, ELABORADA POR ALESSANDRA CABRAL PEREIRA E APROVADA POR TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA, FOI ACEITA PELO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE **MESTRE EM POLÍTICA SOCIAL**.

Niterói, 30 de Setembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Luciene Burlandy Campos de Alcântara - Orientadora
Universidade Federal Fluminense/UFF

Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense/UFF

Profª Drª Tatiana Maria Araújo da Fonseca
Centro Universitário Augusto Motta/UNISUAM

*Ao pequeno Pedro Picolli (in memoriam) que passou
tão rapidamente por este mundo e experimentou
todas as formas de cuidado por parte de sua família.
Tão pequeno, tão amado.*

AGRADECIMENTO

À Deus, pelo que Ele é e sempre será, e porque o seu amor não muda.

À minha família, pelo apoio, cuidado, dedicação e paciência nas horas mais difíceis. E principalmente por entenderem minhas ausências. Marlene, Moiseis, Adriana, Gabriel, Davi, Alberto e Tia Nica, com vocês a experiência de cuidar e ser cuidado tem sido mais leve e prazerosa.

À minha orientadora, Luciene Burlandy. Foram inúmeras as vezes que me emocionei diante das suas revisões tão cuidadosas e da sua postura amável, que você consegue conciliar tão bem com a academia.

Aos meus colegas do mestrado, turma 2013, em especial a Debora Louzada, que se tornou uma amiga com quem pude compartilhar as alegrias e os desafios de cursar o mestrado ao mesmo tempo em que atuávamos como assistentes sociais na área da saúde.

Aos professores do PEPGPS, pelos ensinamentos partilhados. Às funcionárias Flávia, Luzia e Raquel, pela atenção e forma acolhedora com que sempre me atenderam.

Às professoras Monica Senna, Rosana Magalhães e Tatiana Fonseca, pelas ricas contribuições no processo de construção desse estudo.

À equipe de Serviço Social do INTO, em especial à Alexsandra Almeida, Ana Maria Damasceno, Cinthya Miranda e Viviane Fonseca, por terem compreendido minhas dificuldades e possibilitado os muitos ajustes de horário para que eu pudesse conciliar o trabalho e o mestrado.

Às amigas Alessandra Mello e Sheilla Fernanda, com quem tanto tenho aprendido atuando no CAE Quadril do INTO.

Ao “Reino de Amigos”, por terem compreendido minha ausência e pelas orações.

Aos usuários do SUS que aguardam pela cirurgia de quadril, em especial aos usuários que aguardam na fila do INTO. Meu desejo é que chegue o mais breve possível o dia em que o tempo nessa fila seja apenas aquele necessário ao pré-operatório. Sua dor, sua luta me motivam a cada dia mais a me qualificar para buscar respostas às suas demandas e à lutar pela garantia dos seus direitos. Não desistam!

À vocês, muito obrigada.

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema central os direitos sociais e de saúde estabelecidos no Brasil que poderiam atender as potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que são submetidos à cirurgia ortopédica de quadril. A Alta Complexidade em ortopedia se dá como recorte porque neste campo os usuários são submetidos a uma longa trajetória nos serviços de saúde, onde ao mesmo tempo em que convivem com a dor e as limitações decorrentes desse processo de adoecimento, também enfrentam os desafios e possibilidades para garantir o próprio cuidado e o cuidado familiar. Diante desse quadro, o estudo examinou os direitos sociais e de saúde instituídos no país em face das potenciais demandas de cuidado que vão se constituindo ao longo da trajetória percorrida por usuários do SUS inseridos em Serviços de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica de Quadril. Para tal, identificou as demandas de cuidado em saúde de usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril; mapeou a rede de serviços públicos de assistência em saúde que garante a oferta de cirurgias do Quadril de Alta Complexidade; analisou a base legal que institucionaliza o conjunto de direitos sociais e em saúde assegurados aos usuários do SUS submetidos à cirurgia de quadril e identificou os possíveis desafios enfrentados por esses usuários para acessarem tais direitos. As técnicas e métodos de pesquisa incluíram: pesquisa bibliográfica, análise de bases de dados indexados e análise documental. Os principais conceitos norteadores da análise foram cuidado, atenção integral em saúde e redes de serviços. Os resultados indicam que o processo saúde-doença de usuários que necessitam de cirurgia de quadril é caracterizado por dor, perda dos movimentos, e conseqüente afastamento das atividades cotidianas. É longa a trajetória do usuário enquanto aguarda para ser submetido à cirurgia ortopédica do quadril o que pode agravar esse quadro de saúde. Nesse período ele enfrenta dificuldades para manter o próprio cuidado e o cuidado com sua família dadas as fragilidades do sistema de proteção social brasileiro. Destacam-se como situações que caracterizam desafios do usuário para acessar os direitos estabelecidos as restrições de acesso aos serviços de atendimento domiciliar e aos benefícios previdenciários.

PALAVRAS CHAVE: Cuidado em Saúde, Ortopedia, Proteção Social, Redes de Serviços, Integralidade.

ABSTRACT

This study aims to analyze social and health rights in the face of the potential care needs related to health-disease process and health assistance of patients of the Brazilian Unified Health System (SUS) who undergo hip orthopedic surgery. The study of High Complexity in orthopedics is particularly important because patients are submitted to a long trajectory in health services, suffering pain and physical limitations and also facing challenges to ensure theirs and their family proper care. Given this situation, the study examined the social and health rights in the face of the potential demands of care in terms of health and social protection originated throughout the trajectory of therapeutic process and Hip Surgery. The study identified the health care demands of users undergoing hip orthopedic surgery; mapped the network of public health care services ensuring the provision of High Complexity Hip surgery; examined the legal framework that institutionalizes the set of social and health care rights provided to SUS users undergoing hip surgery; and identified the possible challenges faced by users when accessing these rights. The techniques and research methods included literature review, data analyses of health care services in Brazil and the state of Rio de Janeiro, and documental analyses. The main concepts guiding the analysis were health care, integrality in health and service networks. The results show the therapeutic process of patients needing hip surgery is characterized by pain and loss of movement, compromising their daily activities and quality of life. They are submitted to a long waiting process in order to undergo hip orthopedic surgery which may exacerbate their health situation. During this period, patients struggle to maintain theirs and their family proper care due to the weaknesses of the Brazilian social protection system. The main challenges are related to access barriers to home health care services and social security benefits.

KEYWORDS: Health Care, Orthopedics, Social Protection, Service networks, Integrality.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Internações de Alta Complexidade/1000 habitantes por Unidade da Federação e Ano de processamento 44
- Tabela 2:** Rede de Serviços de Ortopedia por Unidade de Federação em novembro de 2014 e população estimada IBGE por Unidade de Federação 49
- Tabela 3:** Total de Cirurgias do sistema osteomuscular por UF e Complexidade realizadas no ano de 2014 52
- Tabela 4:** Cirurgias osteomusculares de Alta Complexidade - por ano de processamento - 2014 54
- Tabela 5:** Internações por local de internação, para realização de cirurgia do sistema osteomuscular no estado do Rio de Janeiro, por região de Saúde, no ano de 2014..... 55

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 REFERENCIAL TEÓRICO, CENÁRIO DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
1.1. O Cuidado em Saúde	15
1.1.2. Sujeitos Sociais e a Diversidade do Cuidado	18
1.2. O Caminho metodológico – métodos e técnicas de pesquisa	22
CAPÍTULO 2 O CUIDADO E ORTOPEDIA E AS ESPECIFICIDADES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM USUÁRIOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE QUADRIL	26
2.1. Especificidades do processo saúde-doença em usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril	32
CAPÍTULO 3 O SUS, A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA E O PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS DE ESPECIALIZADOS EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	35
3.1. Antecedentes e contexto de instituição do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia no Brasil	35
3.2. A organização dos serviços e da atenção em saúde no SUS e a assistência em traumatologia e ortopedia.....	38
3.3. A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia – Ortopedia	45
3.4. A rede de serviços de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia no Estado do Rio de Janeiro e a assistência prestada pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO	53

3.4.1. A assistência prestada pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad na Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia no Brasil e no estado do Rio de Janeiro	56
---	----

CAPÍTULO 4 - DIREITOS SOCIAIS E DE SAÚDE DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE QUADRIL..... 64

4.1. Os direitos instituídos pelas políticas de saúde	65
4.1.1. Lei Orgânica da Saúde – LOS	65
4.1.2. Política Nacional de Humanização	68
4.1.3. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	73
4.2. Direitos no âmbito da Assistência Social	77
4.3. Direitos no campo da Previdência Social	83
4.4. Considerações sobre o papel potencialmente desempenhado pelas famílias e pelas redes sociais de apoio na garantia do direito ao cuidado	85

CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

APÊNDICE..... 99

APÊNDICE A: Roteiro para Análise Documental	100
---	-----

ANEXO 101

ANEXO I: Mapa geográfico da Divisão Político-Administrativa em Regiões de Saúde no Estado do Rio de Janeiro	102
---	-----

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema central os direitos sociais e de saúde estabelecidos no Brasil que poderiam atender as potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que são submetidos à cirurgia ortopédica de quadril.

A escolha desse tema se deu a partir de minha experiência profissional e acadêmica como assistente social em unidades de saúde vinculadas ao SUS, especialmente nas unidades de referência para serviços de alta complexidade nas especialidades de oncologia, psiquiatria e ortopedia. Ao longo da trajetória profissional, tive a oportunidade de atuar junto aos usuários e suas famílias que são atendidos no Instituto Nacional do Câncer, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Nessas diferentes instituições e áreas de atuação pude observar que o processo de cuidado direcionado ao sujeito em tratamento tem especificidades que devem ser consideradas na perspectiva do atendimento integral em saúde.

Desde 2008, atuando como assistente social no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), tenho observado que no campo da ortopedia existem questões que afetam não apenas as demandas por cuidado técnico e especializado em saúde, neste caso, a cirurgia ortopédica. Além das situações decorrentes do processo saúde-doença em si, o usuário e sua família também enfrentam um conjunto de adversidades na trajetória de cuidado em saúde, pois o sujeito que adoece ocupa, por vezes, o lugar de cuidador e provedor do grupo familiar.

Portanto, para além dos cuidados específicos de saúde, outros tipos de demandas de cuidado vão se constituindo ao longo desse processo, especialmente em termos de apoio e assistência social. O atendimento a tais demandas é parte importante da recuperação do sujeito em tratamento.

As demandas de cuidado, bem como as possibilidades de atendê-las, podem ser condicionadas por diversos fatores, tais como: a oferta de serviços de saúde; o contexto de vida dos usuários; o acesso que têm a um conjunto de bens e políticas

públicas e às redes sociais de apoio. Tais demandas podem se complexificar ao longo do tratamento, dependendo desse conjunto de fatores.

No caso específico dos usuários submetidos à cirurgia de quadril, o percurso de atendimento no SUS pode ser longo e pode até mesmo agravar o quadro geral da doença, caracterizado por dores crônicas ou agudas e encurtamento do membro, processos que afetam sua capacidade de locomoção.

Em decorrência da própria doença e do tratamento, por vezes, estes sujeitos enfrentam a impossibilidade de realizarem tarefas cotidianas e, em muitos casos, se veem até impedidos de trabalhar, o que afeta diretamente sua qualidade de vida.

Desta forma, somam-se às demandas de cuidado em saúde outros tipos de necessidades em termos de suporte financeiro e apoio social. Cabe, portanto, investigar quais as alternativas em termos de políticas e medidas de proteção e assistência social que podem ser acessadas por estes sujeitos para enfrentar este conjunto de demandas de cuidado. Cabe também destacar possíveis desafios ou barreiras para que os usuários submetidos à cirurgia de quadril acessem os direitos instituídos no país.

Diante desse quadro, o presente estudo tem como objetivo geral identificar os direitos sociais e de saúde estabelecidos no Brasil que poderiam atender as demandas potenciais de cuidado, em termos de saúde e proteção social, que vão se constituindo ao longo da trajetória percorrida por usuários do SUS inseridos em Serviços de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica de Quadril.

Os objetivos específicos são: (1) analisar as demandas de cuidado em saúde de usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril; (2) mapear a rede de serviços públicos de assistência em saúde que garante a oferta de cirurgias de quadril de Alta Complexidade (3) analisar a base legal que institucionaliza o conjunto de direitos assegurados aos usuários do SUS submetidos à cirurgia de quadril e (4) identificar possíveis desafios para o acesso desses usuários aos direitos sociais e de saúde instituídos no país.

Foram inicialmente consideradas as especificidades do processo saúde-doença no âmbito da ortopedia e as demandas de cuidado em saúde dele decorrentes, particularmente nos casos que implicam a realização da cirurgia de quadril. A revisão bibliográfica sobre esse tema indicou que os estudos publicados têm como foco principal os aspectos biomédicos desse processo e dos cuidados de enfermagem a ele relacionados. Portanto, justificam-se os estudos que contribuam

para aprofundar a análise dos diferentes tipos de demandas que afetam os sujeitos em tratamento, para além daquelas referentes ao cuidado biomédico e a assistência em saúde.

Foram também identificados os tipos de serviços oferecidos pelo SUS nas diferentes instituições de assistência em saúde que integram o sistema, visando mapear a trajetória destes usuários na busca por tratamento. Considerou-se que o perfil de oferta de serviços de saúde tem reflexos no tempo de espera para a cirurgia e no processo terapêutico. Portanto, pode contribuir para que se configurem novas demandas de cuidado.

Foram examinados os direitos que têm sido formalmente estabelecidos no país, para além da assistência em saúde, que podem contribuir para atender ao conjunto de demandas que vão se constituindo nesta trajetória de cuidado médico, especialmente aquelas relacionadas com a assistência e proteção social. Por fim, foram sinalizadas algumas dificuldades que podem ser enfrentadas pelos usuários do SUS para acessarem esses direitos.

O estudo visa aprofundar desafios e oportunidades no processo de cuidado em saúde e indicar especificidades relacionadas ao campo da ortopedia. Considera-se que a compreensão de tais fatores pode sinalizar a perspectiva de uma atenção mais integral ao sujeito que demanda os serviços do SUS. Esse processo ainda é pouco conhecido por profissionais que podem trazer novos olhares sobre o tema, referenciados, por exemplo, ao campo das ciências sociais, da saúde coletiva e da assistência social. A abordagem dessa temática a partir de diferentes óticas pode contribuir para a construção de uma perspectiva de cuidado que vá além do enfoque fundamentalmente biomédico que ainda é predominante.

O estudo está organizado da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta o referencial teórico, o cenário da pesquisa e os procedimentos metodológicos do estudo.

No segundo capítulo são examinados os resultados de uma revisão bibliográfica sobre os temas referentes à questão do cuidado no âmbito da ortopedia, com foco nas especificidades do processo saúde-doença de usuários que demandam cirurgia de quadril.

O terceiro capítulo discute a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, situando-a no contexto da Política de Seguridade Social Brasileira. Apresenta um mapeamento da rede de atenção em

traumatologia e ortopedia no âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traúmato-Ortopedia. Nesse capítulo também são examinadas as atribuições do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), no Brasil e no estado do Rio de Janeiro.

O quarto capítulo apresenta os resultados da análise documental, realizada com o objetivo de identificar o que vem sendo instituído no país em termos de direitos sociais e de saúde que podem ser acessados por usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril no SUS. Destacam-se também alguns possíveis desafios de acesso dos usuários do SUS a tais direitos.

CAPITULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO, CENÁRIO DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta o referencial teórico e conceitual construído ao longo do estudo, bem como os métodos e as técnicas de pesquisa que foram utilizados para analisar as demandas de cuidado potencialmente decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários submetidos à cirurgia de quadril no SUS.

Os principais conceitos norteadores da análise foram: rede de serviços de saúde, cuidado e atenção integral em saúde no âmbito da ortopedia. O conceito de cuidado foi abordado a partir da concepção de cuidado integral em saúde que engloba o respeito à diversidade, a troca de saberes, e o atendimento às demandas do sujeito para além da realização do procedimento cirúrgico (PINHEIRO, 2009a).

A própria Lei Orgânica da Saúde já prevê como um dos princípios básicos do SUS a integralidade das ações, que no documento é definida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, Art. 7).

Políticas efetivas que se destinam a enfrentar questões complexas, condicionadas por múltiplos fatores, requerem a integração de ações (BURLANDY et al, 2014), por isso o usuário precisa ser visto em seu contexto, não apenas como um sujeito isolado nos espaços de saúde.

Foram consideradas também questões que podem afetar o processo terapêutico e as práticas de cuidado nas instituições de saúde e que se referem às vivências e contextos que são fundamentais para a compreensão do cuidado. Tais temas foram tratados a partir da literatura que trata do processo de formação dos sujeitos sociais.

1.1. O CUIDADO EM SAÚDE

Como destaca Heller (2011) são muitos os usos do termo cuidado (“Care”), o que aponta para a importância de considerá-lo segundo os distintos contextos em que as práticas de cuidado se realizam. Para a autora esta é uma palavra que faz parte do nosso dia-a-dia, e sua realização enquanto ação nas relações pessoais muitas vezes é motivada por sentimentos como o amor e o carinho por outra pessoa. A autora ainda destaca questões referentes ao cuidado profissional para com a pessoa em condição de doença, impossibilitada de realizar o próprio cuidado. Indica que as diversas situações em que pode ocorrer o cuidado, por vezes, são permeadas pela noção de responsabilidade, tanto pelo próprio cuidado como pelo cuidado para com o outro.

Segundo Pinheiro, o cuidado historicamente teve seu início no espaço doméstico/privado. Era exercido pela família, gerido especialmente pelas mulheres e transmitido de geração em geração. Quando foi sendo ampliado para os espaços fora da família, passou a ser exercido por profissões historicamente ocupadas por mulheres, numa ação “de mulheres para mulheres”, como enfermagem, serviço social, pedagogia, dentre outras (PINHEIRO, 2009a). Tal característica se destaca nos resultados da pesquisa bibliográfica deste estudo que indicam a prevalência de pesquisas que tratam do tema cuidado no campo da enfermagem.

Não cabe aqui aprofundar a discussão de gênero, mas vale citar Costa que indica que os ganhos obtidos no sistema de proteção social, no âmbito nacional e internacional estão diretamente relacionados à saída das mulheres do espaço doméstico e à luta dos movimentos feministas para que o Estado implementasse ações visando a garantia do cuidado aos cidadãos (COSTA, 2002). Segundo a autora, em todo o mundo, o fato do cuidado ter sido por muito tempo assegurado no espaço doméstico contribuiu para que a construção de sistemas públicos de proteção social fosse adiada. Isto pode explicar, em parte, a atual carência de serviços como creches e abrigos no caso brasileiro (Idem).

O cuidado é realizado por sujeitos para sujeitos, podendo referir-se ao próprio cuidado ou ao cuidado com outra pessoa. Pinheiro o define enquanto “um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e

‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização” (PINHEIRO, 2006, p. 73).

Dessa forma, garantir o cuidado integral em saúde, que é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, vai muito além da garantia das melhores técnicas e formas de intervenção na doença. O cuidado integral em saúde é fruto de relações intersubjetivas e do relacionamento entre pessoas, com repercussões em termos de interações positivas que visam o bem-estar dos indivíduos. Esses processos implicam tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2009a). É o respeito ao direito de ser (e de ser diferente) que implica ter cuidado com as diferenças dos sujeitos.

A garantia do cuidado integral em saúde possibilita que o sujeito se sinta acolhido em suas demandas e necessidades, o que diminui o impacto do adoecimento sobre sua vida (idem).

Ao cuidado está atrelada a noção de responsabilidade, seja ela pelo comprometimento ético do profissional da rede de serviços, seja ela motivada pelas emoções e relacionamentos estabelecidos entre os sujeitos (HELLER, 2011). Dessa forma, quando analisadas as especificidades dos distintos processos de saúde e doença tais responsabilidades não podem ser consideradas de forma isolada, mas devem ser pensadas numa ótica integrada, como ações complementares na perspectiva de garantia do cuidado integral ao sujeito.

O sujeito que está submetido ao cuidado da rede de saúde, juntamente com sua família, está inserido em contextos que não podem ser desconsiderados na análise dessas especificidades. Além disso, o próprio quadro de adoecimento demanda cuidados específicos que estão relacionados, por um lado, com o tipo de patologia e, por outro, com as possibilidades e impossibilidades de oferta da rede de serviços de saúde. Estas (im) possibilidades podem contribuir para agravar o quadro de enfermidade, como, por exemplo, nos casos em que afetam o tempo de espera dos usuários que aguardam na fila para cirurgia.

Se, por um lado, o cuidado pode diminuir os impactos do adoecimento sobre o sujeito (PINHEIRO, 2009a), por outro, a impossibilidade do mesmo poderá implicar no agravamento de situações de doença.

Para compreender o atual contexto em que estão inseridos os usuários dos serviços de saúde e suas famílias importa lembrar que nos últimos anos ocorreram inúmeras mudanças significativas no mundo do trabalho que, de forma direta ou indireta, repercutem em seu cotidiano de vida. Esse contexto afeta as possibilidades de acesso desses sujeitos e de suas famílias aos bens e serviços públicos, bem como às redes sociais de apoio. Consequentemente, afeta suas distintas possibilidades de cuidado.

Muitos usuários e famílias buscam na rede de serviços públicos, para além do SUS, o atendimento às demandas que surgem no período do adoecimento. No entanto, devido às fragilidades do jovem Sistema de Proteção Social Brasileiro nem sempre essas demandas são atendidas (MAIOR, 2012; PEREIRA, 2011).

Tais questões devem ser consideradas, pois promover a saúde vai muito além de apenas ofertar atendimento curativo e implementar ações que são exclusivas do campo biomédico. Implica promover transformações das condições de vida e de trabalho (VASCONCELOS, 1999).

Se, por um lado, a camada mais empobrecida da população é a que mais sofre com as mudanças no mercado de trabalho, é, também, aquela que depende exclusivamente do SUS. Apesar de seu caráter universal, na prática o SUS tem se configurado como um sistema para os pobres, pois importante parcela da população tem procurado os planos de saúde em busca de mais garantia de acesso e prontidão de atendimento (LOBATO, 2009).

A análise do cuidado em saúde deve também considerar diversos fatores que potencialmente afetam o processo saúde-doença e a trajetória terapêutica, tais como questões de ordem cultural, vivências, contextos.

Dessa forma, a definição de cuidado que será aqui utilizada é a de cuidado como valor, apresentada por Pinheiro e Mattos (2007) que o apreendem como uma ação integral que engloba os três eixos temáticos a partir dos quais o conceito de cuidado é comumente tratado na literatura: o eixo da formulação de políticas públicas de saúde; o eixo do conhecimento técnico incorporado nas políticas de saúde (as tecnociências) e o eixo da operacionalização da política de saúde. Segundo os autores, o cuidado como valor exige o “reconhecimento do *ethos* cultural de quem é

cuidado, pois negar isso é negar a possibilidade efetiva de sua (re) valorização” (PINHEIRO; MATTOS, 2007, p. 21).

Só a partir desse reconhecimento do *ethos* cultural dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, e da troca de saberes entre usuários e os profissionais que exercem o cuidado, será possível alcançar a integralidade das ações em saúde, neste caso, a integralidade no cuidado em saúde na ortopedia. Segundo Pinheiro, “a ‘integralidade’ é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2009, p. 262).

Na abordagem das questões referentes ao cuidado em saúde, é importante considerar que não há como estabelecer uma forma “ideal” de cuidado que expresse a realidade dos diversos sujeitos sociais. A forma como os grupos se organizam para desempenhar o cuidado depende de fatores relacionados ao contexto, às experiências e às interpretações por eles construídas.

São inúmeras as diferenças entre os sujeitos que demandam o cuidado e/ou os que são protagonistas no processo de cuidado. Por isso é fundamental que as mesmas sejam consideradas, para que seja assegurado a estes usuários o respeito às suas singularidades e para que existam espaços abertos à troca de experiências e saberes nas Instituições de Saúde.

1.1.2. Sujeitos Sociais e a Diversidade do Cuidado

A análise do cuidado em saúde deve levar em consideração que são múltiplas as diferenças entre os sujeitos sociais que desempenham o papel de cuidadores e também entre os que recebem o cuidado.

Questões relacionadas à subjetividade e ao processo de formação dos sujeitos sociais não são o foco de análise deste estudo, porém importa que as mesmas sejam aqui citadas pois muitos são os contextos em que estão inseridos os sujeitos sociais que demandam cuidado em Saúde. Este cuidado num campo específico não pode ser visto de forma isolada, pois ele também se manifesta

através de inúmeras redes que se estabelecem entre os sujeitos sociais. Dessa forma, a análise do cuidado em saúde deve levar em conta as vivências e saberes que são trazidos pelos sujeitos/ usuários dos serviços de saúde e suas famílias.

A literatura que trata da formação dos sujeitos sociais indica a necessidade de serem considerados o contexto e as experiências dos sujeitos e alerta sobre o risco da violência simbólica quando essas questões são desconsideradas (BOURDIEU, 2008; COSTA, 2002; NEVES, 2006; FONSECA, 2002; KEHL, 2000).

Outro ponto que não pode ser ignorado refere-se às diferenças entre os profissionais que exercem profissões voltadas ao cuidado e os sujeitos que integram as redes sociais de apoio e cuidado, e que se tornam cuidadores e apoiadores.

Considerando as práticas nas Instituições de Saúde é comum que essa diferença seja estabelecida quando há uma relação entre o usuário em processo de adoecimento e o profissional de saúde. Um exemplo dessas diferenças é o caso de um profissional de nível superior que, ao longo de sua vida, frequentou espaços de classe média, incluindo escolas, centros culturais, viagens, etc., e realiza o atendimento a um usuário dos serviços da rede pública de saúde, proveniente de uma região habitada por famílias de baixa renda, com baixa escolaridade, inseridas em empregos subalternos.

Por pertencerem a grupos sociais e categorias profissionais distintos o profissional de saúde tenderá a estabelecer a diferença ao ser confrontado com uma realidade distinta daquela que vive. A partir desse distanciamento entre o espaço social do profissional em relação ao do usuário, corre-se o risco de se considerar que uma determinada prática ou costume de uma classe ou grupo seja “boa”, ou “ruim”, em relação à outra, ocorrendo assim o que Bourdieu classifica como violência simbólica quando tudo que difere da classe dominante (gostos, práticas, costumes) é tido como algo ruim (BOURDIEU, 2008).

Tais diferenças estarão sempre presentes, pois o espaço onde se estabelece o relacionamento terapêutico é o espaço entre dois discursos, entre percepções diferentes do corpo e de mundo (BONET e TAVARES, 2007).

O Sujeito comum tem hábitos e costumes que se diferem segundo sua inserção cultural, social, e as experiências que viveu. É preciso considerar que esse sujeito, o Sujeito Moderno, do qual Kehl (2000) nos fala do seu processo de

formação ao longo dos anos, pode ser, em diversos aspectos, o mesmo que frequenta os mais diversos espaços e que é atendido por um conjunto de políticas que lhe asseguram determinados direitos e deveres. Suas demandas, interesses e dificuldades não podem ser pensados de forma isolada. Além disto, não podemos deixar de considerar que lidamos com sujeitos em constante transformação que se inserem numa sociedade moderna que também está em constante transformação (HALL, 2002).

Fonseca (2002) nos chama atenção ao fato de que não lidamos com apenas um tipo de sujeito social, com sua singularidade. Existem sujeitos que vivem suas singularidades. Este é um desafio posto a todos os profissionais e Instituições voltados ao cuidado em saúde.

No contexto atual, os tratamentos de doenças seguem protocolos e, as próprias Instituições de Saúde tem toda a sua rotina previamente elaborada para que obtenham selos de qualidade e certificados de Acreditação Hospitalar. Pode-se considerar que este foi um ganho do ponto de vista do controle de procedimentos, da busca de mais qualidade no atendimento e de garantia de um protocolo mínimo de serviços, por outro lado até que ponto este tipo de padronização abre espaço para a singularidade? Essas rotinas e protocolos devem levar em conta a multiplicidade de sujeitos que abrangem e que necessitam ser escutados em suas demandas particulares.

São múltiplas as estratégias que famílias e grupos sociais têm criado em busca da garantia do cuidado, o que Freitas (2002) chama de outras normalidades, em oposição ao que é tido como normal (a família hegemônica tradicional). Lidar com essas estratégias ou diferentes formas de organização das famílias para assegurar o cuidado, como nas situações de circulação de crianças, idosos provedores, adultos que residem sozinhos, etc., é desafiador não apenas do ponto de vista de aceitá-las e respeitá-las como um tipo diferente de alternativa daquela que poderia ser adotada pelo profissional, como também perante as exigências legais postas às Instituições de Saúde e aos critérios estabelecidos em seus protocolos. Pode ocorrer, por exemplo, que uma criança, adolescente, um idoso, ou pessoa com deficiência, que não possa responder por seus atos, compareçam aos serviços de saúde para realização de cirurgias eletivas, como, por exemplo, as cirurgias ortopédicas de quadril, acompanhados de pessoas que na prática exercem

o papel de cuidadores, mas que formalmente não são seus responsáveis legais. Neste caso, certamente poderão enfrentar até mesmo impedimentos burocráticos para a realização de determinados procedimentos.

Outra situação vivenciada por muitos usuários dos serviços de saúde é o crescimento do número de idosos provedores, com destaque para o papel das idosas. Tal situação não é nova e tem se configurado como mais uma alternativa das famílias para preencher a lacuna deixada pelo sistema de proteção social brasileiro na garantia do cuidado aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social (NEVES, 2006).

Esta realidade cresce acompanhando o desmonte do Estado e a precarização das condições de trabalho, que tem levado as famílias, especialmente aquelas compostas de jovens, a se inserirem no mercado de trabalho de forma vulnerável. A remuneração recebida não permite ao trabalhador dar conta do seu sustento e de sua família (idem). A autora discute a situação dos idosos provedores e destaca que mesmo aqueles em situação de pobreza e extrema pobreza tem assumido esse papel.

Neves (2006) chama atenção ao fato de que para a maioria desses idosos, que são beneficiários de programas e benefícios sociais, a condição de “indigência” não é nova, é consequência de uma vida laborativa marcada pela inserção informal no mercado de trabalho. Segundo a autora, não apenas os recursos da aposentadoria e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) são direcionados ao sustento dos filhos e em especial dos netos, mas ocorre ainda a busca itinerante por recursos em instituições filantrópicas (como roupas, cestas de alimentos, brinquedos, remédios, etc.).

Reconhecer as diferenças e os costumes, que são moldados por contextos, culturas e experiências distintas, contribui para uma prática que busca minimizar as situações onde o usuário dos serviços se torna vítima de violência simbólica. A violência simbólica ocorre onde a realidade apresentada por um sujeito é vista como algo ruim, como práticas erradas que precisam ser corrigidas, em prol de um único padrão de cuidado (BOURDIEU, 2008).

As experiências da atualidade indicam que, da mesma forma que temos singularidades e sujeitos (no plural), podemos falar também em cuidados, que se

expressam das mais diversas formas segundo as lacunas e alternativas encontradas por cada grupo de sujeitos sociais. Tais termos são tratados no plural indicando que a realidade dos indivíduos não é monolítica, e que lidamos com realidades que precisam ser consideradas e respeitadas.

Essas discussões sobre sujeitos sociais e diversidade do cuidado, mesmo não sendo foco principal desse estudo, devem ser consideradas na análise do cuidado, pois auxiliam a compreender a forma com que muitos usuários se organizam com suas famílias e/ou redes sociais de apoio para garantir o cuidado no período de adoecimento, tratamento e reabilitação.

1.2. O CAMINHO METODOLÓGICO – MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Os métodos de pesquisa adotados incluíram o mapeamento do debate sobre o cuidado em saúde e o exame de suas especificidades no campo da cirurgia ortopédica de quadril.

Para tal, foi realizada uma pesquisa exploratória por meio de revisão narrativa de literatura científica que aborda cuidado em relação aos usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril.

Este tipo de revisão é adequada em casos onde a pesquisa original é escassa, pois permite descrever e discutir o cenário da produção científica em torno dos temas que são objeto do estudo (ROTHER, 2007). Enquanto etapa exploratória do estudo possibilita também uma aproximação maior com o objeto de estudo e seu contexto (GIL, 2002; PIOVAN; TEMPORINI, 1995).

Foram examinadas as potenciais demandas de cuidado do usuário inserido em serviços de alta complexidade em cirurgia ortopédica de quadril, considerando as características desse processo de adoecimento frente aos entraves da estruturação da rede de serviços. Para tal utilizou-se como referência bibliográfica as publicações do INTO e da Sociedade Brasileira do Quadril que apresentam questões para além de aspectos biomédicos e dos cuidados de enfermagem, orientando os usuários quanto ao próprio cuidado e aos cuidados que necessitará receber de seus cuidadores no domicílio.

O estudo também mapeou a oferta de serviços de Alta Complexidade em cirurgia ortopédica de Quadril no Brasil, com foco no estado do Rio de Janeiro. Esse estado sedia um Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, órgão regulador no âmbito da Política Nacional de Atenção em Traumatologia e Ortopedia, e enfrenta o problema da demanda reprimida por atendimento nessa área.

Com o objetivo de mapear a rede de serviços públicos de assistência em saúde que garante a oferta de cirurgias de Quadril de Alta Complexidade foram analisados os dados referentes à realização desse procedimento na rede do SUS, tendo como referência a Artroplastia Total Primária do Quadril Não Cimentada (procedimento cirúrgico que será explicado posteriormente). Esse procedimento, além de sua expressiva produção, concentra um grande número de usuários aguardando em fila de espera para realização do mesmo no estado do Rio de Janeiro.

Foram considerados aspectos relacionados à Institucionalização da Seguridade Social Brasileira, a partir da conquista dos direitos de cidadania na Constituição Federal de 1988. Instituída sete anos após a Institucionalização do SUS e cinco anos após a Lei Orgânica da Saúde, o contexto de implementação da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é o de avanços e retrocessos no campo da seguridade social, com a expansão de políticas focalizadas, regionalizadas e descentralizadas, com foco na municipalização.

Questões relativas à construção da Seguridade Social, das políticas sociais, das políticas de saúde, e das redes de atenção à saúde no Brasil foram analisadas visando compreender de que forma está estruturada a atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia no país.

O processo estudado se configura no contexto de uma política específica, qual seja, a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia. Portanto, cabe compreender a forma como os principais temas relacionados a esse campo de políticas têm sido abordados na literatura e nos documentos norteadores da ação do Governo Federal. Para tal, nessa etapa da pesquisa foram estudados os seguintes documentos: (1) a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia; (2) a Portaria número 90, de 27 de março de 2009, que trata da organização da rede de atenção em alta

complexidade em traumatologia e ortopedia e (3) publicações do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO). Esses documentos também contribuíram para o exame das atribuições do INTO na política Nacional de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia no estado do Rio de Janeiro e no Brasil.

Foram consultadas as bases de dados indexadas do SUS com o objetivo de identificar informações sobre a rede de serviços em traumatologia e ortopedia, especialmente sobre a oferta de cirurgias ortopédicas do quadril de alta complexidade, e os resultados dos atendimentos por esta especialidade. Tais informações foram obtidas junto às bases de dados do DATASUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incluindo o Censo Demográfico 2010, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD e o site IBGE Cidades. Foram examinados os resultados relacionados ao processo saúde-doença que é foco desse estudo. Foram também considerados os resultados de atendimentos publicados nos relatórios de gestão do INTO e em Publicações do Ministério da Saúde.

Foram pesquisados os dados referentes ao atendimento nos serviços de alta complexidade realizados no Brasil, com destaque para os serviços de ortopedia e ênfase na produção hospitalar do estado do Rio de Janeiro.

Por fim, foi analisado o conjunto de direitos já constituídos no país e que podem contribuir para atender as demandas anteriormente identificadas sinalizando possibilidades e desafios para a efetivação destes direitos já identificados na literatura acadêmica.

A análise documental, importante ferramenta no estudo de políticas sociais, foi utilizada para a compreensão do conjunto de documentos utilizados como fontes de informação. Além das normativas governamentais relativas à assistência em saúde em tráumato-ortopedia foram também analisados os direitos estabelecidos na base legal brasileira nos campos da saúde e da proteção social que tem interface com o processo saúde-doença aqui analisado. Este método, além de possibilitar uma primeira aproximação ao objeto geral da pesquisa em andamento, permite que seus resultados possam ser combinados com outros métodos (BOWEN, 2009).

Esse tipo de análise se torna desafiadora porque deve estar atenta ao contexto em que o documento foi produzido, quem foram os autores, de que tipo de documento se trata, qual a credibilidade, representatividade, confiabilidade, e a natureza (pública ou privada) do documento (CELLARD, 2010). Os documentos são uma forma de contextualização da informação, não são apenas simples dados, são tópicos de pesquisa porque foram construídos em determinados contextos, por determinados atores (FLICK, 2009). Há um significado social e político nos documentos que deve ser considerado (FREEMAN e MAYBIN, 2011).

O objetivo foi identificar o que vem sendo definido em termos de direitos que possam ser relacionados aos usuários dos serviços de saúde que demandam cuidado em virtude do processo saúde-doença envolvendo a necessidade de cirurgia de quadril.

Foram analisadas publicações do Governo Federal, amplamente divulgadas e profundamente conhecidas pelos que atuam no campo das políticas sociais, neste caso especificamente no âmbito das políticas de Saúde e de Proteção Social. Independente do grau de conhecimento a respeito desses documentos, o processo de pesquisa demanda uma postura reflexiva que implica abrir mão de hipóteses iniciais, ter um olhar atento para novos dados, examinar novas fontes para que seja possível reconstruir respostas e novos modos de olhar a questão. Assumindo essa postura, “o pesquisador desconstrói, tritura seu material à vontade; depois, procede a uma reconstrução, com vista a responder ao seu questionamento” (CELLARD, 2010, p. 304).

No âmbito deste estudo, com o objetivo de identificar os direitos sociais e de saúde dos usuários submetidos à cirurgia de quadril e os possíveis desafios para o acesso desses usuários a esses direitos, foram selecionados documentos que tratam mais especificamente dos direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde. Foram analisados os seguintes documentos: Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), e Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009). Para esta análise foi construído um roteiro de análise documental apresentado no apêndice A deste estudo.

No próximo capítulo são apresentadas as especificidades do processo saúde-doença no campo da ortopedia, tendo como objetivo identificar as potenciais demandas de cuidado dos usuários submetidos à cirurgia de quadril.

CAPÍTULO 2 - O CUIDADO E ORTOPEDIA E AS ESPECIFICIDADES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM USUÁRIOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE QUADRIL

A relevância de estudos sobre cuidado em ortopedia foi reforçada já no início da pesquisa por ocasião da consulta à lista de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O termo “cuidado em saúde”, apesar de muito debatido atualmente, não consta de forma isolada, na lista dos descritores em Ciências da Saúde disponível no site da BVS (<http://decs.bvs.br>). Nessa base de dados foram encontrados 25 resultados envolvendo o termo cuidado, mas sempre relacionado a uma situação específica de saúde/doença, ou a um grupo populacional ou profissional específico, como cuidado da criança, cuidado de enfermagem, dentre outros.

Inicialmente, tal resultado pode sugerir a existência de uma lacuna desse debate na área de ortopedia, já que o tema do cuidado em saúde tem sido amplamente abordado nos últimos anos nas Ciências da Saúde e nas Ciências Sociais e associado, principalmente, à discussão de integralidade no SUS. A série de publicações intitulada “Cidadania no Cuidado”, que são organizações de textos realizadas pelos grupos de estudos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – IMS indica a relevância desse debate (PINHEIRO, MATTOS, 2007; PINHEIRO, SILVA JUNIOR, 2011).

Por outro lado, pode-se considerar um avanço o fato do tema constar em tal lista de descritores não como uma abordagem geral (cuidado em saúde), mas sempre associado a uma situação específica de saúde. Isto indica a importância de serem consideradas as especificidades de cuidado de acordo com a condição de saúde e/ou da doença dos sujeitos que está em pauta. Nesse sentido, cumpre destacar a inexistência do descritor cuidado em ortopedia e a relevância de que sejam realizados estudos sobre o tema.

As seguintes bases de dados foram pesquisadas: PubMed, do National Center for Biotechnology Information; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o Banco de Resumos de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento

de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por serem estes importantes bancos para a consulta de estudos nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde.

Foram utilizados os seguintes termos para identificação de estudos nessas bases de dados: *Cuidado em Saúde, Assistência em Saúde e Ortopedia* (realizando a busca do termo exato). O recorte temporal foi de 10 anos (2005 a 2014). A inclusão dos descritores *Cuidado no Domicílio* e *Cuidado Domiciliar* foi uma primeira tentativa de localizar estudos que abordem os cuidados realizados no domicílio pela família e/ou cuidadores.

Num segundo momento a busca foi realizada combinando alguns termos: *Cuidado e Ortopedia, Assistência em Saúde e Ortopedia, Cuidado e Proteção Social, Cuidado Familiar e Ortopedia, Cuidado no Domicilio e Ortopedia*. Os resultados foram organizados conforme o Quadro 1, onde também foram incluídos os principais assuntos e áreas de publicação dos artigos.

QUADRO 1: Pesquisa Bibliográfica em bases indexadas por descritores 2005 à 2014

DESCRITORES	BASE DE DADOS			
	LILACS	SCIELO	Portal Capes	PubMed
Cuidado em Saúde	333 (assunto principal: saúde mental - 53)	200	198 (99 na área de conhecimento enfermagem)	6
Assistência em Saúde	213 (assunto principal: Assistência à saúde mental - 65)	67	49	23
Ortopedia	887	385	170	603
Cuidado no domicílio	464 (Assuntos Principais: assistência domiciliar - 139 serviços de assistência domiciliar - 119)	148	8	Nenhum registro encontrado
Cuidado no domicílio (busca exata)	17	16	2	Nenhum registro encontrado
Cuidado Familiar	1823 (930 - área de enfermagem)	596 (355 da área de enfermagem)	390	1
Cuidado Familiar (busca exata)	54 (36 - área de enfermagem)	42	13	1
Busca de descritores combinados				
Cuidado, Ortopedia	13	6	4	Nenhum registro encontrado
Assistência em Saúde, Ortopedia	19	2	10	Nenhum registro encontrado
Cuidado, proteção social	100 (Assuntos principais: 14 - cuidado da criança, 14 - bem-estar da criança, 9 - cuidados de enfermagem)	28 (13 - área de enfermagem)	86 (24 - área de conhecimento enfermagem)	Nenhum registro encontrado
Cuidado familiar, ortopedia	Nenhum registro encontrado	1	Nenhum registro encontrado	Nenhum registro encontrado
Cuidado no domicilio, ortopedia	Nenhum registro encontrado	Nenhum registro encontrado	Nenhum registro encontrado	Nenhum registro encontrado

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos das seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, Portal CAPES, e PubMed. Período pesquisado 2005 à 2014. Pesquisa realizada em agosto de 2015.

Chama atenção a expressiva quantidade de artigos que tratam do tema Cuidado Familiar (1823 na base de dados da LILACS), porém logo se observa que os principais assuntos abordados no âmbito desta temática se referem aos Cuidados de Enfermagem, ao Programa/ Estratégia de Saúde da Família, ao Cuidado Pré-natal, dentre outros.

Nas buscas realizadas identificou-se a prevalência de estudos oriundos da área de enfermagem, tratando especificamente de aspectos relacionados ao cuidado profissional desta categoria. Este dado indica uma importante preocupação de enfermeiros (as) em discutir o seu “fazer profissional”, e também uma grande contribuição desses profissionais na produção de conhecimento sobre suas práticas de cuidado junto aos usuários dos serviços de saúde. Porém, após exame mais aprofundado dos conteúdos abordados, observou-se que prevalecem estudos que tratam especificamente dos cuidados de enfermagem.

Considerando que a ortopedia é uma especialidade na área da saúde que conta com uma política própria, com unidades de referência e com equipes multiprofissionais especializadas, são poucos os estudos publicados nessa área que discutem questões não relacionadas aos aspectos biomédicos e/ou aos cuidados de enfermagem.

Dentre as publicações localizadas a partir do descritor *Ortopedia* observa-se que os estudos tratam especificamente de diagnóstico, prognóstico, técnicas cirúrgicas e que foram publicados em revistas especializadas nos seguintes assuntos: ortopedia (274), traumatologia (153), medicina (144), ortodontia (113), cirurgia geral (84), odontologia (61), medicina veterinária (26).

Ao realizar a busca combinada dos termos *Ortopedia* e *Cuidado* foram encontrados 13 artigos na base LILACS, seis estudos na base Scielo, quatro estudos no portal Capes. Nenhum estudo foi localizado por estes descritores na base PubMed.

Quando combinados os termos *Assistência em Saúde* e *Ortopedia* foram localizados 19 estudos na base LILACS, dois (2) estudos na base Scielo, 10 estudos no Portal Capes. Nenhum estudo foi localizado por estes descritores na base PubMed. Verificou-se que, a busca combinada desses termos possibilitou um aumento significativo do número de estudos identificados se comparado com os

resultados para *Ortopedia e Cuidado*. Porém os resultados obtidos em ambas as buscas é semelhante. Os resumos destes estudos foram selecionados para leitura. Não foram aplicados critérios de inclusão ou exclusão dada a pequena quantidade de artigos. Identificou-se que os estudos localizados abordam os temas *Cuidado*, e *Ortopedia e Assistência em Saúde e Ortopedia* fundamentalmente a partir dos aspectos biomédicos e cirúrgicos e dos cuidados de enfermagem durante o tempo de internação hospitalar.

Apenas um dos estudos selecionados trata de aspectos não relacionados aos cuidados de enfermagem, ao procedimento cirúrgico em si ou a outros temas biomédicos. O estudo de Katharine Fonseca de Almeida, realizado no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad - INTO, que tem como título “Por uma Tecnologia de Cuidado Integral ao paciente da fila de espera para artroplastia total primária de Joelho no INTO”, apresentado como dissertação de mestrado profissional em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz, no ano de 2011 (ALMEIDA, 2011) propõe construir junto à equipe multiprofissional uma linha de cuidado ao usuário que aguarda em fila de espera para realização de artroplastia total de joelho.

O estudo de Katharine Almeida (2011) contribui para o conhecimento em relação ao campo da ortopedia uma vez que a autora, de forma muito clara, indica as dificuldades em tratar de temas não relacionados aos procedimentos cirúrgicos junto aos cirurgiões. A autora sinaliza que contou com uma boa receptividade da equipe multiprofissional, porém destaca o pouco tempo que pôde utilizar nas reuniões de equipe do Centro de Atenção especializada em Cirurgia do Joelho, onde os temas abordados são predominantemente cirúrgicos. Isto culminou na impossibilidade de construir uma proposta de cuidado junto à equipe.

Sem a intenção de realizar uma análise da rede de serviços, ou das demandas de cuidado do usuário, a autora, que atua na área de saúde mental, apresentou relatos de dor, sofrimento psíquico e emocional dos usuários enquanto aguardam o chamado para cirurgia (ALMEIDA, 2011).

A fim de expandir a busca de estudos sobre cuidado em ortopedia, considerando aspectos relacionados também com a família nas diversas etapas do tratamento/adoecimento, foram incluídos na pesquisa os termos: *Cuidado no*

Domicílio e Cuidado Familiar. No entanto, ao serem combinados com o termo *Ortopedia* não foram encontrados estudos.

Diante do objetivo inicial de mapear o debate sobre o cuidado em saúde e suas especificidades no campo da cirurgia ortopédica de quadril os resultados da pesquisa bibliográfica exploratória apontaram a inexistência de estudos que tratem do tema a partir dos objetivos propostos neste trabalho.

Estes resultados indicam a necessidade de que novos estudos voltados para as áreas das ciências sociais e da saúde sejam realizados no campo da ortopedia, levando em consideração aspectos relacionados com as demandas sociais; a implementação da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatismo-Ortopedia; o processo pós-alta, a reabilitação e os cuidados no domicílio, realizados em especial com o apoio da família, dos cuidadores e/ou de redes sociais de apoio.

Chama atenção o fato de que ainda que a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatismo-Ortopedia (BRASIL, 2005) tenha completado 10 anos de existência, ainda é incipiente o debate sobre as ações e processos abarcados em seu escopo.

Como observado nos resultados desta pesquisa bibliográfica, nesses 10 anos foram publicados 887 estudos na base LILACS, 603 na Base PubMed, 385 na base SCIELO e apenas 170 estudos na base CAPES localizados pelo descritor *Ortopedia*, onde há a predominância de temas relacionados ao procedimento cirúrgico, ou seja, à especialidade ortopédica.

Um dado de grande relevância é que uma característica destes estudos é que não objetivam o debate em torno da política, de sua implementação, e das redes de serviços. Há uma predominância de estudos que tratam de aspectos relacionados aos procedimentos e técnicas cirúrgicas, aos cuidados de enfermagem, ao diagnóstico e prognóstico da doença, o que indica a relevância de que sejam elaborados estudos voltados para a implementação desta política, para a análise de seus resultados e para o mapeamento de redes.

Uma vez que um dos objetivos específicos desse estudo é analisar as demandas de cuidado em saúde de usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril, foram examinados os trabalhos selecionados na pesquisa bibliográfica no

sentido de identificá-las. No entanto, tais demandas não são explicitadas nessas publicações, mas podem ser encontradas em documentos e materiais educativos destinados a esclarecer os sujeitos atendidos pelas instituições de saúde. Os resultados desta investigação são apresentados a seguir.

2.1. ESPECIFICIDADES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM USUÁRIOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ORTOPÉDICA DE QUADRIL

Muitos são os desafios enfrentados pelos sujeitos submetidos à cirurgia ortopédica de quadril para a garantia do seu próprio cuidado, ou do cuidado com algum membro de sua família, em situações em que se vê impedido de se locomover de forma adequada e/ou de prover o sustento familiar. Estes desafios se colocam especialmente no processo pós-operatório da cirurgia de quadril e devem ser considerados na perspectiva do cuidado integral em saúde. São inúmeros os impedimentos que a doença impõe aos sujeitos e que mudam a forma dos mesmos se relacionarem com a sua rede de relações sociais, com o trabalho, com a família, etc.

(...) a condição de enfermidade por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, o enfermo experimenta fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava a identidade é alterado de forma brusca com a doença. (ANDRADE; VAITSMAN, 2002, p. 927).

Enquanto aguarda ser chamado para cirurgia, este usuário adoecido percorre os caminhos das agências da Previdência Social, do Ministério do Trabalho, da Defensoria Pública, e busca nestas diversas instâncias a garantia do mínimo necessário ao próprio cuidado/sustento e para com sua família, durante o seu tratamento. Como ocorre em outras situações de doença, o adoecimento do provedor da família leva à que outro membro do grupo familiar, seja o filho jovem, ou o cônjuge (frequentemente a mulher) se insira de forma precária no mercado de trabalho para garantir o sustento e o cuidado da família (MAIOR, 2012).

O processo de cuidado pós-operatório e pós-alta hospitalar para a maioria dos procedimentos cirúrgicos de alta complexidade em ortopedia requer repouso, cautela com os movimentos para a realização das atividades cotidianas e principalmente o auxílio de terceiros no preparo dos alimentos, na higiene do ambiente, e em alguns casos no próprio cuidado, como ocorre com as artroplastias que são “procedimentos cirúrgicos que visam a substituir parcial ou totalmente uma articulação, com a finalidade de restaurar sua mobilidade” (BRASIL, 2012, p. 16).

Tais informações são repassadas aos usuários por meio dos profissionais da equipe multiprofissional, de sites médicos, como o site da Sociedade Brasileira de Quadril e por meio de cartilhas de orientações aos usuários como as publicadas pelo INTO.

No caso das cirurgias de quadril, na maior parte dos procedimentos, o usuário, quando recebe alta hospitalar, deambula com auxílio de muletas ou andador e, em muitos casos precisa se submeter a um acompanhamento fisioterápico e se afastar das atividades laborativas até a total reabilitação do membro operado. Dada a localização da cirurgia, alguns movimentos simples e atividades do cotidiano como sentar, levantar, deitar, entrar num veículo, caminhar, etc. deverão ser realizadas com cautela, conforme orientação da equipe. Para a realização completa de atividades como banhar-se, vestir-se, cortar as próprias unhas, pegar objetos que estejam em local baixo, etc, o usuário necessitará do auxílio de outra pessoa (INTO, 2015; DUARTE, 2009).

Algumas condições de moradia são necessárias para o completo reestabelecimento do usuário, tais como: espaço livre no interior do domicílio que lhe permita deambular com muletas ou andador; cama e cadeira ou sofá que não sejam muito baixos evitando que o sujeito em pós-operatório dobre demais o quadril. São recomendados ainda o uso de triângulo abductor entre os membros inferiores para evitar luxação (desencaixe da prótese), o uso de cadeira higiênica ou suporte para vaso sanitário e que se evite subir e descer escadas (INTO, 2015).

Segundo informações da Sociedade Brasileira de Quadril, o não cumprimento das orientações de repouso da equipe nos dois primeiros meses do processo pós-operatório pode significar o risco de queda, luxação (desencaixe) da prótese, dependendo do tipo de procedimento realizado (SBQ, 2015).

No INTO o usuário recebe tais orientações por meio da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Especializada em Cirurgia de Quadril – CAE Quadril - durante os períodos de pré e pós-operatório. Nestas etapas do tratamento o usuário é orientado quanto à importância de contar com um cuidador no domicílio, alguém que possa lhe auxiliar a cumprir com as orientações da equipe no período pós-alta.

Para alguns usuários a necessidade de um cuidador não é algo novo, nem exclusivo do momento do pós-operatório, já que contam com o apoio de cuidadores como parte da sua vida cotidiana, dadas as características de seu processo de adoecimento: a limitação; a dor; a perda da qualidade de vida; a incapacidade para o trabalho. Esses sujeitos convivem com essas limitações de forma crônica, no entanto, elas podem ser agravadas durante o período de espera em fila para cirurgia.

Porém, nos casos em que os sujeitos ainda mantinham certa independência na realização de suas atividades cotidianas, tais orientações nem sempre são vistas com tranquilidade por parte deles e/ou de suas famílias. Como já reiterado, não há como desconsiderar que o sujeito em processo de adoecimento está inserido num meio onde desempenha um papel social e mantém relações com sujeitos também inseridos em uma realidade social por vezes distinta daquela vivida pelo profissional de saúde (BOURDIEU, 2008).

Esses processos debilitantes e incapacitantes, que podem ser identificados nos casos que envolvem as cirurgias de quadril, indicam que não basta ao usuário dos serviços de ortopedia ser atendido exclusivamente em sua necessidade cirúrgica. Este sujeito apresenta um conjunto de demandas que ele pode ou não ter condições de atender sozinho, ou ele pode ou não contar com uma rede social de apoio. Essas demandas se intensificam diante da necessidade de grande deslocamento para acessar a rede de serviços, e diante do longo tempo de espera para a realização da cirurgia.

CAPÍTULO 3 - O SUS, A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA E O PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS DE ESPECIALIZADOS EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Para identificar as potenciais demandas de cuidado dos usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril de Alta Complexidade é necessário recompor o percurso transcorrido por esses sujeitos para acessarem tais serviços. Para tal, este capítulo apresenta um breve mapeamento da rede de serviços públicos de assistência em saúde que inclui a oferta de cirurgia de quadril. Diante dos dados de oferta é possível indicar qual a possível trajetória que o usuário tem que percorrer para ser atendido e quais as implicações desta trajetória para as demandas de cuidado em termos de saúde, assistência e apoio social.

3.1. ANTECEDENTES E CONTEXTO DE INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA NO BRASIL

O processo de redemocratização do Brasil, ocorrido nos anos 1980, trouxe inúmeras mudanças na gestão das políticas públicas, especialmente nas de corte social. Num contexto de consolidação do sistema federativo, tais políticas foram marcadas pela descentralização da gestão e tiveram na Constituição Federal de 1988 um marco histórico para a definição de um conjunto de direitos (ABRUCIO, 2014; ARRETCHE, 1998).

Fruto de intensas lutas políticas, após um longo período de Ditadura militar vivido no país, o texto constitucional, além de constituir-se num marco do processo de democratização, traz a inédita concepção de cidadania. Institui a seguridade social como um avanço e consolida um modelo ampliado de políticas que prevê a universalidade da saúde, a previdência social “a quem contribuir” e a assistência social “a quem dela necessitar”. Tais direitos eram, até então, restritos a alguns segmentos da população brasileira.

Pela primeira vez na configuração das políticas sociais brasileiras bens sociais são garantidos como direitos de cidadania (LOBATO, 2009). Segundo Santos, encerra-se o período de cidadania regulada no país, onde eram cidadãos de direitos aqueles vinculados a uma classe trabalhadora (SANTOS, 1994).

Segundo Lobato (2012), o modelo de seguridade social implementado no Brasil é um modelo de proteção social que altera de forma significativa o papel do Estado nas economias capitalistas. Num período de expansão no modelo capitalista no mundo, segundo a autora o modelo que se desenha no Brasil *apostava na possibilidade de associação virtuosa* entre economia capitalista (alternativa liberal tradicional) e justiça social (modelo socialista do leste europeu).

Diferentes tipos de sistemas de proteção social vem sendo desenhados e implementados em diversos países do mundo. Gosta Esping-Andersen (1991) analisa detalhadamente as três economias políticas do Welfare State. O autor destaca a importância de serem considerados no estudo dessas tipologias não apenas os direitos e garantias previstos em cada modelo, mas principalmente o papel do Estado em relação ao mercado e à família. Esping-Andersen (1991) apresenta três tipos de welfare state, considerando os direitos, garantias e o papel do Estado, a saber: (1) o modelo liberal, residual, caracterizado por políticas focalizadas a quem delas necessitar; (2) o modelo social-democrata, caracterizado por políticas sociais universais; e (3) o modelo corporativista, caracterizado por políticas vinculadas às classes contribuintes.

A Constituição Federal de 1988, desenhada com características desses diferentes tipos de Welfare, traz em si contradições e híbridos. Por um lado, constituiu-se num marco em termos de direitos sociais, e um avanço legal significativo que colocou a política social brasileira num lugar diferenciado quando comparada aos referenciais estabelecidos nas conjunturas antecedentes. Por outro, a Seguridade Social brasileira ainda se configura por um conjunto de políticas que são diferentes quanto à forma de acesso, de financiamento e na qualidade dos serviços prestados. Segundo Lobato “a permanência desses híbridos impede a equidade e a cidadania propostas no modelo da Constituição de 1988” (LOBATO, 2009, p. 721).

As políticas sociais avançaram principalmente em termos do reconhecimento de que os problemas sociais são produzidos socialmente e de que a desigualdade é

gerada pela sociedade. Porém, em paralelo, tais políticas têm sido marcadas por um viés de focalização, pelo foco na pobreza (definida pela renda) e, ainda, pelo subfinanciamento. Além disto, são características desse campo de políticas: os constantes contingenciamentos de recursos para equilíbrio fiscal; os desequilíbrios fiscais entre regiões; a excessiva autonomia dos entes subnacionais; a baixa cobertura assistencial; o acesso precário; a baixa qualidade dos serviços e a frágil integração intersetorial (LOBATO, 2009, p. 722).

Pouco tempo após a sua institucionalização como Direito Universal, a Saúde teve promulgada a sua Lei Orgânica (lei 8.080 de 1990), que estabelece a saúde enquanto um direito de todos e institui o dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Cumprindo com o exposto no texto Constitucional, o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos diversos órgãos vinculados aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) passa a compor o Sistema Único de Saúde (SUS) organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1988, 1990).

O processo de descentralização das políticas sociais representou uma tentativa de democratização das políticas no plano local. Porém, o que de fato ocorreu foi a descentralização da execução das políticas. A autoridade regulatória ficou preservada na União, que inclusive pode legislar sobre os gastos dos estados e municípios (ABRUCIO, 2014; ARRETCHE, 1998).

Segundo Abrucio (2014), no Estado federal (termo que o autor utiliza para caracterizar o Estado federado) há o compartilhamento da soberania, onde a federação é um pacto entre unidades territoriais que escolhem estabelecer uma parceria conformando uma nação. Caracteriza-se também por ser um sistema conflitivo, onde a montagem de sistemas de bem-estar social envolve jogos de cooperação, competição e acordos, bem como decisões conjuntas entre os diferentes níveis de governo.

A descentralização se deu num processo desigual ao longo do país, tendo em vista que são fortes as desigualdades regionais e são inúmeros os problemas dos governos locais, em especial a baixa capacidade tributária dos municípios.

Um dos pontos que simultaneamente gerou avanços e entraves ao processo de descentralização foi a municipalização das políticas de corte social com a redefinição de atribuições e competências nessa área. O Brasil historicamente se caracterizou por diferenças econômicas e sociais entre as regiões. Somado a essas diferenças havia baixa capacidade administrativa e financeira entre os entes subnacionais. Ao contrário do que seria um “modelo ideal”, ou seja, o federalismo cooperativo, instalou-se um federalismo competitivo e uma guerra fiscal. Como aponta Abrucio (2014), esse acirramento de conflitos, a competição entre os entes subnacionais foi e continua sendo prejudicial ao processo de descentralização.

O processo de descentralização ocorreu de forma diferente de acordo com a região e com o tipo de política, influenciado por determinantes de ordem estrutural, institucional e ligados à ação política influenciaram nesse processo (ARRETCHE, 1998).

3.2. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA ATENÇÃO EM SAÚDE NO SUS E A ASSISTÊNCIA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Além de descentralizado e regionalizado, o SUS em sua institucionalização passa a ser organizado em diferentes níveis de complexidade. No primeiro nível de atenção encontram-se os serviços da Atenção Básica, cujo objetivo é de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a). A Atenção básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011a, p. 11).

Os serviços da Atenção Básica devem ser desenvolvidos com o mais alto nível de descentralização, ou seja, “mais próximo à vida das pessoas”, buscando a atenção integral em saúde, respeitando as singularidades e a inserção sociocultural dos sujeitos (idem). A atenção básica assume então o lugar de eixo orientador do SUS, seus serviços e ações contam com recursos próprios, demandam equipes

especializadas, e caracteriza-se pelo emprego de tecnologia de baixa densidade – baixo custo e operacionalizável pela própria equipe da atenção básica.

Como complementariedade à atenção básica, e visando o atendimento integral as necessidades dos cidadãos, no nível seguinte da atenção em saúde estão os serviços de média complexidade, assim definidos:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2007, p. 17).

Os serviços listados como integrantes do rol de procedimentos de média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia (BRASIL, 2005, 2009 a).

Com a escassez de serviços de saúde e a baixa qualidade dos serviços da atenção básica observa-se que a média complexidade tem se tornado a porta de entrada no serviço de saúde. Por não possuírem meios próprios para custear tais serviços, é nessa etapa da busca pelos tratamentos que os usuários acessam o SUS (LOBATO, 2009, BRASIL, 2011a).

Apesar da universalidade de acesso garantida na Constituição Federal, diante do baixo financiamento ao setor, este acesso tem sido cada vez mais restrito. Por conta dos gargalos e do sucateamento das unidades, os cidadãos têm procurado alternativas no setor privado, ficando como dependentes dos serviços públicos, principalmente os da atenção básica, as camadas mais empobrecidas da população (LOBATO 2009, 2012).

A Alta Complexidade definida como um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo “objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” está organizada em serviços especializados,

caracterizados em sua distribuição pela concentração dos mesmos em poucas unidades de referência (BRASIL, 2005a, p. 27).

Essa divisão entre atenção básica e de média e alta complexidade, num Sistema de Saúde caracterizado pela descentralização com foco na municipalização, acabou por acarretar fragmentação e hierarquização dos serviços. Devido às diferenças regionais, demográficas e socioeconômicas tal fragmentação e hierarquização representavam barreiras no acesso aos serviços de saúde para a população¹ (MENDES, 2011; BRASIL, 2011a).

Diante de tal realidade, no ano de 2006 foi instituída a Portaria 339, que divulgou o Pacto Pela Saúde, resultado da pactuação feita pela comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). No documento foram pactuadas responsabilidades e foi firmado o compromisso de cooperação entre os gestores dos três níveis de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Foi reconhecida a fragmentação do Sistema e foram evidenciadas as diferenças regionais que sinalizam a necessidade de que os serviços sejam estruturados em redes de atenção. Foi também firmado um compromisso de investimento na promoção da saúde, dentre outras prioridades.

Conforme destaca Mendes (2010), deve haver coerência entre a situação de Saúde e o Sistema de Atenção à Saúde, o que não ocorre em Sistemas fragmentados e estruturados de forma hierárquica por níveis de complexidade. Segundo o autor, sistemas fragmentados e estruturados por níveis de complexidade se caracterizam pelo foco na atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Ou seja, são aqueles sistemas voltados para a atenção hospitalar de urgência e emergência (que tratam de condições agudas), em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde, que realizam o acompanhamento programado às condições de doenças crônicas (MENDES, 2010, 2011).

¹ A fragmentação com foco nas condições agudas e agudização das condições crônicas não é apenas uma característica do Sistema de Saúde do Brasil, mas está presente também em muitos outros países. Sobre Redes de Atenção em Saúde Eugenio Vilaça Mendes realizou um importante estudo, que foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde, destacando características de alguns sistemas de Saúde de outros países e indicando a importância da estruturação das Redes de Atenção à Saúde em substituição aos sistemas piramidais (MENDES, 2011)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Nessa estruturação, a atenção primária cumpre importante papel no conhecimento da população e das famílias.

Tais redes melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à Saúde, ao substituírem os sistemas piramidais pela integração das ações. Tal integração contribui na diminuição das incapacidades funcionais e na melhoria da qualidade de vida das pessoas e permite “responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população” (MENDES, 2011, p. 18).

No Sistema de Saúde organizado por RAS os pontos de atenção especializada são distribuídos de forma integrada a partir do diagnóstico das necessidades em saúde. Dessa forma, nas RAS os hospitais desempenham funções diferenciadas quando comparadas as atribuições que desempenhariam em sistemas de saúde fragmentados. Cabe aos hospitais, como sistema de apoio à atenção primária, responderem às condições agudas e às situações de agudização das condições crônicas. Tais situações continuarão a ocorrer, porém em escala menor, quando os usuários passarem a ser atendidos em serviços de atenção programada às condições crônicas (MENDES, 2011).

Observa-se uma tendência mundial de reengenharia dos sistemas de atenção em saúde, que visa organizá-los com menor número de hospitais, mas com maior número de leitos hospitalares que permitam a oferta de tecnologia e infraestrutura necessárias, com qualidade, eficiência e redução dos gastos (idem).

Se, por um lado, na organização das RAS é comum que serviços especializados estejam concentrados em poucas Unidades de Referência, como ocorre em diversos países do mundo, o exame do Parque Hospitalar do SUS indica uma situação de ineficiência. Apesar de contar com sistemas de referência e contra referência, verifica-se que muitos hospitais da rede dispõem de uma baixa quantidade de leitos (abaixo de 100 leitos por unidade), sendo expressiva a participação de hospitais de pequeno porte, muitos deles conveniados ao SUS (MENDES, 2011). Destaca-se ainda como característica da rede hospitalar a baixa quantidade de unidades hospitalares acreditadas com base em programas de Acreditação, Controle e Qualidade Hospitalar. A Acreditação Hospitalar tem

representado melhoria na eficiência, na eficácia e nos resultados apresentados pelas instituições que participam de tais processos (idem).

Mendes (2011), ao analisar os dados da rede hospitalar do SUS, critica ainda o pagamento por procedimento que fortalece um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde, onde a preocupação dos prestadores acaba sendo não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível.

Considerando que a capacidade de execução dos serviços de alta complexidade é diferenciada em cada cidade ou Unidade de Federação do país, as principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que segundo o princípio de regionalidade estão organizadas em “redes”, são:

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; **assistência em traumatologia-ortopedia**; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (BRASIL, 2009a, p. 313) **(grifo nosso)**.

Segundo o Pacto de Gestão e Pela Vida (BRASIL, 2006) cabe aos estados mapearem os serviços, identificarem as necessidades dos municípios e construir redes de atenção de média e alta complexidade. A Atenção de média e alta complexidade em saúde é composta por várias políticas nacionais que possuem recortes variados, relacionados a diversos fatores tais como: o tipo de problema de saúde (cardiológico, nefrológico, ortopédico, etc); o tipo específico de serviço de atenção; as áreas de atenção; as características dos determinados segmentos populacionais atendidos (idosos, mulheres, etc).

Enquanto que a atenção primária está totalmente municipalizada, contando com repasse fundo a fundo aos municípios para o desempenho de suas ações, com relação à média e alta complexidade existem grandes desigualdades regionais na distribuição dos serviços que compõem tais redes, principalmente os de Alta Complexidade (Brasil, 2011a). Tais desigualdades podem ser observadas quando são comparados os indicadores da produção de alta complexidade no país por Unidade de Federação, segundo grupos de 1000 habitantes, conforme dados da Tabela 1:

TABELA 1 - Internações de Alta Complexidade/1000 habitantes por Unidade da Federação e Ano de processamento.

Período: 2010-2014

Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Paraná	4,68	5,37	5,72	6,1	6,29	5,65
Rio Grande do Sul	4,72	5,04	5,23	5,31	5,68	5,20
Santa Catarina	3,9	4,25	4,46	5,04	5,39	4,62
São Paulo	3,3	3,43	3,44	3,56	3,63	3,48
Rio Grande do Norte	2,88	3,14	3,34	3,81	3,91	3,43
Espírito Santo	3,04	3,22	3,34	3,47	3,6	3,34
Minas Gerais	2,72	2,96	3,15	3,35	3,57	3,16
Pernambuco	2,6	3	3,04	3,38	3,52	3,11
Mato Grosso do Sul	2,64	2,81	2,94	3,11	3,39	2,98
Goiás	2,27	2,74	2,77	3,05	3,13	2,80
Tocantins	2,35	2,64	2,66	2,35	2,45	2,49
Ceará	2,18	2,39	2,36	2,64	2,72	2,46
Distrito Federal	2,47	2,68	2,51	2,43	2,17	2,45
Paraíba	2,05	2,17	2,22	2,46	2,55	2,29
Rio de Janeiro	1,82	2,01	2,07	2,18	2,11	2,04
Piauí	1,68	1,74	1,8	1,96	1,95	1,83
Alagoas	1,49	1,63	1,74	1,96	2,24	1,82
Bahia	1,41	1,71	1,9	1,88	1,86	1,76
Mato Grosso	1,27	1,38	1,46	1,52	1,76	1,48
Roraima	1,65	1,44	1,38	1,28	1,23	1,39
Acre	1,21	1,65	1,35	1,12	1,33	1,33
Sergipe	1,04	1,29	1,31	1,26	1,3	1,24
Amazonas	1,08	1,2	1,25	1,27	1,16	1,19
Maranhão	1,1	1,1	1,18	1,3	1,27	1,19
Rondônia	0,84	0,97	1	1,17	1,4	1,08
Amapá	0,88	0,89	0,91	1,09	1,1	0,98
Pará	0,76	0,82	0,8	0,86	0,91	0,83
Total (média nacional)	2,6	2,84	2,92	3,09	3,19	2,93

Fonte: Ministério da Saúde. Consulta por Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 – Brasil. Dados consultados em agosto de 2015.

Optamos por apresentar os dados acima por grupos de 1000 habitantes por considerarmos relevantes as características demográficas de cada região, evitando assim o risco de comparar a produção de alta complexidade de um estado muito populoso com um estado pouco populoso apenas através de números absolutos.

Enquanto que a média nacional das internações de Alta Complexidade para cada 1000 habitantes é de 2,93 apenas nove (9) unidades da federação alcançaram ou ultrapassaram esta média. Cabe então questionar a forma de acesso a tais serviços nessas regiões e a disponibilidade dos mesmos na rede assistencial.

Como um dos objetivos deste estudo é mapear a rede de serviços públicos de assistência em saúde que garante a oferta de cirurgias de quadril de alta complexidade, cabe compreender como está estruturada a atenção em saúde nesse campo de políticas e a forma como os principais temas relacionados ao cuidado têm sido abordados nos documentos governamentais norteadores das ações, especialmente na Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

3.3. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA

A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia – Ortopedia, instituída por meio da Portaria GM/MS número 221/2005, visa à estruturação da rede de atenção em Ortopedia do SUS (BRASIL, 2005) e o atendimento integral aos usuários do SUS acometidos de afecções do sistema musculoesquelético.

Tendo como referencial os princípios de descentralização, regionalização e integralidade do SUS, a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia – Ortopedia foi concebida com a intenção de dar uma nova conformação para os serviços de assistência de Alta Complexidade em ortopedia, organizando os serviços de forma hierarquizada e regionalizada, estabelecendo fluxos de referência e contra referência (BRASIL, 2011a). Seus principais objetivos são:

- Organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada, de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado.
- Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.
- Ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças do sistema músculo-esquelético.

Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.

Criar uma Câmara técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política.

Criar o Guia de Boas Práticas na especialidade de traumatologia-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumatologia-ortopedia, e estabelecer indicadores e o registro brasileiro de cirurgia traumatológica-ortopédica.

Estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado em traumatologia-ortopedia.

(BRASIL, 2011a, p. 83)

Formulado num contexto onde se debatia a implementação dos princípios do SUS - descentralização, hierarquização, regionalização - a estruturação dos serviços de saúde em níveis de complexidade, e se iniciava o debate sobre redes, o documento que institui tal política tem por objetivo principal tratar da organização da assistência médica hospitalar em traumatologia-ortopedia. O documento não trata de questões relacionadas ao contexto e às necessidades sociais dos usuários. No âmbito desta política, o primeiro passo nesse sentido pode ser observado na portaria 90 de 2009, que instituiu como uma das normas para credenciamento dos serviços de alta complexidade e dos centros de atenção em alta complexidade em traumatologia-ortopedia, que estes disponham de equipe multiprofissional. Pode-se entender que a institucionalização desta norma é o reconhecimento de que os usuários podem apresentar demandas de múltiplas ordens, que são por eles enfrentadas durante o período de tratamento ortopédico.

Conforme estabelece a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e em consonância com as regras da Agência Nacional de Saúde (ANS) existe uma série de exigências relacionadas à estrutura física e à equipe profissional necessárias para que um serviço possa ser autorizado a realizar procedimentos de média e alta complexidade em ortopedia. Além desses critérios, os serviços deverão estar organizados por áreas, assim subdivididas: coluna; cintura-escapular, braço e cotovelo; antebraço, punho e mão; cintura pélvica, quadril, coxa; perna, tornozelo e pé; ortopedia infantil ou traumatologia ortopédica de urgência e emergência (BRASIL, 2005, 2011a).

Dado importante a ser destacado é que, para ser credenciado ao SUS, não é necessário que o serviço de Alta Complexidade em Ortopedia conte com equipes que atendam a todas essas áreas. Para ser cadastrado como serviço de alta

complexidade em ortopedia, dentre outros critérios, é necessário que o serviço atenda no mínimo quatro desses conjuntos de áreas. (BRASIL, 2011a)

Dessa forma, pode-se concluir que a existência de um serviço de alta complexidade em traumatologia e ortopedia na região mais próxima ao usuário não garante que ele possa realizar, nessa região, a cirurgia de que necessita, estando sujeito à ser referenciado para outra unidade que conte com o atendimento em outras áreas ortopédicas.

Além das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, foram regulamentados no ano de 2009 os Centros de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade, através da portaria 90 de 27 de março de 2009.

Os centros de referência, além de prestarem assistência em ortopedia em todas as áreas deste tipo de atenção, cumprem o papel de auxiliar em caráter técnico o gestor do SUS e devem possuir os seguintes atributos:

- I- Ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2.400, de 02 de outubro de 2007; e oferecer Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia ou Educação Continuada voltada às necessidades do SUS nas diferentes áreas da assistência em traumatologia e ortopedia;
- II- Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos clínicos, técnicos e operacionais estabelecidos;
- III- Subsidiar os Gestores Locais do SUS nas ações de regulação, controle, avaliação e auditoria na atenção em Traumatologia e Ortopedia, inclusive em estudos de qualidade e de custo-efetividade; e
- IV- Participar do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local do SUS (BRASIL, 2009b)

Em 2011 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) divulgou alguns parâmetros para o planejamento da rede de atenção em alta complexidade em traúmato-ortopedia, dentre os quais se destacam: possuir uma (01) Unidade de Assistência de alta complexidade para cada 700 mil habitantes por Unidade de Federação e um (01) Centro de Referência para cada cinco (5) milhões de habitantes por Unidade de Federação.

Os estados que não tenham condições de cumprir com esses requisitos poderão então contar com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC (BRASIL, 2005, 2009b; 2011a).

Esses parâmetros indicam que em estados com baixa densidade demográfica poderá ser grande o deslocamento dos usuários até estes serviços, principalmente nos de grande extensão territorial. Da mesma forma que estados com pequena extensão territorial e grande concentração demográfica podem ter dificuldades de atender as demandas dos usuários, como ocorre no Rio de Janeiro, estado com 16 milhões de habitantes que concentra grande parte dos atendimentos em ortopedia em apenas 01 centro de atenção.

Como destaca Mendes (2011), a solução para as questões de saúde não está na criação de um maior número de hospitais de pequeno porte ou médio porte espalhados pelo país, pois estes não contam com equipamentos e equipe especializada. Segundo o autor uma tendência mundial, em resposta às demandas dos sistemas de saúde é que cada vez mais se tenha um número menor de hospitais, equipados com mais de 100 leitos, alta tecnologia e equipe especializada, capazes de atender integralmente aos usuários. Porém ainda que se caminhe nesse sentido o autor aponta que no Brasil o número de hospitais que compõem a rede de saúde está aquém da demanda (Mendes 2010 e 2011).

Este estudo não tem por objetivo identificar se os parâmetros planejados para a rede de atenção em traumatologia e ortopedia vêm sendo cumpridos, porém observa-se a partir dos dados apresentados na tabela anterior que este é um ponto que merece atenção em futuras pesquisas, uma vez que o não cumprimento desses parâmetros implica em um deslocamento ainda maior por parte dos usuários.

Com a intenção de identificar como está a distribuição nacional dos serviços de ortopedia, considerando apenas o critério de atendimento hospitalar por especialidade ortopédica, independente do nível de complexidade (média ou alta), verifica-se que em novembro de 2014 os serviços estavam distribuídos da seguinte forma no Brasil:

TABELA 2: Rede de Serviços de Ortopedia do SUS por Unidade de Federação em novembro de 2014 e população estimada IBGE por Unidade de Federação

Unidade da Federação	População Estimada 2014 / %		Tipo de serviço			Total de Serviços
			Serviços de Traumatologia e Ortopedia	Serviços de Traumatologia e Ortopedia de urgência	Serviços de Traumatologia e Ortopedia pediátrica (até 21 anos)	
Rondônia	1.748.531	0,86	12	7	4	12
Acre	790.101	0,39	2	0	3	3
Amazonas	3.873.743	1,91	6	6	5	8
Roraima	496.936	0,25	12	7	4	12
Pará	8.073.924	3,98	18	14	13	20
Amapá	750.912	0,37	1	1	1	1
Tocantins	1.496.880	0,74	5	5	5	6
Maranhão	6.850.884	3,38	10	8	6	14
Piauí	3.194.718	1,58	1	1	1	1
Ceará	8.842.791	4,36	20	14	11	24
Rio Grande do Norte	3.408.510	1,68	7	5	4	7
Paraíba	3.943.885	1,95	7	5	4	8
Pernambuco	9.277.727	4,58	15	10	8	16
Alagoas	3.321.730	1,64	7	2	2	9
Sergipe	2.219.574	1,09	3	3	3	3
Bahia	15.126.371	7,46	50	32	31	56
Minas Gerais	20.734.097	10,23	39	26	26	42
Espírito Santo	3.885.049	1,92	10	6	5	12
Rio de Janeiro	16.461.173	8,12	41	29	26	48
São Paulo	44.035.304	21,72	113	96	79	122
Paraná	11.081.692	5,47	50	40	34	56
Santa Catarina	6.727.148	3,32	27	21	11	29
Rio Grande do Sul	11.207.274	5,53	50	29	18	54
Mato Grosso do Sul	2.619.657	1,29	5	3	3	5
Mato Grosso	3.224.357	1,59	18	16	12	21
Goiás	6.523.222	3,22	14	10	8	17
Distrito Federal	2.852.372	1,41	8	6	6	8
Total	202.768.562	100	551	402	333	614

Fonte: Tabela de elaboração própria. Dados obtidos nos sites do CNES e do IBGE em agosto de 2015.

Os dados da tabela acima indicam que no Amazonas, no Pará e no Mato Grosso usuários do SUS tendem a fazer um grande deslocamento para acessarem tais serviços, dada a extensão territorial desses estados.

Porém, a concentração de um número maior de serviços em alguns outros estados não é suficiente para garantir o rápido atendimento às necessidades do usuário. Este é o caso do estado do Rio de Janeiro que, como será abordado de forma mais detalhada posteriormente, apesar de contar com 47 unidades de referência em traumatologia-ortopedia, concentra atualmente os atendimentos de alta complexidade em duas unidades, e conta com um grande contingente de usuários inseridos em fila de espera aguardando o chamado para cirurgia.

Como citado anteriormente, as unidades de atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia não tem a obrigatoriedade de atender a todas as áreas desta especialidade. Ou seja, um serviço de referência em alta complexidade em traumatologia-ortopedia pode não atender a todo tipo de demanda ortopédica, considerando que estas são orientadas por áreas: Quadril, Coluna, Joelho, trauma ortopédico, etc. Com isso algumas áreas de atendimento contam com um menor ou maior número de unidades de referência em relação à outras.

Quando observamos os dados expressos na Tabela 3 que apresenta o percentual de habitantes de cada Unidade de Federação e o percentual de cirurgias de média e alta complexidade em relação ao total nacional de cirurgias realizadas no ano de 2014, verificamos que em muitos estados tais valores não são proporcionais.

Do total de cirurgias osteomusculares de alta complexidade realizadas no Brasil no ano de 2014, 80,58% foram realizadas em apenas sete das 27 Unidades da Federação, onde residem 57,59% da população do país. Quando comparamos as colunas com os resultados dos percentuais populacionais e com os percentuais da produção em alta complexidade verificamos que estados como São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Goiás apresentaram um percentual de cirurgias superior ao percentual de habitantes.

Por outro lado, alguns estados registraram um total de cirurgias que, se comparado com o percentual de habitantes, não equivale nem ao menos a 20% desse valor, como é o caso dos seguintes estados: Amapá, cuja população representa 0,37% da população do país, e registrou 0,07% do total de cirurgias de

alta complexidade realizadas no ano; Maranhão, cuja população representa 3,38% da população do país, e registrou 0,57% do total de cirurgias de alta complexidade realizadas no ano; Roraima, cuja população representa 0,25% da população do país, e registrou 0,04% do total de cirurgias de alta complexidade realizadas no ano.

TABELA 3: Total de Cirurgias do sistema osteomuscular por UF e Complexidade realizadas no ano de 2014

Unidade da Federação	Número de Habitantes 2014 **		**Média complexidade		**Alta complexidade		Total	
		%		%		%		%
São Paulo	44.035.304	21,72	149.845	21,50	11.297	24,16	161.142	21,67
Paraná	11.081.692	5,47	47.406	6,80	5.816	12,44	53.222	7,16
Minas Gerais	20.734.097	10,23	79.986	11,48	5.347	11,43	85.333	11,47
Rio Grande do Sul	11.207.274	5,53	43.181	6,20	5.342	11,42	48.523	6,52
Rio de Janeiro	16.461.173	8,12	42.617	6,12	4.711	10,07	47.328	6,36
Santa Catarina	6.727.148	3,32	26.644	3,82	3.014	6,44	29.658	3,99
Goiás	6.523.222	3,22	29.652	4,25	2.159	4,62	31.811	4,28
Bahia	15.126.371	7,46	38.787	5,57	1.096	2,34	39.883	5,36
Pernambuco	9.277.727	4,58	32.425	4,65	1.038	2,22	33.463	4,50
Ceará	8.842.791	4,36	35.424	5,08	888	1,90	36.312	4,88
Distrito Federal	2.852.372	1,41	10.278	1,47	848	1,81	11.126	1,50
Espírito Santo	3.885.049	1,92	14.802	2,12	835	1,79	15.637	2,10
Pará	8.073.924	3,98	30.363	4,36	809	1,73	31.172	4,19
Rio Grande do Norte	3.408.510	1,68	7.163	1,03	481	1,03	7.644	1,03
Paraíba	3.943.885	1,95	10.120	1,45	392	0,84	10.512	1,41
Mato Grosso	3.224.357	1,59	15.270	2,19	376	0,80	15.646	2,10
Mato Grosso do Sul	2.619.657	1,29	12.821	1,84	350	0,75	13.171	1,77
Piauí	3.194.718	1,58	12.575	1,80	334	0,71	12.909	1,74
Alagoas	3.321.730	1,64	8.951	1,28	316	0,68	9.267	1,25
Amazonas	3.873.743	1,91	4.699	0,67	282	0,60	4.981	0,67
Maranhão	6.850.884	3,38	20.959	3,01	268	0,57	21.227	2,85
Rondônia	1.748.531	0,86	6.293	0,90	236	0,50	6.529	0,88
Sergipe	2.219.574	1,09	6.643	0,95	185	0,40	6.828	0,92
Acre	790.101	0,39	2.568	0,37	152	0,33	2.720	0,37
Tocantins	1.496.880	0,74	5.503	0,79	143	0,31	5.646	0,76
Amapá	750.912	0,37	916	0,13	33	0,07	949	0,13
Roraima	496.936	0,25	1.000	0,14	19	0,04	1.019	0,14
Total	202.768.562	100	696.891	100	46.767	100	743.658	100

* Fonte: IBGE

** Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (percentuais calculados pela autora, considerados em relação ao total nacional de procedimentos realizados).

Tabela elaborada em agosto de 2015.

Tais dados indicam que em muitos estados os usuários possivelmente estão sendo encaminhados para outras Unidades de Federação para a realização do procedimento cirúrgico, ou não estão acessando tais serviços. Como citado anteriormente, as diferenças de acesso além de estarem relacionadas à região, ao nível de complexidade do procedimento, estão ainda relacionadas ao tipo de cirurgia a qual o usuário deve ser submetido (quadril, coluna, joelho, trauma-ortopédico, etc).

A seguir são apresentados os dados de oferta de serviços de saúde na rede de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia no estado do Rio de Janeiro, com foco na área de cirurgia do Quadril.

3.4. A REDE DE SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA JAMIL HADDAD - INTO

O estado do Rio de Janeiro conta atualmente com 51 Unidades Hospitalares cadastradas junto ao SUS como serviço especializado em Traumatologia e Ortopedia. Desse total, 30 também são cadastradas como serviço especializado em Traumatologia e Ortopedia de Urgência e 27 como serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica (até 21 anos). Dentre as 51 Unidades, 20 delas (39,2%) estão localizadas na Cidade do Rio de Janeiro, onde a população estimada para o ano de 2014 era de 6.453.682 habitantes, o equivalente a 39,2% da população do Estado. Quando verificamos o total de procedimentos cirúrgicos classificados como “cirurgia osteomuscular de alta complexidade” identificamos que o estado do Rio de Janeiro foi o responsável pela realização de 4711 cirurgias, o equivalente a 10,07% do total registrado no país, sendo 3046 procedimentos realizados na cidade do Rio de Janeiro (o equivalente a 6,51% da produção nacional e a 64,66% da produção Estadual) e 2168 procedimentos cirúrgicos realizados no INTO (o equivalente a 4,64% da produção nacional e a 46,02% da produção estadual).

TABELA 4: Cirurgias osteomusculares de Alta Complexidade - por ano de processamento- 2014

Localidade	Total	% em relação ao total Nacional	% em relação ao total Estadual
Nacional	46.767		
Procedimentos realizados no Estado do RJ	4.711	10,07	
Procedimentos realizados na cidade do Rio de Janeiro	3.046	6,51	64,66
Procedimentos realizados no INTO	2.168	4,64	46,02
Procedimentos realizados na cidade de Paraíba do Sul no Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	976	2,09	20,72

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) em agosto de 2015.

Ao analisarmos a distribuição desses serviços no ano de 2014 no estado do Rio de Janeiro identificamos que 59 estabelecimentos distribuídos em 31 cidades, foram responsáveis pela realização das cirurgias osteomusculares de alta complexidade, ocorrendo uma concentração de tais serviços na cidade do Rio de Janeiro (Região de Saúde Metropolitana I) e na cidade de Paraíba do Sul (Região de Saúde Centro-Sul). Nestas duas cidades, segundo o ano de processamento de 2014, foram registradas 4022 internações para realização de procedimentos osteomusculares de alta complexidade, o equivalente 85,38% do total registrado no estado.

Se considerarmos a divisão territorial e as regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, conforme Anexo I, verificamos que há um grande deslocamento dos usuários dentro do estado para a realização desse tipo de procedimento cirúrgico. Há um grande fluxo de referência e contra-referência de usuários oriundos das regiões metropolitanas e também daqueles cadastrados em programas que assegurem Tratamento Fora de Domicílio², conforme observamos na tabela 5:

² Conforme a Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, é direito dos usuários que necessitam se deslocar do seu município para a realização de atendimento em serviço de saúde em outro município (fora da região metropolitana e cujo deslocamento seja superior a 50km), a cobertura das despesas de deslocamento, alimentação e hospedagem (quando houver).

TABELA 5: Internações por local de internação, para realização de cirurgia do sistema osteomuscular no estado do Rio de Janeiro, por região de Saúde, no ano de 2014

Região de Saúde (CIR)	Internações
Metropolitana I	3.153
Centro-Sul	981
Serrana	244
Metropolitana II	92
Médio Paraíba	91
Baia da Ilha Grande	60
Norte	38
Noroeste	36
Baixada Litorânea	16
Total	4.711

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Consulta realizada em agosto de 2015.

Ocorreu ainda a concentração do atendimento em cirurgia do sistema osteomuscular de Alta Complexidade em apenas duas unidades: o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), que foi o responsável pelo registro de 2168 cirurgias (46,02% do total de cirurgias realizadas no estado); e Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu³, que contou com a supervisão técnica e o fornecimento de órteses e próteses do INTO e registrou no ano de 2014 o total de 976 cirurgias (20,72% do total de cirurgias realizadas no estado).

Tais dados apontam o quanto é expressiva a contribuição do INTO no atendimento aos usuários que necessitam realizar cirurgias osteomusculares no estado do Rio de Janeiro. Tal contribuição também pode ser identificada em todo país quando se considera a oferta de alguns tipos de procedimentos de alta complexidade como a Artroplastia Total Primária do Quadril não Cimentada/Híbrida⁴.

³ O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu atende usuários do SUS de todo o estado do Rio de Janeiro, através de um contrato de gestão compartilhada estabelecido entre a Associação Cristã de Santa Catarina e o governo do estado do Rio de Janeiro. Conforme termo de cooperação técnica o INTO presta a supervisão e fornecimento de insumos, incluindo órteses e próteses e materiais especiais (INTO, 2014a).

⁴ O Ministério da Saúde conta em seu rol de procedimentos com diferentes tipos de artroplastia de quadril. Dentre eles constam a Artroplastia Total de Quadril Cimentada e Artroplastia Total de Quadril Não Cimentada/Híbrida, sendo o primeiro procedimento classificado como de média complexidade e o segundo como de Alta Complexidade. Nesse estudo abordaremos o segundo tipo de cirurgia, dada sua expressividade em número de procedimentos realizados anualmente no estado do Rio de Janeiro, e a concentração de um grande número de usuários em fila de espera aguardando pela realização desse tipo de cirurgia.

Dada a contribuição do INTO na garantia das necessidades de saúde dos usuários que demandam cirurgias ortopédicas, cabe destacar alguns dados sobre o trabalho que vem sendo realizado pela Instituição e que auxiliam a compreender o percurso dos usuários que são submetidos a este tipo de cirurgia, especialmente aqueles que demandam cirurgia do quadril.

3.4.1 A assistência prestada pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad na Atenção de Alta Complexidade em Traúmato-Ortopedia no Brasil e no estado do Rio de Janeiro

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) é um centro de referência para cirurgias de média e Alta Complexidade em Traúmato-Ortopedia. Órgão de administração direta do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), conforme estabelecido no artigo 24 do Decreto 8065 de 07/08/2013, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, é responsável por:

- I - participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas;
- II - planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas e à sua reabilitação;
- III - desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, na área de ortopedia, traumatologia e reabilitação;
- IV - coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em traumatologia e ortopedia;
- V - estabelecer normas, padrões e técnicas de avaliação de serviços e resultados; e
- VI - coordenar e orientar a prestação de serviços médico - assistenciais aos portadores de patologias traumatológicas e ortopédicas. (BRASIL, 2013, art. 24).

Situado na cidade do Rio de Janeiro, atende aos usuários encaminhados de todo o estado do Rio de Janeiro e também é referência nacional para diversos tipos de procedimentos, recebendo usuários encaminhados pelos Sistemas de Regulação Municipal e Estadual e da Central Nacional de Regulação em Alta Complexidade (CNRAC).

O INTO segue as normativas do SUS, em especial a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia instituída por meio da Portaria GM/MS número 221/2005 que visa à estruturação da rede de atenção em Ortopedia do SUS (BRASIL, 2005) e a Portaria 90 GM/MS de 27 de março de 2009, que estabelece os critérios para classificação do serviço como Centro de Referência em Alta Complexidade e Ortopedia de Alta Complexidade (BRASIL, 2009b).

Como citado anteriormente, o estado do Rio de Janeiro foi responsável no ano de 2014 pela produção de 10,07% dos procedimentos de Alta complexidade em trauma-ortopedia, sendo o INTO o órgão que registrou o maior número de atendimentos, o equivalente a 4,64% dos procedimentos de alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia realizados no país, e a 46,02% do total realizado no estado do Rio de Janeiro.

Mesmo diante de tais resultados o estado do Rio de Janeiro vem enfrentando o desafio de lidar com uma demanda reprimida que se acumulou durante anos, onde a procura pelos serviços era maior do que a oferta de atendimento.

Com isso, usuários que foram encaminhados ao INTO nos últimos anos enfrentam a dura realidade de terem sido incluídos numa fila de espera para cirurgia. Diante do fato de que, por muitos anos, o número de pessoas incluídas nesta fila era maior do que a Instituição tinha condições de atender, tanto por questões relacionadas com a estrutura física (número de salas cirúrgicas, leitos em enfermaria e CTI), quanto à disponibilidade de equipe multiprofissional, foi necessário construir uma nova unidade hospitalar.

O projeto da Nova Unidade Hospitalar teve como uma de suas justificativas a necessidade de atender a essa demanda. Porém, mesmo após a inauguração da Nova Unidade Hospitalar, com maior número de leitos para internação e salas cirúrgicas, o INTO ainda não tem capacidade para solucionar o problema da fila em curto prazo.

Segundo dados divulgados pelo próprio INTO, a instituição que cadastra a entrada de em média oito (8) mil novos casos por ano, realizou 5074 cirurgias (número recorde) no primeiro semestre deste ano de 2015 enquanto que entraram quatro (4) mil novos usuários na fila. O total de usuários em fila de espera para

cirurgia, que em 30 de abril de 2014 era de 17.854, foi reduzido para 16.820 em 30 de abril de 2015 (INTO, 2015a, 2015b).

Mesmo atendendo a um número de usuários superior às novas admissões, isso não é o suficiente para garantir o atendimento imediato aos usuários, pois ainda existe um elevado número de usuários que foram anteriormente admitidos nos serviços e que ainda aguardam atendimento.

Paralelamente ao problema da fila, o INTO, por ser unidade de referência em traumatologia ortopédica de urgência e emergência, destina parte dos seus leitos para receber usuários transferidos de diversas unidades do estado do Rio de Janeiro que sofreram fraturas recentes e necessitam realizar cirurgias do sistema osteomuscular em caráter de urgência. Isto significa que parte do total de cirurgias realizadas pelo Instituto não é referente aos usuários provenientes da fila de espera que tem problemas ortopédicos crônicos, mas aos usuários que sofreram traumas ortopédicos (fraturas) e que demandam atendimento cirúrgico imediato.

A inclusão em tal fila ocorre em consulta de avaliação com o médico cirurgião especialista, quando o profissional já de posse de todas as informações sobre o usuário, a partir da história clínica, dos exames de imagem e de outros procedimentos, emite a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O tempo de espera em fila para o procedimento cirúrgico se diferencia de acordo com o tipo de área em que o usuário necessita de atendimento e com o tipo de cirurgia, sendo então o usuário incluído em fila e subfila. Só após a definição da conduta do tratamento é emitida a AIH e o usuário é então incluído nas referidas fila e subfila.

Segundo dados do DATASUS (2015) No ano de 2014 o INTO registrou a realização de 86 diferentes tipos de cirurgias de alta complexidade e 182 diferentes tipos de cirurgia de média complexidade, totalizando 265 tipos de cirurgias. A comparação com os dados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, órgão responsável pela maior produção de cirurgias do sistema osteomuscular no estado de São Paulo no ano de 2014, indica que aquela Instituição realizou 173 diferentes tipos de cirurgia de média complexidade, e 88 diferentes tipos de cirurgias de alta complexidade (idem). Isso demonstra que a participação do INTO no atendimento às necessidades ortopédicas dos usuários do

estado do Rio de Janeiro tem sido tão expressiva quanto às unidades de referência de outros estados.

Além dos procedimentos cirúrgicos do sistema osteomuscular, o INTO realiza diversos outros procedimentos hospitalares, complementares ao tratamento, e que são necessários para assegurar o atendimento integral ao usuário, tais como: atendimento de urgência em clínica cirúrgica; cirurgia do sistema nervoso central e periférico; tratamento de lesões de causas externas; cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço (realizadas pelo CAE em Cirurgia Crânio-Maxilo Facial). Foram totalizados 2449 procedimentos deste tipo no ano de 2014. Para além do número absoluto de procedimentos realizados, o que cabe aqui destacar é que a instituição oferece procedimentos complementares ao tratamento, indicando que há um esforço institucional para atender outras necessidades do usuário para além da cirurgia em si.

A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia (Brasil, 2005) institui que os atendimentos nesta especialidade sejam orientados por áreas. Visando o atendimento integral ao usuário desde as etapas de pré-operatório até a recuperação da saúde, no INTO estas áreas foram organizadas em Centros de Atenção Especializada (CAE).

Os CAE são uma especificidade do INTO para além do atendimento por área ortopédica. Organizados segundo uma lógica de atendimento multidisciplinar, além de equipe cirúrgica especializada nos procedimentos da área ortopédica (joelho, coluna, quadril, etc.) cada CAE conta com uma equipe multiprofissional de referência composta pelas seguintes especialidades: Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia.

A organização em CAE permitiu não apenas ofertar ao usuário o atendimento multiprofissional conforme disposto no Anexo I da Portaria 90 de 2009, mas significou um avanço no sentido de ofertar atendimento multiprofissional também especializado segundo as necessidades apresentadas pelos usuários relacionadas ao tipo de cirurgia que realizará.

Ao todo são 13 diferentes especialidades que abarcam diversos focos de atenção tais como: microcirurgia reconstrutiva; oncologia ortopédica; doenças da coluna; doenças do joelho, dentre outros (INTO, 2013).

Como dito anteriormente, uma característica comum a todas as especialidades ortopédicas é a queixa de dor por parte do usuário. Para a maioria dos usuários encaminhados ao INTO o tratamento conservador (não cirúrgico) já não é suficiente para tratar a dor ou corrigir a deformidade ortopédica.

Um dos centros que registra atualmente um longo período de espera em fila para cirurgia é o CAE Quadril, o que se deve em parte à concentração da oferta desse tipo de cirurgia em poucas Unidades referência para tais serviços, tanto no estado do Rio de Janeiro, quanto nas demais Unidades da Federação (que em sua maioria estão localizadas nas capitais dos estados).

Segundo a Sociedade Brasileira de Quadril:

A mais comum das doenças que causam dor no quadril é a Artrose que é o resultado do desgaste da cartilagem articular do quadril. A Artrose pode ser causada por traumatismos antigos, por alterações congênitas (isto é, de nascimento) da forma do quadril, por algumas doenças da infância e da adolescência que tenham afetado o quadril, ou pelo desgaste puro da cartilagem sem razão aparente. Outra doença que afeta o quadril com frequência, é a Artrite Reumatóide. Esta produz alterações em diversas juntas no organismo, e, muito mais um problema generalizado que uma doença localizada (SBQ, 2015).

No CAE Quadril, um dos procedimentos que registra atualmente o maior número de atendimentos é a Artroplastia Total Primária do Quadril Não cimentada, que “consiste em implantar uma prótese para substituir a articulação desgastada por doenças como artrose, artrite e problemas circulatórios na cabeça do fêmur” (INTO, 2014b).

Os usuários que são encaminhados para a realização desse tipo de procedimento em geral têm muita queixa de dor. Tal dor na maioria das vezes impõe limites à vida laboral, às atividades cotidianas, e principalmente ao bem-estar do sujeito. Segundo o ortopedista Marco Bernardo Cury, chefe do Centro de Cirurgia de Quadril:

A artrose limita a vida porque causa dor, diminuição do movimento da perna e encurtamento do membro. Considero essa cirurgia a de maior sucesso na ortopedia porque melhora a dor e restaura o movimento da perna, permitindo que o paciente volte a andar e retorne às suas atividades cotidianas (INTO, 2014b).

Na prática profissional junto aos usuários atendidos pelo CAE Quadril no INTO, observamos que durante o tempo de espera pela cirurgia ocorrem diversas mudanças na vida do usuário. Tais mudanças envolvem desde o afastamento do trabalho, da escola, divórcio, falecimento de familiares, desemprego, nascimento dos filhos, agravamento da doença, inserção em uma nova profissão formal ou informalmente, enfraquecimentos dos laços afetivos, etc.

Diferentemente das demandas decorrentes do trauma-ortopédico, como no caso da fratura de fêmur, em que a realização da cirurgia deve ocorrer o mais breve possível, no caso das cirurgias eletivas as demandas de cuidado do usuário iniciam bem antes do procedimento cirúrgico. Enquanto que as situações pós-traumáticas são marcadas principalmente pelo inesperado, pela reorganização repentina da família em prol do cuidado ao usuário, pela interrupção das atividades que desempenhava, no caso do usuário que aguarda em fila para cirurgia a perda da qualidade de vida é progressiva e as famílias e redes sociais de apoio acabam tendo que se organizar para prestar o apoio por um longo período.

Ao longo desse processo são diversas as necessidades de cuidado vivenciadas por estes usuários, demandas estas que se complexificam inclusive por conta do perfil de oferta de serviços de saúde no país descritos anteriormente. Por outro lado, são múltiplos os entraves enfrentados pela família para prestar o cuidado ao seu familiar em tratamento, e são várias as dificuldades do próprio sujeito em processo de adoecimento, e/ou recuperação, para prestar o cuidado aos seus familiares.

No INTO, em fevereiro de 2015 o CAE Quadril registrava aproximadamente 3000 usuários aguardando chamado para cirurgia. Segundo dados do relatório de gestão da Instituição foram realizadas 1107 cirurgias por este CAE no ano de 2013, e segundo dados do DATASUS um total superior a 800 cirurgias no ano de 2014 (INTO, 2014; DATASUS, 2015). Conforme observado na prática profissional como assistente social, atendendo aos usuários da instituição, muitos deles têm enfrentado, em geral, um tempo de permanência de três a quatro anos de espera para serem chamados para cirurgia. Este tempo pode ser maior ou menor de acordo com o procedimento cirúrgico, ou seja, a subfila, em que o usuário está inserido.

Algumas ações têm sido pensadas para enfrentar esse problema, como os mutirões para a realização de cirurgias e os mutirões de revisão de fila. Segundo

relatório de gestão da Instituição, no ano de 2013 o número de cirurgias realizadas foi superior ao número de novos usuários ingressantes na fila de espera para cirurgia (INTO, 2014).

Tomando ainda como exemplo a artroplastia total primária de quadril, verificamos que em todo o Brasil no ano de 2014 foram registradas 7601 internações pelo SUS, segundo ano de processamento, em 129 cidades, indicando que nas demais 5432 os usuários precisaram se deslocar para acessar tal atendimento.

Das 48 unidades do SUS especializadas em serviços de ortopedia no estado do Rio de Janeiro, cadastradas na base de dados do CNES entre 11/2014 e 01/2015, apenas 18 realizaram artroplastia total primária do quadril, totalizando 1343 cirurgias. Desse total, 802 foram realizadas na cidade do Rio de Janeiro, sendo 698 delas no INTO, e 459 no município de Paraíba do Sul. Fora das cidades do Rio de Janeiro (onde 87% das cirurgias ocorreram no INTO) e Paraíba do Sul, apenas 72 cirurgias desse tipo foram realizadas em outras 16 unidades de saúde no estado.

Esses dados apontam que existe atualmente um número expressivo de usuários no estado do RJ que demandam atendimento em clínica cirúrgica do sistema osteomuscular nas distintas áreas (quadril, coluna, ombro, cirurgia da mão, etc.). Esses usuários enfrentam o problema da demanda reprimida por atendimento, enquanto convivem com fortes dores, limitações, perda da qualidade de vida e até mesmo dificuldade para se locomoverem. Tais problemas são característicos das afecções que acometem o sistema osteomuscular em estágio mais avançado da doença que demanda a realização de uma cirurgia para colocação de prótese.

Os dados apresentados neste capítulo, referentes à cirurgia de quadril de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, indicam a existência de uma demanda reprimida por este atendimento no estado. Além do problema da demanda reprimida, identificou-se que o usuário necessita se deslocar para duas unidades, que são as principais referências para alguns tipos de cirurgia, e ainda assim ter que aguardar de três a quatro anos pela realização do procedimento cirúrgico. Identificou-se que esse deslocamento caracteriza o percurso dos usuários dos serviços de ortopedia em todo o Brasil, uma vez que, o fato de existir uma unidade de referência em atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, próxima à residência do usuário, não garante que ele encontrará nesta unidade o atendimento para a cirurgia que necessita. Neste aspecto, deve se considerar que a unidade de referência é

obrigada a atender um conjunto de pelo menos quatro das nove áreas ortopédicas previstas na legislação específica.

Durante o tempo que aguarda para cirurgia o usuário vivencia as dificuldades que são características do seu estado de doença, ou seja, convive com dor, limitação, perda da qualidade de vida. Esse quadro conseqüentemente se agrava, uma vez que o processo de adoecimento segue seu curso, restringindo a autonomia e a capacidade do usuário para manter o seu cuidado.

Frente às dificuldades que caracterizam esse processo de adoecimento em ortopedia, e principalmente suas especificidades no campo da cirurgia ortopédica de quadril, o próximo capítulo tem como objetivo analisar a base legal que institucionaliza o conjunto de direitos assegurados aos usuários do SUS submetidos à cirurgia de quadril.

CAPÍTULO 4 - DIREITOS SOCIAIS E DE SAÚDE DOS USUÁRIOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE QUADRIL

Os usuários dos serviços de saúde, especialmente aqueles submetidos à cirurgia ortopédica de quadril, precisam estar incluídos em um conjunto de políticas que lhes assegure proteção e que atendam às demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença, como destacado anteriormente. Para examinar essa possibilidade, foi realizada uma análise documental da base legal que institucionaliza o conjunto de direitos assegurados aos usuários do SUS submetidos à cirurgia de quadril.

Esta análise tem por objetivo principal identificar os direitos legalmente instituídos em termos de assistência em saúde e assistência social considerando que o cuidado integral ao usuário em tratamento ortopédico pressupõe o atendimento às suas diversas necessidades.

Selecionamos para análise um conjunto diverso de instrumentos legais por reconhecermos que, para que ocorra o cuidado e se concretize a proteção ao sujeito é necessário um conjunto de garantias, por meio de ações articuladas. Segundo Fonseca (2013):

O sentido de **proteção** (*protectione*, do latim) supõe, antes de mais nada, tomar a defesa de algo, impedir sua destruição, sua alteração. Nesse sentido, a ideia de proteção contém um caráter preservacionista – não da precariedade, mas da vida – supõe apoio, guarda, socorro e amparo. (FONSECA, 2013, p. 76, **grifos da autora**).

Existe uma amplitude documental em relação ao tema, mas no âmbito deste estudo foram selecionados para análise um conjunto de leis e políticas que tratam de direitos dos usuários da saúde, e dos direitos de assistência social: Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009) e Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993).

Consideramos ainda como relevante e complementar a esta análise examinar os benefícios contemplados pela Previdência Social. Tal política integra o Sistema de Seguridade Social brasileiro, juntamente com a Saúde e a Assistência Social e

garante proteção aos usuários incapacitados para o trabalho, que se encontrem na condição de segurados junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

4.1 OS DIREITOS INSTITUÍDOS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE

4.1.1 Lei Orgânica da Saúde

A Lei Orgânica da Saúde - LOS, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Enquanto lei federal seu texto foi assinado pelo então presidente da república Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito por eleições diretas após a redemocratização do país. No entanto, sua promulgação em formato de lei é resultado de movimento anterior, de intensas lutas de movimentos sociais e trabalhadores da área da saúde, que ocorreram principalmente ao longo da década de 1980 com o objetivo de alcançar direitos sociais até então não garantidos à população (CRESS, 2002).

O reconhecimento constitucional da saúde como direito universal e a previsão de que as ações e os serviços deste setor sejam organizados em um sistema único (o SUS), indicou a necessidade de que outros dispositivos legais viessem a tratar da organização desse sistema.

Como um documento infraconstitucional, a Lei Orgânica da Saúde, segue os requisitos estabelecidos na CF de 1988, no Capítulo “Da Ordem Social” e dedica uma seção para tratar “Da Saúde”.

Dessa forma, seguindo o disposto constitucionalmente, o documento define o direito a saúde como fundamental ao ser humano, sendo dever do Estado a garantia do mesmo.

Grande parte do documento é destinada a dispor sobre a organização do SUS. Sua promulgação foi essencial para que estados e municípios pudessem se adequar e cumprir com o estabelecido constitucionalmente, organizando suas redes e estabelecendo suas ações.

Além do grande avanço no reconhecimento da saúde enquanto direito universal, a LOS estabelece ainda um conceito ampliado de saúde, para além da simples ausência de doenças. Reconhece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes questões de ordem social, econômica e ambiental tais como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Estabelece ainda que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Os princípios desta lei serviram para a promulgação de outras legislações que tratam de políticas específicas como é o caso da Política Nacional de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia.

A universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia dos usuários, a igualdade de assistência, participação da comunidade e a descentralização político-administrativa são alguns dos princípios e diretrizes desta lei.

Mesmo não constando com uma diretriz ou princípio, a intersectorialidade está presente no documento, que prevê no artigo 12 que sejam criadas comissões intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS (BRASIL, 1990).

O artigo 13 da LOS apresenta uma lista de atividades que “em especial” deverão ser tratadas pelas comissões intersectoriais. Nessa lista não constam atividades da assistência social, nem da previdência social, enquanto atividades que em especial devem requerer atenção dessas comissões. Tal fato pode contribuir para retardar o estabelecimento de ações intersectoriais entre essas três grandes áreas que compõem a seguridade social brasileira. Num contexto de consolidação de um novo regime democrático, de implementação de novas políticas e serviços, de reorganização da atenção, de abertura de espaço para a participação e controle social, a tendência sempre será priorizar as atividades que a legislação coloca que devam ser executadas “em especial”.

Quanto à participação social, esta passa a ter lugar especial em toda a política de saúde, assim como nas demais áreas da seguridade social a partir da CF

de 1988. Conselhos e Conferências passam a se constituir como os principais espaços de representação da população.

Como dito anteriormente, a organização da saúde, a partir da CF de 1988, passou a ser descentralizada, de forma regionalizada e hierarquizada. Seguindo este princípio a LOS dedicou um capítulo para estabelecer as competências e atribuições de cada ente da federação, dispondo ainda sobre a interlocução entre os mesmos através das comissões intergestores.

Quanto ao cuidado o documento faz uma única referência direta ao termo, ao tratar de questões relativas ao atendimento integral em saúde. No capítulo VI, acrescentado através da lei 10.424 de 2002, que é composto por um único artigo – Artigo 19-I – trata do subsistema de atendimento e internação domiciliar. O primeiro parágrafo deste artigo estabelece que os atendimentos realizados por este subsistema serão aqueles necessários ao cuidado integral do paciente em seu domicílio (BRASIL, 1990, 2002).

A institucionalização do atendimento domiciliar e o reconhecimento de que as demandas de cuidado dos usuários nem sempre se encerram com a alta hospitalar é um avanço na garantia do atendimento integral em saúde.

Porém há um ponto que chama atenção neste artigo acrescentado à LOS, que ao estabelecer o atendimento domiciliar prevê que este só poderá ser realizado com expressa concordância do paciente e de sua família. O que é ratificado posteriormente através da portaria 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a), que com base nesse capítulo da LOS redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

A portaria 963 de 2013 (BRASIL, 2013a), estabelece ainda, além do consentimento do cuidador, que o mesmo deverá estar presente no ato do atendimento domiciliar por parte da equipe. Tal portaria define o cuidador da seguinte forma: “pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que deverá estar presente no ato do atendimento por parte da equipe multiprofissional” (idem, 2013a, art.2º).

O direito ao atendimento no domicílio, nos níveis de medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora, foi incluído na LOS doze anos após sua promulgação, e

passou a estar restrito aos usuários que contam com um cuidador. Quando ocorreu a regulamentação do Subsistema de Atenção Domiciliar este passou a prever que além de realizar o cuidado no domicílio o cuidador possa estar junto ao usuário durante visita domiciliar da equipe. Dessa forma, automaticamente ficaram excluídos desse serviço aqueles usuários que contam com uma rede social de apoio frágil, pois terão dificuldades de eleger um cuidador que possa estar presente sempre que ocorrer o atendimento da equipe.

Considerando especificamente os usuários inseridos em serviços que oferecem cirurgia do quadril, estes gozam da mesma amplitude de direitos que os demais usuários da Saúde, e que foram estabelecidos por esta legislação. Nesta análise, considerando os objetivos deste estudo, importa destacar o direito do usuário ao cuidado integral e o direito ao atendimento domiciliar, previstos nesta legislação.

Outro ponto à ser ressaltado é que, paralelo aos direitos assegurados nesta legislação, logo após estabelecer como dever do Estado *prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde*, a LOS estabelece que esse dever deve ser compartilhado com pessoas, família, empresas e sociedade. Essa responsabilidade compartilhada deve ser lida e interpretada com cautela nos serviços de saúde, a fim de evitar que o usuário, a família e/ou a rede social de apoio (quando existente) sejam responsabilizados além do que eles têm condições de oferecer em termos de cuidado em saúde.

4.1.2 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização - PNH, publicada no ano de 2004, institui a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004).

Diferente dos demais dispositivos legais aqui analisados, ela não é uma norma, é documento norteador das práticas em instituições de saúde, incluindo as que atendem os usuários que demandam acompanhamento para cirurgia de quadril.

O documento foi produzido no final do ano de 2003, num contexto de avanços relativos à consolidação dos direitos sociais estabelecidos na CF de 1988. Nesse

contexto, outros instrumentos legais foram promulgados, objetivando a proteção a grupos e indivíduos, como o Estatuto do Idoso no ano de 2003, a Política Nacional de Assistência Social no ano de 2004, dentre outros. O primeiro ano de mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi um momento de mudanças significativas iniciadas no campo das políticas sociais brasileiras, possibilitadas por um projeto de governo que conferiu destaque para o atendimento às demandas sociais.

Foram vários os documentos publicados nesse período do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, relacionados aos direitos sociais. Tais documentos caracterizam-se por uma tendência à discussão intersetorial e forte participação da sociedade civil na elaboração do seu texto, qualificando-os para responder as questões vivenciadas na prática das mais diversas instituições setoriais.

Treze anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) é fruto de amplos debates no campo da saúde, a partir do reconhecimento de que ações precisavam ser implementadas em busca da concretização de um SUS que assegurasse o direito à saúde, em oposição as ações fragmentadas e verticalizadas que até então estavam sendo desenvolvidas.

A PNH não é a primeira tentativa de humanizar o sistema de saúde brasileiro. No governo anterior diversas ações foram implementadas como iniciativas de humanização: o Hospital Amigo da Criança; o Prêmio Galba de Araujo; o Programa de Atenção ao Parto e Pré-natal; o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dentre outros (MS, 2003).

Nesse novo contexto político, de avaliação e proposições no campo das políticas sociais, apesar de terem sido considerados os aspectos positivos desses programas foi identificado o caráter fragmentário e a falta de articulação entre os mesmos (idem).

Durante todo o ano de 2003 diversas oficinas de trabalho e reuniões internas, com representantes de diversas áreas da saúde, foram realizadas com o intuito de construir a Política Nacional de Humanização. Seu texto final consta no relatório da Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização (MS, 2003). Posteriormente esta política foi pactuada na comissão intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, e publicada no ano de 2004.

Rompendo com o formato dos programas e ações que vinham sendo executados no governo anterior, a PNH foi construída como uma política transversal, que deve perpassar todas as instâncias do SUS, que tem como um dos seus objetivos romper com a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho que “esgarçam as relações entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários” (BRASIL, 2004, p.5).

Diferente dos outros documentos aqui analisados esta política não é uma lei. Mas, enquanto política, assinada pelo Ministro da Saúde, deve direcionar as práticas na rede de saúde, não como uma norma, mas como ela mesma propõe, como um eixo norteador de ações.

A PNH acabou se configurando numa política que tem como ponto central as relações nos serviços de saúde, o que pode ser observado ao longo do documento e principalmente quando apresenta o conceito de humanizar: “ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6).

O conceito de humanização que norteou os debates e que foi apresentado no relatório final da Oficina Nacional HumanizaSUS, acabou não sendo publicado no texto final da política. A humanização foi definida pelos participantes desse processo como “*a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores*” (MS, 2003, p. 28). Analisando o texto da PNH é possível observar que, mesmo tal definição não tendo sido registrada dessa forma no documento, ela perpassa toda a política.

Quanto aos princípios, a integralidade não é citada no documento, como um princípio, mas é mencionada apenas quando da contextualização dessa política, sendo reconhecidos os avanços no âmbito do SUS, considerando a descentralização, equidade e integralidade desse sistema.

Por mais que tal conceito não seja tratado diretamente ao longo desta política é possível observar que o mesmo vai de encontro ao que ela propõe uma vez que no marco teórico-político da PNH consta que humanizar contribui para a atenção integral em saúde (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNH são apresentadas no documento de acordo com o nível de atenção do serviço, quais sejam: na atenção básica; na urgência e emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar e outros; na atenção especializada e na atenção hospitalar.

Dentre as diferentes diretrizes para cada nível de atenção, considerando a atenção de alta complexidade, destaca-se o fato que a intersectorialidade é mencionada apenas no nível da atenção básica, na primeira diretriz: “Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersectoriais e as necessidades de saúde” (BRASIL, 2004, p. 13).

Os princípios desta política se diferem daqueles observados nos demais dispositivos legais aqui analisados. Questões como descentralização, integralidade, equidade, participação social e outros, apesar de presentes no documento, não recebem o estatuto de princípios norteadores da política. No caso da PNH tais princípios são:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2004, p. 9-10).

Para operacionalizar esses princípios foram estabelecidas as diretrizes para cada nível de atenção, que de forma muito objetiva definem as ações que devem ser executadas.

Esta política não se configura numa política descentralizada, suas ações são transversais a toda a rede do SUS. Porém, como citado anteriormente, há uma diferenciação das diretrizes para cada nível de atenção.

A participação social é valorizada no documento, que nesse sentido, prevê a pactuação entre instâncias intergestoras e de controle social, e também prevê a gestão participativa nas unidades de saúde.

O tema do cuidado é mencionado diversas vezes no documento, no item “Marco teórico-político”, e refere-se especialmente à relação estabelecida entre profissional e sujeito inserido nos serviços de saúde. Outra menção ao termo aparece nas diretrizes para o nível de atenção hospitalar, que cita o cuidado domiciliar como um dos parâmetros para adesão a essa política: “Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares” (BRASIL, 2004, p. 15-16).

A PNH não se configura numa lei, portaria ou programa que estabelece regras e normas. Seu foco não é apresentar direitos e deveres. Tem como principal objetivo estabelecer a humanização como eixo norteador das práticas em Saúde. A importância do estudo dessa política, quando consideradas as demandas dos usuários dos serviços de cirurgia ortopédica de quadril, se dá pelo fato da mesma valorizar o papel da família e da rede de apoio do usuário e reconhecer que estes têm necessidades sociais que interferem no processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

Outro ponto importante citado no documento e que neste estudo importa destacar refere-se ao parâmetro da desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, nos moldes de cuidado no domicílio. Tal parâmetro está em consonância com o capítulo acrescentado à LOS no ano de 2002.

A PNH estabelece ainda, dentre as diretrizes para a implementação da política de humanização nos serviços de saúde, que os mesmos contarão com equipe técnica multiprofissional para atendimento aos usuários e às suas famílias e/ou rede social. Nesse ponto não se deve desconsiderar que a valorização do papel da família e da rede social de apoio é um grande avanço em termos de política pública.

A PNH traz avanços relacionados à forma de inserção dos sujeitos nos serviços de Saúde. Estabelece que tornar a saúde como valor de uso é garantir os direitos dos usuários e de seus familiares e reconhece o lugar da família no processo saúde-doença. Valoriza a necessidade de troca de saberes entre

instituição, usuários e familiares, sem dar destaque aos deveres dos sujeitos como é observado em alguns documentos infraconstitucionais.

4.1.3 Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

O documento é fruto das reuniões do Conselho Nacional de Saúde e sua elaboração foi uma das ações relacionadas no Pacto em Defesa do SUS. Tal pacto é composto pelo Pacto pela vida e pelo Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006), e nele constam as pactuações feitas entre os representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, com vistas a organizar a rede de atenção à Saúde e as responsabilidades de cada ente.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde teve sua primeira versão publicada através da portaria 675 de 30 de março de 2006, assinada pelo então ministro da saúde, Saraiva Felipe. Posteriormente foi revogada com a publicação da Portaria 1820 de agosto de 2009 assinada pelo ministro da saúde José Gomes Temporão. Nesta segunda versão, que está vigente até a presente data, são apresentados os direitos dos usuários de forma mais objetiva, utilizando uma linguagem mais acessível e de fácil entendimento. Esta dinâmica está em consonância com o principal objetivo do documento que é o de disseminar as informações quanto aos direitos dos usuários da saúde, seja dos serviços públicos ou privados (BRASIL, 2009).

Publicada num momento de reestruturação da rede do SUS, a partir do conceito de redes de atenção à saúde (RAS) e do reconhecimento de que um sistema hierarquizado e fragmentado não é suficiente para atender as necessidades de saúde da população, tal portaria tem como objetivo apresentar os direitos e deveres dos usuários da saúde. A carta é fruto do trabalho coletivo que reuniu conselheiros de saúde, usuários e trabalhadores.

A questão central do documento é a apropriação dos direitos e deveres estabelecidos por parte dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Observa-se que, apesar da portaria dispor “*sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*”, prevalecem os direitos dos usuários. Apenas no artigo 6º é estabelecida uma

responsabilidade dos usuários. Responsabilidade essa que ao mesmo tempo em que estimula o seu protagonismo no tratamento de saúde, não deve ser utilizada como forma de diminuir a responsabilidade do serviço de saúde, a saber: “toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção” (BRASIL, 2009, Art. 6).

Os direitos dos usuários da Saúde, instituídos através desta Carta estão baseados nos seguintes princípios de cidadania:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2011, p. 3-4)

O conceito de integralidade não é citado no documento, mas é possível perceber que esta é uma concepção que perpassa o texto, pois prevê o atendimento continuado e referenciado entre os diversos serviços e níveis de atendimento nas redes de atenção à saúde.

Em comparação com os demais documentos aqui analisados observamos que nele está ausente a discussão sobre intersectorialidade, ou de propostas de ações intersectoriais.

Quanto à participação social a população usuária é orientada quanto ao seu direito de participação nas instâncias de controle social do SUS. Sua promulgação considerou o estabelecido em outros documentos que dão destaque à participação social, a saber: a PNH (BRASIL, 2004), a LOS, e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde.

Diferente do que ocorre em outros documentos onde as responsabilidades são diferenciadas para cada nível da gestão, a responsabilidade pela garantia dos direitos estabelecidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é compartilhada de forma igualitária entre os entes federados.

A única estratégia prevista para operacionalizar os princípios desta Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é a divulgação do conteúdo do documento, com o intuito de consolidar o SUS enquanto sistema de saúde universal e igualitário.

O cuidado é citado apenas em relação à responsabilidade do usuário de cumprir com o plano proposto pela equipe na elaboração do plano de cuidado profissional: “seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento” (BRASIL, 2009, Art. 6).

Assim como foi observado nos demais documentos analisados, os usuários submetidos à cirurgia do quadril ou que aguardam pela realização deste procedimento, gozam dos mesmos direitos dos demais usuários dos serviços de saúde. Porém, considerando as características desse processo de adoecimento, alguns direitos previstos nesta carta chamam atenção pelo fato de serem aplicáveis como respostas às demandas apresentadas por este grupo de usuários.

Quando considerado o tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico, verifica-se no artigo 3º:

Toda pessoa tem o direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único: É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento (...) (BRASIL, 2009, Art. 3º).

A participação da família no tratamento está prevista, bem como é garantido o direito do usuário decidir se seus familiares devem ou não ser informados sobre seu estado de saúde.

Esta Carta dos Direitos, em consonância com a LOS, também prevê o direito do usuário ao cuidado no domicílio.

Verifica-se que o atendimento domiciliar está previsto nos três documentos analisados da área da Saúde (BRASIL, 1990, 2004, 2009). Enquanto direito que assegura ao usuário a possibilidade de continuidade do tratamento em seu domicílio com acompanhamento de equipe multiprofissional, este tem como principal objetivo a desospitalização. Dessa forma, usuários que aguardam no domicílio pela

realização do procedimento cirúrgico não são sujeitos prioritários para serem atendidos por estes serviços.

Outro ponto que dificulta, ou até mesmo impossibilita, a inclusão de muitos usuários nos serviços de atendimento domiciliar é a exigência de um cuidador no ato da visita da equipe multiprofissional. Por mais que se reconheça por um lado a relevância de assegurar que quando da desospitalização o usuário deverá contar com um cuidador no domicílio, por outro deve-se considerar que nem sempre ele poderá indicar um único cuidador que deverá estar presente no ato do atendimento para receber as orientações da equipe. Como destaca Maior (2012) as famílias e os grupos por vezes se organizam conforme suas possibilidades para prestar o cuidado ao usuário no domicílio.

Diante de todas as dificuldades vivenciadas no cotidiano, em que o Estado se desresponsabiliza pela garantia dos direitos de cidadania, as famílias e/ou grupos de apoio criam estratégias de sobrevivência em que articulam seus recursos e suas redes de solidariedade como a família extensa, a vizinhança, o grupo religioso. Isso os sobrecarrega já que, ademais de lidar com todo o processo do adoecimento, têm que encontrar sozinho alternativas para o enfrentamento de situações geradas pela ordem econômica. (MAIOR, 2012, p. 288).

Como citado anteriormente, este importante serviço que contribui para o atendimento integral ao usuário em pós-operatório, qual seja, o cuidado domiciliar, ao ser regulamentado por meio de legislação específica do subsistema de atenção domiciliar, ficou restrito aos usuários que tem uma rede de apoio mais organizada e que contam com um cuidador (BRASIL, 2013a).

Outro ponto que se destaca no documento, quando consideradas as demandas dos usuários que se submetem à cirurgia de quadril, é o disposto no Artigo 7º - que garante o direito dos sujeitos à informação sobre a interferência das condições sociais, econômicas, culturais e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

Dessa forma é direito do usuário saber como as demandas sociais poderão interferir nas suas condições e de sua família de assegurar o cuidado, e/ou cumprir com sua responsabilidade, expressa no documento, de realizar o tratamento e recuperação adequados e sem interrupção. Da mesma forma que é

responsabilidade do mesmo ficar atento às situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde.

4.2 DIREITOS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Pela primeira vez na história do Brasil, a partir da CF de 1988, a Assistência Social alcança a condição de política pública, sendo a última dentre as políticas de seguridade social a ser regulamentada no país.

Num contexto de luta pela garantia e consolidação dos direitos sociais instituídos constitucionalmente, no ano de 1990 o primeiro texto desta lei foi levado ao Congresso Nacional e foi vetado.

Os anos seguintes foram marcados por movimentos de luta que ocorreram nacionalmente, em que foram protagonistas os trabalhadores e gestores da assistência e organizações da sociedade civil (CRESS, 2002). Como resultado desses movimentos, em dezembro de 1993, a LOAS foi promulgada, passados cinco anos desde o reconhecimento da assistência social enquanto política pública de seguridade social. Foi assinada pelo então presidente da república Itamar Franco.

Posteriormente, decorridos quase dezoito anos desde sua promulgação, a LOAS foi significativamente alterada através da lei 12.435 sancionada em 06 de julho de 2011. Mais da metade do texto atual da LOAS foi incluído ou passou a vigorar com as alterações impostas pela legislação de 2011. A partir dessas alterações a LOAS passou a ser conhecida como nova Lei do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pois um dos pontos nela incluídos foi a regulamentação desse Sistema.

O texto da LOAS, sancionado em 1993, já previa no artigo 6º que as ações da assistência social devem ser organizadas em sistema descentralizado e participativo, constituído pelas entidades e organizações de assistência social.

Mais de 10 anos após a promulgação da LOAS, em 2004, no mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, seguindo a agenda social daquele governo, foi instituída a Política Nacional de Assistência Social, como fruto de lutas por parte de

trabalhadores, gestores e movimentos da sociedade civil. No mesmo ano foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Seguindo essa agenda, no ano de 2005, o SUAS passou a vigorar através de resolução do Conselho Nacional de Assistência Social.

O SUAS passou a ser implementado em todo o país, mas ainda havia por parte dos movimentos de luta vinculados à assistência social o pleito que o mesmo fosse regulamentado em lei federal, o que ocorreu no ano de 2011, no Governo da presidente Dilma Rousseff, com a publicação da lei 12.435, que alterou o texto da LOAS, incluindo a organização do SUAS, dentre outras coisas.

A questão central da LOAS, como Lei Orgânica, é regulamentar os artigos 203 e 204 da CF de 1988 que instituem a assistência social, a quem dela necessitar, como uma política de Seguridade Social não contributiva.

É política de Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993, Art. 1º).

Os objetivos da LOAS visam atender as necessidades básicas dos diversos grupos e sujeitos. Dentre os objetivos nela citados estão incluídos: a proteção especial à família; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

No âmbito deste estudo selecionamos esta legislação, do campo da assistência social, por ser uma política que visa à proteção ao sujeito e às famílias em situação de vulnerabilidade social. Dessa forma, a LOAS configura-se para os usuários dos serviços de saúde como fonte de proteção, por meio dos seus programas, serviços e benefícios, que visam garantir mínimos sociais. Esta proteção assume particular relevância para os usuários que não estão segurados junto à previdência social (política contributiva).

Dentre os princípios desta política o que se destaca é o da Universalização dos direitos sociais. Ao mesmo tempo em que a LOAS institui uma política de assistência social universal, há uma dicotomia nesta legislação que inclui critérios de

seleção dos pobres que terão direito aos benefícios eventuais e ao Benefício da Prestação Continuada - BPC.

A intersectorialidade está prevista no documento quando estabelece no parágrafo único do artigo 2º que as ações da assistência social devem ser realizadas de forma integrada às políticas setoriais.

(...) para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (BRASIL, 1993, Art. 2º).

Incluído no ano de 2011, este texto vem de encontro ao debate contemporâneo na área da saúde, presente nos três documentos analisados anteriormente, que reitera que as condições sociais interferem no processo de saúde, adoecimento e recuperação. Apesar de contemplar a noção de intersectorialidade, não estão previstos no texto da LOAS mecanismos de aproximação entre os diferentes setores que podem estar envolvidos com a política de assistência social.

Assim como nas demais políticas implementadas a partir da CF de 1988, a LOAS prevê a participação da população, que nesta lei é uma diretriz a ser seguida.

Enquanto política descentralizada, o texto da LOAS prevê as competências de cada nível da gestão.

O cuidado em saúde não está previsto no documento, que se destina a Organizar a Assistência Social no país. A ausência desse conceito não significa que esta seja uma política a ser descartada quando tratamos deste tema. Como previsto na legislação do SUS, a saúde tem como condicionantes aspectos sociais, dentre outros e diversas ações do SUAS podem potencialmente contribuir para atender as demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença.

Semelhante ao que foi identificado nos documentos analisados anteriormente, os usuários que estão inseridos em serviços de saúde que oferecem cirurgia de quadril gozam dos mesmos direitos que os outros usuários da assistência social. Porém, alguns benefícios se destacam como relevantes para estes sujeitos quando

consideramos sua situação de adoecimento e o conjunto de demandas de cuidado dela decorrentes.

Um dos Benefícios previstos na LOAS que é requerido por alguns usuários que aguardam a cirurgia de quadril, ou que já foram submetidos à ela, é o Benefício da Prestação Continuada (BPC).

O BPC é um benefício no valor de um salário mínimo, para toda pessoa com deficiência ou idoso a partir de 65 anos que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção/subsistência ou tê-la provida por sua família (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993).

O atual texto da LOAS, que foi alterado pela lei 12.435 de 2011, ao dispor sobre este benefício, preserva o estabelecido no artigo 203 da Constituição Federal de 1988. Outras duas legislações de abrangência nacional foram posteriormente promulgadas, e também regulamentaram o pagamento deste benefício, preservando o texto constitucional e da LOAS: o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, Art. 34), e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015, Art. 40).

Porém, o primeiro texto da LOAS instituiu um corte de renda para que os usuários acessassem tal benefício, renda *percapita* familiar inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, que ainda tem sido utilizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão responsável pela operacionalização do Benefício (MPS, 2015a).

No Brasil existe atualmente uma grande demanda por tal benefício. Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2012, havia 3,6 milhões de beneficiários do BPC, sendo 1,7 idosos e 1,9 pessoas com deficiência.

No caso do idoso, a partir dos 65 anos, independente da condição de doença, há a proteção prevista na LOAS sendo que a condição de renda da família é considerada como critério para a concessão do mesmo. No ano de 2012, segundo estimativas do DATASUS (2015a) havia no Brasil 14,2 milhões de idosos com 65 anos ou mais, sendo beneficiários do BPC 1,7 milhões de idosos (BRASIL, 2014), o equivalente a 12% da população dessa faixa etária.

As condições de vida dos usuários (neste caso é possível falar das condições para prover o sustento de si próprio e da sua família) impactam diretamente na

possibilidade de êxito no tratamento de saúde, ao mesmo tempo em que o adoecimento do chefe de família impacta na renda familiar (MAIOR, 2012).

Considerando os usuários que demandam cirurgia ortopédica de alta complexidade de quadril, e as características desse processo de adoecimento (dificuldades para se locomover, deambulação com uso de apoio - muleta ou andador, incapacidade para o trabalho, etc) verifica-se que elas não garantem de imediato o acesso desses sujeitos ao BPC.

A coxartrose (diagnóstico utilizado para classificar usuários acometidos de artrose na articulação do quadril), e algumas outras doenças que afetam esta articulação, por si só não caracterizam o usuário como pessoa com deficiência. Porém o agravamento da doença, o conseqüente encurtando do membro e o aumento da dificuldade de locomoção, em algumas situações podem levar a que o mesmo seja considerado como pessoa com deficiência.

A promulgação do decreto 6214 de 2007 que regulamenta o benefício da prestação continuada representou um avanço significativo em termos de direitos da pessoa com deficiência, uma vez que a avaliação para concessão deste benefício deixou de estar relacionada exclusivamente à avaliação médica, passando a ser realizada com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde no 54.21, aprovada pela 54^a Assembléia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001.

§ 2o A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades (BRASIL, 2007a, p. 8).

Outro dado importante quanto à avaliação do BPC realizada pelo INSS refere-se ao tempo da deficiência. Apesar de estar previsto a partir do decreto 6214 de 26 de setembro de 2007 e decreto 12.435 de 2011 a possibilidade de acessarem este benefício os usuários com impedimentos temporários, conforme CIF, muitos peritos ainda se baseiam no conceito de deficiência de longo prazo, tal como disposto no Estatuto da Pessoa com deficiência:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, Art. 2º).

Diferente do usuário idoso, com 65 anos ou mais, que encontra na LOAS a previsão do BPC, independente da comprovação da deficiência ou incapacidade para o trabalho, o usuário que não mantém vínculo previdenciário e que foi submetido ao procedimento cirúrgico ou que aguarda pela realização da cirurgia de quadril, fica sujeito à aceitação/conhecimento por parte do perito médico de incluí-lo na condição de pessoa com deficiência temporária.

Verifica-se então que, apesar de assegurado na legislação o direito à proteção social, com proteção especial à família, ainda há barreiras para que o usuário alcance esta proteção plenamente.

A LOAS prevê a garantia de mínimos sociais, o que não garante a manutenção das necessidades humanas/sociais dos indivíduos. Segundo Pereira (2011) ao invés de garantir mínimos sociais, a assistência social deveria garantir direitos “básicos” ou “essenciais”, pois “Concretizar direitos sociais significa prestar à população, como dever do Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhe é devido, em resposta às suas necessidades sociais” (PEREIRA, 2011, p. 187).

É grande o debate em torno dos conceitos de necessidades básicas e mínimos sociais. Pereira faz uma vasta pesquisa sobre esses temas e conclui que a noção de mínimos sociais não é suficiente para definir uma política que dê conta de satisfazer necessidades básicas (PEREIRA, 2011).

A autora tomando como referência os estudos de Doyal e Gough (1991) nos alerta que necessidades humanas são aquelas que caso não sejam atendidas ocorrerão sérios prejuízos à vida material dos homens, pois elas independem de preferências individuais (que são subjetivas e relativas).

A garantia de mínimos sociais como sinônimo de mínimos de subsistência, é uma resposta isolada e emergencial aos efeitos da pobreza extrema. O risco de uma concepção restrita e relativa de necessidades sociais pode trazer impactos perversos sobre as políticas sociais, dificultando mais ainda a superação das

dificuldades e fragilidades do nosso combalido sistema de proteção social brasileiro (PEREIRA, 2011).

4.3 DIREITOS NO CAMPO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Como citado anteriormente, são características comuns ao processo de adoecimento por doenças que afetam o sistema osteomuscular a dor; a limitação da locomoção e a perda da qualidade de vida. Tais agravos muitas vezes levam o usuário a interromper as suas atividades e em alguns casos a depender do auxílio de terceiros para se locomover.

Cabe citar que a situação dos usuários de dependência de cuidados não é pontual. Tendo como foco a conjuntura atual da distribuição de serviços de alta complexidade em ortopedia no estado do Rio de Janeiro, apresentada no capítulo anterior, esse tempo de dor, de limitação e de perda da qualidade de vida pode ser estendido. Aguardar por um período de três a quatro anos para a realização da cirurgia significa para muitos sujeitos o afastamento das suas atividades cotidianas e a dependência de uma rede social de apoio e dos serviços públicos ao longo do processo pré-operatório.

Durante esse período de adoecimento, de tratamento e de recuperação, muitos usuários recorrem aos benefícios previdenciários para manterem a sua própria condição de vida, bem como de sua família.

Segundo dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no ano de 2014 em todo o Brasil, 18,86% dos pedidos de Auxílio-doença (não acidentário) concedidos por CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) foram classificados como M0 a M25 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. As coxartroses, CID M168, foram responsáveis pela concessão de 1,91% dos benefícios por incapacidade laborativa relacionada a doenças do sistema osteomuscular.

Segundo Freitas (2013) no Brasil doenças osteomusculares são as que mais acometem os segurados do INSS e também representam a maior causa de recebimento de compensações do seguro social em diversos países.

Segundo a autora o auxílio-doença previdenciário, um benefício de caráter temporário, se tornou no Brasil um benefício de longa permanência. Isto pode ser observado no caso dos usuários que aguardam para realização de artroplastia total primária de quadril.

Como rotina do INSS o perito avalia e concede o benefício por um período determinado e, ao término desse período, o usuário deve agendar uma perícia de prorrogação do benefício, quando será reavaliado se o usuário permanece na condição de incapacidade para o trabalho. Com isso é grande a peregrinação do usuário entre as instituições para reunir laudos, resultados de exames, a fim de comprovar sua condição de incapacidade para o trabalho. Esta incapacidade nem sempre é avaliada de imediato pelo perito, dado a subjetividade da dor (invisível, intocável) e o fato de o INSS diferenciar a condição de doença da condição de incapacidade para o trabalho - esta última avaliada pelo perito médico (MPS, 2015).

Ao analisar o processo de reabilitação no INSS, Freitas (2013) conclui que falta articulação das ações previstas nas políticas de saúde, de trabalho e de previdência. A autora destaca a ausência de um plano de reabilitação no âmbito da Seguridade Social para atender aos usuários que estariam em condições de retornar ao trabalho, quando o tratamento da doença é finalizado, mas que não conseguem retomá-lo na mesma função que antes desempenhavam.

A autora cita ainda os estudos de Murphy & Roseblum (2006) que indicam que o trabalhador com incapacidade laborativa, afastado do mercado de trabalho por período superior a dois anos, dificilmente consegue a ele retornar.

Se por um lado é grande o número de usuários que necessitam recorrer ao INSS neste período, tendo que se submeter às periódicas perícias e conviver com o medo recorrente de ter o pedido de benefício e/ou prorrogação indeferido, ao mesmo tempo em que convivem com a queda no rendimento médio⁵, por outro lado muitos usuários, por estarem fora da qualidade de segurados junto ao INSS não podem contar com a garantia dessa renda durante o período que se encontram incapacitados para o trabalho.

⁵ Para mais informações sobre o cálculo do auxílio-doença consultar <http://www.previdencia.gov.br/servicos-aocidadao/informacoes-gerais/valor-beneficios-incapacidade/>

4.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PAPEL POTENCIALMENTE DESEMPENHADO PELAS FAMÍLIAS E PELAS REDES SOCIAIS DE APOIO NA GARANTIA DO DIREITO AO CUIDADO

Como citado anteriormente, o cuidado pode diminuir os impactos do adoecimento sobre o sujeito (PINHEIRO, 2009a), enquanto que a impossibilidade do mesmo pode implicar no agravamento do quadro de doença. Há que se considerar ainda que o cuidado também é potencializado quando a inserção dos sujeitos em alguma rede social de apoio é forte e integrada (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Existe uma noção de responsabilidade compartilhada que perpassa as políticas sociais brasileiras onde a responsabilidade pela garantia dos direitos nelas previstos é compartilhada entre o Estado, a sociedade civil e a família, como observado na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010). O texto de apresentação dessa política inclui a sociedade, a comunidade e o governo como partícipes do cuidado com a saúde.

Esta perspectiva de articular diferentes “fontes potenciais de cuidado” também pode ser identificada na ótica da promoção da saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que visa romper com a fragmentação das políticas e que se realiza na articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política (BRASIL, 2010).

Esta presença da responsabilidade compartilhada não deve ser usada como instrumento para colocar a família na condição de principal responsável pelo cuidado ao sujeito. Esse compartilhar de responsabilidades deve ser visto como meio de garantir que o sujeito e/ou sua família não estejam sozinhos neste processo.

Cabe então pensar no sujeito/usuário dos serviços das instituições de saúde que necessitam de cuidados de terceiros, como nas situações de pré e pós-operatório de cirurgias de quadril. Esse cuidado, na maioria das vezes, por falta de oferta de estrutura por parte do Estado para desempenhá-lo, acaba sendo realizado exclusivamente pela rede social de apoio dos usuários. Restrições de financiamento, universalização incompleta e baixa eficácia das políticas de seguridade social comprometem a garantia dos direitos sociais no Brasil e na prática afetam diretamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde, assistência social, educação, etc.

Segundo Lobato, o acesso às políticas sociais é precário, pois os programas apresentam baixa cobertura, gerando uma demanda reprimida. A autora indica ainda o problema da priorização de financiamento para as políticas focalizadas no âmbito da assistência social (como o Benefício da Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família) em detrimento dos serviços regulares de assistência social “que são aqueles prestados pela rede sócio assistencial e que atuam diretamente nas necessidades individuais e familiares dos cidadãos” (LOBATO, 2009, p.727).

Segundo Andrade e Vaitsman “redes são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana” (2002, p. 927).

Há de se considerar que existem sujeitos que não contam com nenhum tipo de rede de apoio, e aqueles que contam com vínculos afetivos e familiares, mas que devido às precárias condições de moradia e renda não tem condições, por exemplo, de retornar ao domicílio após a alta hospitalar.

O período de reestabelecimento pós-operatório, que poderia ser realizado em casa, seguindo as recomendações da equipe profissional, se torna inviável em muitas situações. Diante de situações como essa e da fragilidade dos recursos públicos que atendam a essa demanda ocorre uma busca por parte dos sujeitos por ampliar sua rede de apoio procurando na igreja, na vizinhança o suporte que deveria encontrar no aparelho estatal.

Dependendo das vivências de cada sujeito ou do grupo social, as redes sociais podem ser compostas por diversos atores que se interligam através da religião, da comunidade, do grupo de jovens, de esportes, de mulheres, saúde, grupos de informação e educação (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Frente a essas fragilidades do sistema de proteção social brasileiro, a família e a rede social de apoio do usuário têm sido sobrecarregadas tendo que se responsabilizar pelo cuidado no domicílio e a manutenção das necessidades. Dessa forma o direito à saúde fica então comprometido (MAIOR, 2012). Nesse caso específico fica comprometida a garantia do direito ao atendimento integral em cirurgia ortopédica de quadril.

Diante dessa questão, um dos dados do IBGE que chama atenção para a preocupante realidade das famílias ao longo do processo de adoecimento é que,

segundo os indicadores socioeconômicos apresentados pelo DATASUS no ano de 2012, um percentual de 29,23% da população do país vivia em condição de pobreza, tendo um rendimento médio inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, e 10,42% da população vivia com uma renda média menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (DATASUS, 2015).

No estado do Rio de Janeiro essa média é de 22,32% da população com rendimentos inferiores a $\frac{1}{2}$ salário, e 6,5% da população com rendimentos inferiores a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (idem).

Se para muitos usuários a família tem sido o principal agente de cuidados no processo pós-operatório, cabe considerar as mudanças demográficas pelas quais o país tem passado. Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE do ano de 2010, ocorreu no Brasil um aumento no número de famílias compostas por casais sem filhos de 14,9% em 2000 para 20,2% em 2010. Ao mesmo tempo, houve um aumento do número de famílias unipessoais de 9,2% em 2000, para 12,10% em 2010. Quando analisados segundo o recorte de gênero, os dados indicam que, das mulheres que viviam sozinhas 53% tinham 60 anos ou mais de idade, e entre os homens, a distribuição etária é diferenciada, com percentuais mais elevados nas idades entre 25 a 59 anos (IBGE, 2012). Tais mudanças demográficas indicam a necessidade de que sejam pensadas alternativas para a garantia do atendimento ao usuário que não conte com família e/ou rede de apoio que possa lhe prestar os cuidados pós-operatórios.

Tais dados levam ao questionamento sobre de que forma usuários e famílias que vivem em condição de pobreza e extrema pobreza enfrentam o período de adoecimento.

É necessário que seja assegurado aos usuários dos serviços de Saúde o direito ao tratamento adequado e no tempo adequado em termos de resolutividade de seu problema de saúde, o que impedirá o prolongamento do sofrimento e a perda da autonomia dos sujeitos, reestabelecendo assim sua capacidade de manter o próprio cuidado.

Garantir atendimento integral ao usuário não se resume à colocação de uma prótese de alto custo, implantada por uma equipe altamente preparada, se o sujeito não tiver condições de em seu domicílio ter atendidas as suas necessidades básicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como destacado inicialmente, esse estudo é fruto das indagações acerca dos direitos sociais e de saúde em face das potenciais demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença e da trajetória de assistência em saúde de usuários do SUS que são submetidos à cirurgia ortopédica de quadril.

Para responder a esta questão buscou-se: analisar as demandas de cuidado em saúde de usuários submetidos à cirurgia ortopédica de quadril; mapear a rede de serviços públicos de assistência em saúde que garante a oferta de cirurgias do quadril de alta complexidade e analisar a base legal que institucionaliza o conjunto de direitos assegurados aos usuários do SUS submetidos à cirurgia de quadril.

A pesquisa bibliográfica identificou que os estudos publicados na área da ortopedia, relacionados com os temas do cuidado e da assistência em saúde em ortopedia são voltados principalmente para os aspectos biomédicos, procedimentos cirúrgicos, diagnóstico, prognóstico e cuidados de enfermagem. Característica importante em relação a estes estudos é que os mesmos não objetivam o debate em torno da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, de sua implementação e das redes de serviços de saúde, o que torna relevante que novos estudos sejam elaborados a partir desses temas. Ainda é baixa a contribuição das áreas das ciências sociais e de saúde nos estudos no campo da ortopedia.

As demandas de cuidado decorrentes do processo saúde-doença em si aqui identificadas são decorrentes principalmente da necessidade do usuário interromper suas atividades cotidianas pelas limitações de locomoção e pela dor, realizar repouso e contar com um cuidador que possa prestar apoio no período de pós-operatório. Demandas que deveriam surgir na etapa de pós-operatório, acabam, por vezes, surgindo ainda na etapa de pré-operatório, dado o longo tempo em que os usuários aguardam pela realização da cirurgia.

Ao realizar o mapeamento da rede de serviços de alta complexidade em traumatologia e ortopedia no SUS, identificou-se que devido à demanda reprimida por atendimento nessa área as demandas de cuidado iniciam antes mesmo da cirurgia, no processo de pré-operatório, enquanto o usuário aguarda pela realização

da cirurgia. Nestes casos, tais demandas estão diretamente relacionadas às características desse processo saúde-doença como dor, limitações e perda da qualidade de vida.

Os dados referentes à rede de serviços de saúde indicam que em muitos estados do Brasil o usuário necessita fazer um grande deslocamento territorial em busca de atendimento em traumatologia-ortopedia, mesmo diante do quadro de dor e limitação. Esse deslocamento pode ser devido à ausência do serviço, já que são poucas as unidades de referência em alta complexidade distribuídas no país. Pode ser também devido ao fato de o usuário poder demandar atendimento numa clínica cirúrgica específica que o serviço mais próximo ao seu domicílio não ofereça, já que, como visto, as unidades de referência em alta complexidade em traumatologia e ortopedia não são obrigadas a oferecer atendimento em todas as áreas ortopédicas (quadril, coluna, joelho, cirurgia da mão, etc.).

Os dados referentes à realização de cirurgias ortopédicas de quadril de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro apontam que os atendimentos prestados nesta especialidade tem se concentrado em duas unidades de referência: o INTO e o Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu. Sendo que o INTO é o principal responsável pela produção cirúrgica nesta especialidade no estado do Rio de Janeiro.

A demanda reprimida por atendimento de alta complexidade em traumatologia e ortopedia no estado do Rio de Janeiro se expressa na concentração de mais de 16 mil pessoas em fila de espera para cirurgia. O tempo de espera para cirurgia, que é diferente segundo o tipo de procedimento a ser realizado, pode agravar a situação de doença dos usuários impossibilitando-os de se responsabilizarem pelo próprio cuidado e pelo cuidado com suas famílias. Diante desse quadro passam a demandar a inserção em serviços que garantam proteção social no período de pré e pós-operatório. Porém, apesar da garantia desses serviços na legislação, a literatura estudada aponta que há uma fragilidade no sistema de proteção social brasileiro, cuja proteção está voltada para a garantia dos mínimos sociais, que não atendem as necessidades básicas dos usuários e suas famílias.

Quando estudados os benefícios e serviços instituídos no país verifica-se que existe um conjunto de dificuldades para que os usuários submetidos à cirurgia de quadril possam acessá-los.

O usuário, que convive com dor e limitações, para acessar o auxílio-doença previdenciário, além de se encontrar na qualidade de segurado junto à previdência social, necessita ser submetido a uma perícia médica no INSS. Tal perícia irá avaliar se, além da condição de doença, o usuário também se encontra incapacitado para o trabalho. Quando fora da qualidade de segurado junto à previdência social, como ocorre com os trabalhadores do setor informal ou os desempregados de longo prazo, o quadro de adoecimento e a necessidade de realizar uma cirurgia no quadril não os caracterizam de imediato como “pessoa com deficiência”, para que possam acessar o BPC. Dessa forma, o usuário que não mantém vínculo previdenciário não encontra na legislação vigente proteção que lhe garanta o atendimento de suas necessidades básicas.

Outra situação em que os usuários podem encontrar barreiras para acessarem os serviços disponíveis refere-se ao atendimento domiciliar. Importante serviço na garantia do atendimento integral em saúde aos usuários do SUS, a partir da regulamentação do subsistema de atenção domiciliar, excluiu os usuários que não contam com cuidadores no domicílio ou que contem com uma frágil rede de apoio para tal. Ficaram excluídos também desses serviços os usuários que contam com vínculos afetivos e familiares, mas que devido às precárias condições de moradia e renda, não tem condições de retornar ao domicílio após a alta hospitalar.

O acesso aos serviços de atendimento domiciliar, por parte dos usuários que demandam por cirurgia de quadril, ficou restrito pelo fato desses serviços terem sido regulamentados para possibilitarem, prioritariamente, a desospitalização e os atendimentos de pós-operatório, situações em que não estão incluídos os usuários que aguardam pela realização da cirurgia de quadril.

Diante dessas fragilidades, os usuários passam a depender de suas famílias e redes sociais de apoio para a sua manutenção durante o tempo de tratamento e no caso específico da cirurgia de quadril, durante o longo período em que aguardam para a realização da cirurgia. Como citado anteriormente, não são todos os usuários que contam com cuidadores no domicílio, seja por parte da família ou de uma rede de apoio. Situação essa que tende a acontecer com mais frequência, levando em consideração as constantes mudanças demográficas pelas quais o país tem passado, que indicam o crescimento do número de casais sem filhos e de pessoas que vivem sozinhas. Dessa forma importa que sejam implementadas ações que

visem atender integralmente as demandas dos usuários que foram submetidos à cirurgia de quadril ou que aguardam pela realização da mesma.

Este estudo não visa esgotar a discussão sobre esses temas. Os resultados desta pesquisa indicam a importância de que novos estudos sejam elaborados com o objetivo de identificar o perfil dos usuários submetidos à cirurgia de quadril, e examinar de forma mais aprofundada como suas famílias e/ou redes sociais de apoio têm se organizado para prestar o cuidado durante o período de adoecimento e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. **Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil**: Lições dos anos FHC. Disponível em: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/12873_Cached.pdf, acessado em 26 Jan. 2014.

ALMEIDA, K.F. **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**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, 2002, p. 925-934.

ARRETCHE, M. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. Tese de doutorado. SP: UniCamp, 1998.

BAPTISTA, T.W.F.; MATTOS, R.A. **Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)**. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011, p. 52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BONET, O.; TAVARES, F.R.G. **O Cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica**. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R. (orgs). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 263-277.

BOURDIEU, P. **Espaço Social e Espaço Simbólico**. In: BOURDIEU, P. Razões Práticas: Sobre a teoria da ação. 9. Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008. p. 13-33.

BOWEN, G.A. Document Analysis as a Qualitative Research Method. In: **Qualitative Research Journal**, vol. 9, n 2, 2009, p. 27-40.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

_____. MDS. Benefício da Prestação Continuada. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>, acessado em 10 de dezembro de 2014.

_____. Presidência da República. Decreto 8065 de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Glossário Temático: traumatologia e ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 90 de 27 de março de 2009. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. Brasília, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. Presidência da República. Decreto 6214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício da prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do decreto nº 3048 de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2007a

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. Portaria nº 221/GM de 15 de fevereiro de 2005.

_____. MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, Novembro de 2005a.

_____. MS - Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. Estatuto do Idoso, lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, 2003.

_____. Presidência da República. Lei 10424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002.

_____. Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993. Brasília, 1993.

_____. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Capítulo VIII: Da Ordem Social. Brasília, 1988.

BURLANDY, L., et al. **Intersectorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis**. In: Revista Vigilância Sanitária em Debate, 2014, p. 124-129.

CELLARD, A. **A Análise Documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 295-316.

CNESnet. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Consultas. Serviços especializados. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp, acessado em 08 mar 2015.

COSTA, S. G. Proteção Social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. In: **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, Ano 10, n.2, 2002, p. 301-323.

CRESS. **Assistente Social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. 4.ed. Rio de Janeiro, 2002.

DATASUS. Portal da Saúde. Informações de Saúde. **Assistência à Saúde**, 2015, Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>, acessado em 08 mar 2015.

_____. Portal da Saúde. Informações de Saúde. **Demográficas e Socioeconômicas**, 2015a, disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>, acessado em 13 set. 2015.

DEBERT, G. Políticas Públicas face ao envelhecimento no Brasil. In: **Seminário Internacional Trabalho, Cuidado e Políticas Sociais**. Caderno de resumos. São Paulo-Rio de Janeiro, 2014, p. 63

DOYAL, L. e GOUGH, I. A Theory of human need. London, MacMillan, 1991.

DUARTE, S. A. M. Centro de Atenção Especializada em Cirurgia do Quadril. In: **Caderno de Enfermagem em Ortopedia**, Rio de Janeiro, v.2, maio de 2009, p. 11-13.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. In: **Lua Nova**, n. 24, setembro de 1991, p. 85-116.

FLICK, U. **Utilização de Documentos Como Dados**. In: FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 230-237.

FREEMAN, R. e MAYBIN, J. Documents, practices and policy. In: **Evidence & Policy**, vol. 7, n. 2, 2011, p. 155-170.

FREITAS, R.C.S. Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade: algumas reflexões a partir do caso Acari. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 71, São Paulo: Cortez, 2002. p. 80-101. Dissertação.

FREITAS, F.C.A. **A Evolução Recente do Auxílio-Doença Previdenciário e o Papel da Reabilitação Profissional**. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2013.

FONSECA, C. Mãe é uma Só? In: **Psicologia USP**. São Paulo, v. 3, n 2, 2002, p. 49-68.

FONSECA, T.M.A. **A incorporação da atenção à deficiência pela política de assistência social no município do Rio de Janeiro**. Tese de doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HALL, S. **A identidade cultural na pós modernidade**. Rio de Janeiro. DP&A ed., 2002.

HELLER, A. “**On the concept of ‘care’**”. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G (orgs). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro. IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: Família e domicílios. Resultados da amostra**. Rio de Janeiro, 2012.

INTO. **Carta de Serviços ao Cidadão**. Rio de Janeiro, 2013.

_____. **Relatório de Gestão 2013**. Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Cartilha para pacientes submetidos à artroplastia total de quadril**. Disponível em <http://www.into.saude.gov.br/conteudo.aspx?id=122>, acessado em 08 mar. 2015.

_____. **Notícias**, 2014a, Disponível em <http://www.into.saude.gov.br/noticiasAtuais.aspx?id=387>. Acessado em 12 set. 2015.

_____. **Notícias**, 2014b, Disponível em <http://www.into.saude.gov.br/noticiasAtuais.aspx?id=407>. Acessado em 12 set. 2015.

_____. **Notícias**. 2015a, Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/noticiasAtuais.aspx?id=468> acessado em 12 set. 2015.

_____. **Notícias**. 2015b, Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/noticiasAtuais.aspx?id=481>, acessado em 12 set. 2015.

KEHL, M. R. **A Constituição Literária do Sujeito Moderno**, 2000. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/19133258/Maria-Rita-Kehl-A-constituicao-literaria-do-sujeito-moderno>. Acessado em 25 jun. 2014.

LOBATO, L. de V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 14, N. 3, 2009. p. 721-730.

_____. **Seguridade Social e Saúde**. In: SENNA, M.C.M.; ZUCCO, L.P.; LIMA, A.B. (orgs). **Serviço Social na Saúde Coletiva: reflexões e práticas**. Rio de Janeiro, Garamond, 2012. p. 59-101.

MAIOR, A.S. **Serviço Social na Alta Complexidade: A experiência no Programa de transplante cardíaco do Instituto Nacional de Cardiologia**. In: SENNA, M.C.M.; ZUCCO, L.P.; LIMA, A.B. (orgs). **Serviço Social na Saúde Coletiva: reflexões e práticas**. Rio de Janeiro, Garamond, 2012. p. 273-291.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, 2010. p. 2297-2305.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Oficina Nacional HumanizaSUS**: construindo a Política Nacional de Humanização. Relatório. Brasília, novembro de 2003.

MPS - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Serviços ao Cidadão**. Auxílio Doença, 2015. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/> acessado em 12 set. 2015.

_____. Ministério da Previdência Social. **Benefício Assistencial ao Idoso e à Pessoa com Deficiência (BPC/LOAS)**, 2015a, disponível em <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/> acessado em 12 set. 2015.

NEVES, D. P. **As Idosas Provedoras e o Enraizamento Familiar**. In: BRITES, J. e FONSECA, C. (orgs). *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. p. 359-379.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011

PINHEIRO, R. SILVA JUNIOR, A.G (orgs). **Cidadania no Cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro. IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2011.

_____. **Integralidade em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 255-262, disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>, acessado em 09 mar. 2015.

_____. **Cuidado em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2009a, p. 255-262, disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>, acessado em 09 de março de 2015.

_____. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde**. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (orgs). *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 15-28.

_____. MATTOS, R. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007.

_____. **Cuidado em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

PIOVAN, E.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. In: **Revista Saúde Pública**, n. 29, 1995. p. 318-325.

ROTHER, E.T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Editorial. In: **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 20, v.2, 2007

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SBQ – Sociedade Brasileira de Quadril. **Artroplastia de Quadril: O que você precisa saber antes da cirurgia**. Disponível em <http://www.sbquadril.org.br/info-pacientes.php?ver=3>, acessado em 08 mar. 2015.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. In: **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, set/dez 1999, p. 6-19.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Roteiro para Análise Documental

- 1) **Contexto sócio político em que o documento é produzido.** O que torna possível que aquele documento seja público num determinado contexto? O que pode motivar a produção daquele documento naquele contexto? Ou de um conjunto de documentos interrelacionados produzidos num determinado contexto?
 - Principal instituição responsável pelo documento
 - Ano de publicação
 - Autores - Quem participou da elaboração dos documentos? Quem assina como cargo público?

- 2) **Tipo de documento** (portaria, lei, setorial ou intersetorial, planos, políticas, programas, atas, relatórios, avaliações sobre os programas e políticas em pauta, documentos acadêmicos)

- 3) **Questão central do documento** (de que trata o documento)? **Conceitos chave explicitados no documento.** Como esta definição vem se modificando ao longo do tempo ou como difere entre documentos?
 - a. Concepção sobre a questão central do documento:
 - b. Concepção sobre o tema do estudo:
 - Temas presentes/ausentes nos documentos (comparando com outros documentos):

- 4) **Princípios e conceitos chave** da política/programa/estratégia analisada – intersetorialidade – descentralização – participação social? - etc;
 - a. Há espaços previstos para participação social ou diálogo com a população?
 - b. No caso de políticas/programas descentralizados as políticas definem papéis e mecanismos de diálogo entre níveis de governo?
 - c. No caso de políticas\programas intersetoriais – há mecanismos\espaços políticos previstos para aproximação dos envolvidos?

- 5) O cuidado aparece no documento? De que forma ele é abordado?

- 6) Quais direitos que aparecem no documento que se destacam como Direitos dos usuários submetidos à cirurgia de quadril diante do problema do estudo?

ANEXO

ANEXO I

Mapa geográfico da Divisão Político-Administrativa em Regiões de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

