

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Rodrigo Guerra Casarin

**MARCADORES DE ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA**

Santa Maria, RS
2024

Rodrigo Guerra Casarin

**MARCADORES DE ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

Santa Maria, RS
2024

CASARIN, Rodrigo Guerra
MARCADORES DE ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA / Rodrigo Guerra CASARIN.-
2024.
58 p.; 30 cm

Orientador: Luiz Anildo Anacleto DA SILVA
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2024

1. Atenção Primária à Saúde 2. Itinerário terapêutico
3. Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares I. DA
SILVA, Luiz Anildo Anacleto II. Título.

Rodrigo Guerra Casarin

**MARCADORES DE ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Aprovada em ____ de _____ de 2024.

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Luiz Antonio Bettinelli, Dr. (UPF)

Rafael Marcelo Soder, Dr. (UFSM)

Darielli Gindri Resta Fontana, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2024

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado não foi apenas uma conquista pessoal, mas uma jornada compartilhada com várias pessoas. Agradeço, do fundo do meu coração, por todo o apoio, encorajamento e orientação que recebi ao longo do caminho.

Gostaria de agradecer aos meus queridos familiares, obrigado por serem minha rocha, por me incentivarem nos momentos difíceis e por compartilharem comigo as alegrias deste percurso.

Aos colegas de mestrado, em especial à turma de Passo Fundo. Foram tantas viagens, mudanças de rotas de vida, experiências vividas e a parceria construída ao longo desta caminhada, que nunca será esquecida.

Ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo, em nome de todos os colegas que, de alguma maneira, deram-me suporte para a realização deste desafio, muito obrigado.

Por fim, meu estimado professor e orientador Luiz Anildo Anacleto da Silva, sou imensamente grato por sua dedicação, paciência e sabedoria. Seu compromisso com a excelência acadêmica e seu apoio inabalável foram fundamentais para o meu crescimento e desenvolvimento como discente e como pessoa.

Este momento marca o fim de uma etapa e o início de novas possibilidades. Estou animado para aplicar todo o conhecimento adquirido ao longo deste mestrado em novos desafios e oportunidades que surgirão no futuro.

Mais uma vez, obrigado a todos por fazerem parte desta jornada. Que possamos continuar, juntos, a compartilhar momentos de alegria, aprendizado e crescimento.

RESUMO

MARCADORES DE ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA

AUTOR: Rodrigo Guerra Casarin
ORIENTADOR: Luiz Anildo Anacleto da Silva

As doenças cardiovasculares representam o maior índice de óbitos no Brasil. Tais patologias resultam de complexos fatores, sejam esses individuais, sejam institucionais. Assim, o objetivo do estudo é compreender o acesso a procedimentos de alta complexidade em cardiologia de pessoas oriundas dos meios rural e urbano. O estudo proposto está caracterizado como qualitativo, descritivo, exploratório e prospectivo. A execução deste foi realizada em uma instituição hospitalar da região Norte do Rio Grande do Sul, de grande porte, filantrópica, credenciada como serviço de alta complexidade em cardiologia junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Cientes e conscientes da importância das questões éticas, utilizou-se como embasamento os preceitos contidos na Resolução nº 466/2012, que estabelece critérios definidores de pesquisa com seres humanos. Foram entrevistados 25 pacientes, sendo 13 que residem em zona rural e 12 munícipes urbanos. Os resultados foram apresentados em forma de artigo, o qual revelou duas categorias: I - Primeiras evidências: sinais, sintomas e desdobramentos; II - Caminhos e descaminhos do acesso a procedimentos de alta complexidade em cardiologia. O estudo tornou evidente que os fatores sociais, econômicos e de saúde desempenham um papel fundamental na determinação do acesso equitativo aos serviços cardíacos. Portanto, a construção de um acesso eficaz para procedimentos cardíacos de alta complexidade requer uma abordagem que transcenda as barreiras clínicas, enfrentando o subfinanciamento do SUS e confrontando os marcadores sociais da diferença.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Itinerário terapêutico. Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

ABSTRACT

ACCESS MARKERS TO HIGH-COMPLEXITY CARDIOLOGY PROCEDURES

AUTHOR: Rodrigo Guerra Casarin
ADVISOR: Luiz Anildo Anacleto da Silva

Cardiovascular diseases represent the highest mortality rate in Brazil, and such pathologies result from complex factors, whether individual or institutional. Thus, the objective of this dissertation was to understand access to high-complexity cardiology procedures for people from rural and urban backgrounds. The proposed study is characterized as qualitative, descriptive, exploratory, and prospective. It was conducted at a large philanthropic hospital institution in the Northern region of Rio Grande do Sul, accredited as a high-complexity cardiology service within the Unified Health System (SUS). Data collection was carried out through semi-structured interviews, and the data were subjected to content analysis. Mindful of the ethical importance, the principles contained in Resolution No. 466/2012, which establishes defining criteria for research involving human subjects, were utilized as the foundation. Twenty-five patients were interviewed, with 13 residing in rural areas and 12 in urban areas. The results were presented in the form of an article, revealing two categories: I - Initial evidence: signs, symptoms, and outcomes; II - Paths and pitfalls of access to high-complexity cardiology procedures. The study made it evident that social, economic, and health factors play a crucial role in determining equitable access to cardiac services. Therefore, the construction of effective access to high-complexity cardiac procedures requires an approach that transcends clinical barriers, addressing the underfunding of SUS and confronting social markers of difference.

Keywords: Primary Health Care. Therapeutic itinerary. Cardiovascular surgical procedures.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EZR	Entrevista Zona Rural
EZU	Entrevista Zona Urbana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Sistemas de Atenção à Saúde
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidades de Registro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	OBJETIVO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	15
2.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.3	O CONTEXTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO BRASIL	19
3	MÉTODO	21
3.1	COLETA DE DADOS	23
3.2	QUESTÕES ÉTICAS	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	54
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	58

1 INTRODUÇÃO

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por vezes, precisam se submeter a um sistema burocrático e com dificuldades de interação entre os entes que formam o sistema de saúde brasileiro. A inquietação inicia a partir deste processo moroso que pode incidir em inúmeros prejuízos, não só ao indivíduo, mas também à família e ao SUS. Nesta minha trajetória profissional, enfermeiro há 16 anos, com especialização em bloco cirúrgico e cardiologia, observei o quanto é árdua, penosa e sofrida a busca por procedimentos que auxiliem no diagnóstico ou que solucionem suas afecções.

Em específico à área das doenças cardiológicas, apresentei um sentimento de apreço pelos desafios inerentes a sua complexidade, já que muitos pacientes que tive oportunidade de conhecer chegaram em condições desfavoráveis para o tratamento de suas patologias. Todavia, mesmo em um contexto adverso, os procedimentos de alta complexidade em cardiologia apresentam bons resultados que beneficiam a recuperação dos usuários.

Para tal intervenção, as equipes precisam estar qualificadas e embasadas em conhecimentos técnicos e humanos. Com isso, vivenciando este cenário desafiador e procurando sempre esta evolução, acabei me identificando com a temática. Dessa forma, procuro inserir este assunto das patologias cardíacas para a linha de pesquisa pretendida, atenção à saúde da população rural nos ciclos da vida, tendo em vista que, no contexto da ruralidade, pressupõe-se que tenha maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

A população rural enfrenta uma série de desafios significativos no acesso aos serviços de saúde. A falta de profissionais de saúde qualificados e especializados nas áreas rurais pode resultar em tempos de espera prolongados para consultas e tratamentos, e, em alguns casos, a qualidade dos serviços de saúde disponíveis pode ser comprometida. A falta de acesso a cuidados preventivos e programas de saúde pública também contribui para problemas de saúde crônicos não tratados e taxas mais altas de morbidade e mortalidade em comunidades rurais. Essas barreiras ao acesso aos serviços de saúde representam um desafio significativo para a população rural, destacando a necessidade premente de investimentos em infraestrutura médica e iniciativas para melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde em todas as regiões.

Tais caminhos percorrem o conceito de itinerário terapêutico, tendo em vista a importância de complexas variáveis, que não conversam com a clínica ou fatores biológicos, e buscam a compreensão do processo saúde-doença, com vistas a aspectos individuais e coletivos deste percurso (DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam, atualmente, um grande problema de saúde pública no mundo, apresentando-se com maior prevalência nas classes menos favorecidas (ROCHA; MARTINS, 2017). Verifica-se que cerca de 80% das mortes por essas patologias ocorrem em países de baixa ou média renda, que afetam 29% de pessoas com menos de 60 anos, enquanto que, em nações com valor *per capita* mais elevados, as mortes precoces respondem por apenas 13% (MALTA *et al.*, 2015), ou seja, menos da metade de mortes.

No Brasil, acompanhando os números mundiais, existem mudanças na representação das afecções que mais transitam na população. Na última década, as DCNT representaram 72,7% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4% dos óbitos), as neoplasias (16,4%), o diabetes (5,3%) e as doenças respiratórias (6,0%) (MARQUES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, as doenças cardiovasculares (DCV), principalmente as isquêmicas, hipertensivas e cerebrovasculares, apresentam-se como responsáveis por 17,9 milhões de mortes por ano no mundo. No Brasil, mesmo obtendo uma diminuição nos números totais nos últimos dez anos, as DCV correspondem a 30% dos óbitos na população, equivalente ao maior número de mortes quando comparado a outras doenças (LUZ *et al.*, 2020).

Já nos estados do Centro-Oeste e Sul do Brasil, observou-se uma diminuição na mortalidade por DCV devido ao aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Tais regiões se diferenciam das demais unidades federativas por apresentarem um perfil populacional com maior renda *per capita*, além de melhores índices em indicadores sociais, avaliados no IDH, como renda, saúde e educação. No entanto, quando considerados os números de óbitos por DCV no Brasil, o cenário ainda se apresenta como desafiador, sendo a principal causa de óbito, possivelmente, pelo crescimento, diferenças sociais e envelhecimento da população (SOARES *et al.*, 2016). Em 2016, o SUS custeou R\$ 2.734.129.065,96 referentes a 1.125.944 internações no SUS por doenças do aparelho circulatório (SILVA *et al.*, 2019).

Ressalta-se que se pode prevenir muitas DCV, uma vez que sua elevada prevalência está relacionada ao aumento da exposição ao longo da vida frente a fatores de risco modificáveis, como dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, etilismo e tabagismo (BENSENOR *et al.*, 2019). Assim sendo, considerar a representação dos fatores de risco para DCV, isoladamente ou em conjunto, obtém um resultado mais assertivo, permitindo que o poder público adote políticas baseadas na prevenção, reduzindo a morbimortalidade das DCV (PASSOS; LIMA; ORMOND, 2020).

Para tanto, permitir a ampliação do acesso, usufruindo regularmente das instituições de saúde que formam a rede de atenção assistencial pública, torna a experiência desses usuários igualitária, entendendo as necessidades de cada enfermo, garantindo o acesso ao sistema de saúde e capacitando os diversos níveis de complexidade (BARROS *et al.*, 2016).

Já a limitação do acesso aos serviços e acompanhamento à saúde tem como consequência o agravamento ou cronicidade do problema de saúde. Desse modo, o SUS prevê, a partir da Constituição Federal de 1988, a universalidade do acesso, da integralidade das práticas e dos processos e da equidade na distribuição dos diferentes recursos. O acesso, nesse caso, é entendido como um conceito ampliado de atenção resolutive às necessidades de saúde de uma determinada população e território (GARNELO *et al.*, 2018).

O acesso oportuno e a continuidade do cuidado são considerados medidas operacionais empregadas internacionalmente para verificar a qualidade do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). O acesso oportuno refere-se à capacidade do serviço de atender ao usuário em suas necessidades de saúde, evitando encaminhamentos aos serviços de emergência e maiores custos. A continuidade do cuidado é a oportunidade de o usuário ter acesso ao profissional de saúde de referência para acompanhamento sempre que necessário, promovendo o vínculo e o cuidado individualizado (KOERICH *et al.*, 2017).

Dessa maneira, o SUS continua como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública no mundo, abrangendo desde a atenção primária até o procedimento de alta complexidade, proporcionando a 210 milhões de habitantes cobertura assistencial em saúde, sendo que, em 2019, foi responsável por 76% dos atendimentos em saúde, perpassando todos os níveis de atenção – primário, secundário e terciário. No entanto, apesar de avanços, enfrenta uma mudança no perfil epidemiológico e desigualdades geográficas que limitam o acesso à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A inversão da pirâmide etária no mundo apresenta-se como tendência. No Brasil, esse quadro encontra-se em fase de aceleração. Enquanto em países orientais e europeus a expectativa de vida chega aos 83 anos (MARTINS, 2020), atualmente a expectativa de vida média no Brasil é de 77,17 anos – para os homens, 73,74 anos, e, para as mulheres, 80,67 anos de idade. No ano de 2000, a média para ambos os sexos era de 69,83, sendo os homens de 66,01 e, para as mulheres, 73,92 (IBGE, 2022). Esses dados mostram claramente o crescimento da expectativa de vida da população brasileira.

Aliada às mudanças demográficas, a transição epidemiológica já está presente. No passado, as doenças transmissíveis correspondiam a 52% dos óbitos, principalmente em países de baixa renda, devido a doenças do parto ou déficits nutricionais; já em países

desenvolvidos, essa taxa não corresponde a 7% das mortes (MARTINS, 2020). Para tanto, relacionar fatores como saúde e desenvolvimento torna-se ação complexa devido às suas diferentes interações, tendo em vista que a saúde da população está diretamente ligada às condições socioeconômicas, hábitos de vida e acesso a tratamentos mais eficazes (MARTINS, 2020).

Assim, gerenciar recursos públicos é uma tarefa árdua que exige do Estado ações fortes e focadas, buscando otimizar toda cadeia de serviço disponível à população. Os agentes públicos devem trabalhar para diminuir os custos que os usuários gastam para encontrar a resolutividade de sua doença. Pensando em trabalhar o princípio da equidade, os recursos públicos devem ser usados para organizar a rede de saúde de atenção primária, com vistas a permitir que todas as localidades obtenham acesso ao sistema, evitando que alguma região fique desassistida (CIRINO *et al.*, 2018).

O SUS, na sua complexidade, também se constitui por meio de instituições que se complementam e formam as Redes de Atenção à Saúde (RAS), oferecendo uma assistência ampliada ao usuário, no que tange aos aspectos de acesso aos cuidados. Nesse sentido, a APS possui aspecto relevante, pois é através desse sistema que se ordena assistência de modo contínuo e hierarquizado entre os estabelecimentos de saúde, buscando promover a integração entre eles (PEITER *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a universalidade, um dos princípios do SUS, ainda está aquém do patamar satisfatório e coerente com as necessidades dos usuários, em especial na média e alta complexidades, o que, de certa forma, dificulta a garantia de acesso à assistência em saúde. De modo peculiar, a oferta de serviços de saúde no Brasil apresenta fortes desigualdades geográficas, principalmente em regiões afastadas de grandes centros urbanos e áreas rurais (GARNELO *et al.*, 2018).

Na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a concentração de serviços de atenção primária corresponde a 82% em áreas urbanas, dos quais apenas 38,7% realizam atendimento na zona rural, o que representa uma cobertura assistencial fragilizada. Tal prejuízo, algumas vezes, pode estar representado pela maior distância entre o domicílio e a unidade básica de saúde, promovendo dificuldade de acesso entre equipe e paciente (GARNELO *et al.*, 2018). Sabe-se que, em muitos municípios, as populações rurais ainda se encontram desassistidas pela atenção profissional de saúde, tendo que se deslocar até a área urbana em busca dessa forma de cuidado (BURILL; GERHARDT, 2014).

A população rural representa quase 16% dos indivíduos, tem forte dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação aos planos de saúde, que complementam o sistema de saúde brasileiro. Também enfrenta iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017). A carência de assistência e cobertura na atenção básica para a população rural, tendencialmente, apresenta sujeitos mais propensos a desenvolver DCV, tendo em vista a associação do perfil desses indivíduos que, em média, possuem baixa escolaridade e reduzido nível socioeconômico, com a modificação do estilo de vida, uso de agrotóxicos na lavoura e estresse laboral (LUZ *et al.*, 2020).

Portanto, tais sujeitos também apresentam maior prevalência de fatores de risco para DCV, comparados aos indivíduos das áreas urbanas. Na avaliação dos indicadores de saúde cardiovascular, as pessoas residentes em áreas rurais tiveram níveis reduzidos de adesão a dieta saudável, níveis arteriais pressóricos elevados com frequência e alta taxa de fumantes, levando a um maior risco de mortalidade por DCV (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2014). Nessa população em específico, foram encontrados maiores níveis de pressão arterial e dislipidemia e, para pessoas com mais de 50 anos, evidencia-se a chance de, quase seis vezes mais, apresentar dois fatores de risco, favorecendo o aparecimento das DCV (LUZ *et al.*, 2020).

Dessa forma, o agravo da saúde cardiovascular na zona rural pode ser vinculado ao baixo acesso a serviços de saúde e má qualidade dos serviços. Tal cenário contribui para a abreviação no ciclo de vida, aumento da incapacidade laboral, conseqüentemente, levando a grandes despesas financeiras, tanto para o núcleo familiar quanto para a sociedade em geral (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o estudo justifica-se pela necessidade de compreender o acesso a procedimento de alta complexidade em cardiologia de pessoas que residem nas áreas rural e urbana, sendo um desafio para as políticas de saúde, com vistas a tornar um SUS mais acessível, menos demorado e mais resolutivo. E, ainda, de posse de conhecimentos relativos à acessibilidade de usuários aos serviços de alta complexidade em cardiologia, poder-se-á permitir aos gestores dos serviços de saúde rever procedimentos quanto à prevenção de agravos, propor ações de promoção, bem como dar encaminhamento aos serviços especializados, a fim de reduzir complicações e, especificamente, recuperar e manter as condições de saúde de pessoas e populações.

Para tanto, partiu-se da pressuposição de que pessoas do meio rural encontram maiores dificuldades para acessar procedimentos eletivos em serviços de alta complexidade de

cardiologia, quando comparados a usuários da área urbana. A partir do asseverado, estabelece-se a seguinte questão de pesquisa: quais os marcadores que definem o acesso de pessoas dos meios rural e urbano a procedimentos de alta complexidade em cardiologia? Para tanto, cabe indagar: pessoas do meio rural enfrentam, em relação ao meio urbano, maiores obstáculos para chegar a instituições especializadas? Existem diferentes acessos entre o diagnóstico da doença cardiovascular e a realização dos procedimentos cardíacos de alta complexidade?

1.1 OBJETIVO

Frente ao exposto, o objetivo do estudo consiste em compreender como é o acesso a procedimentos de alta complexidade em cardiologia de pessoas oriundas dos meios rural e urbano.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) são determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ações integradas de saúde cuja finalidade primária é promover, recuperar e sustentar a saúde de um grupo de indivíduos para alcançar determinados alvos. Assim, a OMS procura, em seu escopo de saúde, o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa, garantindo uma proteção adequada dos riscos para os cidadãos, acolhendo-os de forma humanizada, provisionando serviços seguros, efetivos e eficientes (WHO, 2000).

Os SAS têm origem em experiências sociais, intencionalmente arquitetadas para responder às necessidades, demandas e preferências das comunidades. Nesse sentido, eles devem ser organizados pelas necessidades de saúde da população que se mostram, muitas vezes, em situações demográficas e epidemiológicas diferentes (MENDES, 2011).

A dialética entre os componentes integrantes de um sistema de saúde implica a composição de vários atores institucionais organizados de forma regionalizada e integrada, tecendo um melhor nível de conhecimento sobre o contexto de saúde de uma determinada área, entendendo de forma individualizada as necessidades daquela população. Dessa forma, favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOLLA; CHIORO, 2008).

Historicamente, os SAS alteraram seu padrão de assistência na primeira metade do século XX comparado ao final do mesmo século, evoluindo do tratamento de doenças infectocontagiosas para terapêutica de doenças agudas. Todavia, nas primeiras décadas do século XXI, notou-se uma condição intensa e urgente de realizar uma reforma nos SAS, voltando novamente a atenção às doenças crônicas (MENDES, 2011). Ademais, a estrutura vigente na saúde suplementar é a de um sistema hierárquico, no formato de pirâmide, formatado de acordo com as complexidades relativas de cada nível de atenção – básica, média e alta complexidades (MENDES, 2011).

Com isso, preconiza-se que a APS seja o primeiro nível de atenção, sendo esta a porta de entrada fundamental no sistema de saúde. A maioria das necessidades em saúde da população deve ser investida e resolvida nesse nível. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves

para níveis de atendimento superiores em complexidade. Incorpora um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (MENDES, 2011).

Na atenção secundária deve-se observar serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico, terapêutico e atendimento de urgência e emergência (MENDES, 2011). Já a atenção terciária, ou alta complexidade, designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, os quais dirigem tecnologias avançadas e que são usualmente realizados no ambiente hospitalar (MENDES, 2011).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Assim sendo, o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/90, dispõe que o Estado provenha condições para que a população tenha acesso integral à saúde. É garantida a resolução da maioria dos problemas, estabelecida no Decreto nº 7.508/11, como sendo a atenção básica, urgência e emergência, a atenção psicossocial e atenção especial de acesso aberto, de forma a priorizar a Atenção Primária como sua porta prioritária (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

A acessibilidade é o atendimento da demanda existente em suas mais diversas dimensões. Logo, tudo aquilo que dificulta ou impede o ingresso da população aos serviços de saúde é dito como “barreira” à acessibilidade, seja por aspectos geográficos, econômicos, organizacionais ou culturais (LANDINI; COWES; DAMORE, 2014). Por outro lado, ao longo do tempo de existência do SUS, evidencia-se maior procura pelos serviços de saúde devido à implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e à criação de diversas políticas (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

A criação, em 1994, da ESF, visando à expansão e à reorganização da APS como principal acesso ao SUS, teve como propósito a universalidade do acesso a ações e serviços e, ainda, a integralidade no implemento das ações. Todavia, mostrou-se uma tarefa desafiadora no que tange à garantia da disponibilidade e acessibilidade à saúde de abrangência para toda a população (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Desse modo, o acesso à saúde está diretamente determinado por fatores técnicos e organizacionais, influenciados pelas condições políticas,

econômicas e sociais, considerando as dimensões de disponibilidade, da adequação funcional, da acessibilidade e da aceitabilidade (ASSIS; JESUS, 2012).

Nesse sentido, a acessibilidade está relacionada à disponibilidade e à utilização de serviços de acordo com a demanda e necessidade do usuário, com vistas à facilidade de acesso. A demanda em saúde representa as necessidades individuais vivenciadas nos serviços atendidos e empreendidos. Dessa forma, a grande demanda nos serviços, as dificuldades de acesso e a baixa resolutividade configuram a ineficácia na acessibilidade (CHÁVEZ *et al.*, 2020).

O acesso do usuário aos serviços de saúde ainda é um desafio, haja vista que envolve o conceito de acessibilidade, estratégias organizacionais do serviço, desigualdades sociais e de condições biológicas de pacientes com agravos específicos, fato que possibilita a intervenção negativa na morbimortalidade e qualidade de vida dos usuários do SUS (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Desse modo, a universalização do acesso ao SUS pode ser comprometida por inúmeros fatores, como: disponibilidade insuficiente de profissionais, a regionalização e o distanciamento, a fragmentação das ações e dos serviços em saúde, infraestrutura inadequada, baixa oferta de serviços, excesso da demanda, entre outros condicionantes que venham a surgir em prejuízo para ações que possam estar conectadas e em rede (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Outra diretriz do SUS é a integralidade, definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde, preconizando o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas, com incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e sem prejuízos das práticas assistenciais (SOUZA *et al.*, 2012). Com isso, a integralidade permite a percepção do sujeito, considerando o seu contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se encontra inserido. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando ações dissociadas, tornando necessária uma articulação multiprofissional, com o objetivo de proporcionar uma assistência integral ao indivíduo de acordo com suas especificações profissionais e atribuições legais à promoção da saúde, exercendo funções ímpares em saúde coletiva (ALBUQUERQUE; CARVALHO, 2009).

Trabalhar o modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário como ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado. A humanização do cuidado envolve o respeito na recepção e no atendimento e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, devendo orientar todas as intervenções em saúde, que tomem por base o conceito de integralidade (CBES, 2005).

Respeitar o contexto em que o indivíduo está inserido torna a equidade outro pilar na formação de políticas em saúde, definindo-o como a ausência de disparidades em saúde, com sistemática avaliação das vantagens e desvantagens sociais. Mais um dos princípios do SUS, a equidade empregada na distribuição dos recursos, passou a integrar a realocação dos recursos frente a um sistema de acesso igualitário, enfatizado com base em uma perspectiva epidemiológica (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

O conceito de equidade remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do cidadão e do Estado. Enquanto o princípio antigo de justiça estava relacionado à distribuição de recursos de acordo com o mérito de cada indivíduo, o princípio moderno supõe que todos mereçam uma distribuição de recursos básicos, posto que a cidadania é condição decorrente da igualdade das pessoas (ALMEIDA, 2002).

Quando existe referência em equidade na saúde, remete-se à exigência de uma base para critérios clínicos, em que médicos e demais profissionais de saúde mantenham foco de seu direcionamento de trabalho para um grupo mais necessitado de assistência, em detrimento dos menos necessitados (GRANJA *et al.*, 2010). No mesmo seguimento, os autores referem que há interpretação liberal de justiça para a saúde, em que todos devem ter igualdade de oportunidade de acesso à assistência médica, conjeturando uma vida saudável, com acesso a outros bens como trabalho, educação e livre migração.

Contextualizando, na efetivação da equidade, devem ser seguidos alguns critérios: o direito básico de atenção médica, como situações de urgência, deve ser acessível a todos; o direito à atenção médica deverá cobrir todas as enfermidades dos cidadãos, considerando que não há condições de pagar, o que não lhes confere o direito de pagamento de serviços médicos sofisticados e eletivos (GRANJA *et al.*, 2010).

Mesmo com diretrizes e políticas robustas, o SUS é um modelo que precisa estar em constante observação. Assim, a partir da década de 1990, foi criado um modelo para reorientar a prática assistencial na APS, o Programa Saúde da Família (PSF), que ocuparia o “vazio programático” desde a criação do SUS – ainda que originalmente dirigido a grupos da população sem acesso e com escopo seletivo de ações (SORANZ, 2019). Em 2006, foi publicada pelo Governo Federal a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, tomando em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando este modelo como prioritário na condução da APS (BRASIL, 2006).

Nesse viés, caracteriza-se o modelo de atenção como a necessidade de organizar e nortear determinadas conjunturas tecnológicas nas práticas em saúde de forma a atender às

demandas individuais e coletivas; assim, a assistência aos pacientes com agravos que necessitam de assistência de alta complexidade envolve o modo como são disponibilizados os recursos humanos e materiais, as tecnologias (materiais e não materiais), a rede de serviços, as práticas e relações entre profissionais e população, nas dimensões política, gerencial e organizativa (BRASIL, 1994).

2.3 O CONTEXTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO BRASIL

Como já referido, tal complexidade, na conjuntura do SUS, faz com que as DCV representem mais de 30% dos óbitos no Brasil, ocasionada pela fragilidade no acesso das populações menos favorecidas a serviços de alta complexidade e especializados, maximizando as diferenças entre as populações (OLIVEIRA *et al.*, 2022). As DCV mostraram-se como a principal causa de mortalidade por mais de seis décadas, sendo responsável pelo aumento nos custos do SUS, a partir das hospitalizações, diretamente, e, indiretamente, pela inatividade laboral causada por complicações, resultando, assim, em um grande impacto nos serviços de saúde do Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Nesse período, observou-se o aumento de 70% no número de procedimentos relacionados a infarto do miocárdio e Síndrome Coronariana Aguda (SCA), e a taxa de hospitalização cirúrgica por 100 mil habitantes, de 2008 a 2018, mostrou aumento de 29%, enquanto o número absoluto cresceu de 80.010 em 2008 para 122.890 em 2018, e as complicações resultaram em um gasto de US\$ 4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, quando se olha para os procedimentos cardiovasculares cirúrgicos/intervencionistas, chega-se ao número de 1.149.602. A angioplastia coronariana correspondeu a 66% (755.557), sendo seguida por cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) (21%, 244.105) e cirurgia valvar cardíaca (8%, 88.280) (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Diante desse quadro, é fundamental o controle estatístico acerca do número de procedimentos cirúrgicos, os acertos e as carências, implementando políticas públicas mais eficientes que permitam encurtar o caminho para a universalização do acesso à saúde, asseverando os princípios do SUS.

Nesse sentido, no Brasil, as garantias abrangentes do direito à saúde, a partir de uma política de proteção social em saúde, incluem: os princípios da universalidade, equidade e integralidade se configuraram muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010). A

universalidade pode ser concebida como um direito e não um serviço, que seja gratuita, equitativa, ao alcance de todos, atentando para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior e, por integralidade, a concepção de saúde na organização de uma prática em saúde integral (MATTA; PONTES, 2007).

Dessa maneira, o SUS, em suas instituições, busca modelos de gestão que privilegiem práticas de valor e humanização e a otimização do seu próprio desempenho. Nesse conjunto, as instituições de saúde têm aperfeiçoado seus métodos de avaliação de desempenho junto ao cliente, corrigindo as desconformidades dos serviços para torná-los mais eficazes e eficientes (MALHOTRA, 2006).

3 MÉTODO

Metodologicamente, o estudo proposto é caracterizado como qualitativo, descritivo, exploratório e prospectivo. A pesquisa qualitativa direciona o olhar para os significados da ação humana relacionados ao cotidiano e às experiências de um grupo de pessoas que vivenciam determinado fenômeno (MINAYO, 2014).

A abordagem descritiva tem em vista somente o registro e descrição dos fatos observados sem neles interferir, visando descrever as características da população ou fenômeno, envolvendo técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática – esse tipo de pesquisa observa, registra, analisa e ordena os dados sem alterá-los; procura descobrir a frequência, natureza, causas, características e relações do fato (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Estuda fatos e fenômenos do mundo humano sem inferência do pesquisador. Essa pesquisa procura conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica do comportamento humano, tanto isoladamente como em grupos e comunidades (RAMPAZZO, 2005).

Já a pesquisa exploratória apresenta como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). Este estudo é prospectivo, porque é conduzido a partir do momento presente e caminha em direção ao futuro (FONTELLES *et al.*, 2009).

A prospectiva visa avaliar o futuro para explicar o presente. Sua postura é marcadamente proativa, não encara o futuro apenas como prolongamento do passado, visto que o futuro está aberto às ações de múltiplos atores que agem, hoje, em função dos seus projetos para o futuro (VILLELA; MAIA, 2003).

Este estudo desenvolveu-se em uma instituição hospitalar filantrópica, referência macrorregional no Norte do Estado do Rio Grande do Sul para o SUS, que compreende os 144 municípios das 6^o, 11^o, 15^o e 19^o Coordenadorias Regionais de Saúde, respectivamente das cidades de Passo Fundo, Erechim, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, abrangendo uma população de, aproximadamente, 1.158.000 habitantes e referência para atendimento de procedimentos de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e Cardiologia.

A estrutura de recursos humanos do hospital conta com cerca de 1.403 colaboradores, com um Corpo Clínico com cerca de 300 médicos atuantes em praticamente todas as especialidades médicas. O número total de leitos hospitalares instalados é de 381, distribuídos em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Psiquiátrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto tipo II com 18 leitos, UTI Neonatal tipo II com 10 leitos e 81 leitos no Hospital Psiquiátrico.

Com todas essas possibilidades, aliadas à demanda estrutural e dimensional, justificam as residências médicas nas seguintes áreas: clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia, neurologia, ortopedia e traumatologia, oncologia e cardiologia. No mesmo caminho estão as residências multiprofissionais nas áreas de oncologia, neurologia, materno-infantil, urgência e emergência e cardiologia, que percorrem um cenário caracterizado por ser uma forma de especialização teórico-prática que permite o aperfeiçoamento em diversas áreas da saúde. Tem como finalidade aprofundar o saber em áreas específicas e complementar o conhecimento teórico-prático em diversos eixos de concentração.

As internações hospitalares, em média, são de 20 mil anuais, com realização de 12 mil procedimentos cirúrgicos em todas as especialidades, sendo 180 na cardiologia, 10 mil intervenções endovasculares, com 40% direcionados à cardiologia com cineangiocoronariografia, angioplastia coronariana e implantes de marca-passo. 42,74% são do município de Passo Fundo, e os restantes 57,26% originaram-se de 425 municípios da região, do Estado e de outros Estados da Federação.

Os sujeitos do estudo foram usuários que realizaram procedimentos eletivos de alta complexidade em cardiologia, residentes em área rural e/ou urbana, em uma instituição filantrópica de saúde do Norte do Estado do Rio Grande do Sul.

A seleção dos participantes realizou-se a partir dos livros de registro de procedimentos na hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Foram selecionados, inicialmente, os participantes que realizaram procedimentos no 2º semestre de 2023, divididos em dois grupos: 1º - ZONA RURAL, e o 2º - ZONA URBANA (coleta concomitante). Foram considerados de zona rural os pacientes que residissem em municípios predominantemente rural, ou seja, que possuem unidade populacional entre 25.000 e 50.000 habitantes, com grau de urbanização inferior a 25% e municípios entre 3.000 e 10.000 habitantes com grau de urbanização inferior a 75%. Já os pacientes considerados da zona urbana deverão possuir mais de 50.000 habitantes com grau de urbanização densa (IBGE, 2017).

Foram excluídos do estudo os pacientes atendidos e submetidos a procedimentos de urgência ou emergência, que denotam o contexto de manifestação aguda da doença e perpassam outra trajetória.

A definição do número de participantes seguiu criteriosamente a observação dos seguintes parâmetros: a disponibilidade integral do material (dados); análise individual e contínua; agrupamento dos temas identificados. Outra forma de assegurar que a saturação dos dados tenha sido obtida foi a criação de uma grade, na qual os principais tópicos estão descritos, o que permite evidenciar a repetição das informações. Por conseguinte, a saturação incide quando novos elementos deixam de surgir dos dados coletados. Tal recurso permite identificar dados repetitivos (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

3.1 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu por meio da entrevista semiestruturada, elaborada pelos pesquisadores, que prevê a investigação da percepção dos participantes por intermédio de um instrumento de perguntas abertas e flexíveis que, se por um lado, mantém um foco e uma direção condizentes com os objetivos do estudo, por outro permite que sejam elaboradas novas perguntas ao longo da pesquisa, de acordo com a direção que segue o discurso do sujeito (MINAYO, 2014).

Para testar as questões, realizaram-se quatro entrevistas, divididas em zona rural e urbana, no sentido de validar e aperfeiçoar o instrumento de entrevista (validação interna), visando mitigar possibilidades de variação de respostas ou dúvidas entre os atores envolvidos.

Neste estudo, as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador com auxílio de um instrumento semiestruturado. A primeira etapa consistiu em um roteiro fechado que identificou o perfil socioeconômico dos pacientes, a partir das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, procedência, cor/raça, faixa de rendimentos, estado civil, grau de escolaridade, atividade laboral, instituição de saúde do primeiro atendimento, plano de saúde. Já a segunda etapa compôs a entrevista qualitativa propriamente dita, cujo foco da investigação foi o itinerário do paciente até a realização do procedimento; percepção acerca do contexto enfrentado em seu percurso; identificação das instituições e profissionais que realizaram assistência neste percurso, conforme formulário (Apêndice 1).

Realizaram-se as entrevistas durante a internação do paciente, antes ou após a realização do procedimento de alta complexidade em cardiologia. Tal termo é utilizado para definir instituições que adentram o cadastro do SUS e mostraram os requisitos obrigatórios

para serem certificados. Tais procedimentos apresentam equipamento de valor alto e custos elevados, respeitando, assim, a territorialidade e a divisão dos serviços por região, propiciando assistência qualificada com integração intersectorial.

Para o encontro, dirigiu-se até o leito do paciente, com conforto e privacidade para pesquisadores e depoentes. As entrevistas foram em áudio, gravadas com auxílio de equipamentos digitais, com autorização prévia dos participantes. Após validação do instrumento, cada entrevista teve duração de, em média, 15 minutos. Os áudios das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra no editor de textos Microsoft Word 2010. As transcrições dos dados consistiram no corpus para análise. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, a qual se desenvolve em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise consistiu no primeiro contato do pesquisador com o material empírico e corresponde ao processo de aproximação com o conteúdo teórico e seleção de dados pertinentes para a análise (BARDIN, 2011). Primeiramente, foi realizada uma leitura exhaustiva, para apropriação do conteúdo pelos pesquisadores. As entrevistas foram divididas por conteúdos, os quais passaram por classificações cromáticas para diferenciá-los. Ao final, foi feita a seleção dos depoimentos mais significativos para responder ao objetivo do estudo.

A exploração do material versou sobre a decomposição e codificação do material em unidades de registro (UR), que consistem em palavras ou grupos de palavras que sintetizam a ideia de um depoimento e possibilitam uma visão do seu conteúdo. O material empírico esteve organizado em categorias, de acordo com suas semelhanças. No tratamento dos dados e interpretação, em posse de resultados consistentes e de categorias explicativas dos fenômenos, os pesquisadores realizaram inferências e interpretações, as quais possibilitaram conclusões que responderam ao objetivo do estudo (BARDIN, 2011).

3.2 QUESTÕES ÉTICAS

Haja vista o que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Portanto, observou-se rigorosamente o que consta na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O instrumento de coleta de dados foi construído de forma a preservar os participantes, de maneira que não permita sua identificação (Apêndice A). A todos os respondentes, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Os pesquisadores assinaram o Termo de Confidencialidade (Anexo B). O objetivo esteve em

“compreender como se dá o itinerário de acesso a um serviço de alta complexidade em cardiologia, de pessoas oriundas dos meios rural e urbano”.

Esta pesquisa justificou-se na necessidade de geração de mais conhecimentos que, no que concerne ao itinerário que pacientes que necessitam de atendimento de saúde nos serviços de média e alta complexidades em cardiologia, precisam percorrer até chegar ao atendimento. A participação no estudo foi totalmente voluntária, e não houve envolvimento financeiro ou outro modo de retribuição que não esteja vinculado tão somente à construção do conhecimento. As informações coletadas foram rigorosamente mantidas em sigilo. Além disso, assegurou-se pleno sigilo e anonimato aos participantes e instituições do estudo durante todas as fases da pesquisa e comprometeu-se resguardar todos dados oriundos desses.

De uma forma geral, os **benefícios da pesquisa** estão em gerar proveitos diretos ou indiretos, imediatos ou posteriores, que permitam rever conceitos por parte dos gestores, conectados com profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção aos pacientes que necessitam de acesso aos serviços de alta complexidade. Ressalta-se que este projeto possa trazer contribuições aos **serviços**, à **academia** e, de forma especial, aos **usuários** que necessitam desse tipo de atenção em saúde.

Para os **serviços**, os benefícios esperados estão em conhecer com maior propriedade e detectar formas efetivas de reconhecimento e encaminhamento de acordo com as necessidades dos usuários, rever condutas (de gestão e atenção) e prover atendimento de forma efetiva, igualitária.

Já para a **academia**, o estudo possibilita contribuir no processo de formação acadêmica, abrindo um leque de conhecimento sobre o atendimento de alta complexidade e, assim, intersectar os preceitos teóricos inclusos na legislação e as práticas concernentes ao atendimento aos serviços de alta complexidade.

Em especial, aos **usuários** os benefícios esperados estão vinculados à revisão de condutas de gestores e profissionais de saúde, para que possam vir a realizar implementações, no intuito de que o atendimento dessas necessidades possa ser célere e efetivo, de forma que estes, essencialmente, tenham o atendimento em tempo hábil, visando à preservação de seu quadro clínico.

Realça-se que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco e que foram tomados todos os cuidados para minimizá-los. **Os riscos** oferecidos pela pesquisa são baixos, visto que não geram conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, se durante a cedência da entrevista apresentar algum tipo de desconforto, sejam emocionais ou relacionados aos questionamentos, os quais podem ocasionar abalo físico e emocional,

manifestação de sentimentos e emoções diversas, como constrangimento, agressividade, angústia, empatia e/ou frustração, ou, ainda, se algum dos participantes em algum momento se sentir cansado ou não se apresentar em condições físicas ou mentais para prosseguir a entrevista, o pesquisador suspenderá momentaneamente/definitivamente a entrevista, podendo organizar um novo agendamento para um novo encontro, em local e horário a serem definidos pelo participante.

Se o participante achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, ele será retirado/excluído sem ônus ou justificativa em relação a sua decisão. A participação nesta pesquisa não incorrerá em retribuição pecuniária, assim como não haverá a geração de custos para os sujeitos do estudo (entrevistados/entrevistadores). Ademais, a sua pessoa e a instituição do estudo não serão identificadas, assim como se resguardarão os dados oriundos do estudo, para que estes não possam evidenciar indiretamente qualquer possibilidade de identificação. Também fica garantido o seu direito de requerer indenização, em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Assegurou-se o respeito a sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Assegurou-se **pleno anonimato**; a sua pessoa e a instituição do estudo não serão identificadas, assim como serão resguardados os dados oriundos do estudo, para que esses não possam evidenciar indiretamente qualquer possibilidade de identificação. Também fica garantido o seu direito de requerer indenização, em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Ademais, assegurou-se aos participantes da pesquisa assistência imediata e emergencial e sem ônus de qualquer espécie, em situações em que houvesse necessidade, assim como a assistência integral, que será prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa. Também foi assegurada reparação a possíveis danos associados ou decorrentes da pesquisa, agravos diretos ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, agravo imediato ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa, assim como a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Embora todos os cuidados adotados, tem-se o risco de que as questões possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esses riscos, realizou-se uma abordagem inicial e explicitação do tema, questão de pesquisa, objetivos e, principalmente, na aplicação do instrumento, gravações e transcrições. Também será disponibilizada aos sujeitos do estudo a possibilidade de leitura dos dados transcritos para sua validação. Depois de informadas e esclarecidas todas as dúvidas, e da obtenção do aceite, solicitou-se a assinatura do TCLE.

Garantiu-se **sigilo**, **anonimato** e **privacidade** durante todas as fases do estudo. De nenhuma forma haverá qualquer risco de identificação, já que os entrevistados e as instituições envolvidas no estudo foram nominados por códigos – letras e números. Para tanto, o TCLE foi assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelos pesquisados, sendo que cada um ficará de posse de uma via desse documento.

Na apresentação dos resultados deste estudo, não houve identificação da instituição hospitalar. Em ocasião da socialização dos resultados desta pesquisa, o hospital foi identificado como “uma instituição hospitalar filantrópica, de grande porte, localizada no Sul do Brasil”. Outrossim, os depoimentos dos participantes foram inseridos nas publicações para ilustrar os resultados obtidos. Nesses casos, os participantes da zona rural foram identificados pelas letras EZR e os participantes da zona urbana pelas letras EZU (que inicia as palavras “Entrevista”, “Zona Rural e “Zona Urbana”), respectivamente, seguida pelo número cardinal representativo da ordem de realização da entrevista.

A participação no estudo deu-se através de uma entrevista semiestruturada (Apêndice A), para a qual foram explicitadas todas as questões contidas no roteiro de pesquisa e respondidas suas dúvidas. Após dirimir as dúvidas, iniciou-se a gravação digital, que posteriormente foi transcrita e o material resultante da coleta de dados disponibilizado para sua avaliação e validação dos dados. Após sua apreciação e validação, os dados serão armazenados no Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões (sala 01, Bloco 2 Enfermagem), Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões-RS, CEP 98300-000. Todos os documentos serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do Prof. Luiz Anildo Anacleto da Silva. Após esse período, os dados serão fotocopiados e salvos em arquivo digital para consultas posteriores e, também, subsidiar novas pesquisas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na forma de artigo, atendendo ao regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade. O artigo está estruturado de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, intitulado “O itinerário terapêutico para a realização de procedimentos cardíacos de alta complexidade”. A seguir, apresenta-se o modelo submetido na íntegra.

Marcadores de acesso a procedimentos de alta complexidade em cardiologia *

Resumo

Objetivo: Compreender como é o acesso a procedimento de alta complexidade em cardiologia de pessoas que residem nas áreas rural e urbana. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, exploratório e prospectivo, com a utilização de um instrumento de pesquisa semiestruturado que foi aplicado durante o período de internação de pacientes que se submeteram a procedimentos em serviço credenciado como de alta complexidade em cardiologia junto ao Sistema Único de Saúde. Foram incluídos sujeitos residentes em área rural ou urbana que realizaram intervenções no 1º semestre de 2023. A análise de conteúdo foi direcionada para o desvelar dos depoentes. **Resultados:** Foram entrevistados 25 usuários, a partir do que emergiram duas categorias: I- Primeiras evidências: sinais, sintomas e os desdobramentos; II- Os caminhos e os descaminhos do itinerário terapêutico. **Conclusão:** Torna-se evidente que os fatores sociais, econômicos e de saúde desempenham um papel fundamental na determinação do acesso equitativo aos serviços cardíacos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Itinerário Terapêutico; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares; Doenças Não Transmissíveis; Cardiopatias

Descriptors: Primary Health Care; Therapeutic Itinerary; Cardiovascular Surgical Procedures; Non-Communicable Diseases; Heart Disease

Descriptores: Primeros Auxilios; Itinerario Terapéutico; Procedimientos quirúrgicos Cardiovasculares; Enfermedades No Transmisibles; Cardiopatía

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por uma considerável parcela de enfermidades e óbitos. O aumento na incidência dessas morbidades está intimamente ligado a diferentes fatores: envelhecimento da população, alterações nos padrões de vida e hábitos, bem como disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Essas enfermidades abrangem diversas condições de saúde que compartilham uma origem multifatorial, associada à exposição prolongada a fatores de risco modificáveis, resultando em lesões, incapacidades e mortalidade.¹

Em 2019, as doenças transmissíveis correspondiam a 52% dos óbitos, principalmente em países de baixa renda, devido a doenças do parto ou déficits nutricionais; já em países desenvolvidos, essa taxa não corresponde a 7% das mortes.² Presentemente, o panorama

epidemiológico do Brasil é caracterizado pela prevalência de DCNT como hipertensão, diabetes mellitus e neoplasias. Essas condições possuem fatores de risco amplamente reconhecidos, incluindo o tabagismo, a adoção de hábitos alimentares não saudáveis, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a insuficiente prática de atividade física.³

No Brasil, no ano de 2019, 54,7% das mortes registradas no país foram atribuídas a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo destaque as doenças do aparelho circulatório, como a principal causa de óbitos entre os capítulos da CID-10. Nas faixas etárias superiores a 50 anos, as principais razões de óbitos no mesmo período foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas por neoplasias malignas e doenças do aparelho respiratório.⁴

De tal modo, as Doenças Cardiovasculares (DCV), principalmente as isquêmicas, hipertensivas e cerebrovasculares, apresentam-se como responsáveis por 17,9 milhões de mortes por ano no mundo. No Brasil, mesmo obtendo uma diminuição nos números totais nos últimos dez anos, as DCV corresponderam a 30% dos óbitos na população, equivalente ao maior número de mortes quando comparado a outras doenças.⁵

Já nos estados do centro-oeste e sul do Brasil, observou-se uma diminuição na mortalidade por DCV, devido a alguns fatores, em especial, o aumento do índice de desenvolvimento humano (IDH). Tais regiões se diferenciam das demais unidades federativas por apresentarem um perfil populacional com maior renda per capita, além de melhores índices em indicadores sociais, avaliados no IDH, como renda, saúde e educação.⁶ No entanto, quando atendidos os números de óbitos por DCV no Brasil, o cenário ainda se apresenta como desafiador, sendo a principal causa de óbito, possivelmente, por diferenças sociais, crescimento e envelhecimento da população.²

A inversão da pirâmide etária no mundo se apresenta como tendência. No Brasil, este quadro encontra-se em fase de aceleração. Atualmente, a expectativa de vida média no Brasil é de 75,50 anos – Para os homens, 72,00 anos, e, para as mulheres, 79,00 anos de idade. No ano de 2000, a média para ambos os sexos era de 69,83 – para os homens, 66,01 anos, e, para as mulheres, 73,92 anos de idade.⁷

Ressalta-se que podem ser prevenidas muitas doenças cardiovasculares, uma vez que sua elevada prevalência está relacionada ao aumento da exposição ao longo da vida frente a fatores de risco modificáveis, como dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e potencializados quando associados à obesidade.⁸

Tais desafios em busca da assistência em saúde percorrem o conceito de itinerário terapêutico, tendo em vista a importância de complexas variáveis, que não se vinculam à

clínica ou a fatores biológicos, e buscam a compreensão do processo saúde-doença, com vistas a aspectos individuais e coletivos deste percurso.⁹

Para tanto, no que tange à cronicidade das doenças, o Sistema Único de Saúde (SUS) continua como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde públicos no mundo, abrangendo desde a atenção primária em saúde (APS) até a realização de procedimentos de alta complexidade, proporcionando a 210 milhões de habitantes cobertura assistencial em saúde, sendo que, em 2019, foi responsável por 76% dos atendimentos em saúde, perpassando todos os níveis de atenção – primário, secundário e terciário.¹⁰ No entanto, apesar das políticas de saúde, avanços ainda são incipientes, haja vista que se enfrentam mudanças nos perfis epidemiológicos, associados às desigualdades sociais e geográficas que limitam o acesso à saúde.⁶ Para tanto, relacionar fatores como saúde e desenvolvimento é complexo, devido às diferentes interações, e tendo em vista que a saúde da população está diretamente ligada também às condições socioeconômicas, hábitos de vida e acesso a tratamentos mais eficazes.²

Considerando o exposto, é relevante para o campo da saúde coletiva oferecer uma contribuição significativa para entender como o direito à saúde é efetivamente exercido pelos brasileiros no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) das áreas estudadas. Apesar das diferenças locais, busca-se desenvolver estratégias que melhorem o acesso aos serviços de saúde e promovam uma saúde pública mais equitativa, reduzindo as disparidades existentes.¹⁰

Por sua vez, o SUS, na sua complexidade, constitui-se por meio de instituições que se complementam e formam Redes de Atenção à Saúde (RAS), oferecem assistência ampliada ao usuário, no que tange aos aspectos de acesso aos cuidados. Nesse sentido, a APS possui aspecto relevante, pois é através deste sistema que se ordena a assistência de modo contínuo e hierarquizado entre os estabelecimentos de saúde, buscando promover a integração entre eles.¹¹

Já a universalidade, um dos princípios do SUS, ainda está aquém do patamar satisfatório e coerente com as necessidades dos usuários, em especial, na média e alta complexidades, o que, de certa forma, dificulta a garantia de acesso à assistência em saúde. De modo peculiar, a oferta de serviços de saúde no Brasil apresenta fortes desigualdades geográficas, principalmente em regiões afastadas de grandes centros urbanos e em áreas rurais.¹²

Na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a concentração de serviços de atenção primária corresponde a 82% em áreas urbanas, dos quais apenas 38,7% realizam atendimento na zona rural, o que

representa uma cobertura assistencial fragilizada. Tal prejuízo, algumas vezes, pode estar representado pela maior distância entre o domicílio e a unidade básica de saúde, dificultando o acesso e a relação entre equipe e paciente.¹³

É relevante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% da população global reside em regiões rurais e afastadas, recebendo atendimento de, aproximadamente, 38% da força de trabalho de enfermagem e menos de 25% da força de trabalho médica. A distribuição inadequada da força de trabalho em saúde representa um desafio para alcançar a cobertura universal de saúde e suscita preocupações em relação à equidade. Isso se deve ao impacto negativo no acesso aos cuidados, especialmente para aqueles em áreas com alocação ineficiente de recursos, nas quais os investimentos não correspondem adequadamente às necessidades locais.¹⁴

No Brasil, a população rural representa quase 16% da população; tem forte dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação aos planos de saúde que complementam o sistema de saúde brasileiro. Também enfrenta iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde.¹⁵

A carência de assistência e cobertura na atenção básica para a população rural, apresenta, tendencialmente, sujeitos mais propensos a desenvolver doenças cardiovasculares, tendo em vista a associação do perfil desses indivíduos que, em média, possuem baixa escolaridade e reduzido nível socioeconômico, com a modificação do estilo de vida, uso de agrotóxicos na lavoura e estresse laboral.⁵

Portanto, tais sujeitos também apresentam maior prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares comparados aos indivíduos das áreas urbanas. Na avaliação dos indicadores de saúde cardiovascular, as pessoas residentes em áreas rurais tiveram níveis reduzidos de adesão à dieta saudável, níveis arteriais pressóricos elevados com frequência e alta taxa de fumantes, levando a um maior risco de mortalidade por DCV.¹⁵

Nessa população, em específico, foram encontrados maiores níveis de pressão arterial e dislipidemia e, para pessoas com mais de 50 anos, evidencia a chance de, quase seis vezes mais, apresentar dois fatores de risco, favorecendo o aparecimento das DCV.⁵

Dessa forma, o agravamento da saúde cardiovascular na zona rural pode ser vinculado ao baixo acesso a serviços de saúde e má qualidade dos serviços. Tal cenário contribui para a abreviação no ciclo de vida, aumento da incapacidade laboral e, conseqüentemente, levando a grandes despesas financeiras, tanto para o núcleo familiar quanto para a sociedade em geral.¹⁶

Nesse sentido, o estudo justifica-se na necessidade de compreender como é o acesso a procedimento de alta complexidade em cardiologia de pessoas que residem nas áreas rural e urbana, sendo um desafio para as políticas de saúde, com vistas a tornar um SUS mais acessível, mais ágil e resolutivo. E, ainda, o conhecimento relativo à acessibilidade de usuários aos serviços de alta complexidade em cardiologia poderá abrir espaços de discussão e permitir aos gestores dos serviços de saúde rever procedimentos quanto à prevenção de agravos e propor ações de promoção, bem como dar encaminhamento aos serviços especializados, a fim de reduzir complicações e, especificamente, recuperar e manter as condições de saúde de pessoas e populações.

A partir do asseverado, estabelece-se a seguinte questão de pesquisa: Qual os marcadores de acesso a procedimento de alta complexidade em cardiologia de pessoas que residem nas áreas rural e urbana? Para tanto, cabe indagar: Pessoas do meio rural enfrentam maiores obstáculos para chegar a instituições especializadas em relação ao meio urbano? Existem diferentes itinerários entre o diagnóstico da doença cardiovascular e a realização dos procedimentos cardíacos de alta complexidade?

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo compreender como é o acesso a procedimento de alta complexidade em cardiologia de pessoas que residem nas áreas rural e urbana.

Método

O estudo proposto está caracterizado como qualitativo, descritivo e exploratório. Para orientar a redação do relatório desta pesquisa foram utilizados os critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*.

Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa em uma instituição hospitalar filantrópica, referência macrorregional no norte do Estado do Rio Grande do Sul para o Sistema Único de Saúde, que compreende os 144 municípios atinentes às 6^o, 11^o, 15^o e 19^o Coordenadorias Regionais de Saúde.

Os sujeitos do estudo foram usuários que realizaram procedimentos eletivos de alta complexidade em cardiologia, residentes em área rural e/ou urbana, em uma instituição filantrópica de saúde do norte do Estado do Rio Grande do Sul. A seleção dos participantes foi realizada a partir dos livros de registro de procedimentos na hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Foram selecionados os participantes que realizaram procedimentos no 2^o semestre de 2023, divididos em 02 grupos – 1^o ZONA RURAL e o 2^o ZONA URBANA.

Foram excluídos do estudo os pacientes atendidos e submetidos a procedimentos de urgência ou emergência, que denotam o contexto de manifestação aguda da doença e perpassam outra trajetória.

A coleta deu-se de forma concomitante entre os dois grupos nos meses de julho a outubro de 2023, as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador com auxílio de um instrumento semiestruturado, com roteiro elaborado pelos pesquisadores, baseado na literatura que fundamentou o estudo. Previamente às entrevistas, realizaram-se quatro testes pilotos, dois indivíduos da zona rural e dois da zona urbana, o que possibilitou adequar o roteiro de entrevista, a fim de atingir o objetivo.

Na apresentação dos resultados deste estudo, a instituição e os respondentes não serão identificados nominalmente e, dessa forma, as entrevistas da zona rural serão identificadas pelas letras EZR, e os participantes da zona urbana pelas letras EZU (que inicia as palavras “Zona Rural” e “Zona Urbana”), respectivamente, seguida pelo número cardinal representativo da ordem de realização da entrevista.

A exploração do material consiste na decomposição e codificação do material em unidades de registro (UR), que consistem em palavras ou grupos de palavras que sintetizam a ideia de um depoimento e possibilitam uma visão do seu conteúdo. O material empírico será organizado em categorias e subcategorias, de acordo com suas semelhanças. No tratamento dos dados e interpretação, em posse de resultados consistentes e de categorias explicativas dos fenômenos, os pesquisadores realizarão inferências e interpretações, as quais possibilitarão conclusões que respondam ao objetivo do estudo.¹⁶ Os autores seguiram restritamente os parâmetros balizadores contidos nas resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018. Para tanto, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e autorizado, conforme consta no parecer consubstanciado número 6.132.435.

Resultados

Os resultados serão descritos agregando autores que abordam/tratam do assunto, como forma de subsidiar/embasar as discussões. Os sujeitos do estudo estão identificados pelos códigos compostos por letras e números. Foram entrevistados 25 usuários, 13 da zona rural e 12 da zona urbana. Os critérios de elegibilidade foram: Sujeitos residentes em área rural ou urbana que realizaram procedimentos de alta complexidade em cardiologia no 1º semestre de 2023. O itinerário terapêutico para a realização de procedimentos cardíacos de alta complexidade está constituído e será apresentado em duas categorias sequenciais: as

categorias I- Primeiras evidências: sinais, sintomas e os desdobramentos; e II- Os caminhos e os descaminhos do itinerário terapêutico.

Discussão

Categoria I - Primeiras evidências: sinais, sintomas e os desdobramentos

Os eventos cardiovasculares normalmente são decorrentes das nominadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsável por um elevado número de óbitos no mundo. Seus sintomas podem se apresentar de forma súbita e, por vezes, desaparecerem no repouso; assim, muitos indivíduos demoram a procurar assistência médica. Sobre o fato, EZR3 diz: *“Foi há uns dois meses, comecei a sentir dor no peito (me deu umas quatro vezes). Daí na última vez o médico lá de Soledade me pediu para procurar um cardiologista”*. De forma assemelhada, ocorreu com o entrevistado EZU5, quando diz que *“[...] de uns oito meses para cá eu comecei a sentir algumas coisas que não eram do meu dia a dia, tipo cansaço, dificuldade para fazer pequenos trajetos (falta de ar/sufocamento/palpitação) e dor no peito”*. A dor súbita e intensa, associada ao cansaço, é um dos principais indicativos das DCNT. De forma parecida aos entrevistados anteriores, EZR6 afirma: *“Eu comecei sentindo uma dor no peito, antes eu sentia cansaço, me dava um suor quando eu trabalhava. Nesses últimos dias, em função da dor no peito maior (dez dias), eu resolvi procurar um especialista”*.

Tais recortes corroboram os estudos que avaliam as características clínicas de pacientes cardiológicos. O principal motivo para encaminhamento aos serviços de saúde foi a presença de, pelo menos, um dos seguintes sintomas: dispneia, dor torácica, síncope ou palpitações. Apesar da presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares na maioria dos pacientes avaliados, a maioria não experimentou eventos cardiovasculares graves.¹⁷

Estudos evidenciam as dificuldades, por parte dos usuários, de reconhecer sintomas cardiológicos, que é um fator importante para mudança na definição das intervenções. Os casos mais prementes se referem às intervenções coronarianas percutâneas primárias (ICCP), já que os resultados da ICCP não são exclusivamente influenciados pela habilidade dos profissionais ou pela capacidade dos centros de hemodinâmica. No entanto, vários fatores negligenciados desempenham um papel significativo nos resultados, entre eles o desconhecimento e a morosidade do diagnóstico, que facilita quando há agilidade, e dificulta quando a evidência clínica é tardia – após o início dos sintomas do infarto agudo do miocárdio.¹⁸

A partir da falta do reconhecimento dos sintomas cardíacos, o desafio torna-se significativo e pode comprometer a saúde cardiovascular. Muitas vezes, os sinais de alerta de problemas cardíacos não são compreendidos adequadamente ou são ignorados, resultando em atrasos no diagnóstico e tratamento; haja vista que os sintomas cardíacos, como dor no peito, falta de ar, palpitações e fadiga, podem ser interpretados de maneiras diversas, levando a uma subestimação do risco cardiovascular.

O conhecimento basilar da população e a especificidade por parte dos profissionais de saúde são elementos essenciais sobre a identificação dos sintomas cardíacos e os encaminhamentos a serem adotados com a detecção precoce de problemas cardiovasculares, proporcionando oportunidades menos tardias e com intervenções mais eficazes, embora os sinais e sintomas possam não ser tão característicos e fáceis de identificar, como se pode observar na descrição dos entrevistados. Diz o entrevistado EZR15 que *“há uns 15 dias eu estava na casa da minha filha (que é médica também) e perdi os sentidos e a pressão veio a 7/4. Aí ela disse, mãe, vamos trocar de cardiologista, vamos ver se ele descobre o que é isso”*. Já o respondente EZU12 e EZU13, respectivamente, tiveram uma forma de identificação de seus problemas de saúde bastante diferenciada, quando relatam que *“Sintomas eu não tinha. A descoberta foi feita através de um eletrocardiograma admissional para entrar em uma empresa”*. Semelhante a essa descrição, diz EZU13 que *“Eu fui fazer uma consulta (periódico/de rotina, há 15 dias atrás, depois de cinco anos que não fazia mais) e fiz uns exames, aí o médico quis aprofundar mais e fazer o exame de cateterismo”*.

Como referido acima, o reconhecimento precoce dos sintomas cardíacos e a realização de exames de rotina desempenham papéis fundamentais na promoção da saúde cardiovascular e na prevenção de complicações graves. A conscientização sobre os sinais de alerta e a importância de buscar assistência médica imediatamente podem ser a linha tênue entre a intervenção precoce e o desenvolvimento de condições cardíacas crônicas.

Além do reconhecimento de sintomas, a realização regular de exames de rotina desempenha um papel crucial na prevenção. Exames como eletrocardiograma, teste ergométrico e escore de cálcio podem identificar precocemente fatores de risco e possibilitar intervenções antes que problemas cardíacos se desenvolvam.

A importância desses exames é ainda mais relevante considerando que algumas condições cardíacas podem ser assintomáticas em estágios iniciais. Exames de rotina proporcionam uma visão abrangente da saúde cardíaca, permitindo que profissionais de saúde personalizem estratégias preventivas com base no perfil individual de cada paciente.

Corroborando os dados acima, estudo demonstra que metade das pessoas que enfrentam complicações devido à doença aterosclerótica experimenta um evento coronariano agudo como sua primeira manifestação. Portanto, é crucial identificar indivíduos assintomáticos com maior predisposição, a fim de realizar uma prevenção eficaz por meio da correta definição de metas terapêuticas.¹⁹

Nesse sentido, a prevenção torna-se uma necessidade diante da assistência oferecida aos indivíduos; ela pode ser dividida em quatro categorias: primordial, primária, secundária e terciária. A prevenção primária concentra-se na modificação dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença, enquanto a prevenção secundária aborda o controle da progressão da doença uma vez manifestada. Já a prevenção terciária visa atenuar as consequências da doença avançada no estado funcional e na qualidade de vida. Por sua vez, a prevenção primordial busca estabelecer um estado de saúde que evite o surgimento dos fatores de risco para a doença. Embora o potencial benefício social seja mais expressivo se conseguir-se preservar o “tempo zero” antes da evolução da doença, isso exigiria estratégias baseadas na população e uma colaboração global de sistemas, o que representa um desafio difícil de superar.²⁰

Essa compreensão detalhada é crucial para a identificação e tratamento de doenças, permitindo uma abordagem mais precisa e eficaz no cuidado com os pacientes. Todavia, uma abordagem ampla deve ser observada pelos profissionais de saúde, tendo em vista que o planejamento terapêutico pode ser potencializado ou mitigado por práticas individuais que, algumas vezes, antecedem à procura por assistência em saúde.

Nesse sentido, as estruturas de respostas, a seguir descritas, demonstram tais ações individuais inconsequentes que, por vezes, estão ligadas às próprias experiências socioculturais de cada pessoa. O entrevistado EZR19 alude que *“sempre senti falta de ar e muita queimação no peito. Cansava muito para caminhar ou erguia algum peso, mas essa queimação tinha que tomar banho para aliviar”*. Este outro respondente, EZU23, refere *“[...] dores muito fortes e repentinas, ao ponto de às vezes ter que parar tudo o que eu estava fazendo, isso variava, às vezes com ou sem esforço ou estresse. Tomar água aliviava e iniciou faz uns seis meses”*.

Os relatos acima denotam a compreensão do processo saúde-doença e suas implicações no organismo, bem como das práticas de cuidados em saúde experimentadas e essencialmente ancorada na interpretação da realidade.

A abordagem antropológica sobre esse processo não refuta a universalidade de certas características biológicas, como a doença e a saúde, mas busca compreender o significado

particular que essas características adquirem em uma sociedade específica. Isso ocorre porque as noções de normalidade e anormalidade são essencialmente moldadas pelos valores característicos de um contexto sociocultural particular.²¹

Diante de uma enfermidade, tanto médicos quanto pacientes e seus familiares desenvolvem interpretações para os distúrbios, cujos significados são intrínsecos às experiências vividas pelos indivíduos em sua trajetória de vida. Enquanto o médico interpreta os sintomas do paciente conforme as categorias do modelo biomédico, fundamentado no conhecimento anatômico e fisiológico, o paciente e seus familiares, por sua vez, possuem uma compreensão própria de seu estado de saúde.²¹

No âmbito do cuidado em saúde, é essencial considerar compreender as experiências a partir de uma abordagem centrada na pessoa. Tal jornada não se limita às interações com profissionais de saúde, mas incorpora diversas influências, como conversas culturais, sociais e individuais sobre saúde e doença.

Além disso, o cuidado em saúde não se limita aos momentos de doença, mas se estende à promoção da saúde e à prevenção de enfermidades. Educar os pacientes sobre hábitos saudáveis, promover a adoção de um estilo de vida equilibrado e fornecer informações claras são elementos essenciais para o entendimento do processo saúde-doença.

Categoria II – Os caminhos e os descaminhos do itinerário terapêutico

A jornada de busca por tratamento médico pode ser repleta de desafios e encaminhamentos, sendo que cada indivíduo possui uma visão única dos obstáculos enfrentados ao longo de seu itinerário terapêutico (IT). O IT emerge como uma narrativa única para cada indivíduo, moldada por uma série de fatores que influenciam a jornada em direção ao tratamento médico adequado, como se pode observar nos relatos a seguir:

Minha esposa foi no médico (Hospital de Erval Seco, pelo SUS) pegar uma requisição de exames. Fiz exame de esteira e retornei no médico e então ele percebeu um probleminha e me mandou direto para Portela (pelo SUS/Posto de Saúde). Dali, o médico me mandou para Frederico fazer outros exames (específicos do coração, pagos particular para agilizar). Ficando prontos, o médico mandou ir para Passo Fundo. Aqui, o Dr. me atendeu e agora vou fazer o cateterismo (porque passou a data e não fiz antes), daí vou esperar a cirurgia (EZR20). Para chegar até aqui, os médicos de lá não me deram muita ajuda (falaram dor muscular). Eles não dão muita importância para as pessoas, muita gente morreu dentro do hospital e eles não perceberam. Às vezes, as pessoas se queixam, vai duas ou três vezes, e não resolvem. Devem mandar adiante se vê que não têm recursos (EZO22).

A partir do mencionado acima, observa-se que a trajetória começa, muitas vezes, na busca por ajuda e amparo junto aos profissionais, e, posteriormente, o que se encontra é um labirinto de consultas, exames e decisões. Os obstáculos surgem em diferentes formas ao longo do IT, desde barreiras geográficas que limitam o acesso a serviços especializados até questões burocráticas que retardam encaminhamentos; cada etapa apresenta desafios únicos. Além disso, a espera por consultas e resultados de exames, amiúde, testa a paciência dos pacientes, tornando evidente a necessidade de melhorias na eficiência e na acessibilidade dos serviços de saúde.

Vivenciam-se IT repletos de incertezas, marcados por trajetórias complexas e imprevisíveis na rede de cuidados. Nesses percursos, a humanização frequentemente se mostra ausente, enquanto a demora no atendimento das demandas se revela uma constante. Contudo, há aqueles e aquelas que conseguem superar essas adversidades, encontrando acesso e acolhimento na busca por cuidados. Alguns buscam um atendimento aprimorado, mesmo diante de limitações de recursos, recorrendo ao apoio familiar. Por outro lado, existem indivíduos que percebem estar submetidos a um tratamento excessivo, delineando uma diversidade de experiências e desafios ao longo desses itinerários de saúde.²²

O percurso de cuidado, evidenciado por estudo com trabalhadoras rurais, proporcionou uma visão esclarecedora sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a principal rede de busca por assistência à saúde, além de fornecer *insights* sobre o funcionamento e a estruturação desse serviço no território. Diante desse cenário, torna-se imperativo desenvolver estratégias que facilitem o acesso à ESF no distrito municipal e à sede de apoio, incluindo aprimoramentos no transporte para deslocamento dos profissionais de saúde, investimentos na contratação de equipes de saúde e melhorias na infraestrutura, visando garantir a continuidade das ações e o monitoramento eficaz da saúde nessa comunidade.²³

A insuficiente resolutividade e a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) foram mais destacadas pelas mulheres residentes na área urbana em outro estudo. Esse neologismo foi associado às dificuldades enfrentadas no agendamento de consultas e exames especializados, à irregularidade ou insuficiência no fornecimento de medicamentos e à rotatividade de profissionais médicos. Apesar de diversas observações ressaltarem fragilidades na APS, a maioria das mulheres avaliou positivamente os serviços, destacando o acolhimento, o diálogo oferecido pelos profissionais e a representação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) como locais disponíveis para a busca de cuidados.²⁴

Essas dificuldades, no entanto, não podem ser consideradas de forma isolada, pois estão intrinsecamente ligadas à concepção e operacionalização das redes de atenção à saúde (RAS). A necessidade de uma abordagem integrada e eficiente nas redes de atenção à saúde se torna evidente, buscando superar esses desafios e proporcionar uma assistência mais abrangente e qualificada aos usuários do sistema, como se pode observar nos enunciados a seguir:

Fui a Campinas do Sul (no Hospital), daí me levaram ao Hospital Santa Terezinha de Erechim e de lá para cá. Depois do São Vicente fui fazendo os controles em Erechim com o Dr. Foi ele que me encaminhou para o São Vicente agora, mas antes passa por Campinas do Sul, como o pessoal é conhecido não demorou o encaminhamento, cada um fez sua parte. As pessoas ajudaram bastante (EZU16). Agora o cardiologista me encaminhou para este exame (cateterismo) para ver se está tudo certo, porque eu tenho uma cirurgia de hérnia para fazer. Os exames encaminharam para aqui para fazer (HC). Eles que fizeram o agendamento e foi bem rápido (30 dias). A gente tem que esperar, mas achei que foi rápido (EZR9).

A importância das redes de atenção à saúde (RAS) é crucial na promoção de uma assistência integral e qualificada aos usuários do sistema de saúde. As conexões representam um modelo de organização que busca integrar diferentes pontos de atenção, visando oferecer uma abordagem mais abrangente e eficiente. No contexto dos serviços especializados, essa integração torna-se ainda mais relevante, uma vez que essas áreas frequentemente requerem uma gama diversificada de profissionais, tecnologias e recursos para atender às necessidades específicas dos pacientes.

Ao interligar serviços, profissionais e informações, as redes de atenção à saúde facilitam o fluxo de pacientes entre diferentes níveis de atenção, promovendo uma continuidade no cuidado. Isso é especialmente vital nos serviços especializados, nos quais os pacientes, muitas vezes, necessitam de acompanhamento em diversas etapas do tratamento, desde diagnósticos precisos até intervenções mais complexas.

Além disso, as redes de atenção à saúde contribuem para otimizar a utilização de recursos, evitando redundâncias e promovendo uma distribuição mais equitativa dos serviços especializados. A troca de informações entre os profissionais de saúde em diferentes pontos da rede também favorece a tomada de decisões mais embasadas e o estabelecimento de protocolos de cuidado mais eficazes.

A elaboração da política de Redes de Atenção à Saúde no Brasil é fortemente influenciada pelas Redes Integradas de Serviços de Saúde preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Essas redes se fundamentam na atenção direcionada a uma população específica, serviços ou estabelecimentos de saúde com diferentes níveis de

complexidade e uma delimitação territorial clara. O ponto central dessa definição é que a aplicação do conceito de redes contribui significativamente para a articulação, interdependência e coordenação entre os diversos atores, sejam eles públicos, privados ou mistos. Isso se traduz na incorporação de tecnologias especializadas, resultando na expansão do acesso aos serviços de saúde, aprimorando a conectividade na rede e fortalecendo a governança do sistema como um todo.²⁵

Inserindo a instituição hospitalar nesta discussão, a análise realizada em uma pesquisa identificou diversos fatores que condicionam a inserção dos serviços hospitalares nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e influenciam o acesso disponível para a população. Foi observado que a efetividade da atenção hospitalar está sujeita aos impactos decorrentes da distribuição heterogênea desses estabelecimentos, bem como das fragilidades nos mecanismos de planejamento das regiões de saúde, na comunicação em rede e na integração entre os serviços, tanto dentro do mesmo nível assistencial quanto entre diferentes níveis de atenção. Essa realidade resulta na escassez de assistência hospitalar em algumas regiões, ao passo que a população percebe o hospital predominantemente como a porta de entrada do sistema, distorcendo seu papel como um componente integral das Redes de Atenção à Saúde.²⁶

Outro estudo proporcionou uma reflexão sobre a distribuição dos serviços de saúde e sua relação intrínseca com os princípios de eficiência e equidade. Quando o sistema busca otimizar a eficiência, visa alocar uma parcela significativa dos usuários dentro de um determinado orçamento público, otimizando a distribuição dos serviços em um espaço geográfico específico. Ao buscar maior equidade, utiliza mecanismos para distribuir os serviços de maneira que os usuários destinem esforços proporcionais às suas necessidades, maximizando o impacto da assistência na população. Nesse contexto, o conceito de eficiência assemelha-se ao de escala, deixando claro que a presença de serviços em uma região geográfica específica, por si só, não garante o cumprimento do princípio de equidade na rede.²⁷

Ao considerar as desigualdades sociais como elementos-chave, as redes de atenção em saúde buscam promover uma distribuição equitativa dos recursos e serviços, visando atender de forma justa e inclusiva a toda a população. Dessa forma, a compreensão dos marcadores sociais da diferença permeia o desenho e a implementação das redes, moldando estratégias que buscam superar as barreiras existentes, proporcionando uma atenção à saúde mais sensível, acessível e efetiva para todos os estratos sociais. A abordagem centrada nos marcadores sociais não apenas reconhece as disparidades, mas também atua na promoção da

equidade, entendendo que a saúde é um direito universal que deve transcender às diferenças sociais para alcançar a integralidade e a justiça no cuidado.

Nesse sentido, os depoentes elencados anunciam a existência dessas iniquidades no IT de cada indivíduo, visto que a procura da solução das demandas em saúde é singular e marcada nesses casos principalmente pelo marcador de condições socioeconômicas.

Fui observando um tempo, fazendo menos esforço, mas era bem variável. Fui assim pela CASSI num médico cardiologista que já conhecia de quando fiz cirurgia da vesícula (2016) – Dr. Roman. Fiz eco e exame de esforço, depois com todos os resultados, o médico suspeitou do que podia ser (EZU23).

Tudo certo, se passou só uma semana, pelo IPE é maravilhoso. Não teve indicação de ninguém. Sempre que eu precisei do IPE, foi tudo muito rápido. Uma semana. Rápido eu pago para todos meus filhos e meus netos, é tudo muito rápido (EZR15).

No atendimento com o clínico, paguei tudo particular. Me pediu exames, fiz investigação e vi que eu tinha problema de coração. Me enviou para Passo Fundo e paguei R\$1.162,00. Daí eu não tinha mais como pagar. Fui de volta para São José do Ouro, procurei o Posto de Saúde (São José do Ouro/SUS – não tem cardiologista, atendimento por um clínico) – mostrei os exames e ele me encaminhou pelo SUS para o cardiologista aqui de Passo Fundo duas vezes. Daí viemos fazer o cateterismo (São Vicente) e não deu, as veias estavam trancadas. Daí partimos para a cirurgia aqui no HC (EZR19).

A condição socioeconômica emerge como um fator fundamental, influenciando não apenas o acesso a recursos, mas também determinando oportunidades, expectativas e objetivos de vida, frequentemente associada ao status socioeconômico. É um marcador crucial que reflete a distribuição desigual de recursos e oportunidades na sociedade, e se manifesta em diversos aspectos da vida humana, inclusive no acesso a opções de tratamento na saúde.

São abundantes as manifestações das disparidades sociais geradas no âmbito da diversidade e seus desdobramentos na vida em sociedade. Nas práticas do dia a dia, essas divergências resultam em existências cada vez mais vulneráveis, sujeitas a atos de violência e preconceito, com a negação de direitos fundamentais.²⁸

Nesse contexto, também encontramos a vulnerabilidade individual, que é concebida como um estado de suscetibilidade e incapacidade de autoproteção em algum momento da sua jornada. Assim, a garantia de acesso aos procedimentos indispensáveis fica sob responsabilidade dos profissionais de saúde e instituições de saúde, centrando-se na garantia de acesso.²⁹

No que tange ao desfecho do itinerário terapêutico para procedimentos de alta complexidade em cardiologia, há de se considerar que os entrevistados evidenciam tal episódio a partir do momento em que eles adentram a instituição hospitalar, como se pode visualizar nas palavras de EZR8: “Na espera, sabendo que você está arriscando a vida. Se

fica de mão amarrada. A espera é difícil”. Aqui no hospital sou bem tratado sou bem atendido, os enfermeiros muito humanos. Tratamento excelente”. No mesmo contexto, EZU4 diz: “A gente tem que vir para cá, não tem outro jeito. É muito bom e tranquilo ser atendido aqui, depois que chega aqui não tem problema mais – tá no recurso”.

Em meio a essas percepções, a inclusão de instituições hospitalares resolutivas nas redes de atenção à saúde é fundamental para garantir uma abordagem holística e integrada no cuidado ao paciente. A atuação coordenada entre os diferentes níveis de atenção, incluindo todos os atores envolvidos, permite uma resposta mais efetiva às demandas da comunidade.

Além disso, a presença de organizações resolutivas dentro dessas redes contribui para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficiente de condições de saúde, promovendo, assim, a saúde da população de forma abrangente e sustentável. Portanto, investir na resolutividade das instituições de assistência à saúde e integrá-las às redes de atenção à saúde é essencial para construir um sistema de saúde mais eficaz e centrado nas necessidades da comunidade.

Todavia, apesar de ser possível aprimorar a eficiência, a abrangência do SUS tem sido restrita devido a um financiamento inferior ao desejado e necessário, como exemplificado pela reivindicação do movimento da reforma sanitária, que defendia a destinação de 10% do PIB para a saúde pública. O cerne dessa proposta reside na limitação da possibilidade de universalidade plena, ao advogar pela ideia de “cobertura universal” mediante um conjunto mínimo de serviços que não necessariamente aborda as desigualdades de saúde ou garante uma atenção integral.³⁰

Nessa mesma linha, para a construção de itinerários terapêuticos eficazes, é fundamental a integração colaborativa dos diversos atores envolvidos, criando um sistema de saúde mais inclusivo e centrado nas necessidades reais da população. Ao envolver os profissionais de saúde, usuários e comunidade no planejamento e na execução de estratégias de cuidado, é possível estabelecer abordagens mais assertivas, garantindo, assim, que os itinerários terapêuticos sejam verdadeiramente efetivos e alinhados às expectativas e realidades locais.

A realização do estudo em uma única instituição de referência em cardiologia pode ser entendida como uma limitação, pois não replica o contexto de outras populações urbanas ou rurais atendidas em outros serviços. Todavia, a escolha da coleta de dados por entrevista individual considerou o itinerário terapêutico com a inclusão dos diversos sujeitos, seus saberes e suas experiências.

Tal pesquisa apontou contribuições relativas à acessibilidade de usuários aos serviços de alta complexidade em cardiologia, permitindo aos gestores dos serviços de saúde rever procedimentos quanto à educação em saúde, prevenção de agravos e, com os conhecimentos adquiridos, propor otimização dos encaminhamentos aos serviços especializados, a fim de reduzir complicações e, especificamente, tornar o SUS equitativo e inclusivo para as diferentes pessoas e populações.

Conclusão

O itinerário terapêutico para realização de exames de alta complexidade em cardiologia começa, por vezes, na ausência de prevenção de fatores de risco que podem influenciar o aparecimento de doenças cardiovasculares. Quando uma pessoa, seja ela do meio rural ou urbano, percebe sintomas cardíacos preocupantes ou recebe uma hipótese diagnóstica a partir de exames de rotina, o indivíduo depara-se na necessidade de uma consulta médica.

Nesse momento, inicia-se a jornada dos indivíduos que buscam assistência especializada – cabe ressaltar que esta caminhada é diversa e que, ao longo deste percurso, os obstáculos se intensificam à medida que existe a intersecção entre fatores sociais, econômicos e de saúde que desempenham um papel fundamental na determinação do acesso equitativo aos serviços cardíacos.

Assim, o IT não se apresenta de forma idêntica para as pessoas, no entanto, possui as mesmas características entre indivíduos da zona rural e urbana, ou seja, a possibilidade dos sujeitos de obter um diagnóstico de doença cardiovascular e/ou conseguir uma intervenção para a solução de tais enfermidades está na dependência do contexto vivido daquele momento.

As vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas ressaltam a importância de considerar não apenas as condições clínicas do paciente, mas também as circunstâncias sociais que moldam sua jornada terapêutica. Nesse contexto, é imperativo desenvolver estratégias que abordem as disparidades sociais e econômicas que frequentemente limitam o acesso aos cuidados cardíacos de alta complexidade.

O subfinanciamento crônico do SUS representa um obstáculo significativo, impactando a capacidade do sistema em fornecer serviços cardíacos de qualidade de forma abrangente. A necessidade urgente de investimentos adicionais e políticas públicas eficazes se faz evidente para garantir a sustentabilidade e efetividade do sistema de saúde.

Além disso, a consideração dos marcadores sociais da diferença, como classe socioeconômica, é fundamental para compreender as disparidades no acesso aos cuidados cardíacos. Intervenções que reconheçam e mitiguem tais desigualdades são essenciais para promover a equidade no itinerário terapêutico, garantindo que todos os pacientes, independentemente de sua origem social, tenham acesso justo e adequado aos procedimentos cardíacos necessários.

Em conclusão, a construção de um itinerário terapêutico eficaz para procedimentos cardíacos de alta complexidade requer uma abordagem que transcenda as barreiras clínicas, contemplando a vulnerabilidade em todos os seus contextos, enfrentando o subfinanciamento do SUS e confrontando os marcadores sociais da diferença. Somente através de esforços colaborativos entre profissionais de saúde, gestores públicos e a sociedade civil será possível criar um sistema que verdadeiramente assegure o direito à saúde cardiovascular para todos.

Referências

1. GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
2. Martins SM. Death from Cancer and Cardiovascular Disease between Two Brazils. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 114, n. 2, p. 207–208, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200017>.
3. Malta, D. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Teixeira, R., Ribeiro, A. L. P., Felisbino-Mendes, M. S., Machado, Í. E., Velasquez-Melendez, G., Brant, L. C. C., Silva, D. A. S., Passos, V. M. A., Nascimento, B. R., Cousin, E., Glenn, S., & Naghavi, M. 2020. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Population health metrics*, 18(Suppl 1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p; ISBN 978-65-5993-109-5 1. Doenças e Agravos Não Transmissíveis 2. Política de Saúde 3. Promoção da Saúde. I. Título. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.
5. Luz TC da, Cattafesta M, Petarli GB, Meneghetti JP, Zandonade E, Bezerra OM de PA *et al*. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2020Oct;25(10):3921–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.36022018>

6. Oliveira, G., *et al.* Cardiovascular Statistics - Brazil 2020. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, São Paulo, v. 115, n. 3, p. 308–439, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
7. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. (2022). Tábuas completas de mortalidade. [Tablas de mortalidad completas]. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>. Acesso 2023/01/23
8. Loureiro NS de L, Amaral TLM, Amaral C de A, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL de, Bortolini MJS. Relação entre indicadores antropométricos e fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2020 Mar. 11 [citado em 2024 Jan. 23]; 54:24. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/167629>
9. Demétrio F, Santana ER de, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe7):204–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>.
10. Nascimento LC do, Viegas SM da F, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. Physis [Internet]. 2020; 30(3):e300330. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300330>
11. Peiter CC, *et al.* Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. Escola Anna Nery [online]. 2019, v. 23, n. 1 20180214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>>. Epub 31 Jan 2019. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>.
12. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019; 35(12):e00220519. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>
13. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J *et al.*. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017; 33(8):e00037316. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
14. Zhu, A., Tang, S., Thu, N. T. H., Supheap, L., & Liu, X. (2019). Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes. Human resources for health, 17(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0340-6>
15. Felisbino-Mendes MS, Jansen AK, Gomes CS, Velásquez-Meléndez G. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Jun; 30(6):1183–94. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103213>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. rev. ampl. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Accorsi TAD, Nemoto RP, Nunes JT, Azevedo Filho AFB de, Moreira FT, Kohler KF *et al.*. Características Clínicas e Manejo de Pacientes Avaliados por Teleconsulta Cardiológica na Região Brasileira com Maior Número de Cidades Isoladas. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2023; 120(5):e20220467. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20220467>
18. Khalfallah M, Allaitly A, Maria DA. Impacto do Desconhecimento do Paciente e Fatores Socioeconômicos na Apresentação do Paciente à Intervenção Coronária Percutânea Primária. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2022; 119(1):25–34. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20210521>
19. D’Agostino RB, Sr Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro J M, & Kannel W B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation, 117(6), 743–753. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>

20. World Health Organization. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report in neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. <https://iris.who.int/handle/10665/77950> Acesso 2023/11/27
21. Campos, E A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ dos. (Orgs.). Antropologia para enfermagem. São Paulo: Manole, 2008, v. , p. 59-81. Acesso 2023/12/04 – livro, cap 4.
22. Souza GA de, Giacomini KC, Firmo JOA. “Minha vida é me cuidar”: itinerários terapêuticos de cuidado para a pessoa idosa em processo de fragilização. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2023 Sep; 28(9):2637–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.14372022>
23. Carvalho NA de, Caçador BS, Brito MJM. No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de covid-19. *Saúde Soc.* [Internet]. 2023; 32(3):e210882pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210882pt>
24. Galvão JR, Almeida PF de, Santos AM dos, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019; 35(12):e00004119. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
25. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR da, Bragagnolo LM *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2021 Oct; 26(10):4769–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
26. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2021 Apr.; 26(4):1275–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.10212019>
27. Cirino S, Gonçalves LA, Gonçalves MB, Cursi ES de. Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 34(3):e00185615. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185615>
28. Melo KMM de, Malfitano APS, Lopes RE. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2020 Jul; 28(3):1061–71. Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1877>
29. Alves RM da S, Ribeiro RC. Intensive care and the different meanings of vulnerability. *Crit Care Sci* [Internet]. 2023 Jan; 35(1):102–6. Available from: <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230317-en>
30. Souza D de O. Under the leadership of the World Bank: challenges in, and perspectives of, the SUS counter-reform. *Physis* [Internet]. 2020; 30(1):e300101. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300101>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidencia que o percurso para acessar exames de alta complexidade em cardiologia, muitas vezes, começa sem uma prevenção efetiva dos fatores de risco que podem desencadear doenças cardiovasculares.

O itinerário terapêutico não é uniforme para todos, mas compartilha características comuns entre indivíduos de diferentes origens. A capacidade de receber um diagnóstico e intervenções para doenças cardiovasculares está profundamente ligada ao contexto em que cada pessoa se encontra. As vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas destacam a importância de considerar não apenas as condições clínicas, mas também as circunstâncias sociais que moldam a jornada terapêutica de cada paciente.

Assim, é imperativo desenvolver estratégias que abordem as disparidades sociais e econômicas que limitam o acesso aos cuidados cardíacos de alta complexidade. O subfinanciamento crônico do SUS representa um obstáculo significativo, comprometendo a capacidade do sistema em fornecer serviços cardíacos de qualidade de forma abrangente.

Nesse sentido, fortalecer acordos entre gestão local e instituições que possuem condições de execução desses procedimentos pode ser uma ferramenta que, por ora, necessite de investimentos adicionais a curto prazo. Todavia, em médio e longo prazos, tornarão as políticas públicas mais eficazes, otimizando recursos e garantindo a inclusão do usuário no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. A. L.; CARVALHO, V. C. P. O papel do fisioterapeuta no programa saúde da família. **Revista Inspirar**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 15-19, ago./set. 2009. Disponível em: <http://revistams.inspirar.com.br/o-papel-do-fisioterapeuta-no-programa-saude-da-familia/>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 23-36, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700004>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, F. P. C. *et al.* Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- BENSENOR, I. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular no mundo e no Brasil. **Revista da SOCESP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 18-24, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/2019290118-24>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde - SUS. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 172-182, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382010000200008>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 09 fev. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200025>. Acesso em: 18 fev. 2023.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 385-396, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256015>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CHÁVEZ, G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CIRINO, S. *et al.* Modelo não linear de localização de instalações de serviços de saúde com indicador de acessibilidade incorporado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185615>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 204-221, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>. Acesso em: 25 out. 2023.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 03 jun. 2023.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1183-1194, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103213>. Acesso em: 01 mar. 2023.

FIGUEIREDO, D. C. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 288-301, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>. Acesso em: 04 jun. 2023.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 09 jun. 2023.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 09 fev. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRANJA, G. F. *et al.* Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde**, Salvador, v. 34, n. 1, p. 72-86, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n1.a14>. Acesso em: 13 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário 2017**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://censoagro2017.ibge.gov.br/templates/censo_agro/resultadosagro/index.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>. Acesso em: 23 out. 2023.

KOERICH, C. *et al.* Perfil epidemiológico da população submetida à revascularização cardíaca e acesso ao sistema único de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50836>. Acesso em: 09 fev. 2023.

LANDINI, F.; COWES, V. G.; DAMORE, E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 231-244, feb. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>. Acesso em: 04 jun. 2023.

LUZ, T. C. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3921-3932, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.36022018>. Acesso em: 09 fev. 2023.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>. Acesso em: 23 fev. 2023.

- MARQUES, M. V. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis: perfil da mortalidade no município de Natal/RN no período de 2000 a 2014. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 4, p. 246-253, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v7i4.8448>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- MARTINS, S. M. Death from Cancer and Cardiovascular Disease between Two Brazils. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 114, n. 2, p. 207-208, feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200017>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSVJ/ Fiocruz, 2007.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. Apresentação. *In.* GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês, 2014.
- NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- OLIVEIRA, A. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20211012>. Acesso em: 15 jun. 2023.
- PASSOS, M. F.; LIMA, T. S.; ORMOND, L. S. Indicadores de riscos cardiovasculares em Barreiras-BA. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências aplicadas do Oeste Baiano-Higia**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 224-239, 2020. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/546/493>. Acesso em: 09 fev. 2023.
- PEITER, C. C. *et al.* Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>. Acesso em: 28 out. 2023.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares e fatores de risco. *In*: ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. (Eds.). **Manual de prevenção cardiovascular**. 1. ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. p. 10-15.
- SILVA, M. V. M. *et al.* Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100018>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- SOARES G. P. *et al.* Progression of Mortality due to Diseases of the Circulatory System and Human Development Index in Rio de Janeiro Municipalities. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 4, p. 312-322, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20160141>. Acesso em: 02 jun. 2023.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627-673.
- SORANZ, D. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 1994-1995, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07222019>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção primária à saúde: estratégia de atenção no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, jul./set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2012363452460>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 217-226, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 7 jun. 2023.
- VILLELA, L. E.; MAIA, S. W. Utilização da análise prospectiva e da metodologia de planejamento para a construção de cenários norteadores do planejamento estratégico em empresas de médio porte – o caso da Brazshipping Marítima Ltda. *In*: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA, 1., 2003, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: ANPAD, 2003. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/322237047/Utilizacao-Da-Analise-Prospectiva-e-Metodologia>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
RURALIDADE**

1ª etapa	
Iniciais do Entrevistado	() Masc. () Fem.
Idade	
Local de residência	
Rendimentos	
Estado civil	
Anos de estudo	
Trabalha em qual área	
Local do 1º atendimento	
O(A) Sr.(a) possui algum convênio	
Data do Diagnóstico	
Data do tratamento	
2ª etapa	
1. Como iniciaram seus sintomas?	
2. Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) senhor(a) procurou?	
2.1 Quanto tempo levou até este primeiro acesso?	
2.2 Na sua percepção, o que facilitou?	
2.3 Na sua percepção, o que dificultou?	
3. Descreva como foi este atendimento:	
4. Descreva como foi sua trajetória do início da doença até chegar na realização do procedimento:	

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
RURALIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O itinerário terapêutico das populações rurais e urbanas, na região sul do Brasil, para a realização de procedimentos cardíacos de alta complexidade.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

Instituição/Departamento: UFSM/Campus de Palmeira das Missões – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade.

Telefone e endereço postal completo: Avenida Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000, Palmeira das Missões-RS. Fone (55) 3742-2081/3742-8858//9103-0903. Endereço eletrônico luiz.anildo@yahoo.com.br.

Local da coleta de dados: Hospital.

Eu, Luiz Anildo Anacleto da Silva, responsável pela pesquisa “**O itinerário terapêutico das populações rurais e urbanas, na região sul do Brasil, para a realização de procedimentos cardíacos de alta complexidade**”, convido a participar como voluntário deste estudo. Nesta pesquisa, o objetivo está em “descrever e compreender como se dá o itinerário de acesso a um serviço de alta complexidade em cardiologia, de pessoas oriundas do meio rural e urbano”.

Esta pesquisa se justifica na necessidade de geração de mais conhecimentos no que concerne ao itinerário de pacientes que necessitam de atendimento de saúde nos serviços de média e alta complexidades em cardiologia e precisam percorrer até chegar ao atendimento. A participação no estudo é totalmente voluntária e não haverá envolvimento financeiro ou outro modo de retribuição que não esteja vinculado, tão somente, à construção do conhecimento. As informações coletadas serão rigorosamente mantidas em sigilo. Além disso, assegura-se pleno sigilo e anonimato aos participantes e instituições do estudo durante todas as fases da pesquisa e compromete-se a resguardar todos dados oriundos desses.

De uma forma em geral, os **benefícios da pesquisa** estão em gerar proveitos diretos ou indiretos, imediatos ou posteriores, que permitam rever conceitos por parte dos gestores, conectados com profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção aos pacientes que necessitam de acesso aos serviços de alta complexidade. Ressalta-se que este projeto pode trazer contribuições aos **serviços**, para a **academia** e, de forma especial, aos **usuários** que necessitam deste tipo de atenção em saúde.

Para os **serviços**, os benefícios esperados estão em conhecer com maior propriedade e detectar formas efetivas de reconhecimento e encaminhamento de acordo com as necessidades dos usuários, rever condutas (de gestão e atenção) e prover atendimento de forma efetiva e igualitária.

Já para a **academia**, o estudo possibilita contribuir no processo de formação acadêmica, abrindo um leque de conhecimento sobre o atendimento de alta complexidade e,

assim, conectar os preceitos teóricos incluídos na legislação às práticas concernentes ao atendimento aos serviços de alta complexidade.

Em especial, aos **usuários**, os benefícios esperados estão vinculados à revisão de condutas que os gestores e profissionais de saúde possam vir a implementar, no sentido de que o atendimento dessas necessidades possa ser célere e efetivo, de forma que estes essencialmente tenham o atendimento em tempo hábil, visando à preservação de seu quadro clínico.

Quer-se realçar que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco e que serão tomados todos os cuidados para minimizá-los. **Os riscos** oferecidos pela pesquisa são baixos, visto que não geram conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, se durante a cedência de sua entrevista apresentar algum tipo de desconforto, sejam eles emocionais – relacionados aos questionamentos, os quais podem ocasionar abalo físico e emocional, manifestação de sentimentos e emoções diversas – ou constrangimento, agressividade, angústia, empatia e/ou frustração, ou, ainda, se algum dos participantes em algum momento se sentir cansado ou não se apresentar em condições físicas ou mentais para prosseguir a entrevista, o pesquisador suspenderá momentaneamente/definitivamente a entrevista, podendo organizar um reagendamento para um novo encontro, em local e horário a serem definidos pelo participante. Se o participante achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, ele será retirado/excluído sem ônus ou justificativa em relação a sua decisão. Para a participação nesta pesquisa não haverá retribuição pecuniária, assim como não haverá a geração de custos para os sujeitos do estudo (entrevistados/entrevistadores).

A sua pessoa e a instituição do estudo não serão identificadas, assim como serão resguardados os dados oriundos do estudo, para que estes não possam evidenciar indiretamente qualquer possibilidade de identificação. Também fica garantido o seu direito de requerer indenização, em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Ser-lhe-á assegurado o respeito a sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Será garantido o **pleno anonimato** a sua pessoa e à instituição do estudo, assim como se resguardarão os dados oriundos do estudo, para que estes não possam evidenciar indiretamente qualquer possibilidade de identificação. Também fica garantido o seu direito de requerer indenização, em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Outrossim, será assegurado à/ao participante da pesquisa, assistência imediata e emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite, assim como a assistência integral, que será prestada para atender a complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa. Também será assegurada reparação a possíveis danos associados ou decorrentes da pesquisa, agravos diretos ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, agravo imediato ou indireto ao indivíduo ou à coletividade decorrente da pesquisa. Também será assegurada cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Ser-lhe-ão garantidos **sigilo**, **anonimato** e **privacidade** durante todas as fases do estudo, e de nenhuma forma haverá qualquer risco de identificação, já que os entrevistados e as instituições envolvidas no estudo serão nominados por códigos de letras e números. Para

tanto, propõe-se que o TCLE seja assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelos pesquisados, sendo que cada um ficará de posse de uma via deste documento.

Embora todos os cuidados adotados, tem-se o risco de que as questões possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esses riscos será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema, questão de pesquisa, objetivos e, principalmente, na aplicação do instrumento, gravações e transcrições e disponibilizadas aos sujeitos do estudo, a possibilidade de leitura dos dados transcritos para sua validação. Depois de informadas e esclarecidas todas as dúvidas e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na apresentação dos resultados deste estudo não haverá identificação da instituição hospitalar. Em ocasião da socialização dos resultados desta pesquisa, o hospital será identificado como “uma instituição hospitalar filantrópica, de grande porte, localizada no Sul do Brasil”. Além disso, os participantes do estudo também não serão identificados na apresentação dos resultados.

Os depoimentos dos participantes podem ser inseridos nas publicações para ilustrar os resultados obtidos. Nesses casos, os participantes da zona rural serão identificados pelas letras ZR, e os participantes da zona urbana, pelas letras ZU (que iniciam as palavras “Zona Rural” e “Zona Urbana”), respectivamente, seguida pelo número cardinal representativo da ordem de realização da entrevista.

A sua participação no estudo dar-se-á por meio de uma entrevista semiestruturada (apêndice 1), para a qual propõe-se explicitar todas as questões contidas no roteiro de pesquisa e respondidas suas dúvidas. Após serem dirimidas as dúvidas será proposto o início da gravação digital, que será posteriormente transcrita e o material resultante da coleta de dados será disponibilizado para sua avaliação e validação dos dados. Após sua apreciação e validação os dados serão armazenados no Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões (sala 01, Bloco 2 Enfermagem). Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre. Palmeira das Missões-RS. CEP 98300-000. Todos os documentos serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do Prof. Luiz Anildo Anacleto da Silva. Após esse período, os dados serão fotocopiados e salvos em arquivo digital para consultas posteriores e, também, subsidiar novas pesquisas.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

_____, ____ de _____, de 2023.

ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
RURALIDADE**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: O itinerário terapêutico das populações rurais e urbanas, na região sul do Brasil, para a realização de procedimentos cardíacos de alta complexidade.

Objetivo: “Descrever e compreender como se dá o itinerário de acesso a um serviço de alta complexidade em cardiologia de pessoas oriundas do meio rural e urbano”.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

Instituição/Departamento: UFSM/Campus de Palmeira das Missões – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade.

Telefone e endereço postal completo: Avenida Independência nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000, Palmeira das Missões-RS. Fone (55) 3742-2081/3742-8858//9103-0903. Endereço eletrônico luiz.anildo@yahoo.com.br; luiz.silva@ufsm.br

Locais da coleta de dados: Hospital.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio de entrevistas gravadas digitalmente. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões (sala 01, Bloco 2 Enfermagem), Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre. Palmeira das Missões-RS. CEP 98300-000, por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do Prof. Luiz Anildo Anacleto da Silva.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Palmeira das Missões, ____/____/____

Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva
Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa
Bairro- Cidade Universitária - Camobi,
CEP 98150-900
UF: RS
Município: Santa Maria
Telefone: 3320- 9362
E-mail cep.ufsm@gmail.com

Prof. Luiz Anildo A da Silva
Avenida Independência nº 3751,
Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000,
Palmeira das Missões-RS.
Fone (55) 3742-2081/3742-8893/ (54) 9 9163 0813 E-
mail luiz.silva@ufsm.br
luiz.anildo@yahoo.com.br