



## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOA SUBMETIDA À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: REPERCUSSÕES PARA GESTÃO DO CUIDADO

Luan Sudário Melo\*  
Graciano Almeida Sudré\*\*  
Aline Roberta Lima Nishimura Aiko\*\*\*  
Mayara Rocha Siqueira Sudré\*\*\*\*  
Monika Wernet\*\*\*\*\*  
Sílvia Matumoto\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender por meio do Itinerário Terapêutico a busca empreendida pelo cuidado em saúde de pessoa submetida à revascularização do miocárdio e os mecanismos de gestão do cuidado. **Método:** Estudo de caso único, descritivo exploratório, de abordagem qualitativa desenvolvido a partir de Entrevista Narrativa e o tratamento dos dados foi guiado pela Análise de Conteúdo na modalidade temática, que permeou os processos de organização da análise, codificação, categorização e inferências. Neste processo, considerou-se como unidade de registro o acontecimento e unidade de contexto a ação. **Resultados:** O Itinerário Terapêutico está apresentado a partir de sua representação gráfica e subdividido em duas categorias temáticas: “acolhimento moroso e centrado na atenção especializada” e “marcas da (contra)regulação em uma experiência de cuidado com linhas desarticuladas”. **Conclusão:** A situação analisada desvelou o Itinerário Terapêutico, as falhas no processo de comunicação e as dificuldades em ser reorientado aos serviços adequados em decorrência dos distintos espaços percorridos pelo usuário, culminam com a sua peregrinação por serviços de saúde que repercute diretamente na gestão do cuidado nas suas dimensões individual, sistêmica e societária. Possibilitou identificar os descaminhos da pessoa pelo sistema de saúde em busca de resolutividade, que consequentemente acarreta implicações negativas em seu cotidiano ao prolongar o percurso desde o início do adocimento, bem como as interferências a que foi submetido na garantia do cuidado integral.

**Palavras-chave:** Revascularização Miocárdica. Doença Crônica. Integralidade em saúde. Gestão em Saúde.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, excluindo as causas externas, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 31,8% dos óbitos, sendo consideradas até 2019 a principal causa de morte, principalmente dentre os idosos<sup>(1,2)</sup>, grupo em que cerca de 85% das mortes ocorrem por infarto agudo do miocárdio (IAM)<sup>(3)</sup>. A diminuição desses índices pode ser revertido por meio de intervenções amplas de promoção de saúde e detecção precoce, com tratamento oportuno em local adequado, diminuição dos fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde<sup>(3)</sup>.

Neste cenário, algumas condições como, por exemplo, a doença aterosclerótica coronária obstrutiva e as doenças estruturais do coração e do leito vascular extra cardíaco demandam procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta densidade tecnológica<sup>(4)</sup>, tornando-se necessários encaminhamentos, articulados e coordenados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que as pessoas não se percam nas idas e vindas pelos diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Os procedimentos relacionados às DCV vêm aumentando progressivamente em todo o mundo<sup>(3)</sup>, dentre elas a cirurgia de revascularização do miocárdio para tratamento

\*Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: luansudario@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8579-4054>.

\*\*Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [gracianosudre@gmail.com](mailto:gracianosudre@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2837-8526>.

\*\*\*Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Mato Grosso. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: [linenishimura@hotmail.com](mailto:linenishimura@hotmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6151-2200>.

\*\*\*\*Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [maysrocha@yahoo.com.br](mailto:maysrocha@yahoo.com.br) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9515-5907>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: [Monika.wernet@gmail.com](mailto:Monika.wernet@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Professora do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [smatumoto@eerp.usp.br](mailto:smatumoto@eerp.usp.br) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8590-5276>.

da doença arterial coronária obstrutiva<sup>(5)</sup>, realizada aproximadamente em 80,0% pelo SUS no país<sup>(6)</sup>.

Para o enfrentamento dessas condições de saúde, são necessários investimentos na gestão de fluxos assistenciais, o que implica na integração de diferentes ações que considerem a capacidade do sistema de saúde e a trajetória das pessoas pelas distintas unidades. Nesse sentido, a Linha de Cuidado (LC) representa essa estratégia ao estabelecer percursos assistenciais, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com as possíveis necessidades de saúde<sup>(7)</sup>.

O Itinerário Terapêutico (IT) também desponta-se enquanto recurso, já que permite análise e revelação das insuficiências no uso de um dado sistema terapêutico com enfoque no encadeamento de acontecimentos em uma dada situação, a exemplo da busca pelo cuidado em saúde<sup>(8)</sup>.

A LC intenciona fluxos assistenciais seguros e efetivos no sistema de saúde, ao passo que o IT reflete o percurso da busca pela atenção em saúde, com consideração às questões individuais, familiares e de cunho socioculturais, propondo visibilidade às relações dialógicas e intersubjetivas que perpassam pelos movimentos das pessoas em busca de cuidado, inclusive no que tange aos serviços de saúde<sup>(9,10,11)</sup>.

OIT quando observado para estabelecer determinada LC pode resultar em um processo de reconhecimento das relações dialógicas e intersubjetivas que por sua vez perpassam pela procura dos indivíduos que participam do cotidiano dos serviços de saúde e são por conseguinte delineadas pelos sucessivos encontros que guiam o caminhar pelos locais de cuidado<sup>(9)</sup>.

A ordenação e coordenação do cuidado está prospectada à Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo sob o modelo da ESF. Contudo, quando a LC não garante a permeabilidade da pessoa pelos ambientes de cuidado e facilita seu IT, a credibilidade do serviço é reduzida, interferindo inclusive no vínculo e na perda de credibilidade<sup>(12)</sup>.

Atualmente, a forma como diversos serviços têm atuado frente às necessidades de saúde das pessoas demonstram práticas ineficientes, de baixa resolutividade e que interferem no curso do adoecimento, inclusive com prolongamento

do tratamento<sup>(13)</sup>. Com isso, a adequação e a valorização do IT auxiliam na reafirmação de princípios do SUS, principalmente dos doutrinários que preconizam a centralidade na pessoa<sup>(14)</sup>.

Este estudo justificou-se devido à necessidade de pesquisas que envolvam condições crônicas e que considerem o caminho percorrido nos diferentes serviços de saúde, possibilitando reflexões para melhoria no processo de construção de uma LC. Neste caso, em especial, de uma pessoa submetida à revascularização do miocárdio.

Com todas as dificuldades, o caminho traçado em busca do cuidado pode não corresponder àquele estabelecido pelo sistema de saúde, suscitando o questionamento: na Região Sul do Estado de Mato Grosso, após análise do IT de uma pessoa com DCV, como são percebidas e analisadas a implementação da LC em relação às necessidades individuais?

Em resposta a essa questão, o presente estudo objetivou compreender— por meio do IT— a busca empreendida pelo cuidado em saúde de pessoa submetida à revascularização do miocárdio e os mecanismos de gestão do cuidado.

## MÉTODOS

Estudo de caso único, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de Entrevista Narrativa (EN). Este tipo de estudo de caso, além de demonstrar o interesse por uma situação singular, devido à análise das particularidades, permite ampliar o olhar para que se compreenda uma situação mais ampla<sup>(15)</sup>: nesta pesquisa, analisar o caso de pessoa submetida à revascularização do miocárdio que utilizou diferentes serviços de saúde, possibilitando assim ampliar o olhar para compreensão do IT e da LC.

Os estudos de natureza qualitativa buscam não somente descrever, como também explicar os fenômenos, podendo revelar padrões e processos a eles relacionados<sup>(16)</sup>. Por sua vez, a EN, além de atingir a profundidade esperada, proporciona a narração de uma história passível de análise<sup>(17)</sup> que, associada ao IT, possibilita identificar o percurso no sistema de saúde e

dessa forma obter apreensão dos limites das LC, entendidas como ato organizativo do processo de trabalho, assim como a disposição dos serviços para atender às necessidades de saúde<sup>(14)</sup>.

Como referencial conceitual, recorreu-se à gestão do cuidado em saúde nas suas dimensões individual, sistêmica e societária<sup>(18)</sup>. A dimensão individual integra o cuidar de si e as escolhas na tessitura dos modos de viver diante das adversidades, fazendo valer a autonomia; a dimensão sistêmica volta-se ao estabelecimento das conexões formais entre os serviços de saúde; a societária, por sua vez, permeia o encontro da sociedade e Estado produzindo cidadania<sup>(18)</sup>.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, com delimitação e escolha do participante, unidade-caso<sup>(15)</sup>, de forma intencional, pela complexidade da situação experienciada pelo participante da pesquisa e seu movimento de constante busca pelo cuidado, para o enfrentamento de sua condição de saúde. O primeiro autor do estudo estava inserido no ambulatório de cirurgia cardíaca, local de recorrente ida da pessoa analisada neste caso, motivo pelo qual delineou-se o estudo.

Todos os procedimentos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos foram seguidos, inclusive anuência livre e esclarecida para participação a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi registrado, apreciado e aprovado por Comitê de Ética sob o parecer de número

2.571.546. O convite para participação foi realizado via contato telefônico e o local para a coleta de dados foi o domicílio do participante. A EN foi a estratégia adotada para a coleta de dados disparada pela questão aberta: “Conte-me acerca de seu caminhar pelo sistema de saúde desde que começou a perceber sua doença”. A escolha pautou-se no fato de favorecer a revelação da perspectiva do informante sobre acontecimentos e sobre si mesmo<sup>(17)</sup>. A entrevista teve duração de 60 minutos e foi gravada na forma de áudio, e o seu término esteve pautado na indicativa do próprio participante quanto à finalização de suas contribuições para a narrativa.

O tratamento dos dados, com seleção, análise e interpretação<sup>(15)</sup> foi guiado pela Análise de Conteúdo de Bardin na modalidade temática, que permeou os processos de organização da análise, codificação, categorização e inferências. Neste processo, consideraram-se o acontecimento e a ação como respectivamente unidades de registro e de contexto<sup>(19)</sup>. Para preservar o anonimato ao participante, unidade que constitui o caso, foi atribuído um nome fictício (Jonas), assim como aos profissionais presentes em sua narrativa: médica cardiologista (Wanessa); cirurgião cardiovascular (Wallacy); e médico infectologista (Marcos). Ao final, constituindo o relatório<sup>(15)</sup>, obteve-se a narrativa do participante readequada à norma culta da língua portuguesa para facilitar a compreensão e a representação gráfica de seu IT.

### RESULTADOS

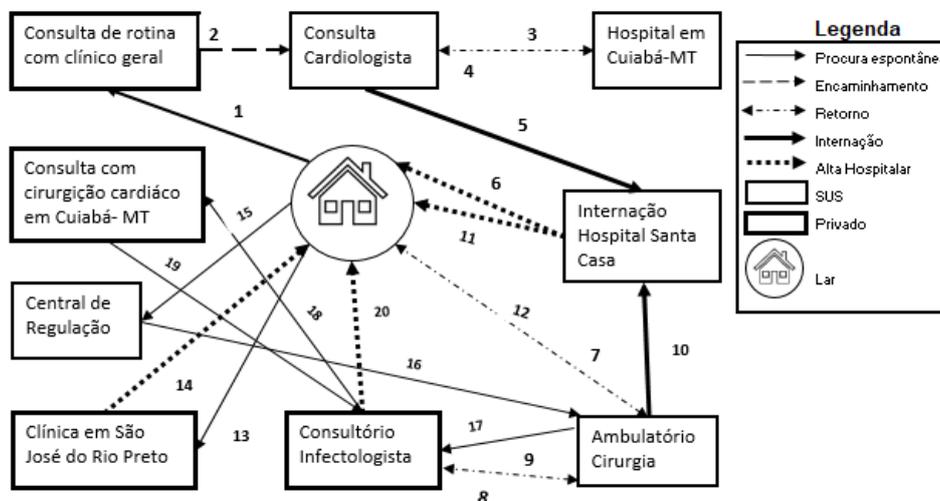


Figura 1. Representação gráfica do Itinerário Terapêutico empreendido pelo participante

O participante da pesquisa foi um idoso de 76 anos, aposentado, inicialmente com diagnóstico de hipertensão, que convivia com uma companheira na mesma residência. Jonas percorreu os serviços de saúde por inúmeras vezes, considerando os diferentes serviços, conforme Figura 1. Inicialmente, devido ao diagnóstico de angina instável realizou cirurgia de revascularização do miocárdio, tendo apresentado sangramentos e infecção como complicações cirúrgicas.

A representação gráfica do IT de Jonas apresenta-se em forma de teia o que impossibilita a visualização de um fluxo articulado, tornando a figura representativa do quão complicada foi a busca pelo cuidado, repleta de idas e vindas com insuficiências no atendimento em relação às necessidades de saúde do participante.

O IT está apresentado a partir de sua representação gráfica e de duas categorias temáticas: “acolhimento moroso e centrado na atenção especializada” e “marcas da (contrar)regulação em uma experiência de cuidado com linhas desarticuladas”.

### **Acolhimento moroso e centrado na atenção especializada**

Para Jonas, o início do seu IT foi em 2017, a partir de uma consulta pela ESF para seguimento de sua saúde, com atenção à questão da hipertensão arterial. O resultado alterado em exame solicitado por aquele serviço (e não precisado pelo paciente) determinou seu encaminhamento para uma médica cardiologista. A intenção do médico clínico geral da ESF, nas palavras de Jonas, era apoiar uma decisão clínica. A médica solicitou exames, dentre os quais o cateterismo cardíaco, realizado em Cuiabá-MT, a 219km de seu município. Na época, o encaminhamento foi necessário devido à não contratualização desse procedimento pelo SUS na regional de saúde a que pertencia (Regional Sul). Após a espera de um mês desde a realização do cateterismo, recebeu o resultado, oportunidade em que a médica cardiologista diagnosticou doença arterial coronariana e informou que Jonas seria submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio.

Quando ela olhou meu exame, disse – “É senhor

Jonas, [...] O senhor precisa de uma cirurgia no coração”. - Percebi que meu caso era grave. (Jonas)

Devido à gravidade do caso pelo risco de comprometimento cardíaco, a cirurgia foi agendada. Rapidamente foi hospitalizado em seu município de residência, admitido em um dia e submetido à revascularização do miocárdio logo no dia posterior. Entre a data do diagnóstico e a realização da cirurgia aguardou menos de uma semana.

Logo nos primeiros dias após o procedimento cirúrgico, surgiu uma complicação que ocasionou o retorno de Jonas ao centro cirúrgico para a realização da inserção de um dreno de mediastino, devido à constante excreção de sangue e à secreção na incisão cirúrgica, na região do esterno. Após aquele procedimento, permaneceu por vinte e três dias hospitalizado e recebeu alta hospitalar.

[...] Fiz a cirurgia, depois com dois ou três dias “abriu e fechou” de novo [...] com vinte e três dias que eu passei lá, o médico me deu alta e eu vim para casa. (Jonas)

Para apoiar o período pós-operatório, o serviço de cardiologia contava com um ambulatório de cirurgia cardíaca. Cada vez que buscava esse serviço, relatava constantemente sentir dor descrita como queimação de alta intensidade no local da incisão cirúrgica.

No período em que Jonas ficou em casa, as consultas de retorno no ambulatório de cirurgia cardíaca eram semanais. Em nenhum momento foi orientado a procurar a ESF, permanecendo vinculado ao serviço especializado, em atendimento com cirurgião cardiovascular. Embora de fácil acesso, os atendimentos mostravam-se insuficientes para lidar com as queixas que apresentava.

### **Marcas da (contrar)regulação em uma experiência de cuidado com linhas desarticuladas**

Em decorrência da primeira e da segunda cirurgias, Jonas percorria a segunda fase de seu tratamento, caracterizada por cinquenta e oito dias de idas e vindas às consultas no ambulatório de cirurgia cardíaca, apenas com cirurgião cardiovascular, sem solução para a dor que vinha sentindo. Diante deste fato, no cotidiano daquele

ambulatório do SUS e frente às necessidades que apresentava, foi sugerido que procurasse o consultório particular de um médico infectologista para que fosse avaliado com mais rapidez.

Na consulta, o cirurgião cardiovascular disse... – “É...você faz uma consulta particular com o Dr. Marcos, ele é um infectologista muito bom, ele sabe o que pode ser feito”. (Jonas)

Por meio dessa indicação, inicia a primeira (contrar)regulação do sistema público de saúde em sua trajetória, com uma prática indevida de encaminhamento, uma vez que, o atendimento a essa especialidade era ofertado pelo município. Jonas procurou o consultório particular do infectologista, realizou exames laboratoriais (não especificados durante a narrativa) e os levou para avaliação daquele profissional em consulta de retorno, ocasião que detectou uma infecção grave que demandou acompanhamento.

Aí eu fui para consulta, depois fui fazer os exames. [...] quando voltei lá e entreguei os resultados, Dr. Marcos falou: “[...] você está com uma bactéria muito forte” [...] e mandou uma “cartinha” aocirurgião cardiovascular. Quando eu cheguei, entreguei... ele olhou e já disse – “é internação”. - Aí eu internei. [...] era para ficar no hospital quarenta e dois dias, fiquei setenta e seis dias. (Jonas)

No início do tratamento, estavam previstos quarenta e oito dias de internação, porém Jonas permaneceu por setenta e seis dias hospitalizado, sendo diagnosticado com osteomielite do esterno. Após um longo período de hospitalização pelo SUS no hospital de referência do seu município para tratamento medicamentoso da osteomielite com Imipenem associado à Cilastatina, a lesão no local da incisão cirúrgica permanecia e Jonas foi submetido ao terceiro procedimento cirúrgico de toracotomia para retirada dos fios metálicos colocados na primeira cirurgia.

Após esse procedimento, de volta para casa, Jonas continuava a sentir dor em queimação, intensa, na região torácica, até que o cirurgião cardiovascular sugeriu o tratamento por meio de câmara hiperbárica, trazendo outra marca da (contrar)regulação neste IT, uma vez que, de acordo com Jonas, disseram que seria mais fácil conseguir esse procedimento caso solicitasse a mediação de algum político. Com dificuldade de

articulação política, uma de suas filhas decidiu financiar seu tratamento em São José do Rio Preto - SP, por residir naquele município e uma vez que ali conseguiria pagar a metade do preço pelo mesmo procedimento.

Eu fui para São José do Rio Preto. Fiz vinte e duas sessões. [...] só que o antibiótico que eu tomo aqui, lá eu não arranjei, não tinha prescrição e com isso deveria comprá-lo. (Jonas)

Foram vinte e duas sessões de tratamento com auxílio da câmara hiperbárica, porém, em contrapartida, o principal antibiótico de que fazia uso em seu município, o Imipenem não era obtido gratuitamente na cidade de sua filha. O tratamento trouxe alívio da dor, embora sem o antibiótico não mais teria progressão. O médico que lhe atendeu aconselhou que retornasse ao seu município para voltar a fazer o uso do antibiótico.

O médico de São José do Rio Preto falou – “Olha senhorJonas... eu não vou enganar o senhor. O senhor está pagando um tratamento pensando em ficar bom e não vai ficar. Se o senhor quiser ir para lá, para continuar com o antibiótico e tentar a sessão lá, seria melhor”. (Jonas)

De volta ao seu município, em busca do tratamento com auxílio da câmara hiperbárica, procurava com frequência a central de regulação. Relatou que os funcionários da central de vagas não ofertavam “esperanças” de conseguir a vaga. Então procurou o cirurgião cardiovascular e, depois de algumas tentativas, conseguiu agendar uma consulta no ambulatório. Na consulta, o cirurgião sugeriu que Jonas fosse morar em outro município e que não tinha mais o que fazer.

[...] ele disse – “Eu também não posso fazer nada. Senhor, procura outro jeito ou volta para São José do Rio Preto [...] por que o senhor não vai mora lá?” – Eu falei – “Dr. Wallacy, não vou deixar minha casa, minha família aqui...” – “É, mas eu não posso fazer nada. Nem adianta me procurar, nem adianta, eu não posso fazer nada”. (Jonas)

A única solução proposta pelo cirurgião cardiovascular foi a realização de uma esternectomia, não aceita por Jonas que estava receoso. O paciente então retornou à consulta particular com o médico infectologista que discordou de tal procedimento e sugeriu a busca

por atendimento com outro médico do setor privado em outro município.

Mas o Dr. Wallacy não concorda. Ele só concorda se for para retirar o esterno. Aí, eu fui para Cuiabá, paguei outra consulta [...] e tive a consulta. O médico falou a mesma coisa que o infectologista... realmente não precisa retirar o esterno. (Jonas)

Quando voltou para o seu município, consultou novamente com o infectologista e disse qual era a opinião do cirurgião de Cuiabá. Desde então, pelo sentimento de desesperança que foi despertado na consulta no ambulatório, Jonas migrou seu tratamento para o serviço privado.

## DISCUSSÃO

Torna-se evidente neste processo, a não realização da gestão deste caso complexo pela ESF que possibilitaria o envolvimento da equipe em possível discussão de caso clínico e a consequente construção de projeto terapêutico, em caráter multiprofissional.

Evidencia-se também no IT empreendido por Jonas a desarticulação entre os serviços que buscou, sendo possível presumir que a gestão do cuidado, na experiência descrita, não foi coordenada pela APS, uma vez que não fica evidente essa articulação pela APS por meio do discurso de Jonas. Situações como a ora analisada no presente trabalho são capazes de desvelar fragilidades no sistema municipal de saúde em relação à dimensão sistêmica<sup>18</sup>, pela dificuldade no estabelecimento de conexões entre os serviços de saúde.

O participante desta pesquisa realizava consultas periódicas na unidade de saúde da família que detectou as alterações nos exames foi então encaminhado para a avaliação de uma médica cardiologista. Após a realização de exames e avaliação da cardiologista, foi detectada a necessidade da realização de intervenção cirúrgica, sendo assim regulado para o hospital de referência.

Nos casos de pessoas que necessitam de uma revascularização do miocárdio, a forma de entrada no sistema de saúde é intermediada pela APS a quem compete o encaminhamento para a atenção secundária, ou seja, para avaliação de cardiologista. Nessas ocasiões, após a

identificação da necessidade de procedimentos invasivos para diagnósticos ou a realização de intervenção cirúrgica, as pessoas são inseridas no sistema de regulação municipal e reguladas para o hospital de referência<sup>(20)</sup>.

Por outro lado, a maioria das pessoas só busca por cuidados quando há um agravamento dos sintomas que interfere em suas vidas cotidianas. Enquanto alguns buscam tais cuidados nas ESF, outros se direcionam para ambulatorios especializados. No contexto da prevenção e diagnóstico precoce, as pessoas não costumam realizar consultas periódicas e, com isso, a prevenção em saúde. Somente quando há a agudização da condição crônica é que ocorre essa procura, priorizando-se a atenção hospitalar, pois acreditam ser o acesso mais seguro e resolutivo em comparação aos outros serviços de saúde<sup>(21)</sup>.

No que diz respeito à hospitalização, um estudo revela que o longo período de espera entre o diagnóstico e a intervenção cirúrgica é visto pelos participantes de forma negativa. Na oportunidade, a demora ocorria devido à indisponibilidade de vaga na Unidade Coronária (UCO), ao cancelamento ou adiamento da cirurgia<sup>(22)</sup>, contrapondo os achados deste estudo em que o período entre diagnóstico e intervenção ocorreu em menos de sete dias.

A gestão do cuidado observada pela dimensão individual – que possibilitou desfechos favoráveis como, por exemplo, a realização dos procedimentos necessários – desvela uma de suas principais características: tecer novos modos de viver diante das adversidades, em busca de conquistas individuais relacionadas ao cuidado de si<sup>(18)</sup>. Independentemente de suas motivações, o prolongamento da hospitalização ocorreu devido à complicação da intervenção cirúrgica no período pós-cirúrgico, o que ocasionou uma mudança significativa em seu cotidiano.

Logo após as duas altas hospitalares, seu acompanhamento restringiu-se ao ambulatório de cirurgia cardíaca do hospital de referência de seu município e da atenção hospitalar. Situações como as que ele vivenciou reforçam a necessidade de investimentos na gestão do cuidado, a observância de uma dimensão sistêmica<sup>(18)</sup>, e rearticulação dos serviços, resgatando a função de reordenação e

coordenação do cuidado pela APS<sup>(23)</sup>, necessária em todos os casos.

A saúde tomada como questão social e sistêmica, organizada a partir de serviços e ações, manifesta duplicidades conceituais e operacionais caracterizadas pelas interações indivíduo e coletivo, Estado e mercado, e pela relação do público (Universal, porém preterido) e privado<sup>(24)</sup>. Na situação apresentada, as atribuições do Estado são insuficientes para atender às necessidades de saúde, demonstrando nesse aspecto, a necessidade de gestão do cuidado por meio da dimensão societária, identificada pelo encontro do indivíduo e sociedade com Estado, fator que afeta produção de cidadania<sup>(18)</sup>. Por mais que a busca ao setor privado ocorresse de forma frequente, desestimular essa prática consiste no incentivo à busca pela garantia dos direitos constitucionais.

Ao avaliara relação entre serviço público e privado, em alguns momentos de sua trajetória o participante da pesquisa foi encaminhado a serviços privados. Quando solicitada a avaliação por um médico infectologista, aceitou a opinião de outro cirurgião e precisou buscar tratamento na rede privada em outro estado. A dimensão individual da gestão do cuidado foi evidenciada na busca por serviços privados, de forma que ao encontrar as barreiras do acesso aos serviços de que necessitava, vislumbrou escolhas alternativas diante das adversidades, fazendo valer sua autonomia<sup>(18)</sup>. Essa prática, embora comum, neste caso trouxe prejuízos no direcionamento de sua trajetória, decorrentes da privação de direitos.

A não realização de contrarreferência para a APS resultou em uma busca por serviços privados no que diz respeito à atenção especializada, fragilizando a capacidade de coordenação da APS em que estava vinculado. Nesse sentido, há muitas barreiras a serem superadas no tocante aos serviços de saúde, sempre objetivando o cuidado integral e, de fato, efetivo<sup>(25)</sup>.

Múltiplas conexões entre as várias dimensões da gestão do cuidado fazem parte da construção de uma LC complexa e formal, embora repleta de atalhos, possibilidades e caminhos. Com isso, compreender a trajetória à luz dessas dimensões permitiu entender as dificuldades na articulação do cuidado para intercalar as necessidades de

saúde apresentadas com a oferta de ações e serviços no cotidiano das práticas em saúde<sup>(18)</sup>.

Esta pesquisa pôde contribuir na identificação das necessidades de gestão do cuidado deste caso singular e complexo, utilizando-se de ferramentas de análise importantes como o IT e LC permeadas pela exploração conceitual, possibilitando a compreensão de que os fluxos assistenciais organizados podem implicar em oferta qualificada de ações e serviços.

Favoreceu a reflexão sobre a busca pelo cuidado empreendida pela pessoa que utiliza o SUS, apresentando evidências empíricas dos (des)caminhos da trajetória neste percurso, permeado por barreiras no acesso e não observação das necessidades de saúde, fator que tensionou a procura pelo setor privado.

## CONCLUSÃO

A situação analisada desvelou o Itinerário Terapêutico, as falhas no processo de comunicação e as dificuldades para um paciente ser reorientado aos serviços adequados nos distintos espaços por ele percorridos, culminando na por serviços de saúde que repercutem diretamente na gestão do cuidado em suas dimensões individual, sistêmica e societária. Possibilitou identificar os descaminhos da pessoa pelo sistema de saúde em busca de resolutividade que na oportunidade acarretou implicações negativas em seu cotidiano ao prolongando o percurso desde o início do adoecimento, bem como as interferências a que submetido na garantia do cuidado integral.

Quanto às implicações para gestão do cuidado, os modelos de gestão das condições crônicas, quando articulados por meio de LC, beneficia a pessoa e sua família, podendo acarretar fortalecimento das ações da APS como coordenadora na gestão dos distintos casos, afim de adequar o IT de acordo com as necessidades de saúde e assim reduzir as alterações negativas no cotidiano.

As limitações para o estudo concentram-se nos métodos, posto que a coleta de dados por meio da Entrevista Narrativa pode conter viés de memória do participante, bem como viés de julgamento durante a análise do conteúdo analisado. Este estudo de caso único não permitiu

contraposição com a percepção do gestor, do profissional de saúde, do agente comunitário ou de outros atores envolvidos. Dessa forma, sugere-se a utilização de outras técnicas de entrevistas inspiradas na fenomenologia ou história oral,

bem como recomenda-se a análise de registros em prontuários, que possibilitem a identificação e a exploração documental para análise comparativa do IT, favorecendo uma melhor argumentação e validação dos achados.

## THERAPEUTIC ITINERARY OF A PATIENT SUBMITTED TO MYOCARDIAL REVASCULARIZATION: REPERCUSSIONS TO CARE MANAGEMENT

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the reason why a person submitted to myocardial revascularization looks for health care and the mechanisms of care management through the Therapeutic Itinerary. **Method:** it is a single case study, descriptive exploratory, with a qualitative approach developed from Narrative Interview and the data treatment was guided by Content Analysis in the thematic mode, which permeated the processes of organization of analysis, coding, categorization and inferences. In this process, the event was considered the unit of record and the context unit of action. **Results:** The Therapeutic Itinerary is presented from its graphical representation and subdivided into two thematic categories: "slow support and centered on specialized attention" and "marks of (contra) regulation in a care experience with disjointed lines". **Conclusion:** The situation analyzed revealed the Therapeutic Itinerary, the failures in the communication process and the difficulties in being redirected to the appropriate services due to the different spaces visited by the user, culminating in his pilgrimage to health services that directly affects the management of care in its individual, systemic and corporate dimensions. It made it possible to identify the person's misdirection through the health system in search of resolution, which consequently has negative implications in his daily life by prolonging the journey since the beginning of the illness, as well as the interferences he was subjected to in ensuring comprehensive care.

**Keywords:** Myocardial Revascularization. Chronic Disease. Integrity in Health. Health Management..

## ITINERARIO TERAPÉUTICO DE PERSONA SOMETIDA A LA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: REPERCUSIONES PARA GESTIÓN DEL CUIDADO

### RESUMEN

**Objetivo:** comprender por medio del Itinerario Terapéutico la busca emprendida por el cuidado en salud de persona sometida a la revascularización del miocardio y los mecanismos de gestión del cuidado. **Método:** estudio de caso único, descriptivo exploratorio, de abordaje cualitativo desarrollado a partir de Entrevista Narrativa y el tratamiento de los datos fue guiado por el Análisis de Contenido en la modalidad temática, que permeó los procesos de organización del análisis, codificación, categorización e inferencias. En este proceso, se consideró como unidad de registro el acontecimiento; y como unidad de contexto la acción. **Resultados:** el Itinerario Terapéutico está presentado a partir de su representación gráfica y subdividido en dos categorías temáticas: "acogida lenta y centrada en la atención especializada" y "marcas de la (contrar)regulación en una experiencia de cuidado con líneas desarticuladas". **Conclusión:** la situación analizada reveló el Itinerario Terapéutico, las lagunas en el proceso de comunicación y las dificultades en ser reorientado a los servicios adecuados debido a los distintos espacios recorridos por el usuario, culminan con su peregrinación por servicios de salud que repercute directamente en la gestión del cuidado en sus dimensiones individual, sistémica y societaria. Posibilitó identificar los descaminos de la persona por el sistema de salud en busca de resolución, que consecuentemente conlleva consecuencias negativas en su cotidiano al alargar el recorrido desde el inicio de la enfermedad, así como las interferencias a las que fue sometido en la garantía del cuidado integral.

**Palabras clave:** Revascularización Miocárdica. Enfermedad Crónica. Integralidad en Salud. Gestión en Salud.

### REFERÊNCIAS

1. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Cien Saude Colet*; 2019; 24(1):105-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>
3. SOCERJ. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Manual de prevenção cardiovascular [Internet]. Rio de Janeiro: SOCERJ; 2017. p. 96. Disponível em: [https://socerj.org.br/artigo/wp-content/uploads/2017/05/Manual\\_de\\_Prevencao\\_Cardiovascul](https://socerj.org.br/artigo/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascul)

ar\_SOCERJ.pdf

4. Arruda JA de, Lemke V de MG, Mariani Júnior J, Barbosa AHP, Quadros AS de, Pedra CAC, et al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Centro de Treinamento e Certificação Profissional em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2019;114(1):137-93. Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20190841>
5. Carneiro EM, Costa NRD, Passos MMB, Ferreira LG de F, Silva JRP da, Neto AQ de M, et al. Pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio no HU-UFPI. *Brazilian J Heal Rev*. 2020 ;3(3):4012-22. Doi: <https://doi.org/10.34119/BJHRV3N3-012>
6. Dordetto PR, Pinto GC, Rosa TCS de C. Pacientes

- submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba*. 2016; 18(3):144–9. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201625868>
7. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016; 19(6):887–905. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
8. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Rev Ciências Sociais, Política e Trab [Internet]*. 2015 [cited 2020 Jun 1];(42):29–43. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/articloe/view/23308>
9. Silva NEK e, Sancho LG, Figueiredo W dos S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(3):843–52. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
10. Lima DW da C, Ferreira LDC, Luis MAV, Vieira AN, Carvalho FPB de, Azevedo LDS. Os itinerários terapêuticos de idosos que fazem uso problemático de álcool. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2017; 16(4). Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.37276>
11. Morais AC, Silva ACOC, Almeida CR, Lima KDF. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2017;16(2). Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.35994>
12. Silocchi C, Junges JR. Equipe de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ e Saúde*. 2017;15(2):599–615. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>
13. Petean E, Araújo LFS de, Bellato R, Wunsch CG. Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação. *Saude e Soc*. 2013 Oct; 22(4):1257–68.
14. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Junior AG da S. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. *Cepesc. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: ABRASCO*; 2016. 437 p.
15. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCERJ*. 2007; 383–6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-485754>
16. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Série Manu. Petrópolis, RJ: Vozes; 2019.
17. Jovchelovitch S, Bauer MW. *Entrevista Narrativa. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. In: W BM, George G, editors. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014. p. 90–113.
18. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2011;15(37):589–99. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70; 2016. 279 p.
20. Cunha KS da, Erdmann AL, Higashi GDC, Baggio MA, Kahl C, Koerich C, et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na Atenção Primária à Saúde. *Rev Baiana Enfermagem*; 2016. 1(1):295. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.16039>
21. Lanzoni GM de M, Koerich C, Meirelles BHS, Erdmann AL, Baggio MA, Higashi GDC. Myocardial revascularization: patient referral and counter-referral in a hospital institution. *Texto Context - Enferm [Internet]*. 2018; 27(4).Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004730016>
22. Lanzoni GM de M, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization. *Texto Context - Enferm*. 2015; 24(1):270–8. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003760012>
23. Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2019. 869 p.
24. Oliveira PR de, Guerra M, Gomes A de O, Martins AL. Relação público-privada na política brasileira de atenção cardiovascular de alta complexidade. *Rev Adm Pública*. 2019; 53(4):753–68. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170179>
25. Sanches RDCN, Figueiredo FSF, Rêgo ADS, Decesaro MDN, Salci MA, Radovanovic CAT. Therapeutical itineraries of people with chronic renal disease and their families. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2016;15(4):708. Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.34529>

**Endereço para correspondência:** Luan Sudário Melo. Av. Dom Osório, 1028, Santa Cruz. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. Telefone: (66) 99652-8449. E-mail: [luansudario@hotmail.com](mailto:luansudario@hotmail.com)

**Data de recebimento:** 15/10/2019

**Data de aprovação:** 10/07/2020